



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

26 FEBRUARY 1993 • 68th YEAR

68^e ANNÉE • 26 FÉVRIER 1993

CONTENTS	SOMMAIRE
Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 1993-1994 season	Composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison 1993-1994
57	57
Injury prevention – Public health approaches to improved road safety, Australia	Prévention des traumatismes – Amélioration de la sécurité routière par des mesures de santé publique, Australie
60	60
Influenza	Grippe
60	60
International Travel and Health, 1993 Edition	Voyages internationaux et santé, édition 1993
62	62
Amendments to 1993 Edition	Amendements à l'édition 1993
62	62
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
63	63
Ports designated in application of the International Health Regulations – Amendments to 1992 publication	Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international – Amendements à la publication de 1992
64	64
Diseases subject to the Regulations	Maladies soumises au Règlement
64	64

Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 1993-1994 season

Between October 1991 and September 1992, influenza A viruses predominated and both the H3N2 and H1N1 subtypes circulated. Influenza A(H3N2) was generally the more common influenza subtype, although the H1N1 subtype was more frequently reported in Japan and New Zealand.¹ While many countries reported influenza B, the number of isolates was small.

Influenza activity, October 1992-February 1993

Influenza viruses have been isolated from sporadic cases and occasional outbreaks in North America, Asia and Europe. Influenza A viruses of both H3N2 and H1N1 subtypes and influenza B viruses continue to circulate. To date, influenza B viruses have predominated, but in some countries (China, Japan), influenza A(H3N2) viruses appear to have been as common. Influenza A(H1N1) viruses have been reported infrequently.

Influenza A(H3N2)

Influenza A(H3N2) viruses were isolated in November 1992 from sporadic cases or small outbreaks in Europe, Japan and the United States of America; outbreaks became widespread in Japan in December 1992 and January 1993. Outbreaks occurred in northern China in December 1992 and January 1993, and by mid-February, influenza A(H3N2) viruses had been reported in Belgium, Bulgaria, China, Croatia, the Czech Republic, Finland, France, Germany, Italy, Japan, the Netherlands, Norway, Romania, the Russian Federation, Sweden, the United Kingdom, and the United States of America.

Influenza A(H1N1)

A few isolates of influenza A(H1N1) viruses have been made, and these were reported from only 4 countries: France, the Netherlands, the United Kingdom and the United States of America.

¹ See No. 50, 1992, pp. 373-379.

Composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison 1993-1994

D'octobre 1991 à septembre 1992, ce sont les virus A qui ont prédominé, et les deux sous-types H3N2 et H1N1 ont circulé. Dans l'ensemble, le sous-type A(H3N2) a été le plus répandu, le sous-type H1N1 prédominant toutefois au Japon et en Nouvelle-Zélande.¹ De nombreux pays ont signalé des cas de grippe B, mais le nombre d'isolements a été faible.

Activité grippale, octobre 1992-février 1993

Des virus grippaux ont été isolés de cas sporadiques et lors de flambées occasionnelles en Amérique du Nord, en Asie et en Europe. Les deux sous-type H3N2 et H1N1 du virus A et les virus B ont continué à circuler. A ce jour, les virus B ont prédominé, mais, dans certains pays (Chine, Japon), les virus grippaux A(H3N2) semblent avoir été aussi fréquents. Les virus grippaux A(H1N1) n'ont été que peu signalés.

Grippe A(H3N2)

Des virus grippaux A(H3N2) ont été isolés en novembre 1992 de cas sporadiques ou lors de flambées aux Etats-Unis d'Amérique, en Europe et au Japon; les flambées se sont étendues au Japon en décembre 1992 et en janvier 1993. Des flambées se sont aussi produites dans le nord de la Chine en décembre 1992 et en janvier 1993 et, à la mi-février, des virus grippaux A(H3N2) avaient été signalés dans les pays suivants: Allemagne, Belgique, Bulgarie, Chine, Croatie, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Finlande, France, Italie, Japon, Norvège, Pays-Bas, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni et Suède.

Grippe A(H1N1)

Quelques isolements de virus grippaux A(H1N1) ont été effectués, mais ils ont été signalés dans 4 pays seulement: Etats-Unis d'Amérique, France, Pays-Bas et Royaume-Uni.

¹ Voir N° 50, 1992, pp. 373-379.

Influenza B
 Influenza B viruses have been reported since October 1992 and predominated in all countries reporting influenza in the first months of the season. They have continued to be the most common and widespread viruses in Europe and North America, and have been associated with outbreaks among schoolchildren in China, Hungary, Japan, Sweden, the United Kingdom, and the United States of America. Influenza B viruses have also been isolated from sporadic cases in Belgium, Bulgaria, Canada, Croatia, the Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Hong Kong, Israel, Italy, the Netherlands, Norway, Portugal, Romania, the Russian Federation, Spain, Switzerland and Thailand.

Grippe B
 Des virus grippaux B ont été signalés dès octobre 1992 et ont prédominé dans tous les pays qui ont signalé des cas de grippe au cours des premiers mois de la saison. Ils ont continué à être les virus les plus fréquents et les plus répandus en Europe et en Amérique du Nord, et ont été associés à des flambées chez les écoliers en Chine, aux Etats-Unis d'Amérique, en Hongrie, au Japon, au Royaume-Uni et en Suède. Des virus grippaux B ont été aussi isolés de cas sporadiques dans les pays ou territoires suivants: Allemagne, Belgique, Bulgarie, Canada, Croatie, Danemark, Espagne, Fédération de Russie, Finlande, France, Hong Kong, Israël, Italie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Roumanie, Suisse et Thaïlande.

