



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

15 JANUARY 1993 • 68th YEAR

68^e ANNÉE • 15 JANVIER 1993

CONTENTS		SOMMAIRE	
AIDS —		SIDA —	
Global data	9	Données mondiales	9
The current global situation of the HIV/AIDS pandemic	11	La pandémie mondiale de VIH/SIDA: situation actuelle	11
Expanded Programme on Immunization —		Programme élargi de vaccination —	
Global Advisory Group, Part II	11	Groupe consultatif mondial, Partie II	11
Influenza	16	Grippe	16
Diseases subject to the regulations	16	Maladie soumises au règlement	16

ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS) — DATA AS AT 31 DECEMBER 1992

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA) — DONNÉES AU 31 DÉCEMBRE 1992

Country/Area — Pays/Territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification	Country/Area — Pays/Territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification
Africa — Afrique			Sao Tome and Principe — Sao Tomé-et-Príncipe . . .	11	03.07.92
Algeria — Algérie	92	31.08.91	Senegal — Sénégal	648	09.03.92
Angola	514	24.09.92	Seychelles	—	18.02.92
Benin — Bénin	247	31.03.92	Sierra Leone	40	20.03.92
Botswana	353	30.06.92	Somalia — Somalie	13	17.12.92
Burkina Faso	1 263	20.03.92	South Africa — Afrique du Sud	1 316	30.06.92
Burundi	6 052	20.03.92	Sudan — Soudan	650	17.12.92
Cameroon — Cameroun	1 407	05.10.92	Swaziland	197	08.07.92
Cape Verde — Cap-Vert	52	08.02.92	Togo	1 278	03.04.92
Central African Republic — République centrafricaine	1 864	20.03.92	Tunisia — Tunisie	114	17.12.92
Chad — Tchad	382	17.09.92	Uganda — Ouganda	34 611	01.11.92
Comoros — Comores	3	11.03.92	United Republic of Tanzania — République-Unie de Tanzanie	34 605	31.05.92
Congo	3 482	30.01.92	Zaire — Zaïre	18 186	14.05.92
Côte d'Ivoire	10 792	09.03.92	Zambia — Zambie	6 556	15.10.92
Djibouti	265	17.12.92	Zimbabwe	12 514	31.03.92
Egypt — Égypte	57	17.12.92	Total	211 032	
Equatorial Guinea — Guinée équatoriale	13	16.05.92	Americas — Amériques		
Ethiopia — Éthiopie	3 978	11.11.92	Anguilla	6	10.12.92
Gabon	215	31.05.92	Antigua and Barbuda — Antigua-et-Barbuda	6	10.12.92
Gambia — Gambie	180	25.02.92	Argentina — Argentine	1 820	10.12.92
Ghana	3 612	01.07.92	Bahamas	934	10.12.92
Guinea — Guinée	338	20.03.92	Barbados — Barbade	315	10.12.92
Guinea-Bissau — Guinée-Bissau	189	13.07.92	Belize	53	10.12.92
Kenya	31 185	01.10.92	Bermuda — Bermudes	199	10.12.92
Lesotho	64	31.03.92	Bolivia — Bolivie	49	10.12.92
Liberia — Libéria	28	31.03.92	Brazil — Brésil	31 364	10.12.92
Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne	7	17.12.92	British Virgin Islands — Iles Vierges britanniques	4	10.12.92
Madagascar	2	06.11.92	Canada	6 889	10.12.92
Malawi	22 300	02.12.92	Cayman Islands — Iles Caïmanes	13	10.12.92
Mali	1 111	17.07.92	Chile — Chili	573	10.12.92
Mauritania — Mauritanie	36	19.07.92	Colombia — Colombie	2 957	10.12.92
Mauritius — Maurice	11	29.02.92	Costa Rica	419	10.12.92
Morocco — Maroc	121	17.12.92	Cuba	137	10.12.92
Mozambique	538	10.10.92	Dominica — Dominique	12	10.12.92
Namibia — Namibie	311	20.03.92	Dominican Republic — République dominicaine	1 809	10.12.92
Niger	497	07.02.92	Ecuador — Équateur	224	10.12.92
Nigeria — Nigéria	184	12.03.92			
Reunion — Réunion	65	20.03.92			
Rwanda	8 483	12.11.92			

Country/Area — Pays/Territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification
El Salvador	382	10.12.92
French Guiana — Guyane française	232	10.12.92
Grenada — Grenade	32	10.12.92
Guadeloupe	182	10.12.92
Guatemala	273	10.12.92
Guyana	333	10.12.92
Haiti — Haïti	3 086	10.12.92
Honduras	1 976	10.12.92
Jamaica — Jamaïque	361	10.12.92
Martinique	227	10.12.92
Mexico — Mexique	11 034	10.12.92
Montserrat	1	10.12.92
Netherlands Antilles and Aruba — Antilles néerlandaises et Aruba	110	10.12.92
Nicaragua	31	10.12.92
Panama	388	10.12.92
Paraguay	51	10.12.92
Peru — Pérou	614	10.12.92
Saint Kitts and Nevis — Saint-Kitts-et-Nevis	37	10.12.92
Saint Lucia — Sainte-Lucie	48	10.12.92
Saint Vincent and the Grenadines — Saint-Vincent-et- Grenadines	41	10.12.92
Suriname	122	10.12.92
Trinidad and Tobago — Trinité-et-Tobago	1 085	10.12.92
Turks and Caicos Islands — Îles Turques et Caïques	25	10.12.92
United States of America — États-Unis d'Amérique	242 146	10.12.92
Uruguay	310	10.12.92
Venezuela	2 173	10.12.92

