



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
Télex 28150 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français

12 DECEMBER 1986

61ST YEAR - 61^E ANNÉE

12 DÉCEMBRE 1986

FUNCTIONING OF THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS FOR THE PERIOD 1 JANUARY TO 31 DECEMBER 1985 (PART I)*

In response to the annual request by the Director-General of WHO, 74 Member States supplied a report on the functioning of the International Health Regulations (IHR) for the period 1 January to 31 December 1985.

This report is stipulated by Article 13 of the International Health Regulations (1969), which states: "Each State shall forward annually to the Organization, in accordance with Article 62 of the Constitution of the Organization, information concerning the occurrence of any case of a disease subject to the Regulations due to or carried by international traffic, as well as on the action taken under these Regulations or bearing upon their application".¹

Regrettably the number of countries providing such reports dropped substantially from 1981 to 1984, and the slight increase in the number of reports for the year 1985 can be attributed to the fact that this year the text of the Director-General's letter was reworded and was more specific as to the need for such reports and the information wanted. This trend might suggest that such reports have become pointless on account of the general improvement in this situation and the decrease in urgent problems. Nevertheless, the World Health Assembly has on several occasions expressed the view that all health administrations should forward reports on the occurrence of cases of diseases subject to the IHR and other matters bearing upon their application, even if they confine themselves to stating that there is nothing to report.

Table 1 shows what reports were received from the various Member States during the last 5 years. Fewer than half the countries sent in a report for the year 1985. Twenty of the 167 Member States and Associate Members did not forward any report during the last 5 years. Of the remainder, 81 sent in 3 reports or less for these 5 years. Nevertheless several of the countries that failed to report were known to have difficulties concerning their territories or their nationals travelling to other countries; many of them could have contributed to a better knowledge of the epidemiological situation, thus assisting their neighbours and WHO to make epidemiological surveillance more dynamic and more relevant.

The annual report requested from each country should not be regarded as a procedure whereby the Organization checks up on the way Member States fulfil their obligations in accordance with the commitments they made when agreeing to be bound by the IHR. This report represents one of the ways in which epidemiological information circulates among countries, with the assistance of the Organization's Secretariat. It permits an annual

* Part II will appear in No. 51/52 (19/26 December 1986)

¹ International Health Regulations (1969). Third annotated edition.

APPLICATION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL PENDANT LA PÉRIODE DU 1^{ER} JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1985 (1^EE PARTIE)*

Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1985, 74 Etats Membres ont fourni un rapport sur l'application du Règlement sanitaire international (RSI) en réponse à la demande qui leur est faite chaque année par le Directeur général de l'OMS.

Ce rapport est prescrit par l'article 13 du Règlement sanitaire international (1969) selon lequel « Tout Etat transmet une fois l'an à l'Organisation, conformément à l'article 62 de la Constitution de l'Organisation, des renseignements concernant l'apparition éventuelle de tout cas d'une maladie soumise au Règlement provoquée par le trafic international ou observée dans celui-ci, ainsi que les décisions prises en vertu du présent Règlement et celles touchant à son application ».¹

Il est regrettable que le nombre de pays fournissant ce rapport ait sensiblement diminué de 1981 à 1984, la légère augmentation du nombre de rapports portant sur l'année 1985 pouvant être attribuée au fait que le texte de la lettre du Directeur général avait été remanié par rapport à celui des années précédentes et comportait des indications plus précises quant au besoin de tels rapports et quant aux informations souhaitées. Cette évolution pourrait laisser croire qu'un tel rapport est devenu sans objet en raison de l'amélioration générale de la situation et de la régression des problèmes aigus. Toutefois, à plusieurs reprises, l'Assemblée mondiale de la Santé a considéré que toutes les administrations sanitaires devraient envoyer des rapports concernant l'apparition de cas de maladies soumise au RSI et d'autres questions relatives à l'application de celui-ci, même si elles se bornent à indiquer qu'il n'y a rien à signaler.

Le Tableau 1 indique quels ont été les rapports reçus des différents Etats Membres pour les 5 dernières années. Comme on le voit, dans l'ensemble, à peine 1 pays sur 2 a envoyé un rapport pour l'année 1985. Vingt des 167 Etats Membres et Membres associés n'ont envoyé aucun rapport au cours des 5 dernières années. Parmi les autres, 81 n'ont envoyé qu'entre 1 et 3 rapports pour 5 années. Pourtant, parmi ces pays défaillants, plusieurs étaient connus pour des difficultés concernant leurs territoires ou leurs ressortissants voyageant dans d'autres pays, et nombreux étaient ceux qui auraient pu contribuer à une meilleure connaissance de la situation épidémiologique, aidant ainsi leurs voisins et l'OMS à rendre la surveillance épidémiologique plus dynamique et plus pertinente.

Le rapport annuel demandé à chaque pays ne doit pas être vu comme une procédure de contrôle par l'Organisation de la façon dont les Etats Membres s'acquittent de leur obligations conformément aux engagements qu'ils ont souscrits en acceptant d'être liés par le RSI. Ce rapport représente un des moyens par lesquels les informations épidémiologiques circulent entre les pays avec le concours du Secrétariat de l'Organisation. Il permet de faire le point une fois par an sur les problèmes sanitaires qui

* La 1^{re} partie paraîtra dans le No. 51/52 (19/26 décembre 1986).

¹ Règlement sanitaire international (1969). Troisième édition annotée.

Epidemiological notes contained in this issue:

Acquired immunodeficiency syndrome, influenza, International Health Regulations.

List of newly infected areas, p. 392.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Grippe, Règlement sanitaire international, syndrome d'immuno-déficience acquise.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 392.

review of the health problems that may affect international traffic or for which such traffic may be partly responsible.

It goes without saying that submission of an annual report would not be sufficient in isolation, because unusual events need to be detected and brought to the notice of other countries as and when they happen. This presupposes that each country has a proper epidemiological surveillance service able to collect and disseminate full and precise information, on the basis of which the authorities in other countries will be able to take epidemiologically adequate and justified measures. Some countries all too often keep silent about epidemics they are experiencing, sometimes simply because they have no epidemiological surveillance service, but often because they fear exaggerated reactions by other countries. Yet their silence affords them no protection: on the basis of incomplete reports featured in the media, these countries tend to be subjected to excessive measures that could have been avoided, if they had provided even imperfect information.