Table 1 Haemagglutination-inhibition tests of influenza A(H3N2) viruses

Tableau 1 Réactions d'inhibition de l'hémagglutination sur des virus grippaux A(H3N2)

Antigens – Antigènes	Post-infection ferret sera – Sérums de furet post-infection			
	A/Beijing/353/89	A/Hong Kong/34/90	A/Washington/15/91	A/Beijing/32/92
A/Beijing/353/89.....	1 280	40	160	80
A/Hong Kong/34/90.....	80	1 280	80	320
A/Washington/15/91.....	80	40	320	80
A/Beijing/32/92.....	80	640	160	2 560
Recent isolates – Isolements récents				
A/California/271/92.....	80	640	80	1 280
A/Netherlands/3/92.....	80	640	40	1 280
A/Stockholm/12/92.....	80	1 280	40	1 280
A/Yokohama/73/92.....	80	640	40	1 280
A/Paris/287/93.....	640	80	640	160

Antigenic analysis of recent isolates

Influenza A(H3N2) virus
 Although A/Beijing/353/89-like variants have been isolated this season, the majority of influenza A(H3N2) viruses have been antigenically similar to A/Beijing/32/92 (Table 1).

Analyse antigénique d'isolements récents

Virus A(H3N2)
 Quoique des variants analogues à A/Beijing/353/89 aient été isolés cette saison, la majorité des virus A(H3N2) étaient antigéniquement similaires à A/Beijing/32/92 (Tableau 1).

Influenza A(H1N1) virus
 By comparison with influenza B and influenza A(H3N2), there have been few isolates of influenza A(H1N1) viruses. All those characterized have been closely related to A/Singapore/6/86, A/Victoria/36/88 and A/Texas/36/91.¹

Virus A(H1N1)
 Par rapport au virus B et au virus A(H3N2), le virus A(H1N1) a été peu fréquemment isolé. Toutes les souches A(H1N1) qui ont été caractérisées étaient étroitement apparentées à A/Singapore/6/86, A/Victoria/36/88 et A/Texas/36/91.¹

Influenza B virus
 All the influenza B viruses isolated this season have been antigenically similar to B/Panama/45/90, and to the closely related variant B/Quingdao/102/91 (Table 2).

Virus grippal B
 Tous les virus grippaux B isolés cette saison étaient antigéniquement similaires à B/Panama/45/90, ainsi qu'au variant antigénique proche B/Quingdao/102/91 (Tableau 2).

Table 2 Haemagglutination-inhibition tests of influenza B viruses

Tableau 2 Réactions d'inhibition de l'hémagglutination sur des virus grippaux B

Antigens – Antigènes	Post-infection ferret sera – Sérums de furet post-infection			
	B/Victoria/2/87	B/Yamagata/16/88	B/Panama/45/90	B/Quingdao/102/91
B/Victoria/2/87.....	320	<40	<40	<40
B/Yamagata/16/88.....	<40	1 280	160	640
B/Panama/45/90.....	<40	160	640	320
B/Quingdao/12/91.....	<40	320	320	1 280
Recent isolates – Isolements récents				
B/South Africa/881/92.....	<40	320	640	1 280
B/Tokyo/1325/92.....	<40	160	320	1 280
B/Washington/506/92.....	<40	320	320	1 280
B/Lyon/148/93.....	<40	320	640	1 280

Studies with inactivated influenza virus vaccines

Several studies have been undertaken in which antibodies to haemagglutinin were measured in the sera of vaccinees

Etudes effectuées sur les vaccins à base de virus grippaux inactivés

On a effectué plusieurs études au cours desquelles on a tiré les anticorps antihémagglutinines dans le sérum des sujets vaccinés au

¹ See No. 9, 1992, pp 57-60.

¹ Voir N° 9, 1992, pp. 57-60.

who had received trivalent inactivated influenza vaccines containing A/Beijing/353/89(H3N2)-like, A/Singapore/6/86(H1N1)-like, and either B/Yamagata/16/88-like or B/Panama/45/90-like viruses administered in doses of 15 micrograms of each haemagglutinin.

Post-immunization haemagglutination-inhibition (HI) antibodies at titres of $\geq 1:40$ against the H3N2 vaccine virus were detected in 85-100% of immunized children, 55-100% of adults, and 60-100% of the elderly. Lower antibody responses were detected to recent isolates. Post-immunization HI antibodies at titres of $\geq 1:40$ were found in 40-60% of children, 30-75% of adults and 20-60% of the elderly against recent isolates such as A/Beijing/32/92. The post-immunization geometric mean titres of HI antibodies to the recent isolates were only 25-50% of those to the vaccine virus.

Post-immunization HI antibodies at titres of $\geq 1:40$ to the influenza A(H1N1) vaccine viruses were detected in the sera of 90-100% of children, 85-100% of adults, and 80-100% of elderly vaccinees. The post-immunization geometric mean HI titres to the recent isolates were approximately 50-100% of those for the vaccine virus.

Post-immunization HI antibodies at titres of $\geq 1:40$, or equivalent titres obtained using single radial haemolysis assays, to the influenza B vaccine viruses and representative recent isolates were detected in the sera of 85-100% of children, 80-100% of adults, and 50-100% of the elderly. The post-immunization geometric mean HI titres to recent influenza B isolates were approximately 80-100% of those for the vaccine virus.