Total **313 083**

Asia — Asie		
Afghanistan	—	17.12.92
Bahrain — Bahreïn	3	31.03.92
Bangladesh	1	30.11.92
Bhutan — Bhoutan	—	30.11.92
Brunei Darussalam — Brunéi Darussalam	2	19.12.91
Burma see Myanmar — Birmanie voir Myanmar	—	—
Cambodia — Cambodge	—	31.10.92
China ^a — Chine ^a	11	28.04.92
Cyprus — Chypre	24	17.12.92
Democratic People's Republic of Korea République populaire démocratique de Corée	—	30.11.92
Hong Kong	61	26.09.92
India — Inde	242	30.11.92
Indonesia — Indonésie	24	30.11.92
Iran (Islamic Republic of) — Iran (République islamique d')	56	17.12.92
Iraq	7	17.12.92
Israel — Israël	192	17.12.92
Japan — Japon	508	04.12.92
Jordan — Jordanie	24	17.12.92
Kuwait — Koweït	7	17.12.92
Lao People's Democratic Republic — République démocratique populaire lao	1	23.04.92
Lebanon — Liban	35	17.12.92
Macao	2	03.11.92
Malaysia — Malaisie	46	25.05.92
Maldives	—	30.11.92
Mongolia — Mongolie	1	30.11.92
Myanmar	16	30.11.92
Nepal — Népal	12	30.11.92
Oman	27	17.12.92
Pakistan	25	17.12.92
Philippines	80	07.10.92
Qatar	31	17.12.92
Republic of Korea — République de Corée	10	19.11.92
Saudi Arabia — Arabie saoudite	46	17.12.92
Singapore — Singapour	43	05.08.92
Sri Lanka	20	30.11.92
Syrian Arab Republic — République arabe syrienne	19	17.12.92
Thailand — Thaïlande	909	30.11.92
Turkey — Turquie	89	17.12.92

^a The above statistics relating to China do not include 48 cases of AIDS in the Province of Taiwan — Les statistiques ci-dessus se rapportant à la Chine ne comprennent pas 48 cas de SIDA dans la province de Taïwan
^b Refers to Republics and areas of the former Socialist Federal Republic of Yugoslavia: Bosnia and Herzegovina, Croatia, Macedonia, Montenegro, Serbia, Slovenia — Se réfère aux républiques et territoires de l'ancienne République fédérative socialiste de Yougoslavie: Bosnie-Herzégovine, Croatie, Macédoine, Monténégro, Serbie, Slovénie.

Country/Area — Pays/Territoire	Number of cases Nombre de cas	Date of report Date de notification
United Arab Emirates — Emirats arabes unis	8	17.12.92
Viet Nam	—	28.04.92
Yemen — Yémen	—	17.12.92

Total **2 582**

Europe		
Albania — Albanie	—	30.09.92
Austria — Autriche	828	30.09.92
Belarus — Bélarus	6	30.09.92
Belgium — Belgique	1 224	17.12.92
Bulgaria — Bulgarie	16	17.12.92
Czechoslovakia — Tchécoslovaquie	32	17.12.92
Denmark — Danemark	1 072	17.12.92
Finland — Finlande	112	17.12.92
France	21 487	17.12.92
Germany — Allemagne	8 893	17.12.92
Greece — Grèce	689	17.12.92
Hungary — Hongrie	105	17.12.92
Iceland — Islande	22	17.12.92
Ireland — Irlande	294	17.12.92
Italy — Italie	14 783	17.12.92
Latvia — Lettonie	2	30.09.92
Lithuania — Lituanie	2	30.09.92
Luxembourg	55	17.12.92
Malta — Malte	25	17.12.92
Monaco	9	17.12.92
Netherlands — Pays-Bas	2 330	17.12.92
Norway — Norvège	283	17.12.92
Poland — Pologne	118	17.12.92
Portugal	1 007	17.12.92
Romania — Roumanie	2 073	17.12.92
Russian Federation — Fédération de Russie	94	30.09.92
San Marino — Saint-Marin	1	17.12.92
Spain — Espagne	14 991	17.12.92
Sweden — Suède	743	17.12.92
Switzerland — Suisse	2 691	17.12.92
United Kingdom — Royaume-Uni	6 510	17.12.92
Yugoslavia ^b — Yougoslavie ^b	313	30.09.92

Total **80 810**

Oceania — Océanie		
American Samoa — Samoa américaines	—	18.11.92
Australia — Australie	3 615	02.12.92
Cook Islands — Îles Cook	—	18.02.92
Federated States of Micronesia — États fédérés de Micronésie	2	01.09.92
Fiji — Fidji	4	28.11.91
French Polynesia — Polynésie française	27	28.11.91
Guam	10	13.09.91
Kiribati	—	08.11.91
Mariana Islands — Îles Mariannes	4	14.10.92
Marshall Islands — Îles Marshall	2	18.03.91
Nauru	—	17.12.91
New Caledonia and Dependencies — Nouvelle-Calédonie et dépendances	22	26.08.92
New Zealand — Nouvelle-Zélande	348	03.11.92
Niue	—	18.02.92
Palau	—	15.10.92
Papua New Guinea — Papouasie-Nouvelle-Guinée	45	10.08.92
Samoa	1	18.02.92
Solomon Islands — Îles Salomon	—	19.12.91
Tokelau	—	18.02.92
Tonga	2	24.07.92
Tuvalu	—	22.11.90
Vanuatu	—	08.06.92
Wallis and Futuna Islands — Îles Wallis et Futuna	—	27.05.91

