



WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Telegraphic Address: EPIDNATIONS GENEVA Telex 27821

Adresse télégraphique: EPIDNATIONS GENÈVE Telex 27821

Automatic Telex Reply Service
Telex 28150 Geneva with ZCZC and ENGL for a reply in English

Service automatique de réponse par télex
Telex 28150 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français

14 DECEMBER 1984

59th YEAR - 59^e ANNÉE

14 DÉCEMBRE 1984

FUNCTIONING OF THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS FOR THE PERIOD 1 JANUARY TO 31 DECEMBER 1983

This report has been prepared in accordance with the provisions of Article 13, paragraph 2, of the International Health Regulations (IHR). It is presented in the *Weekly Epidemiological Record* (WER) in compliance with resolution WHA30.19 of the Thirtieth World Health Assembly.

The report is dependent on information from national health administrations concerning diseases subject to the IHR and also those under international surveillance.¹

Introduction

At the Alma-Ata Conference in 1978, Member States decided to treat primary health care as an essential approach offering a real chance of achieving an improvement of health in all countries. They consequently undertook to implement the strategy of health for all by the year 2000 through appropriate management methods, more especially the monitoring and evaluation of the actions undertaken and the results obtained in this sphere.

This involves the continuous development and strengthening of national epidemiological services capable of deciding what information they require and working in close collaboration with the statistical services to produce information that will be significant and operational.

What is needed at the local and national levels is also needed at the global level, especially as regards the most important communicable diseases. All countries need to know if unusual events have occurred in other countries and if special risks merit increased attention. This information must, of course, be as full as possible so that the actual situation may be evaluated in the light of epidemiological criteria and in a reasonable manner.

It is also of the greatest importance that this information be transmitted without delay since to do so is the condition for the taking of appropriate and timely measures. These measures must, of course, be adapted to the situation and should not consist of the introduction of restrictive provisions without any epidemiological justification and without any real effect as regards the spreading of diseases from country to country. The matter is more one of improving surveillance activities in relation to specific problems and, for example, of analysing food products by sampling methods, verifying and strengthening the vaccine coverage of population groups at risk, etc.

Comments

It should be noted that a number of countries do not invariably send periodic reports on the epidemiological situation in their

¹ Resolutions WHA22.47 and WHA22.48.

APPLICATION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL PENDANT LA PÉRIODE DU 1^{er} JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1983

Le présent rapport a été établi conformément aux dispositions de l'article 13, paragraphe 2, du Règlement sanitaire international (RSI). Il est publié dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* (REH) en application de la résolution WHA30.19 de la Trentième Assemblée mondiale de la Santé.

Le rapport repose sur les informations fournies par les administrations nationales de la santé au sujet des maladies soumises au RSI et des maladies sous surveillance internationale.¹

Introduction

A la Conférence d'Alma-Ata en 1978, les Etats Membres de l'OMS ont décidé de considérer les soins de santé primaires comme une approche essentielle offrant une chance réelle de parvenir à l'amélioration de la santé dans tous les pays. En conséquence ils se sont engagés à mettre en œuvre la stratégie de la santé pour tous en l'an 2000 en recourant aux méthodes de gestion appropriées et notamment au contrôle et à l'évaluation des actions entreprises et des résultats obtenus dans ce domaine.

Cela suppose que soient constamment développés et renforcés les services épidémiologiques nationaux capables de déterminer l'information dont ils ont besoin et de travailler en étroite collaboration avec les services statistiques pour produire celle qui sera significative et opérationnelle.

Ce qui est nécessaire aux niveaux local et national l'est également au niveau mondial, spécialement en ce qui concerne les plus importantes des maladies transmissibles. Tous les pays ont besoin de connaître si des événements inhabituels sont survenus dans d'autres pays et si des risques particuliers méritent une attention redoublée. Naturellement, ces informations doivent être aussi complètes que possible pour permettre que la situation réelle soit évaluée selon des critères épidémiologiques et d'une façon raisonnable.

Il est également de la plus haute importance que ces informations soient transmises sans retard car c'est la condition pour que soient prises à temps les mesures appropriées. Ces mesures doivent naturellement être adaptées à la situation et ne sauraient consister en la mise en place de dispositions restrictives sans aucune justification épidémiologique et sans aucun effet réel en ce qui concerne la propagation des maladies d'un pays à un autre. Il s'agit plutôt d'une amélioration des activités de surveillance en relation avec les problèmes spécifiques, et par exemple de l'analyse des produits alimentaires par des méthodes d'échantillonnage, de la vérification et du renforcement de la couverture vaccinale des groupes de population exposés au risque, etc.

Observations

Il faut constater que nombre de pays n'envoient toujours pas de rapports périodiques sur la situation épidémiologique dans leurs territoires.

¹ Résolutions WHA22.47 et WHA22.48.

Epidemiological notes contained in this number:

Hepatitis Surveillance, Influenza Surveillance, International Health Regulations, Monitoring and Control of Drugs of Dependence.

List of Newly Infected Areas, p. 392.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Règlement sanitaire international, surveillance de la grippe, surveillance de l'hépatite, surveillance et contrôle des médicaments engendrant la dépendance.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 392.

territories. For the period 1 January to 31 December 1983 78 Member States provided such reports (*Annex I*)* compared with 82 in 1982 and 94 in 1981.

On the other hand, it should be noted that the reports that are sent are better and better documented and increasingly contain descriptive interpretations of the numerical data. This is certainly evidence of progress in the development of national epidemiological services and in understanding the value of promoting the exchange of information.

Unfortunately the same progress is not to be noted regarding the notification of diseases subject to the IHR. In many cases Member States remain reluctant to make known without delay events that they have been able to record, or they report them so belatedly that the information has lost its main epidemiological value from the point of view of the risk of transmission of disease to another country.

The main point of circulating information on abnormal situations is to warn the responsible epidemiological authorities. In the light of the available information the responsible bodies decide what action to take to deal with the problem raised, whether it be, for example, a communicable disease or a contaminated foodstuff. In many cases countries adopt measures that are not epidemiologically justified because they have not developed a surveillance system capable of interpreting the information and correctly monitoring the situation.

Not being in a position to take selective and really effective measures, they believe that they are protecting themselves by enacting general requirements, the principal effect of which is to create a false feeling of security.

This could often be avoided were the countries to attempt to obtain fuller and more reliable information for a proper appreciation of the actual situation before taking hasty and inappropriate decisions.

The fear of excessive reactions partly explains the reluctance of some countries to give immediate and full notification. It is, in fact, they who are adversely affected by such an attitude. It is quite difficult nowadays to avoid statements by travellers or rumours put out by the various media, but such rumours coming from inadequately and incorrectly informed individuals or bodies have neither the status nor the value of verified and epidemiologically based data and are in general a considerable exaggeration of the real situation.

In such circumstances WHO is not in a good position to carry out its role of informing countries and collaborating with them for a realistic appreciation of the situation. Unless it receives sufficiently full and epidemiologically sound information from the countries affected, WHO is unable to give a proper reply to those who seek information and to reduce to its proper proportion the anxiety spread by unqualified sources. This often has the result of adversely affecting, for example, the movement of goods or tourism, an effect which the countries concerned were hoping to avoid.

The Automatic Telex Reply Service (ATRS)

This service is operational 24 hours a day for the immediate dissemination of epidemiological information that has to be brought to the attention of health officials in the various countries without delay. The content of the messages is changed as often as required and a weekly summary is available at the end of the week from Thursday night until Monday morning (Geneva time).

The number of calls has continued to decline. There were on average only 379 calls a month in 1983 as against 404 in 1982 and 451 in 1981. These figures are definitely lower than they should be in the light of the number of potential users.