Recommendations for the composition of influenza virus vaccines

During the 1992-1993 season, influenza A(H3N2), A(H1N1) and influenza B all continued to circulate. Influenza B viruses were the most prevalent and were antigenically related to B/Panama/45/90. Vaccines containing B/Yamagata/16/88-like or B/Panama/45/90-like viruses induced antibodies with similar frequency and titre both to the vaccine viruses and to representative recent isolates.

Vaccines containing influenza A/Singapore/6/86(H1N1)-like viruses induced satisfactory antibody responses to representative recent isolates.

The predominant influenza A(H3N2) viruses showed antigenic differences from the vaccine strain A/Beijing/353/89 and were similar to the variant A/Beijing/32/92. Vaccines containing A/Beijing/353/89-like viruses induced antibody responses to A/Beijing/32/92-like viruses at lower frequency and titre than to the vaccine virus.

Consequently, it is recommended that trivalent vaccines be used in the 1993-1994 season, and that they contain the following:

- an A/Beijing/32/92(H3N2)-like strain;
- an A/Singapore/6/86(H1N1)-like strain;
- a B/Panama/45/90-like strain.

As in previous years the specific viruses used in each country should be approved by the national control authorities.

Most of the population is likely to have been infected with influenza A(H3N2), influenza A(H1N1) and influenza B viruses in recent years. As a consequence, 1 dose of inactivated vaccine should be immunogenic for individuals of all ages except young children. Previously unimmunized children should receive 2 doses of vaccine, with an interval between doses of at least 4 weeks.

Reagents for use in laboratory standardization of inactivated vaccine may be obtained from the Division of Virology, National Institute for Biological Standards and Control, Blanche Lane, South Mimms, Potters Bar, Herts EN6 3QG, United Kingdom or from the Division of Virology, Center for Biologics, Evaluation and Research, Food and Drug Administration, Building 29A, 8800 Rockville Pike, Bethesda, MD 20892, United States of America.

moyen de vaccins trivalents inactivés contenant des hémagglutinines de virus analogues à A/Beijing/353/89(H3N2), A/Singapore/6/86(H1N1), et B/Yamagata/16/88 ou B/Panama/45/90 en doses de 15 microgrammes chacune par dose de vaccin.

Des titres d'anticorps postvaccinaux $\geq 1:40$ obtenus par inhibition de l'hémagglutination (IH) dirigés contre le virus H3N2 du vaccin ont été relevés chez 85-100% des enfants vaccinés, 55-100% des adultes et 60-100% des personnes âgées. Des réponses plus faibles en anticorps dirigés contre les isolements récents ont été observées. Des titres d'anticorps IH postvaccinaux $\geq 1:40$ ont été observés chez 40-60% des enfants, 30-75% des adultes et 20-60% des personnes âgées en ce qui concerne les isolements récents tels que A/Beijing/32/92. Les titres moyens géométriques d'anticorps IH postvaccinaux dirigés contre les isolements récents ne représentaient que 25-50% des titres d'anticorps antiviral vaccinal.

Des titres d'anticorps IH postvaccinaux $\geq 1:40$ dirigés contre le virus A(H1N1) du vaccin ont été décelés dans les sérums de 90-100% des enfants, 85-100% des adultes et 80-100% des personnes âgées. Les titres moyens géométriques d'anticorps IH postvaccinaux dirigés contre les isolements récents représentaient approximativement 50-100% des titres d'anticorps antiviral vaccinal.

Des titres d'anticorps IH postvaccinaux $\geq 1:40$, ou des titres équivalents obtenus par hémolyse radiale simple, contre les virus vaccinaux B et des isolements récents représentatifs, ont été décelés dans les sérums de 85-100% des enfants, 80-100% des adultes et 50-100% des personnes âgées. Les titres moyens géométriques postvaccinaux des anticorps IH dirigés contre des isolements récents de virus B représentaient environ 80-100% des titres correspondants concernant le virus vaccinal.

Recommandations pour la composition des vaccins antigrippaux

Au cours de la saison 1992-1993, les virus grippaux A(H3N2), A(H1N1) et B ont continué à circuler. Les virus B étaient les plus répandus et ils étaient antigéniquement apparentés à B/Panama/45/90. Les vaccins contenant des virus analogues à B/Yamagata/16/88 ou B/Panama/45/90 ont suscité une réponse en anticorps de fréquence et de titre analogues à ceux correspondant tant aux virus vaccinaux qu'aux isolements récents représentatifs.

Les vaccins contenant des virus analogues à A/Singapore/6/86(H1N1) ont suscité des réponses satisfaisantes en anticorps dirigés contre les isolements récents représentatifs.

Les virus grippaux A(H3N2) prédominants ont montré des différences antigéniques par rapport à la souche vaccinale A/Beijing/353/89 et étaient analogues au variant A/Beijing/32/92. Les vaccins contenant des virus analogues A/Beijing/353/89 ont suscité des réponses en anticorps dirigés contre les virus analogues à A/Beijing/32/92 de fréquence et de titre inférieurs à ceux du virus vaccinal.

En conséquence, il est recommandé d'utiliser pour la saison 1993-1994 des vaccins trivalents contenant les souches suivantes:

- une souche analogue à A/Beijing/32/92(H3N2);
- une souche analogue à A/Singapore/6/86(H1N1);
- une souche analogue à B/Panama/45/90.

