



# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

## RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

29 JANUARY 1993 • 68th YEAR

68<sup>e</sup> ANNÉE • 29 JANVIER 1993

CONTENTS	SOMMAIRE
Prevention of foodborne hepatitis A — Considerations on the vaccination of food handlers	Prévention de l'hépatite A transmise par les aliments — Considérations sur la vaccination des manipulateurs de produits alimentaires
25	25
CDR and EPI technical briefings at WHO Headquarters	Réunions d'information technique de CDR et du PEV au Siège de l'OMS
27	27
International Health Regulations — Position of WHO Member States	Règlement sanitaire international — Position des Etats Membres de l'OMS
28	29
Influenza	Grippe
31	31
Course announcement — Annual Summer Programme in Epidemiology and Biostatistics	Annonce de cours — Cours annuel d'été en épidémiologie et en biostatistique
31	31
Yellow-fever vaccinating centres for international travel — Amendments to 1991 publication	Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux — Amendements à la publication de 1991
32	32
Diseases subject to the regulations	Maladies soumises au règlement
32	32

### Prevention of foodborne hepatitis A

#### Considerations on the vaccination of food handlers<sup>1</sup>

Hepatitis A is common throughout the world. Reported cases in industrialized countries range from about 10 to 50 per 100 000 population annually. The data available to WHO from developing and Eastern European countries range from about 50 to 300 reported cases per 100 000 population.

Food- or waterborne outbreaks of hepatitis A account for only a small proportion of the cases reported in industrialized countries, although there is little doubt that transmission of hepatitis A virus (HAV) by food is substantially underreported. The long incubation period (15-45 days), the low attack rate in many outbreaks, and other factors combine to make transmission of HAV by food difficult to detect. Foodborne transmission also accounts for much of the HAV infection which occurs in travellers to developing countries, and foodborne spread may be a component of large community-wide outbreaks.

In developing countries, foodborne and waterborne transmission may be important modes of HAV transmission. In these countries, most HAV transmission takes place asymptotically in children, and most adults are immune. However, in many developing countries, conditions of hygiene are rapidly improving for the middle and upper middle classes, and many children are growing up susceptible to the virus. These children are at high risk from foodborne or waterborne HAV infection, just like western travellers — only they live with the risk daily, not just during brief stays for business or tourism.

Food handlers, i.e., persons whose work involves touching unwrapped foods which are to be consumed raw or without further cooking, are known to play a major role in

<sup>1</sup> See also No. 35, 1992, pp. 261-263 and *International Travel and Health — Vaccination Requirements and Health Advice* — 1993 Edition.

### Prévention de l'hépatite A transmise par les aliments

#### Considérations sur la vaccination des manipulateurs de produits alimentaires<sup>1</sup>

L'hépatite A se rencontre partout dans le monde. L'incidence des cas notifiés dans les pays industrialisés se situe chaque année entre environ 10 et 50 pour 100 000 habitants. D'après les données communiquées à l'OMS, les pays en développement et les pays d'Europe orientale font état de quelque 50 à 300 cas pour 100 000 habitants.

Les poussées d'hépatite A transmise par les aliments ou par l'eau ne représentent qu'une faible proportion des cas notifiés dans les pays industrialisés mais il ne fait guère de doute que la transmission du virus de l'hépatite A par les aliments est très nettement sous-notifiée. La durée de la période d'incubation (15-45 jours), le taux d'attaque peu élevé dans de nombreuses poussées, et d'autres facteurs se conjuguent pour rendre la transmission du virus de l'hépatite A par les aliments difficile à détecter. Ce type de transmission est également à l'origine d'une forte proportion des cas d'hépatite A survenant chez des voyageurs qui se rendent dans des pays en développement, et peut être un facteur responsable de poussées importantes intéressant l'ensemble d'une communauté.

Dans les pays en développement, les aliments et l'eau peuvent jouer un rôle important dans la transmission du virus de l'hépatite A. Dans ces pays, la transmission du virus est le plus souvent asymptomatique chez les enfants, et la plupart des adultes sont immuns. Dans beaucoup de pays en développement, cependant, les conditions d'hygiène sont en très nette amélioration au sein des classes moyenne et supérieure et beaucoup d'enfants grandissent en étant sensibles au virus. Ces enfants sont donc très exposés à l'hépatite A transmise par les aliments ou par l'eau, exactement comme les voyageurs occidentaux — sauf qu'ils sont exposés quotidiennement au risque et pas seulement pendant de brefs séjours d'affaires ou de tourisme.

