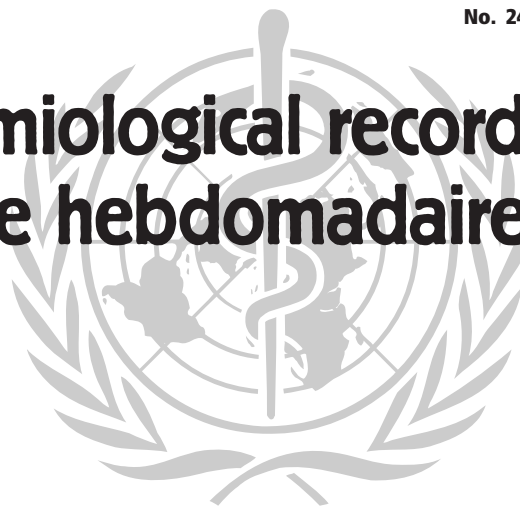


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

16 JUNE 2006, 81st YEAR / 16 JUIN 2006, 81^e ANNÉE

No. 24, 2006, 81, 237–240

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

Contents

- 237 Outbreak news
- Avian influenza, Indonesia – update
 - Cholera, Angola – update
 - Poliomyelitis, Namibia
- 239 Dracunculiasis eradication: ministerial meeting, Geneva, 25 May 2006
- 240 International Health Regulations

Sommaire

- 237 Le point sur les épidémies
- Grippe aviaire, Indonésie – mise à jour
 - Choléra, Angola – mise à jour
 - Poliomyélite, Namibie
- 239 Eradication de la dracunculose: réunion ministérielle, Genève, 25 mai 2006
- 240 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

06.2006
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Avian influenza, Indonesia – update¹

On 6 June 2006, the Ministry of Health in Indonesia confirmed the country's 49th case of human infection with the H5N1 avian influenza virus.

The case, a 15-year-old boy from Tasikmalaya District (West Java Province), developed symptoms on 24 May, was hospitalized on 26 May and died on 30 May.

An investigation conducted by provincial health authorities found a history of contact with sick and dying chickens in the boy's household during the week preceding the onset of his symptoms. Monitoring of family members and close contacts has detected no cases of influenza-like illness.

Of the 49 cases confirmed to date in Indonesia, 37 have been fatal.

The H5N1 virus is considered firmly entrenched in poultry throughout much of Indonesia. Unless this situation is urgently and comprehensively addressed, sporadic human cases will continue to occur.

The newly confirmed case is one of several where exposure occurred despite a clear signal of a high-risk situation arising from poultry deaths. Pending better control of the disease in animals, WHO and officials in the Ministry of Health see an urgent need to improve public awareness of this disease, the risk factors for infection and the behaviours that should be avoided.

¹ See No. 23, 2006, p. 189.

Cholera, Angola – update¹

As of 6 June 2006, Angola had reported a total of 43 076 cases and 1642 deaths (overall case-

¹ See No. 21, 2006, p. 209–210.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Grippe aviaire, Indonésie – mise à jour¹

Le 6 juin 2006, le Ministère de la Santé indonésien a confirmé le quarante-neuvième cas d'infection humaine par le virus H5N1 de la grippe aviaire dans le pays.

Le cas s'est produit chez un garçon de 15 ans du district de Tasikmalaya, dans la province de Java-Ouest. Les symptômes sont apparus le 24 mai, il a été hospitalisé le 26 et il est décédé le 30.

L'enquête menée par les autorités sanitaires de la province a révélé que, dans la semaine précédant l'apparition des symptômes, le garçon avait été en contact à son domicile avec des poulets malades ou morts. Le suivi des membres de la famille et des proches contacts n'a pas mis à jour de cas de syndrome grippal.

Sur les 49 cas confirmés à ce jour en Indonésie, 37 ont été mortels.

On considère que le virus H5N1 s'est solidement implanté dans les populations de volailles d'une grande partie de l'Indonésie. Si l'on ne remédie pas à cette situation de manière urgente et globale, des cas humains sporadiques continueront de se produire.

Pour ce nouveau cas confirmé comme pour plusieurs autres, l'exposition a eu lieu malgré des signaux très clairs d'un risque élevé dû à des morts de volailles. En attendant d'avoir mieux maîtrisé l'épizootie chez l'animal, l'OMS et les responsables du Ministère de la Santé considèrent qu'il y a un besoin urgent de faire mieux connaître au grand public la maladie, les facteurs de risque d'infection et les comportements à éviter.