Comme les années précédentes, les virus utilisés dans chaque pays devront être approuvés par les autorités nationales de contrôle.

La plus grande partie de la population a probablement été infectée au cours de ces dernières années par les virus A(H3N2), A(H1N1) et B. Il s'ensuit qu'une dose de vaccin inactivé devrait être immunogène quel que soit l'âge des sujets, sauf chez le jeune enfant. Les enfants non encore vaccinés auront besoin de 2 doses de vaccin, administrées à 4 semaines d'intervalle au moins.

Les réactifs destinés à la normalisation en laboratoire du vaccin inactivé peuvent être obtenus aux adresses suivantes: *Division of Virology, National Institute for Biological Standards and Control, Blanche Lane, South Mimms, Potters Bar, Herts EN6 3QG, Royaume-Uni* ou *Division of Virology, Center for Biologics, Evaluation and Research, Food and Drug Administration, Building 29A, 8800 Rockville Pike, Bethesda, MD 20892, Etats-Unis d'Amérique.*

Reference strains for antigenic analysis may be obtained from the WHO Collaborating Centres for Reference and Research on Influenza, Influenza Branch, Division of Viral and Rickettsial Diseases, National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA 30333, United States of America, and National Institute for Medical Research, The Ridgeway, Mill Hill, London NW7 1AA, United Kingdom.

- A review of the prevalence of influenza viruses in the world is scheduled for publication in the WER on the last Friday of September 1993 for consideration by those making recommendations for the composition of influenza virus vaccines for use in the southern hemisphere.

Injury prevention

Public health approaches to improved road safety

Australia. Local Public Health Units can play a role in applying the strategies of the "new public health" to help improve road safety in their areas.

In New South Wales (NSW), motor vehicle fatalities are the single most common cause of death in males and females until the middle decades of life, while serious injury reduction has rightly been identified as a public health priority at both national and state levels.

Attempts at road injury reduction have tended to follow traditional approaches including engineering solutions (better roads, safer cars) and enforcement (speed limits, compulsory seat belt wearing and random breath testing).

These approaches have undoubtedly been successful. Total road deaths in NSW have fallen from a peak of 1 400 in the late 1970s to fewer than 800 in 1991, at a time when the number of registered vehicles and total kilometres travelled have been steadily rising. However, the potential for improvement using traditional approaches may now be decreasing, and new strategies will be required if the gains are to be maintained.

Road Safety 2000 and Beyond

The approaches proposed in the Ottawa Charter on Health Promotion¹ are well accepted in public health circles. The Road Safety Bureau of the NSW Roads and Traffic Authority (RTA) has been influenced by such approaches. In its recently published *Road Safety 2000 — the Strategic Plan for Road Safety in NSW 1990s and Beyond*, it proposes 4 key strategies:

- involving the whole community in road safety;
- making road safety a major priority in all transport and land use decisions;
- continuing to educate all road users, and to improve roads and traffic systems, vehicle safety systems, emergency response times and the treatment of casualties; and
- coordinating the efforts of organizations working in public health, transport and related fields.

To give a local focus to these initiatives, the RTA has sponsored a number of community-based road safety support groups around NSW. The Illawarra Road Safety Group (IRSG) is one of these. It was established 2 years ago and comprises representatives of the RTA, Police Department, Department of School Education, Catholic Education Office, University of Wollongong, Consumers Transport Council, Healthy Cities Illawarra, the Illawarra Public Health Unit, and other institutions.

¹ World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association, 1986

Les souches de référence destinées à l'analyse antigénique peuvent être obtenues auprès des Centres collaborateurs de référence et de recherche pour la grippe: *Influenza Branch, Division of Viral and Rickettsial Diseases, National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA 30333, États-Unis d'Amérique*, et *National Institute for Medical Research, The Ridgeway, Mill Hill, Londres NW7 1AA, Royaume-Uni*.

- Une mise au point sur la prévalence des virus grippaux dans le monde paraîtra dans le REH du dernier vendredi de septembre 1993 à l'intention des autorités appelées à formuler des recommandations pour la composition des vaccins antigrippaux inactivés utilisés dans l'hémisphère Sud.

Prévention des traumatismes

Amélioration de la sécurité routière par des mesures de santé publique

Australie. Les services locaux de santé publique peuvent jouer un rôle dans l'application des stratégies de la «nouvelle santé publique» en vue d'améliorer la sécurité routière dans leurs régions respectives.

En Nouvelle-Galles du Sud, les accidents mortels impliquant un véhicule à moteur sont la cause la plus courante de décès chez les hommes et les femmes jusqu'à l'âge mûr; on considère à juste titre que la réduction des traumatismes graves est une priorité de santé publique tant au niveau national qu'à celui des États.

Les efforts pour réduire les accidents de la route ont généralement tendance à s'appuyer sur les méthodes classiques, avec notamment des solutions en rapport avec l'équipement (routes meilleures, voitures plus sûres) et des mesures coercitives telles que limitation de vitesse, port obligatoire de la ceinture de sécurité, et alco-test.

Ces méthodes sont incontestablement efficaces. Le nombre total de décès par accidents de la route en Nouvelle-Galles du Sud est passé du chiffre record de 1 400 vers la fin des années 70 à moins de 800 en 1991, alors que le nombre de véhicules immatriculés et que le total des kilomètres parcourus augmentent régulièrement. Toutefois, les possibilités d'amélioration par les méthodes classiques risquent de s'amenuiser, et il va falloir trouver de nouvelles stratégies si l'on veut préserver l'acquis.