On sait que les manipulateurs de produits alimentaires, c'est-à-dire ceux dont l'activité les amène à toucher des produits alimentaires non emballés et destinés à être consommés crus ou sans être

<sup>1</sup> Voir aussi le N° 35, 1992, pp. 261-263 et *Voyages internationaux et santé — Vaccinations exigées et conseils d'hygiène* — édition 1993 (version française sous presse).

food contamination with HAV and in subsequent outbreaks among clients of food service establishments such as cafeterias, restaurants, dining rooms or delicatessen shops. Contact between food handlers and food has not always been direct. The source of HAV in one reported outbreak appeared to be a hepatitis sufferer who had worked in a dishwashing area but had not handled food.

It is the asymptomatic pre-icteric food handler, often with poor handwashing practices, who is the usual source of outbreaks involving foods such as salads, sandwiches, cold meats, fruits and fruit juices, baked goods handled after baking, etc. In some situations, infection of fellow food handlers can greatly amplify transmission to patrons. In other situations, it is the food itself that is contaminated, e.g., shellfish, and vegetables fertilized (top-dressed) with untreated human nightsoil. The economic, legal, and other consequences — to operators and staff of food service establishments to which outbreaks can be traced — can, for obvious reasons, be disastrous.

A WHO Consultation which reviewed systematically those foodborne diseases that may be transmitted by food-handling personnel via food to consumers, recommended in 1988 that, with the expected availability of a vaccine against hepatitis A, the immunization of food handlers would provide an effective tool with which to prevent contamination of food with HAV and thus prevent hepatitis A in consumers.<sup>1</sup>

In October 1992, during a WHO Informal Consultation on the Public Health Control of Hepatitis A, C and E,<sup>2</sup> the utility of hepatitis A vaccine to prevent foodborne outbreaks was emphasized; however, it was also recommended that the cost-effectiveness of the use of hepatitis A vaccine for food handlers be determined before recommendations for routine use in food handlers could be made.

This vaccine is now available in several European countries, and will soon be available in many other countries; even so, its cost will prevent application on a large scale, particularly in developing countries. Despite the absence of a cost-effectiveness analysis on the use of hepatitis A vaccine for food handlers, operators of food service and possibly other establishments might be prepared to invest in the vaccination of their employees. Over and above an effective educational programme regarding the strict adherence to good personal hygiene measures and to hygienic food-handling practices, proof of having invested in vaccination might be seen as good insurance, not only to reduce the possibility of an outbreak among clients, but also to mitigate the potentially disastrous legal, economic and publicity consequences should an outbreak occur.

Therefore, public health authorities are encouraged to inform the food service industry, as well as operators of other mass catering establishments (e.g., hospitals, prisons, school kitchens), of the availability of hepatitis A vaccine. The same information should be made available to travellers to developing countries.

• Further information may be obtained from the Food Safety unit and/or the Microbiology and Immunology Support Services unit, World Health Organization, 1211 Geneva 27.

recuits, jouent un rôle majeur dans la contamination des denrées alimentaires par le virus de l'hépatite A et, par la suite, de flambées de la maladie chez les clients de services de restauration tels que cafétérias, restaurants, cantines ou épiceries/traiteurs. Un contact direct entre les manipulateurs de produits alimentaires et les aliments n'est pas forcément nécessaire. Ainsi, lors d'une flambée, la source de l'infection a été, semble-t-il, un sujet atteint d'hépatite qui avait travaillé dans les locaux où la vaisselle était lavée mais n'avait pas touché d'aliments.

Ce sont surtout les manipulateurs asymptomatiques de produits alimentaires qui, lorsqu'ils ne se lavent pas correctement les mains, constituent, pendant la phase pré-ictérique, la source habituelle des poussées épidémiques impliquant des produits alimentaires tels que les salades, les sandwiches, les viandes froides, les fruits et jus de fruits, les aliments rôtis touchés après la cuisson, etc. Dans certains cas, la contamination des collègues favorise sensiblement la transmission de la maladie à la clientèle. Dans d'autres cas, ce sont les aliments eux-mêmes qui sont contaminés, par exemple des coquillages ou des légumes cultivés à l'aide d'engrais comportant des excréta humains non traités. Pour des raisons évidentes, les flambées d'hépatite A peuvent avoir des conséquences économiques, juridiques et autres qui peuvent être désastreuses pour les exploitants et le personnel des services de restauration.