¹ Voir No. 23, 2006, p. 189.

Choléra, Angola – mise à jour¹

Au 6 juin 2006, l'Angola avait notifié un total de 43 076 cas, dont 1642 mortels (taux de létalité

¹ Voir No. 21, 2006, p. 209–210.

fatality rate (CFR) 3.8%). On one day alone (5 June), 280 new cases including 8 deaths were reported. Fourteen out of 18 provinces are affected; 51% of all cases occurred in Luanda and 18% in Benguela province. The CFR, broken down by province, ranges between 1% and 30%. Even if current trends show a decline in most provinces, a daily incidence of around 200–280 cases is still being reported.

The declining trend continued to be observed in the provinces of Bengo, Kwanza Norte, Luanda and Malange. The provinces with higher number of daily cases are Luanda (48%), Namibe (17.6%), Kwanza Sul (4.9%), Huila (4.9%) and Uige (4.4%).

A plan of action for cholera was drawn up and agreed upon by all partners at country level, for a short-, medium- and long-term response.

With the Ministry of Health, WHO continues to provide support for surveillance, water and sanitation, social mobilization and logistics.

Poliomyelitis, Namibia

Since 7 June 2006, 34 suspect cases with sudden paralysis have been under investigation, mostly in the Windhoek area of Namibia. Three cases have been confirmed as wild poliovirus. What is thought to be the first case, a 39-year old man with onset of paralysis on 8 May, was later confirmed as infected with wild poliovirus type-1. The majority of suspect cases are over 20 years old; 7 of whom have died.

National health authorities are planning a response to an outbreak of wild poliovirus in Namibia, which has been polio-free since 1996. An investigation of the outbreak – which unusually appears to be affecting mostly adults – is currently under way. Genetic sequencing data confirm that the virus is consistent with an importation from Angola, of Indian origin. Angola, polio-free since 2001, was reinfected last year by a virus from India.

The government is planning an immunization response consisting of 3 national immunization days (NIDs), using monovalent oral polio vaccine type 1. The first NID could be conducted as early as 21 June, and will aim to reach the entire population of the country (2 million), rather than the usual population aged under 5 years. The age of any further cases will dictate the target age groups for the 2 subsequent NIDs. An international team is in the country to assist the national authorities.

Namibia began routine immunization for polio in 1990. While the cause of the largely adult outbreak has yet to be determined, it is likely that those who fell ill did not receive immunization as children. Routine immunization coverage within Namibia today varies from 60% to 80% across regions.

Further information can be found at <http://www.polioeradication.org/> (Global Polio Eradication Initiative web site). ■

moyen de 3,8 %). Au cours de la seule journée du 5 juin, 280 cas, dont 8 mortels, ont été signalés. Quatorze des 18 provinces sont touchées; 51 % des cas se sont produits à Luanda et 18 % dans la province de Benguela. En fonction de la province, le taux de létalité va de 1 à 30 %. Bien que l'on constate actuellement une tendance à la baisse dans la plupart des provinces, on continue de signaler une incidence quotidienne de 200 à 280 cas.

La tendance à la baisse se poursuit dans les provinces de Bengo, Kwanza Norte, Luanda et Malange. Les provinces où l'on observe le plus grand nombre quotidien de cas sont Luanda (48 %), Namibe (17,6 %), Kwanza Sul (4,9 %), Huila (4,9 %) et Uige (4,4 %).

Tous les partenaires au niveau du pays se sont mis d'accord sur un plan d'action contre le choléra pour la riposte à court, moyen et long terme.

Avec le Ministère de la Santé, l'OMS continue d'apporter son aide en matière de surveillance, d'eau, d'assainissement, de mobilisation sociale et de logistique.

Poliomyélite, Namibie

Depuis le 7 juin 2006, une enquête est en cours sur 34 cas suspects qui ont présenté une paralysie soudaine, la plupart dans la région de Windhoek en Namibie. Pour 3 d'entre eux, le poliovirus sauvage a été confirmé. Celui que l'on pense être le premier cas est un homme de 39 ans, chez qui la paralysie est apparue le 8 mai et qui a ensuite été confirmé comme étant infecté par le poliovirus sauvage de type 1. Dans leur majorité, les cas suspects ont plus de 20 ans et 7 sont morts.