Total **4 082**

World total — Total mondial **611 589**

The current global situation of the HIV/AIDS pandemic

As of 31 December 1992, a cumulative total of 611 589 cases of AIDS have been reported to WHO. The reported number of AIDS cases is a relatively crude indicator of worldwide trends in HIV infections and AIDS cases, because of: (a) less than complete diagnosis; (b) less than complete reporting to public health authorities; (c) delays in reporting inherent to the passive case surveillance approach; and (d) the use of different surveillance case definitions of AIDS in different countries around the world. WHO estimates that a total of about 2.5 million AIDS cases in men, women and children have occurred.

Because of the relatively long interval between HIV infection and AIDS, the estimated number of HIV infections provides a more accurate picture of the HIV pandemic. WHO currently estimates that there have been approximately 13 million men, women, and children infected with HIV since the start of the pandemic, about 1 million of whom are children. This represents an increase of about 1 million infections since mid-1992. The majority of the new infections have occurred in sub-Saharan Africa and South and South-East Asia.

The regional distribution of cumulative HIV infections in adults is estimated to be as follows: sub-Saharan Africa has had over 7.5 million HIV infections; the Americas over 2 million; South and South-East Asia over 1.5 million; Western Europe about half a million; North Africa and the Middle East about 75 000; Eastern Europe and Central Asia about 50 000; East Asia and the Pacific over 25 000. Australasia is now estimated to have had a little over 25 000 infections to date, as a result of new estimates released by Australia.

Expanded Programme on Immunization Global Advisory Group – Part II¹

Recommendations

General

1. All countries should prepare specific plans of action to achieve the disease eradication, elimination and reduction and coverage goals in a harmonious, efficient and cost-effective way. Decentralized decision-making and priority-setting are encouraged to ensure that global goals, targets and strategies are appropriately adapted to reflect national, district and community priorities and can be implemented at a pace consistent with the capacity of the health sector to absorb EPI activities. These plans and implementation experiences should be periodically reviewed and lessons learned shared widely.
2. Countries should phase in activities according to their priorities and stage of development:
 - a. For countries with lower or declining immunization coverage, reaching and sustaining 80% immunization coverage and beginning to develop a disease surveillance system will be high priorities.
 - b. For countries with high and sustained immunization coverage and capacity for effective disease surveillance, conducting the supplementary activities needed to achieve the disease eradication, elimination and reduction goals will be a high priority.
 - c. For countries with advanced immunization programmes and heavy disease burdens due to hepatitis or other vaccine-preventable diseases, adding hepatitis B or other vaccines should be encouraged once resources for achieving the EPI goals are realized.

¹ Part I appeared in No. 1/2 of 8 January

La pandémie mondiale de VIH/SIDA: situation actuelle

Au 31 décembre 1992, un total cumulé de 611 589 cas de SIDA avaient été signalés à l'OMS. Le nombre de cas de SIDA notifiés constitue un indicateur brut des tendances mondiales des infections à VIH et des cas de SIDA en raison: (a) de diagnostics incomplets; (b) de notifications incomplètes aux autorités de santé publique; (c) de retards dans la notification inhérents à une approche passive de la surveillance des cas; et (d) de l'emploi de définitions des cas de SIDA différentes dans divers pays du monde. L'OMS estime qu'un total de quelque 2,5 millions de cas de SIDA se sont déjà produits chez les hommes, les femmes et les enfants.

Du fait de l'intervalle relativement long qui s'écoule entre l'infection à VIH et le SIDA, le nombre estimé des infections à VIH fournit une image plus précise de la pandémie. L'OMS estime actuellement que quelque 13 millions d'hommes, de femmes et d'enfants ont été infectés par le VIH depuis le début de la pandémie, dont 1 million d'enfants environ. Cela représente une augmentation de près d'un million d'infections depuis le milieu de 1992. La majorité des nouvelles infections se sont produites en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud et du Sud-Est.

La répartition par région de toutes les infections à VIH chez l'adulte est estimée comme suit: plus de 7,5 millions d'infections en Afrique au sud du Sahara; plus de 2 millions dans les Amériques; plus de 1,5 million en Asie du Sud et du Sud-Est; environ 500 000 en Europe occidentale; environ 75 000 en Afrique du Nord et au Moyen-Orient; environ 50 000 en Europe orientale et en Asie centrale; plus de 25 000 en Asie orientale et dans le Pacifique. Du fait des nouvelles estimations fournies par l'Australie, l'on estime maintenant qu'un peu plus de 25 000 infections se sont produites jusqu'ici en Australasie.