This is largely due to increasing lack of interest on the part of callers who too often receive a message to the effect that there is no new information. Unfortunately, for reasons already stated, the ATRS is unable to give new information at the same time as the media report the occurrence of situations that are the source of apparently serious concern. WHO cannot consider anything except information directly supplied by national health authorities whereas the media can draw upon a great many different sources that are, however, not of equal value.

In such circumstances it should not be concluded that WHO has no information but more often that the information received is not of a sufficiently official nature to be relayed without the agreement of the country concerned. In other cases the information, although official, has been obtained with such delay that its dissemination by telex is not justified, publication in the *Weekly Epidemiological*

Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1983, 78 Etats Membres ont fourni de tels rapports (*Annexe I*)* contre 82 en 1982 et 94 en 1981.

D'un autre côté, il faut noter que les rapports qui sont envoyés sont de mieux en mieux documentés et contiennent de plus en plus fréquemment des exposés descriptifs interprétant les données numériques. Ceci traduit certainement les progrès accomplis dans le développement des services épidémiologiques nationaux et de la compréhension de l'intérêt de la promotion d'échanges d'informations.

On ne constate malheureusement pas les mêmes progrès en ce qui concerne la notification des maladies soumises au RSI. Dans de nombreux cas les Etats Membres demeurent réticents à faire connaître sans délai les événements qu'ils ont pu constater, ou ils le font avec un retard tel que ces informations ont perdu l'essentiel de leur valeur épidémiologique du point de vue des risques de transmission des maladies à un autre pays.

Le principal intérêt de la diffusion d'informations sur des situations anormales est d'alerter les services épidémiologiques responsables. En fonction des renseignements disponibles les organismes compétents décident des actions à entreprendre pour résoudre le problème posé, qu'il s'agisse d'une maladie transmissible ou d'un produit alimentaire contaminé par exemple. Dans de nombreux cas, c'est parce que des pays n'ont pas développé un système de surveillance capable d'interpréter les informations et de contrôler correctement la situation qu'ils adoptent des mesures non épidémiologiquement justifiées.

N'ayant pas la possibilité de prendre des mesures effectives et réellement efficaces, ils croient se protéger en édictant des exigences générales qui ont surtout pour résultat de créer un faux sentiment de sécurité.

Cela pourrait souvent être évité si les pays s'efforçaient d'obtenir des informations plus complètes et plus sûres, permettant une appréciation correcte de la réalité, avant de prendre des décisions intempestives et exagérées.

La crainte de réactions excessives explique en partie la réticence de certains pays à procéder à des notifications immédiates et complètes. En fait, c'est à eux qu'une telle attitude porte préjudice. De nos jours, il est bien difficile d'échapper aux témoignages des voyageurs ou aux échos rapportés par les divers médias, mais de telles rumeurs provenant de personnes ou d'organes insuffisamment et incorrectement informés n'ont ni la qualité ni la valeur de données vérifiées et épidémiologiquement fondées et sont en général considérablement amplifiées par rapport à la situation réelle.

Dans de telles circonstances l'OMS est mal placée pour jouer son rôle d'information et de collaboration avec les pays pour une appréciation réaliste des situations. Faute de recevoir des pays touchés une information suffisamment complète et épidémiologiquement valable, l'OMS ne peut pas répondre correctement à ceux qui l'interrogent et ramener à leurs justes proportions les inquiétudes qui ont été répandues par des sources non qualifiées. Cela a souvent pour résultat des conséquences néfastes sur le trafic des marchandises ou le tourisme par exemple, alors que les pays concernés espéraient les éviter.

Service automatique de réponse par télex (SART)

Il est maintenu en service tous les jours 24 heures sur 24 afin de pouvoir diffuser immédiatement les informations épidémiologiques qui doivent être portées sans délai à la connaissance des responsables de la santé des divers pays. Le contenu des messages est changé aussi souvent que nécessaire et un résumé récapitulatif hebdomadaire est disponible en fin de semaine du jeudi soir au lundi matin (heure de Genève).

Le nombre d'appels a continué à diminuer. Il n'a été que de 379 par mois en moyenne en 1983 contre 404 en 1982 et 451 en 1981. Ces chiffres sont nettement inférieurs à ce qu'ils devraient être par rapport au nombre d'utilisateurs potentiels.

Cela tient pour une large part à une lassitude progressive de ceux qui appellent et reçoivent trop souvent un message indiquant qu'il n'y a pas de nouvelles informations. Malheureusement, pour les raisons déjà mentionnées, le SART ne peut pas donner de nouvelles informations en même temps que les médias rendent compte de la survenue de situations qui sont à l'origine de préoccupations apparemment sérieuses. L'OMS ne peut prendre en considération que les informations fournies directement par les autorités sanitaires nationales alors que les médias peuvent puiser à un grand nombre de sources différentes et d'ailleurs de valeurs inégales.

Dans de telles circonstances, il ne faut pas en conclure que l'OMS n'a pas d'informations mais plus souvent que les informations qu'elle a reçues ne sont pas d'un caractère suffisamment officiel pour pouvoir être retransmises sans avoir bénéficié de l'accord du pays concerné. Dans d'autres cas les informations, bien qu'officielles, sont obtenues avec un tel retard qu'il n'est pas justifié de les diffuser par télex, la publication dans le

* Annexes I and II will appear in No. 51/52.

* Les Annexes I et II paraîtront dans le N° 51/52.

Record being adequate. Lastly, in other cases it seems preferable for the ATRS not to refer to certain information because it is known from experience that unless such information is properly explained, some countries will react excessively to it, to the prejudice of the country from which the information originates, as has already been reported.

The previous report¹ referred to the projected modernization of the equipment so that longer messages giving a truer picture of the epidemiological situation could be transmitted. This has not yet been possible, but we may well ask whether there is any point in pursuing this course if the obstacles encountered due to the late arrival or absence of officially approved communications are to continue or if there is a danger that the information will arouse excessive alarm leading to unjustified or harmful decisions.

The Weekly Epidemiological Record (WER)

The *Weekly Epidemiological Record* has several purposes. Firstly, it enables WHO to meet its formal obligations in accordance with a number of articles of the IHR and various related recommendations of the World Health Assembly. The WER disseminates, as received, information officially transmitted to it by Member States concerning diseases subject to the IHR or under surveillance. As mentioned above and for the reasons stated, this information is often incomplete in comparison with the actual situation, or relatively belated. This information would be more valuable were it to be accompanied by epidemiological details that would assist in its interpretation and avoid unwarranted reactions. The value of the WER as a tool would be greatly increased thereby.

Among the various items of official information published by the WER, special mention should be made of updates concerning the *Yellow Fever Vaccination Centres, Ports Designated in Application of the IHR, and Vaccination Certificate Requirements for International Travel*.

On the other hand, the WER is a channel for the dissemination of progress reports on programmes that play an essential role in the objective of health for all by the year 2000, e.g. the Diarrhoeal Diseases Control Programme, the Expanded Programme on Immunization, the Malaria Action Programme, etc.

Lastly, the reports on epidemiological incidents of general interest or on national experience are also an important part of the WER.

Because the contents of the WER are greatly influenced by the information received from the national health authorities, it is essential that these authorities send reports to the editor without delay describing not only their successes but also their difficulties so that the international medical community may benefit thereby.

*Annex II** contains a list of the national epidemiological reports received regularly.