Road Safety 2000 and Beyond

Les méthodes proposées par la Charte d'Ottawa sur la Promotion de la Santé¹ sont bien acceptées dans les milieux de la santé publique. Le *Road Safety Bureau of the NSW Roads and Traffic Authority (RTA)* s'en est inspiré. Dans son *Road Safety 2000 — the Strategic Plan for Road Safety in NSW 1990s and Beyond* récemment publié, il propose 4 stratégies de base:

- faire participer la communauté tout entière à la sécurité routière;
- faire de la sécurité routière une priorité majeure dans les décisions concernant les transports et l'aménagement du territoire;
- poursuivre les efforts entrepris pour l'éducation de l'ensemble des usagers de la route, ainsi que pour l'amélioration des routes, de la signalisation, de la sécurité des véhicules, des délais d'intervention d'urgence et de la prise en charge des victimes;
- coordonner les efforts des organismes travaillant dans le domaine de la santé publique, des transports et secteurs connexes.

Pour concrétiser ces initiatives au niveau local, le RTA a parrainé un certain nombre de groupes communautaires pour la sécurité routière en Nouvelle-Galles du Sud, notamment l'*Illawarra Road Safety Group (IRSG)*. Ce groupe a été créé il y a 2 ans et compte des représentants du RTA, de la Police, du ministère de l'éducation nationale, du *Catholic Education Office*, de l'université de Wollongong, du *Consumers Transport Council*, du *Healthy Cities Illawarra*, du service de santé publique du district d'Illawarra, et d'autres institutions.

¹ Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être Canada et Association canadienne de santé publique, 1986.

The benefits of such intersectoral work have been demonstrated in a recent successful campaign involving the media and local schools, focusing on high non-seat belt wearing rates among primary school children. Following this essentially "top down" approach, there was an improvement in rear seat belt wearing among the target group from less than 35% to more than 90%.

However, in order to involve the whole community in road safety issues, and to determine their perceived priorities, a more "bottom up" approach was necessary and the group organized a one-day hotline: Road Safety — Have Your Say.

The media carried stories, news items and a limited amount of paid advertising supporting the initiative. Five incoming telephone lines were staffed by members of the participating organizations and more than 280 calls were taken, covering 400 individual road safety issues. The offer of one year's free vehicle registration from the RTA for the best road safety idea may have acted as an incentive to this high participation rate.

More than two-thirds of the calls related to specific local hazards and black spots, while the remainder concentrated on more general ideas for improving road safety.

The IRSG decided to award 2 prizes — one for the best general idea (portable "rumble strips" to give motorists physical warning of temporary hazards such as road crashes, or road works) and one for a specific local problem (a solution to a particularly hazardous merge on a fog-prone section of road).

From the phone-in, several concerns such as the proper use of roundabouts, and pedestrian safety, were identified as future areas for collaborative action.

Conclusions

For many health issues, responsibility is shared between a number of other organizations, while identification, participation and support by the local community are essential if longer-term results are sought. Community consultation and needs analysis are recognized in the health promotion literature as an essential component of enlisting this support. Taking a joint role in the recent road safety phone-in is believed to have had a range of advantages for the Illawarra Public Health Unit:

- it has raised the profile of the Unit and promoted links with the media;
- it has strengthened working relationships with other governmental and nongovernmental organizations; and
- the community response has identified a number of areas where future collaborative work is likely to bring results in terms of improved road safety.

Such an approach is commended to other Public Health Units as a way of putting into practice the concepts of the Ottawa Charter and of ensuring the broad-based support essential to improved road safety.

(Based on: New South Wales Public Health Bulletin, Volume 3, No. 11, November 1992; New South Wales Health Department.)

Influenza

Bulgaria (5 February 1993). Influenza activity reached epidemic levels in 5 out of 28 towns under surveillance at the end of January. The highest incidence was observed in age groups between 8 and 18 years. Serological investigation

L'intérêt de ce travail intersectoriel a été mis en évidence par le succès d'une campagne récente impliquant les médias et les établissements scolaires locaux, qui visait à attirer l'attention sur le pourcentage élevé d'écoliers du primaire qui ne portent pas la ceinture de sécurité. A la suite de cette campagne, essentiellement dirigée du sommet vers la base, le pourcentage des personnes du groupe cible portant la ceinture de sécurité arrière s'est amélioré, passant de 35% à plus de 90%.

Toutefois, afin de s'attirer le concours de la communauté tout entière en matière de sécurité routière et de déterminer ce qu'elle perçoit comme des priorités, il a fallu donner davantage la parole à la base et le groupe a organisé une opération «ligne ouverte» d'une journée, avec pour thème: *Road Safety — Have Your Say* (Sécurité routière — exprimez-vous).

Les médias ont rapporté des faits divers, diffusé des histoires et un certain nombre de spots publicitaires payants pour financer l'initiative. Cinq lignes téléphoniques avaient été mobilisées pour recevoir les appels que prenaient des membres des organisations participantes; il y a eu plus de 280 appels; environ 400 questions de sécurité routière ont été abordées. Le RTA a offert une année de gratuité de la vignette à la personne proposant la meilleure idée de sécurité routière, ce qui explique peut-être ce taux élevé de participation.

Plus des deux tiers des appels concernaient certains points noirs de la circulation et dangers locaux; pour le reste, il s'agissait d'idées plus générales pour l'amélioration de la sécurité routière.