Programme élargi de vaccination Groupe consultatif mondial – Partie II¹

Recommandations

Généralités

1. Tous les pays devraient établir des plans d'action spécifiques pour parvenir de façon harmonieuse, efficace et rentable aux buts fixés pour l'éradication, l'élimination et la réduction des maladies ainsi que pour la couverture vaccinale. Il faut encourager la décentralisation du processus de décision et de fixation des priorités pour que les buts, cibles et stratégies énoncés au niveau mondial correspondent bien aux priorités des pays, des districts et des communautés et puissent être atteints à un rythme adapté à la capacité du secteur de la santé d'absorber les activités du PEV. Ces plans et actions de mise en œuvre devraient être périodiquement réexaminés et il faudrait faire connaître largement les enseignements qui en auront été tirés.
2. Les pays devraient introduire progressivement les activités en fonction de leurs priorités et de leur stade de développement:
 - a. Pour les pays où la couverture vaccinale est faible ou bien recule, les priorités importantes seront d'atteindre et de maintenir une couverture vaccinale de 80% et de commencer à mettre sur pied un système de surveillance de la maladie.
 - b. Pour les pays où la couverture vaccinale reste élevée et qui sont en mesure de surveiller efficacement la maladie, la priorité majeure sera d'organiser les activités supplémentaires requises pour parvenir à l'éradication, à l'élimination ou à la réduction de la maladie.
 - c. Pour les pays dont les programmes de vaccination sont bien avancés et où l'hépatite ou d'autres maladies évitables par la vaccination font peser un lourd fardeau, l'intégration du vaccin anti-hépatite B ou d'autres vaccins devrait être encouragée, une fois rassemblées les ressources nécessaires pour atteindre les buts du PEV.

¹ La Partie I a paru dans le N° 1/2 du 8 janvier

3. Achieving the poliomyelitis eradication goal requires coordinated global cooperation by WHO. If the poliovirus remains anywhere, then all countries must continue to immunize. When countries are in an area of creation or extension of a polio-free zone, interruption of transmission of wild poliovirus must be a high priority, no matter what their level of coverage. Where coverage is low, supplementary immunization days should be initiated, seeking also to improve immunization coverage in general. All countries will benefit from the savings that follow the eradication of poliomyelitis. Therefore, donor countries should assist developing countries by providing the resources needed to conduct the supplemental immunization activities required to interrupt transmission.

4. Immunization contacts should be used to provide other priority primary health care (PHC) services that help to build a sustainable health infrastructure and contribute to reductions in morbidity and mortality. These services include: vitamin A, iodine, and iron supplementation in deficient populations; oral rehydration salts distribution, and promotion of clean deliveries. The logistics systems used for EPI should also support other PHC needs (including: alternative power sources for other PHC applications, distribution networks for other PHC supplies, and transport for other PHC activities). This will strengthen the capacity of PHC management at all levels to use limited resources most effectively.

5. Technical Advisory Groups should be established in WHO Regions or countries where they do not yet exist to advise those Regions and national immunization programmes on technical and programmatic issues.

Global resource needs of EPI – A focus on vaccine supply

6. An evaluation of the need for additional (or fewer) resources, including vaccine supplies, should accompany any recommendation for major changes in immunization policy.

7. Each country should prepare a long-range strategic vaccine supply plan as part of their immunization plan of action. This plan must take into consideration vaccine demand, sources of supply and funding. Vaccine needs should be based on vaccine demand forecasting methods which include the supplemental immunization strategies for the disease control initiatives and should consider ways to minimize vaccine wastage. Countries with local production should assess the quality and capacity of existing vaccine production facilities in considering vaccine supply sources. UNICEF and WHO should assist in these efforts.

8. The efforts being made by the Task Force for Situation Analysis of the Children's Vaccine Initiative (CVI) to develop a system to help assure adequate future vaccine supplies should be supported. All organizations should coordinate support for vaccine supply and production in concert with the recommendations of this Task Force.

9. Because of the benefits from immunization, both financially and in terms of people's health, countries should invest their own resources to meet their own needs. Nevertheless, many countries will continue to need external assistance to fully implement and sustain their immunization programmes. WHO, in collaboration with national governments, should work with donors to adapt donor planning, management and financial requirements to be consistent with national needs to develop and sustain a cost-effective integrated health care delivery system. Lessons learned from this effort should be widely disseminated.

3. Pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite, il faut une coopération au niveau mondial coordonnée par l'OMS. Tant que le virus de la poliomyélite n'aura pas disparu, tous les pays devront continuer à procéder à la vaccination. Pour les pays qui se trouvent dans une région de mise en place ou d'extension d'une zone exempte de poliomyélite, l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage doit être une priorité importante, quel que soit le taux de couverture. Là où la couverture est faible, il faudrait lancer des journées de vaccination supplémentaires en s'efforçant par ailleurs d'améliorer la couverture vaccinale en général. Tous les pays profiteront des économies réalisées grâce à l'éradication de la poliomyélite; aussi les pays donateurs devraient-ils aider les pays en développement en leur fournissant les ressources nécessaires à l'organisation des activités de vaccination supplémentaires requises pour interrompre la transmission.

4. Les contacts établis lors de la vaccination devraient être utilisés pour assurer d'autres services prioritaires en matière de soins de santé primaires (SSP), lesquels permettent d'ériger une infrastructure sanitaire durable et de contribuer à une réduction de la morbidité et de la mortalité. Il s'agit notamment de la supplémentation en vitamine A, en iode et en fer dans les groupes où l'on enregistre des carences, de la distribution de sels de réhydratation orale, et de la promotion des mesures d'hygiène lors des accouchements. Les systèmes logistiques utilisés pour le PEV devraient également venir appuyer d'autres activités SSP (notamment: autres sources d'alimentation en énergie pour diverses applications SSP, réseaux de distribution pour d'autres fournitures SSP et moyens de transport pour d'autres activités SSP). Cela permettra de renforcer la capacité de gestion des SSP à tous les niveaux et d'utiliser le plus efficacement possible les ressources limitées dont on dispose.