Vaccination Certificate Requirements and Health Advice for International Travel

Very few complaints have been recorded concerning vaccination certificates, and most of them had to do with the application of obsolete instructions or the use of forms that were out of date at the time of delivery of the visas or at the time of arrival at a seaport or an airport. These difficulties are essentially matters within the competence of the Member States since they are generally due to lack of communication between national services with different responsibilities. Whenever it has been informed of such a matter WHO has intervened, and when the matter was only one of divergence between the measures of which WHO had been informed and requirements actually applied to travellers, the problems have been settled easily with great understanding on the part of the countries concerned. Matters are more delicate to deal with when the requirements concerned go appreciably beyond those laid down by the IHR.

There is little to report concerning smallpox vaccination certificates except that vaccinations have been carried out in a very small number of cases on the initiative of doctors, and that the necessary remarks have been made to the national health authorities concerned when the cases became known.

The booklet intended to assist those who have to advise travellers on the risks that they run in visiting other countries has been slightly changed and will henceforward be entitled *Vaccination Certificate Requirements and Health Advice for International Travel*. As has been the case every year, the text has been revised in

Relevé épidémiologique hebdomadaire étant suffisante. Dans d'autres cas enfin il apparaît préférable de ne pas faire état de certaines informations par le SART parce que l'on sait par expérience que si elles ne sont pas convenablement explicitées, elles susciteront de la part de certains pays des réactions exagérées et préjudiciables au pays d'où provient l'information, comme on l'a déjà signalé.

Le précédent rapport¹ avait mentionné le projet d'une modernisation de l'équipement pour permettre la diffusion de messages plus longs et donc une meilleure interprétation épidémiologique. Cela n'a pas encore pu être réalisé mais on peut s'interroger sur l'utilité de poursuivre dans cette voie si devaient persister les obstacles dus au retard ou à l'absence de communications officiellement approuvées ou au risque que les informations déclenchent des alarmes excessives conduisant à des décisions injustifiées ou dommageables.

Relevé épidémiologique hebdomadaire (REH)

Le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* a plusieurs fonctions. Tout d'abord, il permet à l'OMS de s'acquitter de ses obligations formelles en conformité avec un certain nombre d'articles du RSI et de diverses recommandations de l'Assemblée mondiale de la Santé qui s'y rapportent. Le REH fait part, au fur et à mesure de leur réception, des informations qui ont été transmises officiellement par les Etats Membres concernant les maladies soumises au RSI ou sous surveillance. Comme il est mentionné ci-dessus et pour les raisons indiquées, ces informations sont souvent incomplètes par rapport à la situation réelle, ou relativement tardives. L'intérêt de ces informations serait plus grand si elles étaient accompagnées des détails épidémiologiques qui aideraient à leur interprétation et éviteraient des réactions injustifiées. Peu à peu la valeur du REH comme instrument de travail s'en trouverait grandement augmentée.

Parmi les autres informations officielles que publie le REH il faut signaler les mises à jour concernant les *Centres de vaccination contre la fièvre jaune, les Ports notifiés en application du RSI, et les Certificats de vaccination exigés pour les voyages internationaux*.

D'autre part, le REH représente un canal de diffusion de l'information sur le déroulement des programmes qui jouent un rôle essentiel dans l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000, par exemple le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, le programme élargi de vaccination, le programme d'action antipaludique et d'autres.

Enfin, les comptes rendus d'incidents épidémiologiques d'intérêt général ou d'expériences nationales représentent également une part importante du REH.

Le contenu du REH étant largement influencé par les informations qu'il reçoit des autorités sanitaires nationales, il importe que celles-ci veillent à envoyer rapidement à la rédaction les rapports qui relatent leurs succès mais aussi leurs difficultés afin que l'ensemble de la communauté médicale internationale puisse en bénéficier.

L'*Annexe II** contient la liste des rapports épidémiologiques nationaux reçus régulièrement.

Certificats de vaccination exigés et conseils d'hygiène pour les voyages internationaux

Peu de plaintes concernant les certificats de vaccination ont été enregistrées. Dans la plupart des cas il s'agissait de l'application d'instructions obsolètes ou de l'utilisation d'imprimés périmés au moment de la délivrance de visas ou au moment de l'arrivée dans un port maritime ou un aéroport. Ces difficultés relèvent essentiellement de la compétence des Etats Membres puisqu'elles sont généralement dues à l'insuffisance de communications entre les services nationaux ayant des responsabilités différentes. Chaque fois qu'elle en a été informée, l'OMS est intervenue et les problèmes ont été facilement réglés avec une grande compréhension des pays concernés lorsqu'il ne s'agissait que d'une divergence entre les mesures dont l'OMS avait été informée et les exigences réellement appliquées aux voyageurs. Les questions sont plus délicates à résoudre lorsqu'il s'agit d'exigences allant sensiblement au-delà de ce qui est prévu par le RSI.

Il n'y a pratiquement plus rien à signaler concernant les certificats de vaccination antivariolique sinon que dans un très petit nombre de cas isolés des vaccinations ont été pratiquées à l'initiative de médecins au sujet desquels les observations nécessaires ont été faites aux autorités sanitaires nationales responsables, quand les cas ont été connus.

La brochure destinée à aider ceux qui doivent aviser les voyageurs des risques auxquels ils s'exposent en visitant d'autres pays a vu son titre légèrement modifié et s'appellera désormais *Certificats de vaccination exigés et conseils d'hygiène pour les voyages internationaux*. Comme chaque année le texte a été remanié sur certains points afin de mieux

¹ See No. 49, 1983, p. 379

* *Annexes I and II* will appear in No. 51/52.

¹ Voir N° 49, 1983, p. 379

* Les *Annexes I et II* paraîtront dans le N° 51/52.

relation to certain points so as to assist national health administrations in playing their part in collaboration with the medical profession, tourist agencies, airlines and shipping companies, the media and other bodies concerned.

Diseases Subject to the IHR

Plague

In 1983 715 cases of human plague, including 40 deaths, were recorded in 11 countries and notified to WHO. These figures can be compared with those for 1982, when there were 713 cases, including 36 deaths, in 12 countries. These figures, however, were respectively 785 (34) in 1978, 661 (33) in 1979, 506 (56) in 1980 and 194 (25) in 1981. It might therefore be generally concluded that the decline in the number of cases observed in the preceding years has come to a halt. A more detailed analysis of the figures,¹ however, shows that the variations result from situations which are confined to a small number of countries and which must be interpreted with caution.

Distribution by continent was as follows: Africa, 251 cases, including 10 deaths, in 3 countries (Madagascar, United Republic of Tanzania and Zimbabwe); the Americas, 225 cases, including 12 deaths, in 5 countries (Bolivia, Brazil, Ecuador, Peru, United States of America); Asia, 239 cases, including 18 deaths, in 3 countries (Burma, China, Viet Nam).

In the above-mentioned countries, the increase in morbidity may be connected either with the approach of a renewed cycle of activity of the disease, or with a relaxation of effective epidemiological surveillance in former known foci. Moreover, attention has already been drawn to the possibility that the increase in morbidity from plague may sometimes be a result of the development of tourist or sociocultural activities involving a higher risk of contact with infected animals in areas where plague is enzootic.

It must, however, be stressed that in 1983 plague continued to pose no problem for international travel.

Cholera

A total of 64 061 cases of cholera were notified to WHO for the year 1983 by 33 countries.

The comments made in previous reports² remain applicable, i.e. although the number of countries notifying cases is decreasing (42 in 1981, 37 in 1982), the number of notified cases is greater (36 840 in 1981, 54 856 in 1982), but there are such variations one way or the other from country to country that it is impossible to draw any conclusions.