Les autorités sanitaires nationales planifient une riposte à la flambée épidémique du poliovirus sauvage en Namibie, d'où il avait disparu depuis 1996. Une enquête sur cette flambée qui, de façon inhabituelle, semble surtout toucher les adultes, est en cours. Le séquençage génétique confirme que le virus est compatible avec l'importation d'Angola d'un virus d'origine indienne. L'Angola, indemne de la poliomyélite depuis 2001, a été réinfecté l'année dernière par un virus indien.

Le gouvernement planifie une campagne de vaccination comportant 3 journées nationales de vaccination (JNV) avec le vaccin antipoliomyélique buccal monovalent de type 1. La première JNV pourrait avoir lieu dès le 21 juin. Elle visera à vacciner toute la population du pays (2 millions d'habitants) et ne se limitera pas comme d'habitude au moins de 5 ans. L'âge des nouveaux cas éventuels déterminera les tranches d'âge ciblées lors des 2 JNV suivantes. Une équipe internationale se trouve dans le pays pour aider les autorités nationales.

La Namibie a entrepris la vaccination systématique contre la poliomyélite en 1990. S'il reste encore à déterminer la cause de cette flambée touchant en grande partie des adultes, il est probable que ceux qui ont été atteints n'ont pas été vaccinés au cours de leur enfance. La couverture de la vaccination systématique en Namibie est aujourd'hui de 60 à 80 % selon les régions.

De plus amples informations peuvent être trouvées sur <http://www.polioeradication.org/> (site Internet de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite). ■

Dracunculiasis eradication: ministerial meeting, Geneva, 25 May 2006

A ministerial meeting on eradication of dracunculiasis (guinea-worm disease) was held on 25 May 2006 during the 59th World Health Assembly. Ministers of Health or their representatives from 16 countries affected by dracunculiasis (9 endemic countries and 7 countries in the pre-certification phase) participated,¹ together with partners including The Carter Center, UNICEF and WHO. The meeting was co-chaired by the regional directors of the WHO African Region and the WHO Eastern Mediterranean Region. Its aim was to review the progress achieved and additional measures needed for interrupting transmission of the disease in all countries by the end of 2009. This goal was adopted on 19 May 2004 by the Geneva Declaration² and on 22 May 2004 by Resolution WHA57/9,³ urging the completion of eradication by 2009.

The Carter Center reported on the current global status of dracunculiasis eradication in endemic countries, and WHO on their pre-certification status.

1. There has been a highly significant reduction (99%) in the global number of cases from 892 055 in 1989 to 10 674 in 2005.⁴
2. The number of endemic countries has reduced from 20 since the inception of the programme in 1980 to 9 countries in 2005, of which 4 countries (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ethiopia and Togo) each reported fewer than 100 cases in 2005; 3 countries (Mali, Niger and Nigeria) each reported between 100 and 1000 cases. Ghana (3981) and Sudan (5569) reported the highest numbers of cases in 2005, or 89% of the global total (*Fig. 1*).
3. Seven countries that interrupted disease transmission earlier are in the pre-certification phase. Those countries reported zero indigenous cases in 2005 (*Fig. 1*) and are expected to be certified by the International Commission for the Certification of Dracunculiasis Eradication (ICCDE) in 2006 if eligible.
4. To date, the ICCDE has certified a total of 168 countries and territories, including 4 countries (India, Pakistan, Senegal and Yemen) that were endemic at the beginning of the programme.

While acknowledging the successes achieved to date, it was noted that considerable efforts are needed to reach the 2009 target, particularly in 3 countries with high numbers of cases (Ghana, Mali and Sudan). The Ministers of Health of those countries or their representatives renewed their commitment towards reaching the 2009 target, but insisted that adequate resources be mobilized, including for maintenance of adequate surveillance in formerly endemic areas. They stressed that considerable efforts are being made to accelerate activities towards eradication of the disease by 2009. Progress achieved in these 3 countries in the coming years will determine whether the overall eradication effort succeeds.

¹ Four countries (Cameroon, Côte d'Ivoire, Kenya and Uganda) did not attend.

² See No. 25, 2004, pp. 234–235.

³ See http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R9-en.pdf.

⁴ See No. 18, 2006, pp. 173–182.