L'IRSG a décidé d'accorder 2 prix — l'un pour récompenser la meilleure idée générale (système de rainurage portatif pour matérialiser un danger temporaire — accidents de la route, ou travaux) et l'autre pour récompenser la solution à un problème local spécifique, à savoir un rétrécissement de la chaussée — route à 2 ou 3 voies, passant à une voie — particulièrement dangereux sur une portion de route où les brouillards sont fréquents.

Cette opération «ligne ouverte» a permis de soulever plusieurs points, tels que l'utilisation correcte des sens giratoires et la sécurité des piétons, qui donneront lieu à une action concertée.

Conclusions

Plusieurs organismes ont chacun leur part de compétence dans les questions intéressant la santé; mais il est essentiel, pour obtenir des résultats durables, que la communauté reconnaisse elle-même les problèmes, qu'elle participe et qu'elle apporte son concours.

Dans la littérature sur la promotion de la santé, il est reconnu que la consultation de la communauté et l'analyse de ses besoins sont déterminants pour s'assurer son soutien. La récente opération «ligne ouverte» en faveur de la sécurité routière semble avoir eu plusieurs retombées positives pour le service de santé publique du district d'Illawarra:

- elle a amélioré l'image de marque du service et renforcé ses liens avec les médias;
- elle a consolidé les relations de travail avec les autres organismes publics et les milieux associatifs;
- la réaction de la communauté a permis d'identifier un certain nombre de domaines pouvant donner lieu à une action concertée qui améliorera probablement la sécurité routière.

Ce genre de formule est conseillé aux autres services de santé publique comme moyen de mettre en pratique les idées de la Charte d'Ottawa et de s'assurer un large concours, condition essentielle pour améliorer la sécurité routière.

(D'après: New South Wales Public Health Bulletin, Volume 3, No. 11, novembre 1992; New South Wales Health Department.)

Grippe

Bulgarie (5 février 1993). L'activité grippale a atteint des niveaux épidémiques à la fin janvier dans 5 des 28 villes sous surveillance. L'incidence maximale a été observée dans les groupes d'âge entre 8 et 18 ans. Les recherches sérologiques ont indiqué principalement

indicated mainly influenza A(H3N2), and 1 case has been confirmed by virus isolation. Influenza B has also been isolated from 1 sporadic case.

Finland (16 February 1993).¹ Scattered cases and local outbreaks of influenza-like illness have been reported in schools and among military conscripts, mainly in the southern part of the country. Most cases confirmed in the laboratory in February were influenza B.

France (17 February 1993).¹ Influenza B has increased markedly in the south since mid-January and is now widespread all over the country. Other indicators of influenza activity are high, particularly in the age groups 5-14 years. Other respiratory viruses, mainly respiratory syncytial virus, are also active.

Germany (14 February 1993).² Scattered outbreaks among children have been reported in different parts of the country. Most laboratory-confirmed cases have been influenza B, but influenza A(H3N2) virus was isolated from a case in a 3-year-old child during the week.

Italy (21 February 1993).² Additional cases of influenza B and 1 case of influenza A(H3N2) have been confirmed by virus isolation. The cases were reported from the northern and central parts of the country.

Portugal (11 February 1993). Influenza surveillance through sentinel medical practitioners has detected low influenza activity and only sporadic cases until recently. A slight increase was, however, noted during the past week. All cases confirmed in the laboratory this season have been influenza B.

Sweden (17 February 1993).² Influenza B is now epidemic. Most cases are observed among schoolchildren and many outbreaks have been reported in schools.

Thailand (January 1993).³ Influenza B virus was isolated from 9 cases in children in Bangkok during January.

¹ See No. 4, 1993, p. 23.

² See No. 8, 1993, p. 56.

³ See No. 5, 1993, p. 31.

la présence du virus grippal A(H3N2), et 1 cas a été confirmé par isolement du virus. Le virus B a aussi été isolé d'un cas sporadique.

Finlande (16 février 1993).¹ Des cas dispersés et des flambées locales de syndromes grippaux ont été signalés dans des écoles et parmi des conscrits, principalement dans la partie méridionale du pays. La plupart des cas confirmés au laboratoire en février étaient dus à la grippe B.

France (16 février 1993).¹ La grippe B a nettement augmenté dans le Sud depuis la mi-janvier; elle s'étend maintenant à tout le pays. Les autres indicateurs de l'activité grippale sont élevés, notamment dans les groupes d'âge de 5 à 14 ans. D'autres virus respiratoires, principalement le virus respiratoire syncytial, sont aussi actifs.

Allemagne (14 février 1993).² Des flambées dispersées ont été signalées parmi des enfants dans différentes régions du pays. La plupart des cas confirmés au laboratoire étaient dus à la grippe B, mais le virus grippal A(H3N2) a été isolé d'un cas chez un enfant de 3 ans au cours de la semaine écoulée.

Italie (21 février 1993).² D'autres cas de grippe B et 1 cas de grippe A(H3N2) ont été confirmés par isolement du virus. Les cas ont été signalés dans le nord et le centre du pays.

Portugal (11 février 1993). La surveillance de la grippe effectuée par les médecins sentinelles a détecté une faible activité grippale et des cas sporadiques seulement, jusqu'à une date récente. Un léger accroissement a toutefois été noté au cours de la semaine écoulée. Tous les cas confirmés au laboratoire cette saison étaient dus au virus B.