There is no doubt that the fear of seeing some health authorities take excessive and epidemiologically unwarranted measures against them has led some countries to hesitate to declare cases that have occurred in their territory. However, as these situations ended up by becoming known, the health authorities of the other countries had some grounds for deciding on unsuitable and excessive measures in the absence of objective information. It is to be hoped that the gradual general spread of awareness concerning really effective methods for the control of cholera (more especially the improvement of hygienic conditions, sanitation, and detection and surveillance systems) will make it possible to escape rapidly from this vicious circle.

Yellow Fever

The 778 cases of yellow fever notified to WHO in 1983 were the highest number in the last decades. The majority of cases, i.e. 728, occurred during an epidemic in Burkina Faso and Ghana in Africa. The remaining 50 cases, notified by 5 countries (Bolivia, Brazil, Colombia, Ecuador, Peru) in South America, indicate a continuation of the decreasing trend noted there in 1982 (from 237 cases in 1981 to 140 in 1982).

In Ghana, 2 infants with hepatitis died in a village in West Gonja in the western part of the Northern Region on 20 August 1983. Retrospective investigations showed that 37 similar fatal cases had occurred in the same area since the end of July. Histopathological investigation of *post mortem* liver specimens indicated yellow fever. In mid-October, a village in the north-eastern part of the Northern Region reported cases. The first cases in this area could also be traced back to the end of July. Thereafter the outbreak spread to the eastern part of the Upper East Region. The epidemic peaked in the 2 foci from the last week of September to the end of October. The last cases were reported in the first week of November. In all, 372 cases were notified. Of these 201 were fatal

permettre aux administrations sanitaires nationales de jouer leur rôle en collaboration avec le corps médical, les agences de tourisme, les compagnies aériennes et maritimes, les médias et les autres organismes concernés.

Maladies soumises au RSI

Peste

En 1983, 715 cas de peste humaine dont 40 mortels ont été enregistrés dans 11 pays et notifiés à l'OMS. Ces chiffres sont à rapprocher de ceux de 1982 où il y avait eu 713 cas, dont 36 mortels, dans 12 pays. Toutefois ces chiffres avaient été respectivement de 785 (34) en 1978, 661 (33) en 1979, 506 (56) en 1980 et 194 (25) en 1981. On pourrait donc conclure globalement à un arrêt de la diminution du nombre de cas qui avait été observée les années précédentes. Cependant, une analyse plus détaillée des données¹ montre que les variations sont dues à des situations limitées à quelques pays et qui doivent être interprétées avec prudence.

La répartition par continent a été la suivante: Afrique, 251 cas, dont 10 mortels, dans 3 pays (Madagascar, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe); les Amériques, 225 cas, dont 12 mortels, dans 5 pays (Bolivie, Brésil, Equateur, Etats-Unis d'Amérique, Pérou); Asie, 239 cas, dont 18 mortels, dans 3 pays (Birmanie, Chine, Viet Nam).

En ce qui concerne certains des pays mentionnés, l'accroissement de la morbidité est peut-être lié soit à l'approche d'un nouveau cycle d'activité de la maladie, soit à un relâchement dans l'application des mesures de surveillance épidémiologique dans des foyers anciennement connus. D'autre part, l'attention a déjà été attirée sur la possibilité que l'augmentation de la morbidité due à la peste puisse être parfois causée par le développement des activités touristiques ou socio-culturelles entraînant un risque plus élevé de contact avec des animaux contaminés dans des régions de peste enzootique.

Il faut cependant souligner qu'en 1983 la peste a continué à ne poser aucun problème pour les voyages internationaux.

Choléra

Un total de 64 061 cas de choléra a été notifié à l'OMS pour l'année 1983 par 33 pays.

Les observations faites dans les rapports précédents² restent valables à savoir que, tandis que le nombre de pays déclarant des cas diminuait (42 en 1981, 37 en 1982), le nombre de cas déclarés était plus important (36 840 en 1981, 54 856 en 1982), mais il y a de telles variations selon les pays, dans un sens ou dans l'autre, qu'il n'est pas possible d'en tirer des conclusions.

Il n'y a guère de doute que la crainte de voir certaines autorités sanitaires prendre des mesures excessives et non épidémiologiquement justifiées à leur encontre a fait hésiter quelques pays à déclarer les cas survenus sur leur territoire. Mais comme ces situations finissaient par être connues, les autorités sanitaires des autres pays avaient quelque raison de décider des mesures inadéquates et exagérées, faute de disposer d'informations objectives. Il est à souhaiter que la prise de conscience progressivement généralisée des méthodes réellement efficaces de lutte contre le choléra (notamment amélioration des conditions d'hygiène, assainissement du milieu, systèmes de dépistage et de surveillance) permette de sortir rapidement de ce cercle vicieux.

Fièvre jaune

Les 778 cas de fièvre jaune notifiés à l'OMS en 1983 représentent le chiffre le plus élevé de ces dernières décennies. La majorité des cas (728) se sont produits lors d'une épidémie au Burkina Faso et au Ghana, en Afrique. Les 50 autres cas notifiés par 5 pays d'Amérique du Sud (Bolivie, Brésil, Colombie, Equateur, Pérou), confirment la tendance à la diminution notée dans cette région en 1982 (le nombre des cas est passé de 237 en 1981 à 140 en 1982).

Au Ghana, 2 nourrissons atteints d'hépatite ont succombé dans un village du West Gonja, dans la partie occidentale de la *Northern Region*, le 20 août 1983. Des enquêtes rétrospectives ont révélé que 37 cas mortels analogues s'étaient produits dans la même zone depuis la fin juillet. L'examen histopathologique *post-mortem* de prélèvements hépatiques a montré qu'il s'agissait de cas de fièvre jaune. A la mi-octobre, un village de la partie nord-est de la *Northern Region* a également signalé des cas. On a pu déterminer que les premiers cas de cette zone s'étaient produits à la fin juillet. Depuis lors, la poussée s'est étendue vers l'extrémité orientale de l'*Upper East Region*. L'épidémie a atteint son acmé, dans les différents foyers, de la dernière semaine de septembre jusqu'à la fin octobre. Les derniers cas ont été signalés pendant la première semaine de novembre.

¹ See No. 38, No. 4, pp. 289-290.

² See No. 19, 1984, pp. 141-142, No. 27, 1983, pp. 205 and 210.

¹ Voir N° 38, 1984, pp. 289-290.

² Voir N° 19, 1984, pp. 141-142, N° 27, 1983, pp. 205 and 210.

(mean case-fatality rate 54% ranging from 28% to 100%). Most cases were in children under 14 years of age.

In Burkina Faso, the first cases appeared in early October 1983 in a region just north of the epidemic area in the north-eastern part of Ghana and the epidemic rapidly extended to the south-eastern part of the country. The affected population was mainly children of a semi-nomadic tribe living in camps near the gallery forests. The epidemic peaked between 10 and 15 October and the last cases were reported on 20 December. A total of 356 cases were notified, of which 286 (80%) were fatal.

In both countries extensive control campaigns were rapidly carried out. Over a million doses of yellow fever vaccine were administered in Burkina Faso during October. In Ghana, a mosquito control programme was organized and 300 000 yellow fever vaccinations were carried out in a few weeks.

In addition to the emergency programme a larger vaccination campaign in areas at risk was undertaken in both countries with the assistance of WHO and various donor agencies.

Yellow fever remains an enzootic disease transmitted permanently to monkeys by certain wild mosquito species in tropical forests and savannas of Africa and South America. It may cause sporadic cases or sudden epidemics in non-vaccinated human rural populations with a risk of urban yellow fever in nearby towns infested by the domestic *Aedes aegypti*. Preventive vaccination programmes of populations in risk areas should be encouraged and immigrant workers or visiting tourists in these areas should be vaccinated. Residents in large towns at some distance from savannas and forests are not considered to be exposed at the same risk level unless an *Ae. aegypti* transmitted epidemic occurs. In terms of herd immunity it may be considered that a single injection of vaccine protects a person for life and children can be vaccinated as early as 6 to 7 months of age.