Eradication de la dracunculose: réunion ministérielle, Genève, 25 mai 2006

Une réunion ministérielle sur l'éradication de la dracunculose a eu lieu le 25 mai 2006 pendant la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Les Ministres de la Santé, ou leurs représentants, de 16 pays touchés par la dracunculose (9 pays d'endémie et 7 pays qui ont atteint le stade de la pré-certification) y ont participé¹ aux côtés de leurs partenaires, dont le Carter Center, l'UNICEF et l'OMS. La réunion était coprésidée par les Directeurs des Bureaux OMS de la Région africaine et de la Région de la Méditerranée orientale. Le but était de faire le point et de décider des mesures supplémentaires à prendre pour interrompre la transmission de la maladie dans tous les pays d'ici la fin de 2009. C'est l'objectif qui a été fixé le 19 mai 2004 dans la Déclaration de Genève² et le 22 mai 2004 dans la résolution WHA57/9,³ par laquelle l'Assemblée de la Santé invite instamment à achever l'éradication d'ici à 2009.

Le Carter Center a fait le point sur l'état d'avancement de l'éradication de la dracunculose dans les pays d'endémie, et l'OMS sur la phase de pré-certification.

1. Le nombre de cas dans le monde a considérablement diminué, passant de 892 055 en 1989 à 10 674 en 2005 (soit une réduction de 99 %).⁴
2. Au nombre de 20 au début du programme en 1980, les pays d'endémie n'étaient plus que 9 en 2005, dont 4 (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ethiopie et Togo) ont déclaré moins de 100 cas en 2005, et 3 (Mali, Niger et Nigéria) entre 100 et 1000 cas. Ce sont le Ghana (3981) et le Soudan (5569) qui ont signalé le plus grand nombre de cas en 2005, soit 89 % du nombre total (*Fig. 1*).
3. Sept pays ayant interrompu la transmission de la maladie ont atteint le stade de la pré-certification. Ils n'ont déclaré aucun cas autochtone en 2005 (*Fig. 1*) et l'éradication devrait être certifiée par la Commission internationale de certification de l'éradication de la dracunculose en 2006 s'ils réunissent les conditions exigées.
4. A ce jour, la Commission a certifié l'éradication dans 168 pays et territoires au total, dont 4 (Inde, Pakistan, Sénégal et Yémen) étaient des pays d'endémie au début du programme.

Tout en reconnaissant les progrès accomplis jusqu'à présent, les participants à la réunion ont noté qu'il faudrait faire des efforts considérables pour éradiquer la maladie d'ici à 2009, surtout dans 3 pays qui enregistrent un nombre de cas important (Ghana, Mali et Soudan). Les Ministres de la Santé de ces pays ou leurs représentants se sont à nouveau engagés à atteindre l'objectif de 2009 mais ont insisté pour que des ressources suffisantes soient mobilisées, y compris pour maintenir une bonne surveillance dans les anciens pays d'endémie. Ils ont souligné que des efforts considérables étaient entrepris pour intensifier les activités et éradiquer la maladie d'ici à 2009. Le succès de l'opération d'éradication en général dépendra des progrès réalisés dans ces 3 pays ces prochaines années.