Some countries neglect to submit a report because they do not see the need for it or because they regard the IHR as an obsolete relic. However, the IHR should not be seen solely as a tool for taking specific action against a few designated diseases, they should act as a stimulus for developing necessary epidemiological activities and should play a full part within an integrated epidemiological surveillance service that operates both nationwide and worldwide.

peuvent jouer un rôle dans le trafic international ou dont celui-ci peut avoir une part de responsabilité.

Il va de soi que cet acte annuel ne saurait suffire s'il restait isolé car c'est en permanence et au fur et à mesure de leur survenue que les événements inhabituels doivent être détectés et portés à la connaissance des autres pays. Ceci suppose l'existence dans chaque pays de services de surveillance épidémiologiques dignes de ce nom, capable de rassembler et de diffuser des informations exactes et complètes sur la base desquelles les autorités responsables des autres pays pourront prendre des mesures adéquates et justifiées du point de vue épidémiologique. Le silence trop souvent gardé par certains pays sur des épidémies survenant chez eux n'est parfois que le reflet de l'absence de tels services et souvent la traduction de la crainte de réactions exagérées de la part d'autres pays; mais cela ne met pas les pays concernés à l'abri des mesures excessives prises ici ou là à leur encontre, sur la foi de témoignages partiels dont les médias se font l'écho, et qui pourraient être évitées par la fourniture d'informations même imparfaites.

Plusieurs pays négligent de fournir un rapport parce qu'ils n'en voient pas la nécessité ou qu'ils considèrent le RSI comme une survivance obsolète. Or, on ne doit pas limiter le RSI à jouer simplement un rôle d'outil pour les seules actions spécifiques contre quelques maladies particulières alors qu'il doit représenter un stimulant pour le développement des activités épidémiologiques requises et prendre toute sa place dans un service de surveillance épidémiologique intégré opérant au niveau national et mondial.

Table 1. States having reported on the functioning of the International Health Regulations during the last 5 years, by WHO Region, 1981-1985

Tableau 1. Etats ayant fourni des renseignements sur l'application du Règlement sanitaire international au cours des 5 dernières années, par Région OMS, 1981-1985

African Region Région africaine	1981	1982	1983	1984	1985
Algeria — Algérie					
Angola	x	x			
Benin — Bénin		x	x		
Botswana	x				x
Burkina Faso		x		x	
Burundi	x	x	x	x	x
Cameroon — Cameroun	x	x		x	x
Cape Verde — Cap-Vert					
Central African Republic — République centrafricaine	x				
Chad — Tchad					x
Comoros — Comores		x			
Congo	x	x	x		
Côte d'Ivoire					
Equatorial Guinea — Guinée équatoriale					x
Ethiopia — Ethiopie	x			x	x
Gabon	x				
Gambia — Gambie	x				
Ghana	x	x		x	
Guinea — Guinée				x	
Guinea-Bissau — Guinée-Bissau	x				
Kenya	x	x			x
Lesotho					
Liberia — Libéria	x				
Madagascar				x	x
Malawi			x	x	
Mali	x			x	
Mauritania — Mauritanie			x		
Mauritius — Maurice	x	x	x	x	x
Mozambique				x	
Namibia — Namibie		x			
Niger	x				x
Nigeria — Nigéria	x		x	x	
Rwanda		x		x	x
Sao Tome and Principe — Sao Tomé-et-Principe		x			
Senegal — Sénégal	x	x			
Seychelles	x		x	x	x
Sierra Leone	x			x	
South Africa — Afrique du Sud			x		
Swaziland					x
Togo	x				x
Uganda — Ouganda					
United Republic of Tanzania — République-Unie de Tanzanie	x	x	x	x	x
Zaire — Zaïre	x	x	x	x	x
Zambia — Zambie	x	x	x		x
Zimbabwe	x	x			
Total	25	18	12	16	17

Number of Member States — Nombre d'Etats Membres: 45

South-East Asia Region Région de l'Asie du Sud-Est	1981	1982	1983	1984	1985
Bangladesh					
Bhutan — Bhoutan					x
Burma — Birmanie	x	x	x	x	
Democratic People's Republic of Korea — République populaire démocratique de Corée					
India — Inde	x	x	x	x	x
Indonesia — Indonésie		x			
Maldives					
Mongolia — Mongolie					x
Nepal — Népal	x				
Sri Lanka				x	
Thailand — Thaïlande					
Total	3	3	2	3	3

Number of Member States — Nombre d'Etats Membres: 11

Western Pacific Region Région du Pacifique occidental	1981	1982	1983	1984	1985
Australia — Australie	x	x	x	x	x
Brunei Darussalam — Brunéi Darussalam					x
China — Chine					
Cook Islands — Iles Cook					
Democratic Kampuchea — Kampuchea démocratique					
Fiji — Fidji	x	x	x	x	
Japan — Japon	x	x			
Kiribati					
Lao People's Democratic Republic — République populaire démocratique lao					
Malaysia — Malaisie	x	x	x	x	x
New Zealand — Nouvelle-Zélande	x				x
Papua New Guinea — Papouasie-Nouvelle-Guinée					
Philippines	x	x	x		
Republic of Korea — République de Corée		x			x
Samoa	x			x	
Singapore — Singapour	x		x	x	x
Solomon Islands — Iles Salomon	x				
Tonga			x	x	x
Vanuatu				x	x
Viet Nam					
Total	10	6	6	7	8

Number of Member States — Nombre d'Etats Membres: 20

**Region of the Americas
Région des Amériques**

	1981	1982	1983	1984	1985
Antigua and Barbuda — Antigua-et-Barbuda				x	
Argentina — Argentine	x	x	x	x	
Bahamas		x	x	x	
Barbados — Barbade	x	x	x	x	
Bolivia — Bolivie	x		x		
Brazil — Brésil	x	x			x
Canada	x	x	x	x	x
Chile — Chili	x	x	x	x	
Colombia — Colombie			x	x	
Costa Rica	x	x	x		x
Cuba					
Dominica — Dominique	x		x		x
Dominican Republic — République dominicaine	x	x	x		
Ecuador — Equateur	x	x		x	x
El Salvador	x	x	x		x
Grenada — Grenade	x	x	x		
Guatemala	x	x	x	x	
Guyana					
Haiti — Haïti					
Honduras				x	
Jamaica — Jamaïque	x	x	x		
Mexico — Mexique	x	x	x	x	x
Nicaragua					
Panama		x	x	x	x
Paraguay	x		x		
Peru — Pérou					
Saint Christopher and Nevis — Saint-Christophe-et-Nevis					x
Saint Lucia — Sainte-Lucie					x
Saint Vincent and the Grenadines — Saint-Vincent-et-Grenadines				x	
Suriname			x		x
Trinidad and Tobago — Trinité-et-Tobago		x	x		x
United States of America — Etats-Unis d'Amérique	x	x	x	x	x
Uruguay					
Venezuela	x	x	x		x
Total	18	18	21	14	14