Les participants à une consultation de l'OMS tenue en 1988 pour faire le point des maladies d'origine alimentaire qui peuvent être transmises aux consommateurs, par l'intermédiaire des aliments, par le personnel employé à la manipulation de produits alimentaires ont estimé qu'avec la mise au point d'un vaccin contre l'hépatite A, la vaccination du personnel employé à la manipulation des aliments constituerait un moyen efficace pour prévenir la contamination des produits alimentaires par le virus responsable de la maladie et donc la maladie chez les consommateurs.<sup>1</sup>

En octobre 1992, les participants à une consultation informelle de l'OMS sur les services publics de lutte contre l'hépatite A, C et E<sup>2</sup> ont souligné l'intérêt que présente le vaccin contre l'hépatite A pour la prévention des flambées épidémiques d'origine alimentaire; néanmoins, ils ont également recommandé d'établir le rapport coût/efficacité de la vaccination anti-hépatite A des manipulateurs de denrées alimentaires avant de formuler des recommandations en vue de son application systématique au personnel employé à manipuler des aliments.

Ce vaccin, maintenant disponible dans plusieurs pays d'Europe, le sera bientôt dans beaucoup d'autres pays; cela étant, son coût ne permettra pas de l'utiliser à grande échelle, en particulier dans les pays en développement. En l'absence d'une étude coût/efficacité de la vaccination anti-hépatite A des manipulateurs de denrées alimentaires, les responsables des services de restauration et peut-être d'autres établissements pourraient néanmoins envisager d'investir dans la vaccination de leurs employés. En plus d'un programme efficace d'éducation concernant une hygiène individuelle rigoureuse et la manipulation hygiénique des denrées alimentaires, le fait d'avoir investi dans la vaccination du personnel employé à la manipulation des produits alimentaires pourrait être considéré comme une bonne garantie, non seulement contre le risque de voir se déclarer une poussée épidémique chez les clients, mais aussi contre les conséquences peut-être désastreuses que pourrait avoir une telle épidémie des points de vue juridique, économique et de la publicité.

En conséquence, les administrations de la santé publique sont encouragées à informer l'industrie alimentaire ainsi que les responsables d'autres services de restauration de masse (hôpitaux, prisons, cantines scolaires, etc.) de l'existence d'un vaccin anti-hépatite A. Cette information devrait également être communiquée aux voyageurs qui se rendent dans les pays en développement.

• Pour de plus amples informations, s'adresser à l'unité de la Salubrité des Aliments et/ou à l'unité des Services d'Appui en Microbiologie et Immunologie, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27.

<sup>1</sup> Technical Report Series, No 785. WHO, Geneva, 1989

<sup>2</sup> WHO Informal Consultation on the Public Health Control of Hepatitis A, C, and E. Geneva, 5-6 October 1992, in press as WHO/CDS/MLM internal document.

<sup>1</sup> Série de Rapports techniques, N° 785. OMS, Genève, 1989

<sup>2</sup> WHO Informal Consultation on the Public Health Control of Hepatitis A, C, and E. Genève, 5-6 octobre 1992, à paraître sous forme de document interne avec la cote WHO/CDS/MLM

## CDR and EPI technical briefings at WHO Headquarters

The WHO Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (CDR) and the Expanded Programme on Immunization (EPI) conduct regular technical briefings in English for those who wish to be better acquainted with their activities. These briefings are intended to give participants an up-to-date overview of the programmes' approaches and methodologies with regard to planning and management in developing countries. They also serve to introduce the participants to WHO staff and help in establishing activities of mutual interest.

The following issues are discussed at each briefing:

### CDR

**Global overview:** control strategies, current status and achievements of the Diarrhoeal Diseases Control (CDD) Programme and the Programme for the Control of Acute Respiratory Infections (ARI).