5. Il faudrait créer des groupes consultatifs techniques dans les Régions de l'OMS ou dans les pays où il n'en existe pas encore pour conseiller les Régions et les programmes nationaux de vaccination dans les domaines technique et programmatique.

Les besoins du PEV au niveau mondial: priorité à la fourniture des vaccins

6. Toute recommandation concernant des changements importants de la politique de vaccination devrait être accompagnée d'une évaluation des ressources supplémentaires à fournir (ou de l'excédent éventuel de ressources), y compris en ce qui concerne les vaccins nécessaires.

7. Chaque pays devrait établir un plan stratégique à long terme d'approvisionnement en vaccins dans le cadre de son plan d'action pour la vaccination, compte tenu de la demande en vaccins et des sources d'approvisionnement et de financement. Les besoins en vaccins doivent être calculés à l'aide de méthodes de prévision de la demande incluant les stratégies de vaccination supplémentaires pour les initiatives de lutte contre la maladie, et il faudrait considérer les moyens de réduire le plus possible le gaspillage de vaccins. Les pays qui produisent du vaccin devraient évaluer la qualité et la capacité des installations de production lorsqu'ils examinent les sources d'approvisionnement. L'UNICEF et l'OMS devraient soutenir ces actions.

8. Il faudrait aider le Groupe spécial pour l'analyse de la situation, créé dans le cadre de l'Initiative pour les Vaccins de l'Enfance (IVE), dans ses efforts pour mettre sur pied un système destiné à garantir un approvisionnement satisfaisant en vaccins. Toutes les organisations devraient coordonner l'appui à la fourniture et à la production de vaccins conformément aux recommandations du Groupe spécial.

9. Étant donné les avantages de la vaccination sur le plan financier comme sur le plan de la santé, les pays devraient investir pour satisfaire leurs besoins. Toutefois, bon nombre d'entre eux auront encore besoin d'aide extérieure pour mettre pleinement en œuvre et poursuivre leurs programmes de vaccination. En collaboration avec les gouvernements, l'OMS devrait œuvrer avec les donateurs pour adapter leurs normes en matière de planification, de gestion et de finances aux besoins nationaux de façon à mettre au point un système viable et rentable de prestations intégrées des soins de santé. Les enseignements tirés de cette action devraient être largement diffusés.

Poliomyelites

10. The revised Plan of Action for Global Poliomyelitis Eradication (EPI/GAG/92/WP.11), which articulates a phased strategy, is endorsed and should be placed before the World Health Assembly. Countries should undertake poliomyelitis eradication activities as detailed in the Plan. Highlights of the strategy include:

- a. Immediate initiation or continuation of supplementary immunization activities in countries in developing or expanding polio-free zones.
- b. Enhancing immunization coverage, strengthening disease surveillance and appropriate outbreak response to clusters of cases in all other countries so that they will be prepared by at least 1995 to conduct the necessary supplementary immunization.
- c. Initiation of supplementary immunization activities, including mass campaigns twice yearly, regular reporting of acute flaccid paralysis, including zero reporting, and development of a system for collecting, processing and testing stool samples for laboratory diagnosis in all polio-endemic countries by 1995.
- d. Effective surveillance for cases of acute flaccid paralysis as the key strategy for guiding immunization policies, identifying programmatic weaknesses, and monitoring progress towards eradication.

(1) In polio-endemic countries, the priority focus of surveillance should be on detecting acute flaccid paralysis in children less than 5 years of age.

(2) In countries that have apparently achieved a polio-free status (e.g., having reported zero cases for 3 consecutive years), the age group for surveillance should primarily be children up to the age of 15 years and priority be given to the accurate documentation of the absence of wild poliovirus infection.

(3) In countries with a long history of zero reported cases, the possibility of wild poliovirus infection must be considered in all cases of acute flaccid paralysis, whatever their age.

- e. Reinforcement of the recommendation that the OPV immunization schedule should consist of 4 doses during the first year of life.

11. Efforts should be made to establish the global laboratory network as soon as possible. The network constitutes an essential component of the poliomyelitis surveillance system that will ultimately play a major role in the eradication of measles and the control of other diseases of high public health priority.

12. Resource estimates required to achieve global wild poliovirus eradication by the year 2000, outlined in the Plan of Action, should continue to be refined and presented with detailed explanations of the underlying assumptions. Experience in the Americas should be carefully analysed for lessons that might be useful in areas with reduced resources.

13. Careful cost-benefit analysis will be essential in mobilizing governmental and private resources for the effort and in rallying national political will. WHO/EPI should undertake such analyses, coordinating their efforts with other groups attempting similar tasks. This analysis should take into account the perspectives of both developed and developing countries, and present the results to the next GAG meeting.

14. The threat to the achievement of poliomyelitis eradication posed by shortage of funds to purchase vaccines should be brought to the attention of the Executive Bodies of concerned international organizations, major donors and foundations.