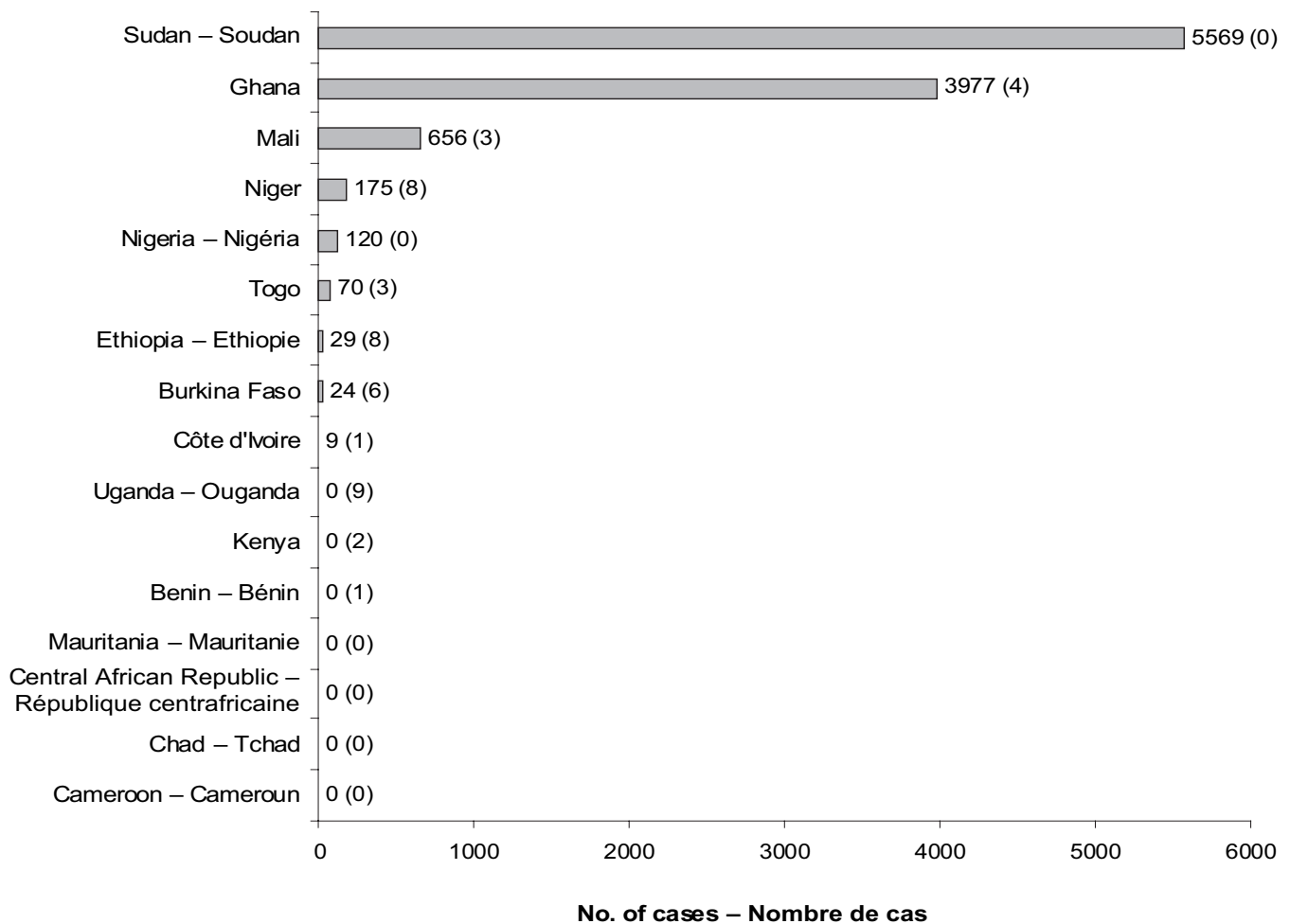
¹ Quatre pays (Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya et Ouganda) étaient absents.

² Voir le N° 25, 2004, pp. 234–235.

³ Voir http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R9-en.pdf.

⁴ Voir le N° 18, 2006, pp. 173–182.

Fig.1 **Distribution of indigenous and imported cases (in parentheses) of dracunculiasis reported in 2005**
 Figure 1 **Répartition des cas autochtones et des cas importés (entre parenthèses) de dracunculose déclarés en 2005**



The Ministers of Health or their representatives highlighted the challenges to surveillance and interventions, specifically in bringing safe water to the people living in the last endemic areas, particularly in the tri-border area shared by Burkina Faso, Mali and Niger.

Les Ministres de la Santé ou leurs représentants ont souligné les difficultés auxquelles se heurtent la surveillance et les interventions, en particulier la difficulté d’approvisionner en eau propre les habitants des dernières zones d’endémie, notamment à la jonction des 3 frontières entre le Burkina Faso, le Mali et le Niger.

The co-chairs of the meeting praised the progress made but insisted on the need (i) to sustain resources, (ii) to continue efforts in providing safe water using appropriate technologies, (iii) to strengthen the disease surveillance system, which should also benefit all other diseases, (iv) to convene regular cross-border meetings and (v) to report each year on the status of dracunculiasis eradication to the World Health Assembly. ■

Les coprésidents de la réunion se sont félicités des progrès accomplis mais ont insisté sur la nécessité: i) de continuer à allouer suffisamment de ressources, ii) de poursuivre les efforts entrepris pour fournir une eau propre selon des techniques appropriées, iii) de renforcer le système de surveillance de la maladie, qui devrait aussi être utile pour toutes les autres maladies, iv) d’organiser régulièrement des réunions transfrontières et v) de rendre compte chaque année de l’état d’avancement de l’éradication de la dracunculose à l’Assemblée de la santé. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 9 to 15 June 2006 / Notifications de maladies reçues du 9 au 15 juin 2006

Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès	Liberia / Libéria	Cases / Deaths Cas / Décès	Mozambique	Cases / Deaths Cas / Décès
Angola	05-09.VI 1375 33	22.V-04.VI	48 0	22.V-04.VI	90 0