Diseases under Surveillance

Smallpox

Following the recommendations of the Thirty-third World Health Assembly which declared the eradication of smallpox throughout the world (WHA33.3), WHO continued smallpox post-eradication surveillance as recommended by the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication and endorsed by the World Health Assembly (WHA33.4).

Vaccination policy

All countries of the world except Albania have discontinued routine smallpox vaccination programmes. As all reference to smallpox was deleted from the International Health Regulations in 1981, smallpox vaccination certificates are no longer required from international travellers. WHO continued to publicize this development and to assist in its implementation in case international organizations or national health representatives or other agencies that issued visas or made travel arrangements still required the certificates through negligence or other reasons.

Following several reports submitted to WHO on the spread of vaccinia infection among civilians having been in contact with military recruits who had been vaccinated and produced major reactions, the Committee on Orthopoxvirus Infections has advised military personnel that recruits being vaccinated for the first time be confined to their bases and prevented from contacting unvaccinated persons for a period of 2 weeks following vaccination.

Investigation of suspect smallpox cases

Over 100 suspect smallpox cases have been reported to WHO headquarters since the beginning of 1980, ranging from 10 to 30 reports a year. Investigations carried out by national and/or WHO teams and supported when possible by the laboratory testing of suspect specimens have failed to confirm any of these reports; in most of them chickenpox, measles and skin diseases were mistaken for smallpox. Details of several investigations were reported in the *Weekly Epidemiological Record*.¹ WHO continues to encourage the submission of such reports in order to strengthen world confidence in the fact of smallpox eradication.

Other Diseases

● *Influenza* was on the whole mild in 1983, although in general more activity was noted than in 1982. For the fifth consecutive year, influenza A viruses of both H3N2 and H1N1 subtypes were reported as well as influenza B

En tout, 372 cas ont été notifiés, dont 201 mortels (taux de létalité moyen de 54%, se situant entre 28% et 100%). La plupart des cas concernaient des enfants de moins de 14 ans.

Au Burkina Faso, les premiers cas ont été observés dans une région située immédiatement au nord de la zone épidémique de la partie nord-est du Ghana, et s'est rapidement étendue au sud-est du pays. La population affectée était principalement composée d'enfants d'une tribu semi-nomade vivant dans des camps près des galeries forestières. L'épidémie a culminé du 10 au 15 octobre, et les derniers cas ont été signalés le 20 décembre. En tout, 356 cas ont été notifiés, dont 286 (80%) mortels.

Dans les 2 pays, de vastes campagnes de lutte ont été rapidement entreprises. Plus d'un million de doses de vaccin anti-amaril ont été administrées au Burkina Faso en octobre. Au Ghana, on a organisé un programme de lutte contre les moustiques et 300 000 vaccinations anti-amariles ont été pratiquées en quelques semaines.

Outre le programme d'urgence, une vaste campagne de vaccination a été entreprise dans des zones exposées au risque de ces 2 pays avec l'aide de l'OMS et de différents organismes donateurs.

La fièvre jaune demeure une enzootie transmise de façon permanente aux singes par certaines espèces de moustiques sauvages des forêts et des savanes tropicales d'Afrique et d'Amérique du Sud, qui peut provoquer l'apparition de cas sporadiques ou d'épidémies subites dans les populations rurales non vaccinées, et créer un risque de fièvre jaune urbaine dans les villes voisines infestées par *Aedes aegypti* domestique. Il conviendrait d'entreprendre des programmes de vaccination préventive de la population dans les zones vulnérables et de vacciner les travailleurs migrants ou les touristes qui s'y rendent. On estime que les résidents des grandes villes situées à une certaine distance des savanes et des forêts ne sont pas exposés au même risque, sauf en cas d'épidémie transmise par *Ae. aegypti*. Du point de vue de l'immunité collective, on peut estimer qu'une seule injection de vaccin peut protéger une personne à vie et que les enfants peuvent être vaccinés dès l'âge de 6 à 7 mois.

Maladies sous surveillance

Variolo

Comme l'a demandé la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, qui a proclamé l'éradication de la variolo dans le monde entier (WHA33.3), l'OMS a poursuivi la surveillance post-éradication de la variolo suivant la recommandation formulée par la Commission mondiale pour la Certification de l'Éradication de la Variolo, entérinée par l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA33.4).

Politique en matière de vaccination

Tous les pays du monde, sauf l'Albanie, ont interrompu les programmes de vaccination antivarioloque systématique. Toute référence à la variolo a été supprimée dans le Règlement sanitaire international en 1981, aussi les voyageurs internationaux ne sont-ils plus tenus de posséder un certificat de vaccination antivarioloque. L'OMS a poursuivi son action pour faire connaître cet état de choses, et pour qu'il en soit tenu compte dans les cas où des organisations internationales, des représentants d'autorités sanitaires nationales, ou d'autres organismes habilités à délivrer des visas ou à prendre des dispositions concernant les voyages ont continué, par négligence ou pour d'autres raisons, à exiger ce certificat.

A la suite de diverses informations communiquées à l'OMS sur la propagation d'infections à vaccine parmi des civils ayant été en contact avec des recrues militaires vaccinées et présentant des réactions importantes, le Comité des Infections à Orthopoxvirus a conseillé aux responsables militaires de consigner les recrues vaccinées pour la première fois et de les empêcher, pendant une période de 2 semaines après la vaccination, d'entrer en contact avec des personnes non vaccinées.

Examen de cas suspects de variolo

Plus de 100 cas suspects de variolo ont été notifiés au Siège de l'OMS depuis le début de 1980, soit de 10 à 30 notifications par an. Les enquêtes menées par des équipes nationales ou de l'OMS, pratiquées autant que possible avec examen d'échantillons suspects en laboratoire, n'ont permis de confirmer aucune de ces notifications; il s'agissait le plus souvent de cas de varicelle, de rougeole et de dermatoses qu'on avait pris pour des cas de variolo. Le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* a publié des informations détaillées concernant plusieurs de ces enquêtes.¹ L'OMS continue à encourager l'envoi de telles notifications pour renforcer, au plan mondial, la confiance dans la réalité de l'éradication de la variolo.

Autres maladies

● Dans l'ensemble, en 1983, la *grippe* a été bénigne, bien que plus active qu'en 1982. Pour la cinquième année consécutive on a signalé des cas de grippe A des sous-types H3N2 et H1N1 aussi bien que des cas de grippe B.

¹ See No. 8, 1981, pp. 61-62, No. 26, 1981, p. 207, No. 45, 1981, pp. 353-355, No. 29, 1983, pp. 226-227, No. 48, 1983, p. 374

¹ Voir N° 8, 1981, pp. 61-62; N° 26, 1981, p. 207, N° 45, 1981, pp. 353-355, N° 29, 1983, pp. 226-227; N° 48, 1983, p. 374.

Influenza A(H3N2) predominated in the majority of countries reporting on influenza during the first months of the year. Influenza A(H1N1) played a role in some countries already at the beginning of the year and became increasingly important, especially during the second half of the year and in the southern hemisphere. Influenza B was on the whole rare although cases were detected during or following the main influenza A wave in some areas.