Number of Member States — Nombre d'Etats Membres: 34

**European Region
Région européenne**

	1981	1982	1983	1984	1985
Albania — Albanie					
Austria — Autriche	x	x	x	x	x
Belgium — Belgique	x	x	x		x
Bulgaria — Bulgarie	x	x	x	x	
Byelorussian SSR — République socialiste soviétique de Byélorussie					
Czechoslovakia — Tchécoslovaquie		x			
Denmark — Danemark	x	x	x		x
Finland — Finlande		x	x		
France	x	x	x	x	x
German Democratic Republic — République démocratique allemande		x	x		x
Germany, Federal Republic of — Allemagne, République fédérale d'					
Greece — Grèce	x	x	x	x	x
Hungary — Hongrie	x	x	x	x	x
Iceland — Islande		x	x		
Ireland — Irlande	x	x	x	x	x
Israel — Israël	x	x	x	x	x
Italy — Italie	x	x			
Luxembourg	x	x	x	x	x
Malta — Malte			x	x	x
Monaco	x		x	x	x
Netherlands — Pays-Bas	x	x	x	x	x
Norway — Norvège	x	x	x	x	x
Poland — Pologne					
Portugal	x	x	x	x	x
Romania — Roumanie			x	x	x
San Marino — Saint-Marin					
Spain — Espagne	x	x	x	x	x
Sweden — Suède	x	x	x	x	x
Switzerland — Suisse	x	x	x	x	x
Turkey — Turquie	x	x	x		x
Ukrainian SSR — République socialiste soviétique d'Ukraine					
USSR — URSS	x	x	x	x	x
United Kingdom — Royaume-Uni	x	x	x	x	
Yugoslavia — Yougoslavie	x	x			
Total	23	25	25	19	22

Number of Member States — Nombre d'Etats Membres: 34

**Eastern Mediterranean Region
Région de la Méditerranée orientale**

	1981	1982	1983	1984	1985
Afghanistan			x	x	
Bahrain — Bahreïn	x	x	x	x	
Cyprus — Chypre	x	x	x	x	x
Democratic Yemen — Yémen démocratique					x
Djibouti		x			
Egypt — Egypte	x	x	x	x	x
Iran (Islamic Republic of) — Iran (République islamique d')	x		x		x
Iraq	x	x			x
Jordan — Jordanie	x	x	x	x	x
Kuwait — Koweït	x				
Lebanon — Liban	x				
Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne				x	
Morocco — Maroc	x	x	x	x	x
Oman	x	x	x		x
Pakistan	x	x	x		
Qatar	x	x	x	x	
Saudi Arabia — Arabie saoudite	x	x	x	x	x
Somalia — Somalie					
Sudan — Soudan					
Syrian Arab Republic — République arabe syrienne	x	x			x
Tunisia — Tunisie					
United Arab Emirates — Emirats arabes unis					
Yemen — Yémen	x	x	x		
Total	15	12	12	9	10

Number of Member States — Nombre d'Etats Membres: 23

Over the years, it is true, the IHR have been pruned because the 6 quarantinable diseases around which they were built up have been reduced to 3 (cholera, yellow fever, plague), without any fundamental changes being made in the provisions of the Regulations. Some people feel that the measures laid down lag behind

Il est vrai que, au fil des ans, le RSI a été élagué puisque les 6 maladies «quaranténaires» autour desquelles il avait été construit ont été réduites à 3 (choléra, fièvre jaune, peste) sans qu'aient été fondamentalement changées les dispositions du Règlement. Pour certains, les mesures prescrites semblent en retard par rapport aux approches épidémiologiques

modern epidemiological approaches, and that such approaches should constitute the framework of international cooperation in order to tackle many diseases besides those included in the IHR and to make all countries feel involved instead of just a few.

Those countries that do not currently forward an annual report—as well as those that do—are therefore encouraged to look upon such reporting as an opportunity to voice their criticisms, to set out their views on the usefulness of the IHR and to make suggestions for amending them.

The Automatic Telex Reply Service (ATRS)

This information service, which operates from WHO headquarters in Geneva, was started on 11 December 1972 to allow rapid dissemination of information of manifest epidemiological interest. It is operational 24 hours a day, which ensures that every user everywhere can get an immediate reply.

The length of the messages transmitted by the ATRS used to be limited for technical reasons, but this constraint has been lifted since 15 May 1986, when the ATRS was linked directly to the central computer. As a result more detailed information can be disseminated when the epidemiological situation so requires, thus making the use of the system even more attractive.

Nevertheless, users are reminded that where diseases subject to the IHR are concerned, only official information supplied by national health authorities can be taken into account and disseminated via the ATRS. Consequently the user sometimes does not find the expected information, even though it has been reported in the media for several days.

One of the reasons why some health administrations are reluctant to report information on communicable diseases is the fear of excessive reactions by other countries.

Such non-reporting is contrary to the IHR and only increases the anxiety of international public opinion, which wonders why the information is concealed when it is reported in the media of the countries concerned. It also leaves WHO unable to respond objectively to the resulting avalanche of requests for information.

The role of the ATRS ever since its inception has been to maintain a proper balance in information, so as to avoid unnecessary alarm on the part of international public opinion while keeping it immediately informed of the current epidemiological situation whenever necessary. Consequently, the ATRS may have no information to transmit for several days and then have to publish several bulletins within a few hours.

Users are reminded that every weekend from 09h00 on Friday to 09h00 on Monday, Geneva time (universal time plus 1 hour), a summary of all the information published during the week is at their disposal.

By virtue of its flexibility and modest cost, the ATRS remains a valuable tool for users within the international epidemiological information system.

Weekly Epidemiological Record (WER)

For more than 6 decades, the WER has served as an essential instrument for the collation and dissemination of epidemiological data useful in disease surveillance on a global level. Priority is given to diseases or risk factors known to threaten international health. These range from diseases requiring official notification under the International Health Regulations (plague, cholera, and yellow fever), through the major communicable and noncommunicable diseases to ill health linked to occupations, foods, or life-style and behaviour.