#### CDD Programme:

- **Programme planning and implementation:** management of national CDD programmes, national CDD policy, setting programme targets and implementation strategies; cooperation from WHO CDD Programme — situational analysis, problem solving.
- **Training activities:** managerial training for programme managers and supervisors, approaches to diarrhoea case management training, institutionalization of CDD training, training of non-medical professionals; training plans, coverage and evaluation.
- **Oral rehydration salts (ORS) production and supply:** WHO-recommended ORS formulation, national production, quality control.
- **Evaluation:** programme reviews, assessing diarrhoea case management in the home and in health facilities, cost-effectiveness reviews, measuring childhood mortality, CDD country profiles, major CDD indicators, other evaluation methods.
- **Communication:** national communication plans, training in communication skills and techniques of interpersonal communication aimed at behavioural change, development of communication interventions.
- **Correct diarrhoea case management:** promotion of correct case management at the household level, improved ORS formulations, feeding during and after diarrhoea, management of persistent diarrhoea and dysentery, rational use of drugs in diarrhoea management.
- **Cholera control:** current global situation, long-term activities and early responses to the threat of an outbreak, treatment and control strategies.
- **Prevention of diarrhoea:** feasible and effective interventions for the prevention of diarrhoea, promotion of breast-feeding.
- **Research:** recent developments in implementation research, epidemiology and disease prevention research (feeding practices, personal and domestic hygiene), vaccine evaluation trials, research training and strengthening.

#### ARI Programme:

- **Programme planning and implementation:** technical policies and case management guidelines, development of appropriate technology, communication, national ARI programmes, assistance from WHO.

*Continued on page 30*

## Réunions d'information technique de CDR et du PEV au Siège de l'OMS

La division de la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës (CDR) et le programme élargi de vaccination (PEV) de l'OMS organisent périodiquement des réunions d'information technique en anglais à l'intention de tous ceux qui souhaitent approfondir leur connaissance des activités du programme et de la division. Ces réunions ont pour but de donner aux participants un aperçu des dernières conceptions et méthodes en matière de planification et de gestion dans les pays en développement. Elles permettent également de présenter les participants aux membres du personnel de l'OMS et contribuent à l'instauration d'activités d'intérêt mutuel.

Chaque réunion aborde les questions suivantes:

### CDR

**Aperçu mondial:** stratégies de lutte, point de la situation et réalisations du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD) et du programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA).

#### Programme LMD:

- **Planification et mise en œuvre du programme:** gestion des programmes nationaux LMD, politique nationale LMD, définition des objectifs de programme et des stratégies de mise en œuvre; coopération fournie par le programme LMD de l'OMS — analyse de situation, résolution des problèmes.
- **Activités de formation:** formation à la gestion pour les administrateurs de programmes et les superviseurs, méthodologie de la formation à la prise en charge des cas de diarrhée, institutionnalisation de la formation LMD, formation de cadres non médicaux; plans, couverture et évaluation de la formation.
- **Production et fourniture de sels de réhydratation orale (SRO):** formule des SRO recommandée par l'OMS, production nationale, contrôle de la qualité.
- **Evaluation:** examen des programmes, évaluation de la prise en charge des cas de diarrhée à domicile et dans les établissements de soins, études coûts-efficacité, mesure de la mortalité juvénile, profils LMD de pays, principaux indicateurs LMD, autres méthodes d'évaluation.
- **Communication:** plans nationaux, formation à la communication et aux relations interpersonnelles en vue de susciter des changements de comportement, mise au point d'interventions en matière de communication.
- **Prise en charge correcte des cas de diarrhée:** action en faveur d'une prise en charge correcte au niveau des ménages, amélioration de la formule des SRO, alimentation pendant et après la diarrhée, traitement de la diarrhée persistante et de la dysenterie, emploi rationnel des médicaments en cas de diarrhée.
- **Lutte contre le choléra:** point de la situation mondiale, activités à long terme et réaction rapide à une menace de poussée de la maladie, stratégies de traitement et de lutte.
- **Prévention de la diarrhée:** interventions réalisables et efficaces pour la prévention de la diarrhée, promotion de l'allaitement maternel.
- **Recherche:** dernières acquisitions de la recherche sur la mise en œuvre, de la recherche sur l'épidémiologie et la prévention de la maladie (pratiques alimentaires, hygiène individuelle et ménagère), et faits nouveaux en matière d'essais de vaccins, de formation à la recherche et de renforcement de la recherche.