Most isolates of influenza A(H3N2) virus characterized in the WHO Collaborating Centres for Reference and Research on Influenza were similar to A/Belgium/2/81(H3N2). However, later in the year, strains showing a slightly different reaction pattern, typified by A/Philippines/2/82(H3N2), became more common. Among the influenza A(H1N1) viruses characterized by the collaborating centres, strains like the A/England/333/80(H1N1) variant predominated. However, some strains isolated in Europe and most of those coming from Asia and Oceania during the second half of the year proved to be antigenically different in haemagglutination-inhibition tests. Two strains, A/Hong Kong/2/82(H1N1) and A/Dunedin/27/83(H1N1) represented these new slightly drifted variants. The few influenza B virus isolates available for study in the collaborating centres continued to be similar to B/Singapore/222/79.

● Globally, the malaria situation did not change significantly, some countries reporting improvements and others a deterioration of the situation.

Reliable information is still lacking from many countries and reporting on malaria continued to be deficient and very uneven both in terms of geographical coverage and periodicity of reporting.

Some 92 million clinical malaria cases are estimated to occur annually, three-quarters of them in tropical Africa alone. However, there are many more people infected with the disease without necessarily showing clinical symptoms.

Whereas in South-East Asia the number of cases reported declined to nearly the pre-resurgence level and decreased significantly in China, in the other Regions the reported overall incidence showed generally an upward trend in recent years.^{1,2}

Resistance of *Plasmodium falciparum* to chloroquine continued to be reported from many countries and areas where it was not known to exist previously. During 1982, parts of India, Indonesia, Sudan, Zaïre and Zambia had to be added to the list of areas where chloroquine-resistant *P. falciparum* is known to occur.

Travel continued to increase worldwide and constitutes a serious threat of malaria being reintroduced into countries or areas which have been freed from it. Local transmission originating from imported cases³ and infections acquired in the vicinity of airports (or aboard aircraft) illustrate the need to maintain effective vigilance in receptive areas and to urge countries to conform with the provisions of Articles 19 and 83 of the International Health Regulations (disinsecting aircrafts, and keeping airports free of potential breeding places).

Deaths continued to be reported among imported malaria cases. In all likelihood they could have been prevented had the necessary prophylactic measures been taken and/or an early diagnosis made. Although a plethora of information on malaria risk for travellers and on how to prevent the disease exists, it is still difficult to get the correct information to those concerned. In this context, it has to be stressed again that giving advice to international travellers is a joint responsibility of the countries of origin and destination of the travellers. Inadequate and vague information on areas with malaria risk is likely to create unnecessary fear particularly if the media give prominence to the situation. Clear and detailed information on these risk areas provided through official channels permits the travellers to limit their precautions to situations where they are really necessary.³

● In 1983, 24 556 cases of *poliomyélite* were notified by 101 WHO Member States which represent about 80% of the total population of all Member States and Associate Members. Twenty-eight countries, representing about 3% of the total population of WHO Member States, reported zero-incidence. The number of cases notified in 1983 is considerably lower than the 37 253 cases reported by 134 Member States for 1982. A comparison of the number of cases in 94 Member States reporting in both years confirms the decrease—about 25%. The decrease was particularly

La grippe A(H3N2) a prédominé dans la majorité des pays ayant notifié des cas pendant les premiers mois de l'année. La grippe A(H1N1) s'est manifestée dans certains pays déjà au début de l'année prenant ensuite davantage d'ampleur, particulièrement pendant la deuxième moitié de l'année et dans l'hémisphère sud. Les cas de grippe B ont été rares dans l'ensemble, bien qu'on en ait dépistés dans certaines régions pendant ou après la poussée prédominante de grippe A.

La plupart des isoléments de virus de la grippe A(H3N2) qui ont été typés dans les centres collaborateurs OMS de référence et de recherche pour la grippe étaient analogues à A/Belgium/2/81(H3N2). Toutefois, plus tard dans l'année, on a plus fréquemment décelé des souches aux réactions d'allure légèrement différente, du type A/Philippines/2/82(H3N2). Parmi les virus de la grippe A(H1N1) typés dans les centres collaborateurs, il y a eu prédominance de souches analogues au variant A/England/333/80(H1N1). Cependant certaines souches isolées en Europe, ainsi que la plupart des souches en provenance d'Asie et d'Océanie pendant le deuxième semestre, se sont révélées antigéniquement différentes lors des épreuves d'inhibition de l'hémagglutination. Deux souches, A/Hong Kong/2/82(H1N1) et A/Dunedin/27/83(H1N1), ont représenté ces variants nouveaux, légèrement modifiés. Les quelques isoléments de virus de la grippe B dont on a disposé dans les centres collaborateurs ont continué à être analogues à B/Singapore/222/79.

● En ce qui concerne le paludisme, la situation n'a pas changé de façon significative sur le plan mondial: certains pays ont signalé des améliorations tandis que d'autres faisaient savoir que la situation s'était aggravée.

On continue à manquer de renseignements fiables concernant de nombreux pays, et la notification des cas de paludisme reste médiocre et très inégale, tant en termes de couverture géographique que de périodicité.

On estime qu'il se produit annuellement quelque 92 millions de cas cliniques de paludisme, dont les trois quarts en Afrique tropicale. Toutefois, un bien plus grand nombre de sujets sont infectés par la maladie, sans présenter nécessairement des symptômes cliniques.

Alors qu'en Asie du Sud-Est le nombre de cas notifiés a diminué presque jusqu'au niveau de la pré-résurgence, et a décliné nettement en Chine, l'incidence a généralement manifesté une tendance à l'augmentation, ces dernières années dans les autres Régions.^{1,2}

Des informations concernant une résistance de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine continuent à parvenir de pays et de zones où cette résistance n'avait pas été signalée précédemment. En 1982, des régions d'Inde, d'Indonésie, du Soudan, du Zaïre et de Zambie ont dû être ajoutées à la liste des zones où il se produit des cas de *P. falciparum* résistants à la chloroquine.

Les voyages continuent à se développer dans le monde entier, ce qui entraîne un risque grave de réintroduction du paludisme dans des pays ou des zones qui en avaient été libérées. La transmission locale à partir de cas importés³ ainsi que les infections contractées à proximité des aéroports (ou à bord d'avions) illustrent la nécessité de maintenir une vigilance efficace dans les zones réceptives et d'encourager les pays à se conformer aux dispositions des articles 19 et 83 du Règlement sanitaire international (concernant la désinsectisation des aéronefs et l'élimination des gîtes larvaires potentiels dans les aéroports).

Il y a eu de nouvelles notifications de cas mortels de paludisme importé. Selon toute vraisemblance, en prenant les mesures prophylactiques nécessaires et/ou en posant un diagnostic précoce, on aurait pu éviter ces cas. En dépit d'une surabondance de renseignements concernant les risques de paludisme courus par les voyageurs et les moyens d'éviter la maladie, il subsiste des difficultés pour faire parvenir une information correcte à ceux qui en ont besoin. Dans ce contexte, il convient de souligner à nouveau que la responsabilité de conseiller les voyageurs internationaux incombe conjointement au pays d'origine et à celui de destination des voyageurs. Une information inadéquate et vague sur les zones où il existe un risque de paludisme peut créer des craintes inutiles, particulièrement si les médias insistent sur de telles situations. Des renseignements clairs et détaillés sur ces zones à risque, fournis par les voies officielles, permettent aux voyageurs de limiter les mesures de précaution aux situations où elles sont réellement nécessaires.³

● En 1983, 24 556 cas de *poliomyélite* ont été signalés par 101 Etats Membres de l'OMS représentant environ 80% de la population totale de l'ensemble des Etats Membres et Membres associés. Vingt-huit pays, représentant environ 3% de la population totale des Etats Membres de l'OMS, ont signalé une incidence nulle. En 1983, le nombre des notifications est très sensiblement inférieur aux 37 253 cas signalés par 134 Etats Membres en 1982. Une comparaison du nombre des cas dans 94 Etats Membres ayant signalé des cas au cours de ces 2 années confirme la baisse, soit environ 25%. Celle-ci est particulièrement sensible dans 3 des

¹ See No 37, 1984, pp 281-284

² See *World Health Statistics Quarterly*, 37, 1984, pp 130-161

³ See Nos. 29-31, 1984

¹ Voir N° 37, 1984, pp 281-284

² Voir *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 37, 1984, pp. 130-161.