Poliomyélite

10. Le plan d'action révisé pour l'éradication mondiale de la poliomyélite (EPI/GAG/92/WP.11), qui énonce une stratégie en plusieurs étapes, est approuvé et devrait être soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé. Les pays devraient entreprendre des activités d'éradication de la poliomyélite selon les détails donnés dans le plan. Les points saillants de la stratégie sont les suivants:

- a. Mise en œuvre immédiate ou poursuite des activités de vaccination supplémentaires dans les pays pour créer ou développer des zones exemptes de poliomyélite.
- b. Dans tous les autres pays, développement de la couverture vaccinale, renforcement de la surveillance de la maladie et des interventions appropriées en cas de flambée pour que ces pays soient prêts d'ici 1995 au plus tard à mener les activités supplémentaires de vaccination nécessaires.
- c. Lancement d'activités de vaccination supplémentaires, y compris des campagnes de masse 2 fois par an, notification régulière des cas de paralysie flasque aiguë, y compris de l'absence de cas, et mise en place d'un système de collecte, de traitement et d'analyse des échantillons de selles pour le diagnostic de laboratoire dans tous les pays d'endémicité d'ici 1995.

d. Surveillance efficace des cas de paralysie flasque aiguë — stratégie essentielle pour guider les politiques de vaccination, repérer les carences du programme et suivre les progrès en vue de l'éradication.

1) Dans les pays où la poliomyélite est endémique, la surveillance devrait avant tout mettre l'accent sur la détection de la paralysie flasque aiguë chez les enfants de moins de 5 ans.

2) Dans les pays qui sont aujourd'hui apparemment indemnes de poliomyélite (c'est-à-dire qui n'ont signalé aucun cas pendant 3 années consécutives), le groupe d'âge à surveiller doit être essentiellement les enfants de moins de 15 ans et la priorité doit aller à la collecte de preuves précises de l'absence d'infection due au poliovirus sauvage.

3) Dans les pays qui ne signalent aucun cas depuis longtemps, il faut envisager la possibilité d'une infection due au poliovirus sauvage dans tous les cas de paralysie flasque aiguë, quel que soit l'âge du sujet.

- e. Renforcement de la recommandation selon laquelle le calendrier de vaccination VPO doit comporter l'administration de 4 doses pendant la première année de la vie.

11. Il faudrait s'efforcer de mettre sur pied le plus tôt possible le réseau mondial de laboratoires, qui constitue un élément essentiel du système de surveillance de la poliomyélite et jouera en fin de compte un rôle majeur dans l'éradication de la rougeole et la lutte contre d'autres maladies importantes en santé publique.

12. L'estimation des ressources nécessaires pour parvenir à l'éradication mondiale du poliovirus sauvage d'ici l'an 2000, telle qu'elle apparaît dans le plan d'action, doit continuer d'être précisée et présentée avec une explication détaillée des hypothèses sous-jacentes. Il faudrait analyser soigneusement l'expérience faite aux Amériques pour pouvoir en appliquer les enseignements dans les régions dont les moyens sont plus limités.

13. Il faudra faire une analyse coût-avantages approfondie pour mobiliser des ressources publiques et privées en faveur de l'entreprise et pour susciter une volonté politique au niveau national. Le PEV/OMS doit procéder à ce genre d'analyse en coordonnant les efforts avec ceux d'autres groupes qui travaillent dans ce domaine. Cette analyse devrait tenir compte des perspectives des pays développés comme des pays en développement et ses résultats devraient être soumis au Groupe consultatif mondial à sa prochaine réunion.

14. La menace que fait peser sur l'éradication de la poliomyélite le manque de fonds pour l'achat de vaccins doit être portée à l'attention des organes délibérants des organisations internationales, des principaux donateurs et des fondations concernés.

Neonatal tetanus

15. The identification of high-risk areas for neonatal tetanus (NT) within countries should be a high priority. This will require improved, aggressive disease surveillance and better data from record reviews of major district health facilities and more accurate assessments of tetanus toxoid (TT) protection. In these high-risk areas, immunization of women of child-bearing age should be accelerated and the progress towards NT elimination should be closely monitored. Immunization of school-aged children should also be considered in some high-risk areas, especially in the youngest grades before children may drop out of school. Investigations of suspected cases of neonatal tetanus should at least include determination of immunization status of their mothers to identify populations of unimmunized women and to evaluate if vaccines received are effective. Promoting clean and safe deliveries is also an essential strategy for NT elimination.

16. All countries should ensure that TT used in their immunization programmes meet WHO requirements and conduct systematic evaluations of cold chain quality at all levels to assess compliance with published EPI recommendations, including avoidance of freezing of TT and DPT vaccines. Full funding should be sought for proposals to assess TT potency from production to all levels of the cold chain.

17. Routine reporting of TT coverage is the preferred monitoring method, although at times it can be misleading. Periodic surveys to assess protection of children at birth from neonatal tetanus (through immunization of their mothers) can be used to validate routine reporting and should be used as the prime monitoring method when routine reporting is found to be inadequate. The validity and operational feasibility of routinely monitoring TT protection levels of mothers at the first DPT contact with their children should be further evaluated.

Measles

18. Standard titre measles vaccines with a minimum potency of $3.0 \log_{10}$ infectious units per human dose after stability testing should be used in immunization programmes. Such vaccines have been shown to be safe and highly effective and have resulted in significant reductions in morbidity and mortality throughout the world.

19. The recommendations from the consultation on high titre vaccines held in Atlanta, 16-17 June 1992 (EPI/RD/92/WP.13 OCT) are endorsed. Because of the potential of decreased survival in recipients, high titre (equal to or greater than $4.7 \log_{10}$ infectious units per human dose as expressed in relation to the International Reference Reagent for measles vaccine) measles vaccines derived from the original Edmonston measles virus isolate (e.g., Edmonston-Zagreb, Schwarz-like, and AIK-C) should no longer be used in immunization programmes.¹

20. In many developing countries, measles mortality remains a significant problem in children under 9 months of age. Many studies on this issue have been and are being undertaken, and a number of improved approaches to measles control are being suggested. Further evaluation of such approaches is encouraged, and WHO should stimulate continued research to identify better ways to protect children against measles at earlier ages.