#### Programme IRA:

- **Planification et mise en œuvre du programme:** orientations techniques et lignes directrices pour la prise en charge des cas, développement d'une technologie appropriée, communication, programmes nationaux IRA, assistance de l'OMS.

*Suite à la page 30*



**RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL: POSITION DES ÉTATS MEMBRES DE L'OMS, MEMBRES ASSOCIÉS ET AUTRES ÉTATS LIÉS PAR LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL au 31 décembre 1992**

- I Règlement sanitaire international de 1969
- II Règlement additionnel de 1973
- III Règlement additionnel de 1981

- R Lié avec réserves
- Non lié
- † Pour la position de cet Etat à l'égard du précédent Règlement, voir la troisième édition annotée (1966) du Règlement sanitaire international de 1951, annexe I, p. 67

Sauf indication contraire, les Etats figurant sur cette liste sont liés sans réserves.

	I	II	III		I	II	III		I	II	III
Afghanistan .....				Grenade .....				Paraguay .....			
Afrique du Sud .....	—†	—†	—†	Guatemala... ..				Pays-Bas .....			
Albanie .....				Guinée .....				Pérou .....			
Algérie .....				Guinée-Bissau .....				Philippines .....			
Allemagne .....				Guinée équatoriale .....				Pologne .....			
Angola .....				Guyana .....				Porto Rico .....			
Antigua-et-Barbuda .....				Haïti .....				Portugal .....			
Arabie saoudite .....				Honduras .....				Qatar .....			
Argentine .....				Hongrie .....				République arabe syrienne .....			
Arménie .....				Iles Cook .....				République centrafricaine .....			
Australie .....	—	—	—	Iles Marshall .....				République de Corée .....			
Autriche .....				Iles Salomon .....				République démocratique			
Azerbaïdjan .....				Inde .....	R	R		populaire lao .....			
Bahamas .....				Indonésie .....				République de Moldova .....			
Bahreïn .....				Iran (République islamique d') .....		—		République dominicaine .....			
Bangladesh .....				Iraq .....				République populaire			
Barbade .....				Irlande .....				démocratique de Corée .....			
Bélarus .....				Islande .....				République-Unie de Tanzanie .....			
Belgique .....				Israël .....				Roumanie .....			
Belize .....				Italie .....				Royaume-Uni de Grande-Bretagne			
Bénin .....				Jamahiriya arabe libyenne .....		—		et d'Irlande du Nord .....			
Bhoutan .....				Jamaïque .....				Rwanda .....			
Bolivie .....				Japan .....				Saint-Kitts-et-Nevis .....			
Bosnie-Herzégovine .....				Jordanie .....				Saint-Mann .....			
Botswana .....				Kazakhstan .....				Saint-Siège .....			
Brazil .....				Kenya .....				Saint-Vincent-et-Grenadines .....			
Brunéi Darussalam .....				Kirghizistan .....				Sainte-Lucie .....			
Bulgarie .....				Kiribati .....				Samoa .....			
Burkina Faso .....				Koweït .....				Sao Tomé-et-Principe .....			
Burundi .....				Lesotho .....				Sénégal .....			
Cambodge .....				Lettonie .....				Seychelles .....			
Cameroon .....				Liban .....				Sierra Leone .....			
Canada .....				Libéria .....				Singapour .....			
Cap-Vert .....				Liechtenstein .....				Slovénie .....			
Chili .....				Lituanie .....				Somalie .....			
Chine .....				Luxembourg .....				Soudan .....			
Chypre .....				Madagascar .....		—		Sri Lanka .....			
Colombie .....				Malaisie .....				Suède .....			
Comores .....				Malawi .....				Suisse .....			
Congo .....				Maldives .....				Suriname .....			
Costa Rica .....				Mali .....				Swaziland .....			
Côte d'Ivoire .....				Malte .....				Tadjikistan .....			
Croatie .....				Maroc .....				Tchad .....			
Cuba .....				Maurice .....				Tchécoslovaquie .....			
Danemark .....				Mauritanie .....				Thaïlande .....			
Djibouti .....				Mexique .....				Togo .....			
Dominique .....				Micronésie (Etats fédérés de) .....				Tokélaou .....			
Egypte .....	R	—		Monaco .....				Tonga .....			
El Salvador .....				Mongolie .....				Tnnité-et-Tobago .....			
Emirats arabes unis .....				Mozambique .....				Tunisie .....			
Equateur .....				Myanmar .....				Turkménistan .....			
Espagne .....				Namibie .....				Turquie .....			
Estonie .....				Népal .....				Ukraine .....			
Etats-Unis d'Amérique .....				Nicaragua .....				Uruguay .....			
Ethiopie .....				Niger .....				Vanuatu .....			
Fédération de Russie .....				Nigéria .....				Venezuela .....			
Fiji .....				Norvège .....				Viet Nam .....			
Finlande .....				Nouvelle-Zélande .....				Yémen .....			
France .....				Oman .....				Yougoslavie .....			
Gabon .....				Ouganda .....				Zaire .....			
Gambie .....				Ouzbékistan .....				Zambie .....			
Géorgie .....				Pakistan .....				Zimbabwe .....			
Ghana .....				Panama .....							
Grèce .....				Papouasie-Nouvelle-Guinée .....							