³ Voir N° 29-31, 1984.

noticeable in 3 of the 4 WHO Regions where most cases occur, i.e. the African, Eastern Mediterranean and Western Pacific Regions. In the Region of the Americas the number of cases remained at the low level seen in 1981 and 1982 following the marked decrease in 1979 and 1980. In some countries this decrease followed the trend observed over a number of years and can be ascribed to successful immunization programmes. In other countries, where these programmes have had less impact so far, the decrease was most likely part of the natural cyclic pattern of the natural cyclic pattern of poliomyelitis.

● *Louse-borne typhus* and *louse-borne relapsing fever* have not been of any concern with respect to international travel for many years. These diseases are a problem in relatively confined areas in a very limited number of countries in Africa and South America.

4 Régions de l'OMS où se produit la plupart des cas, c'est-à-dire l'Afrique, la Méditerranée orientale et le Pacifique occidental. Dans la Région des Amériques, le nombre des cas est resté au niveau peu élevé observé en 1981 et 1982, succédant à la nette diminution de 1979 et 1980. Dans certains pays, cette diminution a suivi la tendance observée au cours d'un certain nombre d'années et peut être imputée à la réussite de programmes de vaccinations. Dans d'autres pays, où ces programmes ont eu jusqu'à présent moins d'impact, la diminution fait très vraisemblablement partie du cycle naturel de la poliomyélite.

● Le *typhus à poux* et la *fièvre récurrente à poux* ne présentent pas d'importance sur le plan des voyages internationaux depuis de nombreuses années. Ces maladies posent un problème dans certaines zones relativement limitées de quelques pays d'Afrique et d'Amérique du Sud.

MONITORING AND CONTROL OF DRUGS OF DEPENDENCE

Guidelines for the WHO Review of Dependence-producing Psychoactive Substances for International Control

WHO is the designated specialized agency for the evaluation of the medical and scientific aspects of psychoactive substances under the international drug control treaties. At the request of the World Health Assembly and the United Nations Commission on Narcotic Drugs, the Director-General of WHO submitted to the Executive Board certain proposals for establishing new procedures for the evaluation of these substances. These proposals, including the establishment of a Working Group on Programme Planning and an Expert Committee, were approved by the Executive Board at its seventy-third session in January 1984. At its first meeting in March 1984, the Working Group on Programme Planning formulated a set of guidelines for the WHO review of dependence-producing psychoactive substances. The document¹ deals with the underlying principles of the new review procedures, the working arrangements within the WHO Secretariat as well as with external agencies, the functions of the different institutional mechanisms, the nature of the documentation to be prepared and the time schedules for the different activities. The guidelines cover WHO's responsibilities under both the Single Convention on Narcotic Drugs (1961) and the Convention on Psychotropic Substances (1971). The latter requires additional considerations relating to therapeutic usefulness and associated public health problems to be taken into account. The new procedures take these differences into account.

¹ Guidelines for the WHO review of dependence-producing psychoactive substances for international control, unpublished document MNH/PAD/84.1 (English only) Available on request from the Division of Mental Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

SURVEILLANCE ET CONTRÔLE DES MÉDICAMENTS ENGENDRANT LA DÉPENDANCE

Directives relatives à l'examen par l'OMS des substances psychotropes engendrant la dépendance pour la mise sous contrôle international

L'OMS est l'institution spécialisée chargée de l'évaluation des aspects médicaux et scientifiques des substances psychotropes aux termes des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. A la demande de l'Assemblée mondiale de la Santé et de la Commission des Stupéfiants de l'Organisation des Nations Unies, le Directeur général de l'OMS a présenté au Conseil exécutif certaines propositions pour la mise en place de nouvelles procédures d'évaluation de ces substances. Les mesures proposées, comprenant notamment la constitution d'un groupe de travail sur la planification du programme et d'un comité d'experts, ont été approuvées par le Conseil exécutif lors de sa soixante-troisième session en janvier 1984. A sa première réunion, en mars 1984, le groupe de travail sur la planification du programme a formulé un ensemble de directives pour l'examen par l'OMS des substances psychotropes engendrant la dépendance. Le document¹ expose les principes de base des nouvelles procédures, les arrangements pris dans le cadre du Secrétariat de l'OMS ainsi qu'avec les organismes extérieurs, les fonctions des différents mécanismes institutionnels, la nature de la documentation à préparer et les calendriers des différentes activités. Ces directives couvrent les responsabilités incombant à l'OMS aux termes de la Convention unique sur les Stupéfiants (1961) et de la Convention sur les Substances psychotropes (1971). Cette dernière convention appelle à prendre en considération des éléments additionnels concernant l'utilité thérapeutique et les problèmes de santé publique qui y sont liés. Les nouvelles procédures en tiennent compte.

¹ Guidelines for the WHO review of dependence-producing psychoactive substances for international control, document non publié MNH/PAD/84.1 (en anglais seulement) Ce document peut être obtenu en s'adressant à la Division de la Santé mentale, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Geneva 27, Suisse.

HEPATITIS SURVEILLANCE

INDIA. — An increasing number of viral hepatitis cases have been notified by the health authorities of Ahmedabad city, Gujarat State since July 1983. During only the first 5 months of 1984 there were 1 353 cases hospitalized compared with 1 217 for the whole year of 1983. The case-fatality rate appeared to be higher in 1984 (18.3%) compared with 1983 (9.6%). However, analysis of the records showed that about one-fifth of deaths could be attributed to other causes, such as congestive cardiac failure and pulmonary tuberculosis. This was further confirmed in a comparison of case-fatality rates between hepatitis patients in the infectious diseases hospital (7.5%) and other general hospitals (21.7%). In the infectious diseases hospital the patients presented with symptoms typical of viral hepatitis whereas in the general hospitals all cases with jaundice were labelled as viral hepatitis.

A team from the National Institute of Virology in Pune investigated 149 of the hospitalized patients. Of these, 115 were considered "typical hepatitis". Sera collected from all 149 cases were tested for hepatitis B surface antigen (HBsAg) by ELISA. Eighty-nine (59.7%) were positive, a much higher rate than that recorded during an epidemic in 1982 attributed to non-A, non-B hepatitis virus(es), when it was only 18.5% (10 out of 54). Twenty-nine of the 89 HBsAg positive sera were further tested for antibody of the IgM class to the hepatitis B core antigen (anti-HBc) and 16 were found to be positive. Fourteen of these were from patients with a clinical illness typical of viral hepatitis and 2 were from patients with other syndromes accompanied by jaundice. Thirty-five of 79 sera tested for HBeAg were positive. Markers for delta infection could not be detected in any of the 50 sera further investigated.