Suède (17 février 1993).² La grippe B est maintenant épidémique. La plupart des cas sont observés parmi les écoliers, et de nombreuses flambées ont été signalées dans les écoles.

Thaïlande (janvier 1993).³ Le virus grippal B a été isolé de 9 cas parmi des enfants à Bangkok au cours du mois de janvier.

¹ Voir N° 4, 1993, p. 23.

² Voir N° 8, 1993, p. 56.

³ Voir N° 5, 1993, p. 31.

NEW WHO PUBLICATION

International Travel and Health

Vaccination Requirements and Health Advice, 1993 Edition¹

The 1993 edition of *International Travel and Health* has just appeared in English and French. This booklet is addressed to national health administrations and to the practising physicians, tourist agencies, shipping companies, airline operators, and other bodies who are called upon to give health advice to travellers.

In addition to summarizing the vaccination requirements of individual countries, the booklet indicates the main areas where malaria transmission occurs and where *Plasmodium falciparum* is resistant to drugs.

Other chapters cover certain health hazards to which the traveller may be exposed and indicate the areas in which these hazards are most likely to occur. The booklet also recommends a number of precautions that the wise traveller should take when visiting unfamiliar places.

¹ World Health Organization, 1993, 98 pages (available in English and French), ISBN 92 4 158018 6; Sw.fr 15 -/US \$13 50 (in developing countries: Sw.fr 10 50), Order No 1189300.

Amendments to 1993 Edition

BRUNEI DARUSSALAM (p. 20)

Add following sentence to information on **yellow fever**:

The countries and areas included in the endemic zones (see maps 1 and 2, pages 14 and 15) are considered by Brunei Darussalam as infected areas.

NOUVELLE PUBLICATION DE L'OMS

Voyages internationaux et santé

Vaccinations exigées et conseils d'hygiène, édition 1993¹

L'édition 1993 de *Voyages internationaux et santé* vient de paraître en anglais et en français. Cette brochure s'adresse aux administrations de la santé, au corps médical, aux agences de tourisme, aux compagnies maritimes et aériennes et aux autres organismes qui sont amenés à donner des conseils d'hygiène aux voyageurs.

En plus du résumé des exigences des pays en matière de vaccinations, la publication indique les principales zones où il y a transmission du paludisme et résistance de *Plasmodium falciparum* aux médicaments.

D'autres chapitres décrivent certains risques pour la santé des voyageurs et indiquent les régions où ces risques se rencontrent le plus souvent. La publication recommande aussi certaines précautions que le voyageur serait avisé de prendre lorsqu'il se rend dans des régions peu connues.

¹ Organisation mondiale de la Santé, 1993, 100 pages (disponible en anglais et en français), ISBN 92 4 258018 X; Fr.s. 15 -/US \$13,50 (dans les pays en développement: Fr.s. 10,50), N° de commande 2189300.

Amendements à l'édition 1993

BRUNÉI DARUSSALAM (p. 21)

Ajouter la phrase suivante aux renseignements concernant la **fièvre jaune**:

Les pays et territoires compris dans les zones d'endémicité (voir cartes 1 et 2, pages 14 et 15) sont considérés par le Brunéi Darussalam comme des zones infectées.

SEYCHELLES (p. 35)*Delete information and replace by:***Yellow fever** — A yellow fever vaccination certificate is required from all travellers coming from infected areas.**SEYCHELLES** (p. 37)*Supprimer les renseignements et remplacer par:***Fièvre jaune** — Un certificat de vaccination contre la fièvre jaune est exigé de tous les voyageurs en provenance de zones infectées.**Yellow-fever vaccinating centres for international travel***Amendments to 1991 publication***ALGERIA/ALGÉRIE***Insert - Insérer:***Kouba-Alger**

Hopital Central de l'Armée

AUSTRALIA/AUSTRALIE*Insert - Insérer:***Queensland****Mooloolaba**North Coast Travellers Medical Service,
173 Brisbane Road**AUSTRIA/AUTRICHE***Delete - Supprimer:***Zwettl**

Bezirkshauptmannschaft Zwettl

*Insert - Insérer:***Krems**

Bezirkshauptmannschaft Krems

CHANNEL ISLANDS/ILES ANGLO-NORMANDES*Insert - Insérer:***Jersey****St Helier**

- States of Jersey Community Health Service
- Lister House Surgery
- Dr S. Slaffer & Partners
- Dr U.G. Eichner & Partners
- Dr R. Porcherot & Partners

GERMANY/ALLEMAGNE*Delete - Supprimer:***Frankfurt am Main**Medizinischer Dienst der Deutschen Lufthansa AG
(Vaccinating Centre Nr. 6)*Insert - Insérer:***Frankfurt am Main**Medizinischer Dienst der Deutschen Lufthansa AG
(Vaccinating Centre Nr. 8)**ISRAEL/ISRAËL***Insert - Insérer:***Haifa**

Bnai Zion Medical Center

Tel Aviv

Elias Sourasky Medical Center

**UNITED KINGDOM OF GREAT BRITAIN AND NORTHERN IRELAND/
ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD***Insert - Insérer:***Andover**

Adelaide Medical Centre

Ashton-Under-Lyne

Penny Meadow Clinic

Bacup

20 Farnholme Lane

Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux*Amendements à la publication de 1991***Birmingham**