21. The GAG reaffirms its recommendation that in special populations at risk for measles morbidity and mortality before 9 months of age (e.g., children in hospital and those affected by disasters, in outbreaks or in refugee camps), immunization should begin as soon as possible after the age

¹ See No. 48, 1992, pp. 357-361.

Tétanos néonatal

15. Il faut à titre hautement prioritaire repérer les zones à haut risque pour le tétanos néonatal dans les pays. Il faudra pour cela améliorer et dynamiser la surveillance de la maladie, obtenir des données plus précises à partir de l'analyse des dossiers des principaux services de santé de district et enfin faire une évaluation plus précise de la protection conférée par l'anatoxine tétanique. Dans ces zones à haut risque, il faudrait accélérer la vaccination des femmes en âge de procréer et suivre les progrès réalisés en vue de l'élimination du tétanos néonatal. Il faudrait aussi envisager dans certaines zones à haut risque de vacciner les écoliers, particulièrement les plus jeunes, avant que certains d'entre eux n'aient abandonné l'école. Dans le cadre de l'investigation des cas présumés de tétanos néonatal, il faudrait au moins définir l'état vaccinal de la mère afin de repérer les groupes dans lesquels les femmes ne sont pas vaccinées et de savoir si les vaccins administrés sont efficaces. Assurer des accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité est également une stratégie essentielle pour l'élimination du tétanos néonatal.

16. Tous les pays devraient veiller à ce que l'anatoxine tétanique utilisée pour leur programme de vaccination satisfasse aux normes de l'OMS et ils devraient évaluer systématiquement la qualité de la chaîne du froid à tous les niveaux pour voir si les recommandations publiées par le PEV ont été respectées, notamment si l'on a évité de congeler l'anatoxine tétanique et le vaccin DTC. Il faudrait rechercher des fonds pour financer les propositions visant à évaluer l'activité de l'anatoxine tétanique depuis l'unité de production jusqu'à l'étape finale de la chaîne du froid.

17. La notification systématique de la couverture par l'anatoxine tétanique est la meilleure méthode de surveillance, quoiqu'elle puisse parfois être à l'origine d'erreurs. On peut se servir d'enquêtes périodiques d'évaluation de la protection des nouveau-nés contre le tétanos néonatal (grâce à la vaccination de la mère) pour valider la notification systématique et ce devrait être la toute première méthode de surveillance lorsque la notification systématique s'avère déficiente. Il faudrait d'autre part évaluer la validité et la viabilité opérationnelle de la surveillance systématique des niveaux de protection contre le tétanos des mères lors de leur premier contact pour la vaccination DTC de leurs enfants.

Rougeole

18. Pour les programmes de vaccination, il faudrait utiliser du vaccin antirougeoleux de titre normal ayant une activité minimale de $3,0 \log_{10}$ unités infectieuses par dose humaine après épreuve de stabilité. Ces vaccins, qui se sont révélés sûrs et très efficaces, ont permis de réduire sensiblement la morbidité et la mortalité dans le monde.

19. Les recommandations formulées lors de la consultation sur les vaccins de titre élevé organisée à Atlanta les 16 et 17 juin 1992 (EPI/RD/92/WP.13 OCT) sont approuvées. Compte tenu de la possibilité de la diminution de la survie chez les sujets vaccinés, le vaccin antirougeoleux de titre élevé (égal ou supérieur à $4,7 \log_{10}$ unités infectieuses par dose humaine, déterminé parallèlement au réactif international de référence pour le vaccin antirougeoleux) dérivé de l'isolement original du virus de la rougeole Edmonston (par exemple Edmonston-Zagreb, de type Schwarz et AIK-C) ne devrait plus être utilisé pour les programmes de vaccination.¹

20. Dans de nombreux pays en développement, la mortalité rougeoleuse reste un problème important chez les enfants de moins de 9 mois. De nombreuses études ont été faites ou sont en cours sur cette question et l'on a suggéré plusieurs approches améliorées pour la lutte contre la rougeole. Il faudrait poursuivre l'évolution de ces approches et l'OMS devrait stimuler la poursuite des recherches pour trouver de meilleurs moyens de protéger encore plus tôt les enfants contre la rougeole.

21. Le Groupe consultatif mondial réaffirme sa recommandation selon laquelle, dans certains groupes d'enfants exposés à la morbidité et à la mortalité rougeoleuses avant l'âge de 9 mois (c'est-à-dire les enfants hospitalisés, ceux qui sont victimes de catastrophes ou de flambées épidémiques ou encore les enfants dans les camps de

¹ Voir N° 48, 1992, pp. 357-361

of 6 months. All children receiving a standard potency measles vaccine should be re-immunized as soon as possible after 9 months of age.

22. Immunization campaigns as a means to eliminate measles, such as those being conducted in some countries in the Region of the Americas, as well as other approaches, should be evaluated as possible future strategies for the eventual global eradication of measles.

23. Effective case management is critical to reducing case-fatality rates due to complications of measles. Evidence for the effects of vitamin A on reduction of measles case-fatality is increasingly strong. Countries should review their policies for measles case management to ensure that recommendations for the use of vitamin A are included.

24. WHO should promote the development of simple, rapid field diagnostic tests for measles which will be essential for the ultimate eradication of the disease.