Reflecting the broad application of epidemiological methods, weekly issues may combine an analysis of world trends in the yearly incidence of influenza or malaria with a numerical update of AIDS cases as notified by a single country in a single month. Brief evaluative reports may assess disease trends over anything from a season in a given city to a decade on a global level. In keeping with WHO's role as the directing and coordinating authority on matters of world health, the WER also serves as a medium for conveying technical and practical experiences relevant to WHO-sponsored programmes such as those for the control of diarrhoeal disease and the expansion of immunization.

Country information is based on national epidemiological reports and documents supplied by health services in the 167 Member States and Associate Members of WHO.

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

modernes qui devraient constituer le cadre de la coopération internationale permettant d'affronter nombre de maladies autres que celles figurant au RSI et d'amener l'ensemble des pays, et non seulement quelques-uns, à se sentir concernés.

De ce point de vue, la fourniture d'un rapport annuel serait, pour ceux qui s'abstiennent d'en envoyer un comme pour les autres, l'occasion d'exposer leurs critiques, d'exprimer leurs vues sur l'utilité du RSI et de faire des suggestions pour son évolution.

Service automatique de réponse par télex (SART)

Depuis sa création le 11 décembre 1972, ce service d'information fonctionne au Siège de l'OMS à Genève. Il a été créé pour permettre la diffusion rapide d'informations ayant un intérêt épidémiologique évident et son fonctionnement 24 heures sur 24 donne la garantie à tout usager, quelle que soit sa localisation, d'obtenir une réponse immédiate.

Pour des raisons techniques, le SART était limité dans la longueur des textes des messages transmis, mais cette contrainte est maintenant levée depuis le 15 mai 1986, date à laquelle le SART a été relié directement sur l'ordinateur central. Cela permet, si la situation épidémiologique l'exige, de diffuser des informations plus détaillées rendant ainsi son utilisation encore plus attractive.

Toutefois, il est rappelé aux utilisateurs qu'en ce qui concerne les maladies soumises au RSI, seules les informations officielles émanant d'autorités sanitaires nationales peuvent être prises en considération et diffusées par l'intermédiaire du SART, ce qui amène quelquefois l'utilisateur à ne pas trouver l'information attendue alors que les médias en font état depuis plusieurs jours.

L'une des raisons pour lesquelles certaines administrations sanitaires répugnent à notifier les informations concernant les maladies transmissibles est la crainte de réactions excessives de la part d'autres pays.

Ceci est contraire au RSI et ne fait qu'accroître l'inquiétude de l'opinion publique internationale qui se demande pourquoi l'information est occultée alors que les médias des pays concernés en font état, et place ainsi l'OMS dans l'incapacité de répondre d'une façon objective à l'avalanche de demandes d'informations qui en résultent.

Le rôle du SART depuis sa création a toujours été de conserver un juste équilibre dans l'information afin d'éviter que l'opinion internationale puisse s'alarmer inutilement tout en la tenant immédiatement informée de la situation épidémiologique du moment si cela est nécessaire. C'est pourquoi le SART peut, pendant plusieurs jours, ne pas avoir d'informations à transmettre et devoir en quelques heures publier plusieurs bulletins.

Il est rappelé aux utilisateurs que chaque fin de semaine, du vendredi 9 heures, heure de Genève (temps universel + 1 heure), au lundi 9 heures, un résumé de toutes les informations publiées dans la semaine est à leur disposition.

Le SART, par sa souplesse d'utilisation et la modicité de son coût, reste pour les usagers un outil précieux dans le système d'information épidémiologique international.

Relevé épidémiologique hebdomadaire (REH)

Publié depuis plus de 60 ans, le REH est un instrument essentiel de collecte et de diffusion de données épidémiologiques utiles pour la surveillance des maladies sur le plan mondial. La priorité est donnée aux maladies ou facteurs de risque qui menacent la santé sur le plan international: maladies soumises à notification obligatoire en application du Règlement sanitaire international (peste, choléra et fièvre jaune), principales maladies transmissibles et non transmissibles, problèmes de santé liés à la profession, aux produits alimentaires, au mode de vie ou au comportement.

Compte tenu de la diversité des méthodes épidémiologiques utilisées, les numéros hebdomadaires peuvent contenir à la fois une analyse des tendances mondiales en ce qui concerne l'incidence annuelle de la grippe ou du paludisme et une actualisation du nombre de cas de SIDA notifiés par un seul pays au cours d'un seul mois. De brefs rapports d'évaluation peuvent permettre d'apprécier les tendances d'une maladie au cours d'une saison, dans une ville donnée, ou bien à l'échelle mondiale au cours d'une décennie. Reflétant le rôle de l'OMS qui est d'agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international, le REH sert également à véhiculer des données d'expériences techniques et pratiques intéressant les programmes parrainés par l'Organisation tels que le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et le programme élargi de vaccination.

Les informations concernant les pays sont tirées des rapports épidémiologiques et de documents fournis par les services de santé des 167 Etats Membres et Membres associés de l'OMS.

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

Vaccination certificate requirements and health advice for international travel

Some difficulties have again been encountered regarding the vaccination certificates required from travellers; the demands made in some countries by the authorities responsible for issuing visas or for immigration control sometimes go beyond the requirements that the national health authorities have communicated to WHO.

The most frequent instance of this is the requirement for a cholera vaccination certificate. Although this certificate is no longer compulsory under the IHR, and although most countries have officially given it up, some health services persist in the belief that the vaccination of people entering a country can protect that country against the introduction and spread of cholera.

These difficulties most frequently originate in the application of contradictory instructions issued at different times by different authorities that do not communicate with each other properly. In many cases merely informing WHO, which then approached the country concerned, was enough to correct the situation.

More and more questions have been raised about AIDS, and several countries have proposed requiring travellers to present a certificate stating that they are free from the disease, which is both clinically and epidemiologically unjustifiable. Here again, as a result of WHO's intervention, these decisions have so far not been maintained. It must be vigorously stressed that to require such certificates, let alone to insist on blood tests on arrival, would be totally contrary to the IHR.

The booklet *Vaccination certificate requirements and health advice for international travel* continues to be very favourably received and is of invaluable assistance to health authorities and to all who are responsible for advising travellers on the risks to which they may be exposed and on the ways of avoiding them.

Diseases subject to the IHR Plague

In 1985, 483 cases of human plague (including 51 deaths) recorded in 9 countries were notified to WHO.¹ These figures can be compared with those for 1984 when there were 908 cases including 66 deaths for the same number of countries involved. There were respectively 715 (72) in 1983; 713 (36) in 1982; 194 (25) in 1981; and 506 (56) in 1980.