*Continued from page 27.*

- **Training activities:** managerial and supervisory skills training, training in correct case management — clinical materials and approaches to training in ARI.
- **Evaluation:** use of routine reporting systems, health facility and household morbidity and treatment surveys, measurement of ARI-associated mortality, assessing the use and cost of drugs, surveillance of antibiotic resistance, evaluation of national ARI programmes.
- **Research:** research policy and priorities, case management research (efficacy of treatment), behavioural and health systems research, disease prevention research (risk factors and vaccine development).

CDR and other organizations

Collaboration with other United Nations agencies and non-governmental organizations — developing common strategies and working towards common goals.

Each of the topics listed above is the subject of a short presentation which is followed by a group discussion aimed at clarifying points that are difficult or unclear. Participants receive in advance background information and are encouraged to participate actively in the group discussions. In addition to the topics listed above, selected exercises from the CDD Programme Managers' Training Course will be used to increase participation in the briefing sessions.

**EPI**

- **Global overview:** history of the programme, its targets, objectives and achievements.
- **Overview of evaluation and monitoring of immunization programmes.**
- **Disease surveillance:** collection of information for action, routine and other kinds of reporting, case and outbreak investigations.
- **Surveys:** survey methodology, types of surveys, random sampling, survey results.
- **EPI information system:** monitoring the progress of the EPI, categories of data collected, computerized data analysis.
- **Vaccines:** nature of vaccines, vaccines and immunity, vaccine quality and requirements, vaccination schedules, contraindications.
- **Planning of programme activities:** situation analysis, priority problems, problem solving — tools and approaches, implementation of plans.
- **Poliomyelitis eradication, neonatal tetanus elimination and measles control;** epidemiology and magnitude of the problem, global plans of action — strategies and approaches, surveillance, laboratory support, rehabilitation, clean delivery care, training.
- **Research:** operational research on new and improved vaccines, cold chain equipment, cold chain monitor studies, missed opportunities surveys, immunization failure surveys, assessment of sentinel site surveillance data, activation of routine surveillance systems.
- **Logistics and cold chain:** storing and distributing vaccines, choosing between energy options, selecting and maintaining transport and equipment, selecting injection equipment, training, evaluating the quality of the cold chain.
- **Training:** mid-level management, immunization in practice.

*Suite de la page 27.*

- **Activités de formation:** formation à la gestion et à l'encadrement, formation à la prise en charge correcte des cas — matériel clinique et méthodologies de la formation en matière d'IRA.
- **Evaluation:** emploi de systèmes de notification de routine, enquêtes sur la morbidité et le traitement dans les établissements de soins et les ménages, mesure de la mortalité liée aux IRA, évaluation de la consommation et du coût des médicaments, surveillance de la résistance aux antibiotiques, évaluation des programmes nationaux IRA.
- **Recherche:** politiques et priorités en matière de recherche, recherche sur la prise en charge des cas (efficacité du traitement), recherche sur les comportements et les systèmes de santé, recherche sur la prévention (facteurs de risque et mise au point de vaccins).

CDR et les autres organisations

Collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies et des organisations non gouvernementales — mise au point de stratégies communes et coopération en vue d'atteindre des buts communs.