SURVEILLANCE DE L'HÉPATITE

INDE. — Un nombre accru de cas d'hépatite virale sont notifiés par les autorités sanitaires de la ville d'Ahmedabad (Etat du Gujarat) depuis juillet 1983. Rien que pour les 5 premiers mois de 1984, on a compté 1 353 cas d'hospitalisation contre 1 217 pour l'ensemble de l'année précédente. Apparemment, le taux de létalité a été plus élevé en 1984 qu'en 1983 (18,3% contre 9,6%). Cependant, l'analyse des dossiers a montré qu'environ 1 décès sur 5 pouvait être attribué à d'autres causes, par exemple une insuffisance cardiaque globale ou une tuberculose pulmonaire. Une nouvelle confirmation a été apportée par la comparaison du taux de létalité associé à l'hépatite dans l'hôpital pour maladies infectieuses (7,5%) et dans les autres hôpitaux généraux (21,7%). Dans le premier, les patients présentaient les symptômes typiques d'une hépatite virale tandis que, dans les hôpitaux généraux, ce diagnostic avait été posé pour tous les cas d'ictère indifféremment.

Une équipe de l'Institut national de virologie de Pune a étudié 149 des patients hospitalisés. Sur ce total, 115 ont été considérés comme atteints d'une «hépatite virale typique». La recherche de l'antigène de surface du virus de l'hépatite B (HBsAg) a été effectuée, par une méthode du type ELISA, dans les sérums recueillis chez la totalité des 149 cas. Quarante-neuf sérums (59,7%) se sont révélés positifs, un taux beaucoup plus élevé que lors de l'épidémie de 1982 attribuée à un ou plusieurs virus de l'hépatite non-A, non-B; ce taux avait été alors de 18,5%, soit 10 sur 54. Vingt-neuf de ces 89 sérums HBsAg* ont en outre été soumis à une épreuve de recherche d'anticorps de la classe IgM dirigés contre l'antigène central du virus de l'hépatite B (anti-HBc), et 16 ont été trouvés positifs. Sur ce total, 14 provenaient de sujets présentant une atteinte clinique caractéristique de l'hépatite virale et 2 des malades porteurs d'un autre syndrome accompagné d'ictère. Parmi les 79 sérums où l'on a recherché la présence de l'HBeAg, 35 étaient positifs. Aucun marqueur de l'infection delta n'a pu être mis en évidence dans les 50 sérums soumis à cette épreuve.

Twenty-five of 100 patients had been admitted to the hospital within 6 months of onset of the illness. Twenty-four of them had hepatitis B surface antigen or antibody to this antigen while only 49 of the remaining 75 patients, who did not have a recent history of hospitalization, had such markers.

Sur 100 malades, 25 avaient été hospitalisés dans les 6 mois suivant l'apparition de la maladie. Vingt-quatre d'entre eux étaient porteurs de l'antigène de surface HBsAg ou d'anticorps dirigés contre cet antigène, tandis que ces marqueurs n'étaient présents que chez 49 seulement des 75 autres patients qui n'avaient pas été hospitalisés récemment.

(Based on/D'après: A report from the WHO Collaborating Centre for Virus Reference and Research, National Institute of Virology/ Un rapport du Centre collaborateur OMS de référence et de recherche pour les virus, Institut national de virologie, Pune, 1984.)

INFLUENZA SURVEILLANCE

NEW ZEALAND (30 November 1984). — Regional outbreaks of influenza A(H3N2) affecting all age groups have been reported in North Island. The outbreaks, which began in the Wellington area in mid-October and in Napier and Wairoa, further north, in early November, are now declining after peaks in the second half of November.

SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

NOUVELLE-ZÉLANDE (30 novembre 1984). — Des poussées régionales de grippe A(H3N2) touchant tous les groupes d'âge ont été signalées dans l'île du Nord. Les flambées ont débuté dans la région de Wellington à la mi-octobre, et à Napier et Wairoa, plus au nord, au début novembre. Après avoir atteint des pics pendant la seconde quinzaine de novembre, elles sont maintenant en diminution.

RENEWAL OF SUBSCRIPTIONS

To ensure that you continue to receive the *Weekly Epidemiological Record* without interruption, do not forget to renew your subscription for 1985. This can be done through your sales agent. For countries without appointed sales agents, please write to: World Health Organization, Distribution and Sales, 1211 Geneva 27, Switzerland. Be sure to include your subscriber identification number from the mailing label.

RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS

Pour continuer de recevoir sans interruption le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n'oubliez pas de renouveler votre abonnement pour 1985. Ceci 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, Service de Distribution et de Vente, 1211 Genève 27, Suisse. N'oubliez pas de préciser le numéro d'abonnement figurant sur l'étiquette d'expédition.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT
Notifications Received from 7 to 13 December 1984 - Notifications reçues du 7 au 13 décembre 1984

C Cases - Cas
 D Deaths - Décès
 P Port
 A Airport - Aéroport
 ... Figures not yet received - Chiffres non encore disponibles
 † Imported cases - Cas importés
 ‡ Revised figures - Chiffres révisés
 § Suspected cases - Cas suspects

CHOLERA † - CHOLÉRA †		Asia - Asie		YELLOW FEVER - FIÈVRE JAUNE	
Africa - Afrique				America - Amérique	
	C D		C D		C D
ALGERIA - ALGÉRIE	5-11.X	MALAYSIA - MALAISIE	18-24.XI	ECUADOR - ÉQUATEUR	3.XI ¹
.....	1 0	2 0	Pastaza Province	
.....	22-28.IX	THAILAND - THAÏLANDE	18-24.XI	Conconaco Parish	1 1
.....	3 0	6 0		
MAURITANIA - MAURITANIE	17-25.XI	† The total number of cases and deaths reported for each country occurred in infected areas already published, or in newly infected areas, see below / Tous les cas et décès notifiés pour chaque pays se sont produits dans des zones infectées déjà signalées ou dans des zones nouvellement infectées, voir ci-dessous.			
.....	105 15				¹ Date of death/Date du décès.

Newly Infected Areas as on 13 December 1984 - Zones nouvellement infectées au 13 décembre 1984

For criteria used in compiling this list, see No. 12, page 92. — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 12, page 92

The complete list of infected areas was last published in WER No. 48, page 375. It should be brought up to date by consulting the additional information published subsequently in the WER regarding areas to be added or removed. The complete list is usually published once a month.

La liste complète des zones infectées a paru dans le REH N° 48, page 375. Pour sa mise à jour, il y a lieu de consulter les *Relevés* publiés depuis lors où figurent les listes de zones à ajouter et à supprimer. La liste complète est généralement publiée une fois par mois.

CHOLERA - CHOLÉRA	Asia - Asie	YELLOW FEVER - FIÈVRE JAUNE
Africa - Afrique		America - Amérique
ALGERIA - ALGÉRIE	THAILAND - THAÏLANDE	ECUADOR - ÉQUATEUR
Annaba Wilaya	Nakhon Si Thammarat Province	Pastaza Province
Medea Wilaya	Pak Phanang District	Conconaco Parish
MAURITANIA - MAURITANIE	Surat Thani Province	
Nouakchott District	Phuaphun District	

Areas Removed from the Infected Area List between 7 and 13 December 1984
Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 7 et 13 décembre 1984

For criteria used in compiling this list, see No. 12, page 92. — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 12, page 92

CHOLERA - CHOLÉRA	MALAYSIA - MALAISIE	THAILAND - THAÏLANDE
Asia - Asie		
IRAN, ISLAMIC REP. OF	Sabah	Chon Buri Province
IRAN, RÉP. ISLAMIQUE D'	Penampang District	Bang Lamung District
Arak Province		Bo Tong Sub District
		Phuket Province
		Thalang District

Price of the *Weekly Epidemiological Record*
 Prix du *Relevé épidémiologique hebdomadaire*

Annual subscription - Abonnement annuel Fr s. 120.-
 7 500 XII.84