The distribution by continent was as follows: Africa, 212 cases including 34 deaths; the Americas, 128 (9); Asia, 143 (8).

Cases of human plague were recorded in 3 countries in Africa: Madagascar (85 cases); United Republic of Tanzania (126 cases); and Zimbabwe (1 case).

In Asia, human plague was registered only in Viet Nam (137 cases) and China (6 cases).

In the Americas, 4 countries, namely Brazil (64 cases), Ecuador (3 cases), Peru (44 cases) and the United States of America (17 cases) notified cases in humans.

The number of countries affected by plague in recent years is the lowest ever recorded in the history of plague.

However, the fact that the disease continues to be active in certain natural foci (i.e., rodent plague in Burma and Zaïre) emphasizes the need to maintain continuous epidemiological surveillance, particularly in endemic and enzootic countries.

It must be noted that in 1985 plague continued to pose no problem for international travel.

Cholera

The total number of cases of cholera occurring in the world in 1985, as reported to WHO up to 2 June 1986,² was 40 510, compared with 28 893 in 1984. These cases were reported by 36 countries, 1 more than in 1984; there was no further spread of the seventh pandemic to areas as yet unaffected. Attention is drawn, however, to the fact that the figures reported by some countries are still incomplete or provisional, and that there is strong reason to believe that cholera is present in a number of countries which have not notified cases in accordance with the International Health Regulations.

In Africa, the total number of cases rose from 17 060 in 1984 to 27 108 in 1985. A total of 19 countries reported cases. The absence of notifications from several West African countries that had experienced large outbreaks in 1984 was offset by a report of over 10 000 cases from Somalia (last affected in 1971) and considerable

¹ See No 36, 1986, pp. 273-274.

² See No 26, 1986, pp. 197-198.

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

On a encore noté quelques difficultés concernant les certificats de vaccination demandés aux voyageurs, les exigences de certaines autorités de quelques pays, responsables de la délivrance des visas ou des contrôles à l'entrée dans les pays, allant quelquefois au-delà de ce qui est nécessaire d'après la réglementation que les autorités sanitaires nationales ont communiquée à l'OMS.

Le plus fréquemment il s'est agi de l'exigence de certificats de vaccination contre le choléra. Bien que celui-ci ne soit plus obligatoire selon le RSI et bien que la plupart des pays y aient officiellement renoncé, il reste des services persistant à croire que la vaccination des personnes entrant dans un pays peut protéger celui-ci contre l'introduction et la propagation de la maladie.

Le plus souvent, ces difficultés trouvent leur origine dans l'application d'instructions contradictoires ou prises à des dates différentes, établies par des administrations entre lesquelles les communications ne sont pas satisfaisantes. Dans de nombreux cas, il a suffi que l'OMS soit informée pour que ses interventions permettent de corriger la situation.

Des questions en nombre croissant ont été soulevées à propos du SIDA, plusieurs pays s'étant proposés d'exiger des voyageurs un certificat attestant qu'ils sont exempts de la maladie, ce qui est une aberration tant sur le plan clinique qu'épidémiologique. Là encore, les interventions de l'OMS ont, jusqu'à présent, permis que de telles décisions ne soient pas maintenues. Il convient de souligner avec force que l'exigence de tels certificats, et *a fortiori* des prélèvements de sang à l'arrivée, seraient totalement contraires au RSI.

La brochure *Certificats de vaccination exigés et conseils d'hygiène pour les voyages internationaux* continue à recevoir un accueil très favorable et rend de grands services aux administrations sanitaires nationales et à tous ceux qui ont la responsabilité de conseiller les voyageurs sur les risques auxquels ils peuvent se trouver exposés et sur les moyens de les éviter.

Maladies soumises au RSI Peste

En 1985, 483 cas de peste humaine (dont 51 décès) enregistrés dans 9 pays ont été notifiés à l'OMS,¹ contre 908 cas dont 66 décès pour un même nombre de pays en 1984. Ces chiffres étaient respectivement 715 (72) en 1983; 713 (36) en 1982; 194 (25) en 1981; et 506 (56) en 1980.

La répartition par continent a été la suivante: Afrique, 212 cas (dont 34 décès); Amériques, 128 (9); Asie, 143 (8).

Des cas de peste humaine ont été enregistrés dans 3 pays d'Afrique: Madagascar (85 cas); République-Unie de Tanzanie (126 cas) et Zimbabwe (1 cas).

En Asie, des cas de peste humaine n'ont été enregistrés qu'au Viet Nam (137 cas) et en Chine (6 cas).

Dans les Amériques, 4 pays, à savoir le Brésil (64 cas), l'Equateur (3 cas), le Pérou (44 cas) et les Etats-Unis d'Amérique (17 cas) ont notifié des cas de peste humaine.

Le nombre de pays touchés par la peste ces dernières années est le plus faible jamais enregistré.

Toutefois, le fait que la maladie continue d'être active dans certains foyers naturels (comme la peste des rongeurs en Birmanie et au Zaïre) montre bien la nécessité d'une surveillance épidémiologique suivie, notamment dans les pays d'endémie et d'enzootie.

On notera qu'en 1985, la peste n'a toujours posé aucun problème pour les voyages internationaux.

Choléra

Le nombre total de cas de choléra survenus dans le monde en 1985, qui avait été déclaré à l'OMS au 2 juin 1986² était de 40 510 contre 28 893 en 1984. Les notifications émanaient de 36 pays, soit 1 de plus qu'en 1984 et la septième pandémie ne s'est pas étendue aux zones encore indemnes; encore convient-il d'observer que les chiffres donnés par certains pays sont encore incomplets ou provisoires et que l'on a de fortes raisons de penser que le choléra est présent dans un certain nombre de pays n'ayant pas déclaré les cas conformément au Règlement sanitaire international.

En Afrique, le nombre total de cas est passé de 17 060 en 1984 à 27 108 en 1985. Un total de 19 pays a signalé des cas. L'absence de notifications de la part de plusieurs pays d'Afrique occidentale, où avaient sévi en 1984 d'importantes épidémies, a été compensée par un rapport de la Somalie (où la dernière poussée remontait à 1971) faisant état de plus de 10 000

¹ Voir N° 36, 1986, pp. 273-274.

² Voir N° 26, 1986, pp. 197-198.

increases in incidence in some other countries, notably Cameroon, Kenya, Mali, Senegal, and South Africa. During the year WHO continued to collaborate with other United Nations, bilateral and voluntary agencies in providing support for disease control activities in disaster-affected countries in Africa.