Laurie Pike Health Centre

Burton-On-Trent

Tutbury Health Centre

Buxton

Elmwood Medical Centre

Cheadle Hulme

Bridgehouse Health Centre

Doncaster

The Oakwood Surgery

Enfield

11 Bincote Road

Ferndown

The Medical Centre

Frodsham

The Road Surgery

Guildford

Dapdune House Surgery

Harefield

Harefield Health Centre

Henley-On-Thames

The Surgery, Hambleden

Hounslow

Family Doctor Unit, Hounslow Health Centre

Leighton Buzzard

The Surgery, 1 Leighton Road

Newton Aycliffe

The Pease Way Medical Centre

Norwich

Mile End Road Travel Clinic

Nuneaton

Arbury Medical Centre, Cambridge Drive

Penrith

Birbeck Medical Group

Rotherham

St Ann's Medical Centre

Saltash

The Lynher Surgery

Sutton Benger

The Temporary Surgery

Sutton Coldfield

Ashfurlong Health Centre, Tamworth Road

Tiverton

Clare House Practice

Warrington

Padgate Medical Centre, 12 Station Road

Wokingham

14A Rectory Road

London**N3**

The Grove Surgery

NW4

57 Boyne Avenue

Northern Ireland**Holywood**

Dr J.R. Courtney, Priory Surgery

Scotland**Aberdeen**

- Brimmond Medical Group, Dyce Health Centre
- Brimmond Medical Group, 106 Inverurie Road

Edinburgh

3 Quality Street

Glasgow

University of Glasgow, University Health Centre

<p>Isle of Skye Malagan, Fernindonald, Teangue</p> <p>Western Isles Griminish Surgery, Benbecula</p> <p>Wales</p> <p>Mold The Surgery, 8 Grosvenor Street</p> <p>Monmouth Dixton Road Surgery</p> <p>Newport St Davids Clinic</p>	<p><i>Delete - Supprimer:</i></p> <p>Launceston The Health Centre, Market Street</p> <p>Scotland</p> <p>Edinburgh Lifewatch, 4 Drumsheugh Gardens</p> <p>Glasgow Lifewatch, The Glasgow Nuffield Hospital</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Ports designated in application of the International Health Regulations <i>Amendments to 1992 publication</i></p>	<p>Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international <i>Amendements à la publication de 1992</i></p>				
<p>Norway/Norvège</p> <p><i>Insert - Insérer:</i></p> <p>Vågsøy (Måløy)</p>	<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>EX</td> </tr> <tr> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>	D	EX		X
D	EX				
	X				

<p>Health administrations are reminded that under the provisions of Article 3 of the International Health Regulations they should notify the Organization by telegram, fax or telex <i>within 24 hours</i> of being informed that the first case of a disease subject to the Regulations has occurred in their territory. The infected area should be notified within the subsequent 24 hours if not already communicated.</p> <p>In addition, they should notify the Organization by telegram, fax or telex <i>within 24 hours</i> of being informed of an imported or transferred case of such a disease into a non-infected area including all information available on the origin of infection.</p>	<p>Il est rappelé aux administrations sanitaires qu'aux termes de l'article 3 du Règlement sanitaire international elles doivent adresser une notification à l'Organisation par télégramme, fax ou par télex <i>dans les 24 heures</i>, dès qu'elles sont informées qu'un premier cas d'une maladie soumise au Règlement a été signalé dans une zone de leur ressort. Dans les 24 heures qui suivent, elles adressent notification de la zone infectée si elle n'a pas encore été communiquée.</p> <p>En outre, elles doivent adresser une notification à l'Organisation, par télégramme, fax ou par télex <i>dans les 24 heures</i>, dès qu'elles sont informées d'un cas importé ou transféré dans une zone non-infectée, y compris tous les renseignements disponibles sur l'origine de l'infection.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS **MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT**

<p>Notifications received from 19 to 25 February 1993</p> <p>C - cases, D - deaths, ... - data not yet received, i - imported, r - revised, s - suspect</p>	<p>Notifications reçues du 19 au 25 février 1993</p> <p>C - cas, D - décès, ... - données non encore disponibles, i - importé, r - révisé, s - suspect</p>																					
<p>Cholera • Choléra</p> <p>America • Amérique</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>C</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Argentina - Argentine</td> <td>31.XII*</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Chile - Chili</td> <td>31.XII*</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Guatemala</td> <td>31.XII*</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		C	D	Argentina - Argentine	31.XII*	0	Chile - Chili	31.XII*	0	Guatemala	31.XII*	0	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>C</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Guyana</td> <td>31.XII*</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Venezuela</td> <td>18.X-31.XII</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Additional cases reported for 1992. - Cas supplémentaires signalés pour 1992.</p>		C	D	Guyana	31.XII*	3	Venezuela	18.X-31.XII	6
	C	D																				
Argentina - Argentine	31.XII*	0																				
Chile - Chili	31.XII*	0																				
Guatemala	31.XII*	0																				
	C	D																				
Guyana	31.XII*	3																				
Venezuela	18.X-31.XII	6																				

<p>Telex: 415416 Fax: 788 00 11 (Attention EPIDNATIONS for notifications of diseases subject to the regulations)</p> <p>Automatic telex reply service: Telex 415768 Geneva followed by ZCZC ENGL for reply in English</p> <p>Price of the Weekly Epidemiological Record Annual subscription Sw. fr. 170.-</p>	<p>Télex: 415416 Fax: 788 00 11 (À l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au règlement)</p> <p>Service automatique de réponse par télex: Télex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français</p> <p>Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire Abonnement annuel Fr. s. 170.-</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------