Doses of vaccines beyond the primary series

25. The first priority for routine immunization programmes is to ensure that infants are completely immunized against target diseases with the appropriate primary immunization at the youngest age possible.

26. Countries considering doses of vaccines beyond the primary series should evaluate the potential impact of such doses on target diseases, additional resources required, likelihood of continued availability of these resources, cost-benefit, and any potential negative impact on sustaining high coverage in infants prior to implementing such schedules.

27. WHO/EPI should update the document on Immunization Policy and include general guidelines for countries that are considering doses beyond the primary series.

28. WHO/EPI should work with the CVI to develop guidelines for introducing new vaccines and with other relevant organizations for introducing additional PHC interventions at immunization contacts.

Training

29. WHO/EPI should undertake a systematic review of EPI training experiences to date, with a specific view towards:

- a. identifying priority tasks for training at peripheral, intermediate and national levels;
- b. determining the minimum time required to teach each task as well as the optimal teaching methods to facilitate the development of training packages that support primary health care activities; and
- c. developing approaches to evaluate the impact of training activities, including methods which might be used in programme reviews or supervisory visits; for each performance problem identified, an evaluation should be made to determine whether it is related to a problem of training, as opposed to problems relating to motivation or other obstacles.

30. Basic training programmes should ensure health workers graduate with the skills needed to create and maintain a well functioning PHC system that makes optimal use of existing resources. This allows in-service programmes to focus on specific training needed to achieve the EPI goals. National programme managers are urged to promote the routine involvement of teachers in health worker training institutions in programme activities, including in-service training, and to promote the routine involvement of programme staff in institutional activities, including basic training. WHO should support such activities.

réfugiés), la vaccination devrait commencer le plus tôt possible après l'âge de 6 mois. Tous les enfants ayant reçu un vaccin antirougeoleux d'activité standard devraient être revaccinés dès que possible après l'âge de 9 mois.

22. Il faudrait évaluer les campagnes de vaccination destinées à éliminer la rougeole, par exemple celles en cours dans certains pays de la Région des Amériques, ainsi que d'autres approches afin de savoir si elles pourraient constituer des stratégies d'avenir pour l'éradication mondiale de la rougeole.

23. Une bonne prise en charge des cas est indispensable pour faire reculer les taux de létalité due aux complications de la rougeole. On possède de plus en plus de preuves sur l'effet de l'administration de vitamine A sur la réduction du taux de létalité. Les pays devraient réexaminer leurs politiques de prise en charge des cas de rougeole afin d'y inclure des recommandations sur l'apport en vitamine A.

24. L'OMS devrait encourager la mise au point d'épreuves simples et rapides de terrain pour le diagnostic de la rougeole car elles seront indispensables pour l'éradication de la maladie.

Administration de doses de vaccins au-delà de la première série

25. La première priorité pour les programmes de vaccination systématique est de veiller à ce que les nourrissons soient entièrement vaccinés contre les maladies cibles et que la primo-vaccination appropriée ait lieu le plus tôt possible.

26. Les pays qui envisagent d'administrer des doses de vaccins au-delà de la première série devraient évaluer l'impact que pourrait avoir cette mesure sur les maladies cibles, le surcroît de ressources nécessaire, la probabilité que ces ressources se maintiennent durablement, le rapport coût-avantages et tout impact négatif éventuel sur la persistance d'une couverture élevée parmi les nourrissons, avant de mettre en œuvre un tel calendrier de vaccination.

27. Le PEV/OMS devrait actualiser le document sur la politique de vaccination et y inclure de grandes lignes directrices pour les pays qui envisagent l'administration de doses au-delà de la première série.

28. Le PEV/OMS devrait collaborer avec l'IVE à la mise au point de lignes directrices pour l'introduction de nouveaux vaccins et avec d'autres organisations compétentes pour l'introduction de nouvelles interventions SSP lors des contacts de vaccination.

Formation

29. Le PEV/OMS devrait procéder à l'analyse systématique des expériences faites jusqu'ici en matière de formation au PEV, plus précisément dans les buts suivants:

- a. repérer les tâches prioritaires en matière de formation aux niveaux périphérique, intermédiaire et national;
- b. déterminer le délai minimal requis pour former un agent à chaque tâche et les méthodes pédagogiques optimales pour faciliter la mise au point de modules d'apprentissage venant appuyer les activités de soins de santé primaires; et
- c. mettre au point des moyens d'évaluer l'impact des activités de formation, y compris des méthodes susceptibles d'être utilisées pour les analyses de programme ou les visites d'encadrement. Pour chaque problème repéré au niveau de la qualité du travail, il faudrait faire une évaluation pour savoir s'il est lié à un problème de formation plutôt qu'à des problèmes de motivation ou à une autre raison.

30. Les programmes de formation de base devraient donner aux agents de santé les aptitudes nécessaires pour mettre en place et faire fonctionner un bon système de SSP qui utilise de façon optimale les ressources disponibles, ce qui permettra aux programmes de formation en cours d'emploi de privilégier la formation spécifique nécessaire pour parvenir aux buts du PEV. Les administrateurs des programmes nationaux sont instamment invités à encourager la participation systématique des enseignants des établissements qui forment des agents de santé aux activités de programme, y compris la formation en cours d'emploi et, inversement, à encourager la participation systématique du personnel du programme aux activités des établissements, y compris la formation de base. L'OMS devrait prêter son appui à ces activités.