In Asia also, there was an increase in the total number of cases reported from 11 801 in 1983 to 13 383 in 1985. Cases were notified by 11 countries in 1985, compared with 9 in 1984. Considerable increases were notified, in particular, by India and Viet Nam, while a large reduction was noted in the figures reported by Indonesia.

Elsewhere, a small number of imported or laboratory-acquired cases were reported by 3 European countries, Australia and the United States of America, while a small outbreak of 5 cases occurred in Guam.

Unfortunately, in some countries, case-fatality rates have been high during the early stages of cholera outbreaks because of delays in detection and the application of control measures, particularly proper treatment. Deaths can best be avoided by the strengthening of national capacity for emergency preparedness and management through the establishment of national programmes for the control of diarrhoeal diseases.

Yellow fever

After the serious epidemic that occurred in Burkina Faso and Ghana in 1983 (with 728 cases), the number of cases decreased in 1984, to remain at approximately the same level in 1985. During this year, a total of 139 cases with 94 deaths were notified to WHO.¹

In Africa, Burkina Faso reported 7 suspected cases with 3 deaths and Nigeria has reported 6 suspected cases with no deaths. The 7 cases from Burkina Faso occurred in the central and south-east parts of the country, in areas which were affected during the epidemic of 1983. No cases were reported in the emergence zone of the virus, although several yellow-fever virus strains were isolated from *Aedes luteocephalus* during 1984 and 1985 in Bobo-Dioulasso, in the Houet Region, showing the persistence of the virus in a silent enzootic transmission cycle.

Jungle yellow fever continues to be a major threat in endemic areas of South America. Five countries (Bolivia, Brazil, Colombia, Ecuador, and Peru) reported 125 cases with 91 deaths. In 1985, 59 cases with 44 deaths occurred in Peru, the majority in the Cuzco, San Martin and Junin Departments, where yellow fever is endemo-epidemic, with cases reported almost every year. After 2 relatively quiet years during 1983 and 1984, the number of cases that occurred in Bolivia increased to 53 in 1985 (with 37 deaths), approaching the levels of 1980-1981. Fifty of the 53 cases were diagnosed in La Paz Department, where an outbreak was documented among migratory workers, none of whom had been vaccinated. The localized outbreak that occurred in 1985 in the State of Pará, Brazil, did not extend into 1985 and only 7 cases with 5 deaths were reported in this country. Three of the cases occurred in truck drivers who may have contracted the disease in the endemic area of the Mato Grosso and were hospitalized in the city of Presidente Prudente, in the State of São Paulo, an area not considered to be endemic for yellow fever but the city was found to be infested with *Ae. aegypti*. Although no confirmed cases of urban yellow fever have been documented in South America since 1942, incidents such as that of Presidente Prudente illustrate the risk of urbanization of the disease.²

An imported case was reported from the Netherlands in a Dutch woman who had visited 3 countries in West Africa and who had not been immunized against yellow fever before she started her journey.³

Diseases under surveillance

Smallpox

After the eradication of smallpox had been confirmed by the World Health Assembly in 1980, the Organization continued its programme to implement the post-eradication policies adopted by the Assembly in resolution WHA33.4. The programme is paying particular attention to national vaccination practices, the WHO emergency reserve of smallpox vaccine, the investigation of rumoured cases, and the present and future status of variola virus stocks.

¹ See No. 49, 1986, pp. 377-380.

² See No. 46, 1985, p. 359.

³ See No. 8, 1986, pp. 59-60.

cas, ainsi que par un accroissement considérable de l'incidence dans d'autres pays, notamment l'Afrique du Sud, le Cameroun, le Kenya, le Mali et le Sénégal. Au cours de l'année, l'OMS a continué de collaborer avec d'autres institutions des Nations Unies, ainsi qu'avec divers organismes bilatéraux et bénévoles pour aider plusieurs pays d'Afrique victimes de catastrophes à lutter contre la maladie.

En Asie aussi, le nombre total de cas déclarés a augmenté, passant de 11 801 en 1984 à 13 383 en 1985. En 1985, des cas ont été notifiés par 11 pays, contre 9 en 1984. Des hausses d'incidence considérables ont été notifiées, notamment par l'Inde et le Viet Nam, tandis qu'une forte réduction apparaît dans les chiffres communiqués par l'Indonésie.

Ailleurs, un petit nombre de cas importés ou contractés au laboratoire ont été signalés par 3 pays européens, ainsi que par l'Australie et les Etats-Unis d'Amérique, et une petite poussée de 5 cas s'est produite à Guam.

On constate, malheureusement, que dans certains pays, des taux de létalité élevés ont été notés au début des poussées épidémiques de choléra en raison de retards dans la détection des cas et l'adoption de mesures de lutte, notamment un traitement approprié; le meilleur moyen d'éviter les décès est de renforcer l'état de préparation des pays aux situations d'urgence et leur aptitude à y faire face en instaurant des programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Fièvre jaune

A la suite de la grave épidémie survenue en 1983 au Burkina Faso et au Ghana (728 cas), le nombre de cas a diminué en 1984, et est demeuré à peu près au même niveau en 1985. Cette année-là, 139 cas ont été notifiés à l'OMS, dont 94 décès.¹

En Afrique, le Burkina Faso a signalé 7 cas suspects dont 3 décès et le Nigeria a signalé 6 cas suspects mais aucun décès. Au Burkina Faso, les 7 cas se sont produits au centre et dans le sud-est du pays, dans des zones touchées au cours de l'épidémie de 1983. Aucun cas n'a été signalé dans la zone d'émergence du virus, mais plusieurs souches de virus de la fièvre jaune ont été isolées sur des *Aedes luteocephalus* en 1984 et 1985 à Bobo-Dioulasso, dans la région de Houet, ce qui témoigne de la persistance du virus selon un cycle de transmission enzootique asymptomatique.