Chacun des thèmes évoqués ci-dessus fait l'objet d'un bref exposé qui est suivi d'une discussion de groupe visant à clarifier les points difficiles ou obscurs. Une information générale est fournie à l'avance aux participants, qui sont invités à prendre une part active aux discussions de groupe. Outre ces thèmes, divers exercices empruntés au cours de formation des administrateurs de programmes LMD permettront d'améliorer la participation aux réunions d'information.

**PEV**

- **Aperçu mondial:** historique du programme, ses cibles, objectifs et réalisations.
- **Aperçu de l'évaluation et du suivi des programmes de vaccination.**
- **Surveillance de la maladie:** collecte de l'information en vue des actions à mener, notifications systématiques et autres, études des cas et des poussées épidémiques.
- **Enquêtes:** méthodes et types d'enquêtes, échantillonnages aléatoires, résultats d'enquêtes.
- **Système d'information du PEV:** contrôle des progrès du PEV, catégories de données recueillies, analyse informatique des données.
- **Vaccins:** nature des vaccins, vaccins et immunité, qualité des vaccins et normes relatives aux vaccins, schémas d'inoculation, contre-indications.
- **Planification des activités du programme:** analyse de la situation, problèmes prioritaires, résolution des problèmes — moyens et méthodes, exécution des plans.
- **Eradication de la poliomyélite, élimination du tétanos néonatal et lutte contre la rougeole:** épidémiologie et ampleur du problème, plans d'action mondiaux — stratégies et approches, surveillance, moyens de laboratoire, réadaptation, accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène, formation.
- **Recherche:** recherche opérationnelle sur des vaccins nouveaux ou améliorés, matériel pour la chaîne du froid, études sur la surveillance de la chaîne du froid, enquêtes sur les occasions de vaccination manquées, enquêtes sur les échecs de la vaccination, évaluation des données de la surveillance en provenance de sites sentinelles, mise en route des systèmes de surveillance systématique.
- **Logistique et chaîne du froid:** stockage et distribution du vaccin, choix entre différentes sources d'énergie, sélection et entretien des moyens de transport et du matériel, sélection du matériel d'injection, formation, évaluation de la qualité de la chaîne du froid.
- **Formation:** gestion au niveau intermédiaire, aspects pratiques de la vaccination.

- **Micronutrients and infection:** potential contribution of the EPI to control of Vitamin A deficiency and iodine deficiency disorders.
- **Financing:** costs of different immunization strategies, major donors and their activities, sustainability of the programme, costing studies.
- **EPI and other organizations:** working towards a common goal, attracting new donors, encouraging existing donors, coordinating donors' support.
- The forthcoming schedule of CDR and EPI briefings until the end of 1993 is as follows:

CDR	EPI
8-12 February	15-19 February
26-30 April	3-7 May
21-25 June	28 June-2 July
27 Sept.-1 Oct.	29 Nov.-3 Dec.
22-26 November	

WHO does not cover travel or other expenses connected with participation in technical group briefings, but does not require any tuition fees. Applications should be sent to WHO Representatives in countries, or to WHO Regional Offices, or to CDR and EPI, WHO Headquarters, 1211 Geneva 27, Switzerland, at least 1 month prior to the preferred briefing dates.

## Influenza

**Belgium** (17 January 1993).<sup>1</sup> Influenza activity has remained low with only sporadic cases reported. A few cases of influenza B were diagnosed in children and young adults during December and the first week of January.

**Israel** (10 January 1993). A low incidence of acute respiratory diseases has been reported, mainly in children and the elderly. Most cases confirmed in the laboratory have been due to non-influenza viruses but 1 case of influenza B has been diagnosed in a 23-month-old child.

**Papua New Guinea** (18 December 1992).<sup>2</sup> Influenza A and B continued to be reported among young children in Goroka during December.

**Spain** (16 January 1993). Influenza B virus was isolated from 1 of 10 persons investigated during a local outbreak in Salamanca in mid-December 1992. This was the first and, so far, only sign of influenza activity in the country.

**Switzerland** (19 January 1993). Influenza B virus was isolated from 1 case in the second week of January. This was the first laboratory-confirmed case of influenza reported in the country this season.