La fièvre jaune de brousse demeure une menace importante dans les zones d'endémie d'Amérique du Sud. Cinq pays (Bolivie, Brésil, Colombie, Equateur et Pérou) ont signalé 125 cas, dont 91 décès. En 1985, 59 cas (dont 44 décès) sont survenus au Pérou, la majorité dans les départements de Cuzco, San Martin et Junin, où la fièvre jaune sévit à l'état endémo-épidémique (des cas étant notifiés presque chaque année). En Bolivie, après 2 années relativement calmes (1983 et 1984), le nombre de cas est passé à 53 en 1985 (dont 37 décès), atteignant presque le niveau de 1980-1981. Cinquante cas sur 53 ont été diagnostiqués dans le département de La Paz, où une poussée épidémique a été rapportée chez des travailleurs migrants dont aucun n'était vacciné. La flambée localisée qui s'est produite en 1984 dans l'Etat de Pará (Brésil) ne s'est pas prolongée jusqu'en 1985 et 7 cas seulement (dont 5 décès) ont été signalés dans ce pays. Il s'agissait, pour 3 d'entre eux, de chauffeurs de camion qui auraient pu contracter la maladie dans la zone d'endémie du Mato Grosso et qui ont été hospitalisés dans la ville de Presidente Prudente, dans l'Etat de São Paulo, région qui n'était pas considérée comme une zone d'endémie pour la fièvre jaune, mais qui s'est révélée être infestée par *Ae. aegypti*. Bien qu'aucun cas confirmé de fièvre jaune urbaine n'ait été observé en Amérique du Sud depuis 1942, des incidents tels que celui de Presidente Prudente illustrent le risque d'urbanisation de la maladie.²

Un cas importé a été signalé aux Pays-Bas chez une néerlandaise qui s'était rendue dans 3 pays d'Afrique occidentale sans avoir été vaccinée au départ contre la fièvre jaune.³

Maladies sous surveillance

Variolo

Une fois l'éradication de la variolo confirmée en 1980 par l'Assemblée mondiale de la Santé, l'OMS a poursuivi son programme d'exécution des politiques post-éradication adoptées par l'Assemblée dans sa résolution WHA33.4. Ce programme accorde une attention particulière aux pratiques des pays en matière de vaccination, à la réserve d'urgence de vaccin antivarioloque de l'OMS, à l'examen des cas suspects à la suite de rumeurs, ainsi qu'à l'état des stocks de virus varioloque et à leur avenir.

¹ Voir N° 49, 1986, pp. 377-380.

² Voir N° 46, 1985, p. 359.

³ Voir N° 8, 1986, pp. 59-60.

i) *Vaccination policy*

WHO has been informed that all its Member States have discontinued routine vaccination. No country in the world now requires a certificate of smallpox vaccination from international travellers. The latest reports received concerning vaccine production and distribution by laboratories show that 7 countries produced batches of smallpox vaccine totalling 3.8 million doses. Some of this production was for vaccination of military personnel. Ten countries, however, have already informed WHO that they no longer vaccinate their military personnel against smallpox.

ii) *Reserve stocks of vaccine*

WHO maintains reserve stocks of smallpox vaccine sufficient to protect 200 million people using the bifurcated needle. Stocks are stored in 2 locations (Geneva and Lausanne) and periodic testing of samples for potency has assured the continuing good quality of this vaccine. Seed lots of the vaccine virus continue to be held in 4 WHO Collaborating Centres.

iii) *Investigation of suspected cases*

The number of rumours of suspected cases reported to WHO gradually declined from 31 in 1980 to 10 in 1985. Rumoured cases were adequately investigated by the relevant national authority with assistance from WHO Collaborating Centres and WHO epidemiologists. None proved to be smallpox. WHO Collaborating Centres maintain the expertise to assist with the diagnosis of suspected cases.

iv) *Retention of variola virus stocks*

The 2 laboratories which continue to hold stocks of variola virus, namely the Centers for Disease Control (CDC), Atlanta, USA, and the Research Institute for Viral Preparations, Moscow, USSR, are inspected regularly by WHO teams. Culture of variola virus has ceased at both laboratories and neither has plans to resume experiments involving culture of this virus.

i) *Politique vaccinale*

L'OMS a été informée que tous les Etats Membres avaient désormais mis fin à la vaccination systématique. Aucun des pays au monde n'exige plus de certificat de vaccination antivariolique des voyageurs internationaux. Il ressort des derniers rapports reçus par l'OMS au sujet de la production et de la distribution de vaccin par les laboratoires qu'en 1984, 7 pays ont produit au total 3,8 millions de doses de vaccin antivariolique. Une partie de cette production était destinée à la vaccination du personnel militaire. Dix pays ont cependant informé l'OMS qu'ils avaient renoncé à vacciner leur personnel militaire contre la variole.

ii) *Stocks de vaccins*

L'OMS conserve des stocks de réserve de vaccin antivariolique suffisants pour protéger 200 millions de personnes en utilisant des aiguilles bifurquées. Les stocks restants sont entreposés dans 2 centres (Genève et Lausanne) et des épreuves d'activité sont régulièrement effectuées pour s'assurer de la bonne qualité du vaccin. Des lots de semence du virus vaccinal sont toujours détenus par 4 centres collaborateurs OMS.

iii) *Examen des cas suspects*

Le nombre de cas suspects de variole notifiés à l'OMS a progressivement diminué, passant de 31 en 1980 à 10 en 1985. Les autorités nationales compétentes ont enquêté comme il le fallait sur ces cas suspects, avec l'aide des centres collaborateurs OMS et d'épidémiologistes de l'Organisation. Aucun ne s'est révélé être un cas de variole. Les centres collaborateurs OMS continuent d'apporter leurs compétences techniques afin d'aider au diagnostic des cas suspects.

iv) *Laboratoires détenant des stocks de virus variolique*

Les 2 laboratoires qui continuent à détenir des stocks de virus variolique, soit les *Centers for Disease Control* (CDC) d'Atlanta, Etats-Unis d'Amérique, et l'Institut de Recherche sur les Préparations virales de Moscou, URSS, sont inspectés régulièrement par des équipes de l'OMS. L'un comme l'autre ont cessé de cultiver le virus variolique et aucun des 2 laboratoires n'a l'intention de reprendre des travaux comportant la culture de ce virus.

ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS)

Impact of routine HIV antibody testing of blood and plasma donors on public health

UNITED STATES OF AMERICA. — A National Institutes of Health (NIH) consensus development statement on the impact of routine HIV antibody testing of blood and plasma donors on public health may now be obtained from the NIH Office of Medical Applications of Research.

The report was prepared by a panel of experts which considered scientific evidence presented at a consensus development conference at the NIH. It contains recommendations and conclusions concerning the impact of routine HIV antibody testing of blood and plasma donors on public health.

At NIH, consensus conferences bring together researchers, practicing physicians, representatives of public interest groups, consumers, and others to carry out scientific assessments of drugs, devices, and procedures in an effort to evaluate their safety and effectiveness.

Free, single copies of the consensus statement on routine HIV antibody testing are available from: Michael J. Bernstein, Office of Medical Applications of Research, National Institutes of Health, Building 1, Room 216, Bethesda, Maryland 20892, United States of America.

(Based on/D'après: An announcement from/Un communiqué des *National Institutes of Health*.)

INFLUENZA

DEMOCRATIC PEOPLE'S REPUBLIC OF KOREA (29 November 1986). — The incidence of acute respiratory diseases and influenza-like illness has increased since the end of October. Cases were seen in all age groups but most influenza-like illness was among the elderly. Influenza A viruses have been isolated from 3 sporadic cases in adults, 2 were of H1N1 subtype and 1 of H3N2 subtype.

GERMAN DEMOCRATIC REPUBLIC (19 November 1986). — The incidence of acute respiratory diseases and influenza-like illness had increased markedly, especially among schoolchildren and young adults in the eastern and northern parts of the country. Influenza A(H1N1) virus has been isolated from a sporadic case in a 21-year-old woman from Dresden.

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)

Incidence, sur la santé publique, de la recherche systématique d'anticorps HIV chez les donneurs de sang et de plasma

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. Un «*consensus report*» émanant des *National Institutes of Health* (NIH) et relatif à l'incidence sur la santé publique de la recherche systématique d'anticorps HIV chez les donneurs de sang et de plasma, est désormais disponible auprès de l'*Office of Medical Applications of Research*, NIH.

Le rapport est l'œuvre d'un groupe d'experts qui ont étudié les données scientifiques présentées lors d'une «*consensus conference*» tenue aux NIH (conférence pour le rapprochement des points de vue). Ce rapport contient des recommandations et des conclusions concernant l'incidence sur la santé publique de la recherche systématique d'anticorps HIV chez les donneurs de sang et de plasma.

Les «*consensus conferences*» sont organisées par les NIH et réunissent des chercheurs, des praticiens, des représentants d'associations d'intérêt public, de consommateurs et autres qui procèdent à l'évaluation scientifique de médicaments, de dispositifs ou de méthodes, le but étant de rapprocher les points de vue sur leur innocuité et leur efficacité.

Des exemplaires gratuits de ce rapport sur la recherche systématique des anticorps HIV sont disponibles auprès de: Michael J. Bernstein, *Office of Medical Applications of Research, National Institutes of Health*, Building 1, Room 216, Bethesda, Maryland 20892, Etats-Unis d'Amérique.

GRIPPE

RÉPUBLIQUE POPULAIRE DÉMOCRATIQUE DE CORÉE (29 novembre 1986). — L'incidence des maladies respiratoires aiguës et des affections de type grippal a augmenté depuis la fin d'octobre. Des cas ont été constatés dans tous les groupes d'âge, mais la plupart des affections de type grippal concernaient des personnes âgées. Le virus grippal A a été isolé chez des adultes dans 3 cas sporadiques; dans 2, il s'agissait du sous-type H1N1 et dans 1, du sous-type H3N2.

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE ALLEMANDE (19 novembre 1986). — L'incidence des maladies respiratoires aiguës et des affections de type grippal s'est nettement accrue, notamment chez les écoliers et les jeunes adultes de l'est et du nord du pays. Le virus grippal A(H1N1) a été isolé dans 1 cas sporadique chez une femme de Dresde.

JAMAICA (1 November 1986). — Outbreaks of influenza-like illness have been reported in several towns since 20 October. Most cases investigated in the laboratory were young adults from Kingston and Spanish Town. No influenza virus has been isolated to date, but influenza A(H1N1) has been implicated in serological tests.

SENEGAL (20 November 1986). — Influenza B virus was isolated from 2 sporadic cases in mid-October and the beginning of November. The 2 isolates were from about 400 specimens investigated since March. No outbreak of influenza-like illness has been recorded this year.

JAMAÏQUE (1^{er} novembre 1986). — Des flambées d'affections de type grippal ont été signalées dans plusieurs villes depuis le 20 octobre. La plupart des prélèvements examinés en laboratoire provenaient de jeunes adultes de Kingston et de Spanish Town. Aucun virus grippal n'a été isolé jusqu'ici, mais le virus grippal A(H1N1) a été mis en cause lors d'épreuves sérologiques.

SÉNÉGAL (20 novembre 1986). — Le virus grippal B a été isolé chez 2 cas sporadiques à la mi-octobre et au début novembre. Les 2 isolements ont été effectués d'après 400 échantillons étudiés depuis mars. Aucune flambée de syndrome grippal n'a été signalée cette année.

PORTS DESIGNATED IN APPLICATION OF THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS

Amendment to 1984 publication

PORTS NOTIFIÉS EN APPLICATION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Amendement à la publication de 1984

Germany,
Federal Republic of
Allemagne,
République fédérale d'

Insert - Insérer:

Burgstaaken
Heiligenhafen
Neustadt/Holstein

D	EX
X	X
X	X
X	X

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT
Notifications received from 5 to 11 December 1986 - Notifications reçues du 5 au 11 décembre 1986

C Cases - Cas
D Deaths - Décès
P Port
A Airport - Aéroport

Figures not yet received - Chiffres non encore disponibles
i Imported cases - Cas importés
r Revised figures - Chiffres révisés
s Suspected cases - Cas suspects

CHOLERA † - CHOLÉRA †

Africa - Afrique

	C	D
BURUNDI	1-30.IX	
.....	12	0
	1-31.VIII	
.....	18	1

America - Amérique

	C	D
UNITED STATES OF AMERICA ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE	23-28.IX	
.....	2	0

Asia - Asie

	C	D
MALAYSIA - MALAISIE	23-29.XI	
.....	2	0
	9-15.XI	
.....	1	0

† 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.

Newly infected areas as on 11 December 1986 - Zones nouvellement infectées au 11 décembre 1986

For criteria used in compiling this list, see No 42, page 328. — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 42, page 328.

The complete list of infected areas was last published in WER No. 49, page 383. 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° 49, page 383. 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

MALAYSIA - MALAISIE

Peninsular Malaysia
Kedah State
Yen H. District
Sabah
Semporna District

Sarawak
Simanggang Division
Kalaka District

YELLOW FEVER - FIÈVRE JAUNE

Africa - Afrique

NIGERIA - NIGÉRIA

Anambra State
Imo State

There have been no notifications of areas removed
Aucune notification de zones supprimées n'a été reçue.

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

Annual subscription 1987 - Abonnement annuel 1987 Fr. s. 140.-
7.700 XII.86