**Thailand** (December 1992). Cases of influenza A and influenza B continued to be reported in November and December.

**United Kingdom** (22 January 1993).<sup>3</sup> Indices of influenza activity have remained at low levels and respiratory illnesses reported are often associated with respiratory syncytial virus. The second influenza virus to be reported this season was an influenza A(H1N1) virus isolated from a specimen obtained on 14 January from a 7-month-old child.

<sup>1</sup> See No 1/2, 1993, p 6

<sup>2</sup> See No. 47, 1992, p. 356

<sup>3</sup> See No 4, 1993, p. 24

## Course announcement

Annual Summer Programme in Epidemiology and Biostatistics

The annual summer programme in epidemiology and biostatistics will be held at the Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Medicine, McGill University, Montreal, from 3 May to 25 June 1993.

— **Micronutriments et infection:** contribution potentielle du PEV à la lutte contre l'avitaminose A et les troubles dus à une carence en iode.

— **Financement:** coût des différentes stratégies de vaccination, principaux donateurs et leurs activités, viabilité du programme, études de coûts.

— **Le PEV et les autres organisations:** travailler à la réalisation d'un but commun, attirer de nouveaux donateurs, solliciter les donateurs actuels, coordonner leur soutien.

- Le calendrier des réunions de CDR et du PEV d'ici la fin 1993 est le suivant:

CDR	PEV
8-12 février	15-19 février
26-30 avril	3-7 mai
21-25 juin	28 juin-2 juillet
27 sept-1 <sup>er</sup> oct.	29 nov.-3 déc.
22-26 novembre	

L'OMS ne prend à sa charge ni les frais de voyage, ni les autres dépenses liées à la participation aux réunions d'information technique, mais ne demande aucuns frais de participation. Les demandes d'inscription doivent être adressées aux bureaux des représentants de l'OMS dans les pays, aux bureaux régionaux de l'OMS, ou à CDR et au PEV, au Siège de l'OMS, 1211 Genève 27, Suisse, au moins 1 mois avant la date envisagée.

## Grippe

**Belgique** (17 janvier 1993).<sup>1</sup> L'activité grippale est restée faible, et seuls des cas sporadiques ont été signalés. Quelques cas de grippe B ont été diagnostiqués chez des enfants et de jeunes adultes au cours du mois de décembre et de la première semaine de janvier.

**Israël** (10 janvier 1993). Une faible incidence des affections respiratoires aiguës a été signalée, principalement chez les enfants et les personnes âgées. La plupart des cas confirmés au laboratoire étaient dus à des virus non grippaux, mais 1 cas de grippe B a été diagnostiqué chez un enfant âgé de 23 mois.

**Papouasie-Nouvelle-Guinée** (18 décembre 1992).<sup>2</sup> La grippe A et la grippe B ont continué à être signalées en décembre parmi les jeunes enfants à Goroka.

**Espagne** (16 janvier 1993). Le virus grippal B a été isolé d'une personne sur 10 étudiées au cours d'une flambée locale à Salamanca à la mi-décembre 1992. Il s'agissait du premier et, jusqu'ici, du seul signe d'activité grippale dans le pays.

**Suisse** (19 janvier 1993). Le virus grippal B a été isolé d'un cas pendant la deuxième semaine de janvier. Il s'agissait du premier cas de grippe confirmé au laboratoire signalé dans le pays cette saison.

**Thaïlande** (décembre 1992). Des cas de grippe A et de grippe B ont continué à être signalés en novembre et en décembre.

**Royaume-Uni** (22 janvier 1993).<sup>3</sup> Les indices d'activité grippale se sont maintenus à des niveaux peu élevés, et les syndromes grippaux signalés sont souvent associés au virus respiratoire syncytial. Le deuxième virus grippal signalé cette saison était un virus A(H1N1) isolé d'un spécimen prélevé le 14 janvier chez un enfant âgé de 7 mois.

<sup>1</sup> Voir N° 1/2, 1993, p 6

<sup>2</sup> Voir N° 47, 1992, p 356.

<sup>3</sup> Voir N° 4, 1993, p 24.

## Annonce de cours

Cours annuel d'été en épidémiologie et en biostatistique

Le cours annuel d'été en épidémiologie et en biostatistique se tiendra au Département d'Épidémiologie et de Biostatistique, Faculté de Médecine, Université McGill, Montréal, du 3 mai au 25 juin 1993.

