



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

28 JANUARY 1994 • 69th YEAR

69^e ANNÉE • 28 JANVIER 1994

CONTENTS		SOMMAIRE	
Expanded Programme on Immunization – Global Advisory Group, Part I	21	Programme élargi de vaccination – Groupe consultatif mondial, Partie I	21
Influenza	27	Grippe	27
Yellow-fever vaccinating centres for international travel – Amendments to 1991 publication	28	Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux – Amendements à la publication de 1991	28
Diseases subject to the Regulations	28	Maladies soumises au Règlement	28

Expanded Programme on Immunization

Global Advisory Group – Part I¹

The sixteenth meeting of the Global Advisory Group (GAG) of the Expanded Programme on Immunization (EPI) was held from 11 to 15 October 1993 in Washington, DC, United States of America. This is an abbreviated version of the conclusions and recommendations made by the Group. A complete report is available from the EPI.

General issues

At current levels of immunization coverage, it is estimated that some 2.9 million childhood deaths due to measles, neonatal tetanus and pertussis are prevented annually as well as some 400 000 cases of paralytic poliomyelitis (Fig. 1). The American Region has been free of poliomyelitis for over 2 years. This extraordinary global achievement is largely unrecognized by the general public.

As identified by the World Bank in the World Development Report 1993 "Investing in Health", immunization is one of the most cost-effective public health interventions.²

Despite the existence of safe and effective vaccines, agreement on the importance of immunization, and the immunization programme successes to date, over 2 million children are still dying annually from vaccine-preventable diseases (Fig. 1, Table 1). Additional resources for national programmes are urgently needed. Governments should increase their own investments, but additional support is required from the international community, particularly for infrastructure development in the least developed countries and the provision of supplemental vaccine for the disease control initiatives.

The ultimate goal of immunization programmes is disease prevention. Focus on the disease control goals, as previously recommended by the GAG, can serve as a "leading edge" for improving both immunization delivery and

¹ Part II will appear in No. 5 of 4 February.

² *Investing in Health* – The World Bank, Oxford University Press, 1993

Programme élargi de vaccination

Groupe consultatif mondial – Partie I¹

Le Groupe consultatif mondial du programme élargi de vaccination (PEV) a tenu sa seizième réunion du 11 au 15 octobre 1993 à Washington, DC, Etats-Unis d'Amérique. Le texte qui suit représente une version abrégée des conclusions et recommandations du Groupe. On peut se procurer le rapport complet en s'adressant au PEV.

Bilan général

Compte tenu des niveaux actuels de couverture vaccinale, on estime que près de 2,9 millions de décès d'enfants dus à la rougeole, au tétanos néonatal et à la coqueluche sont évités chaque année ainsi que près de 400 000 cas de poliomyélite paralytique. La Région des Amériques est indemne de poliomyélite depuis plus de 2 ans. Ce succès mondial extraordinaire est encore largement méconnu du grand public.

Comme la Banque mondiale l'a estimé dans son rapport de 1993 sur le développement dans le monde «*Investing in Health*» (investir dans la santé), la vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus rentables.²

Or, malgré l'existence de vaccins sans danger et efficaces, l'importance reconnue de la vaccination et le succès considérable des programmes de vaccination à ce jour, plus de 2 millions d'enfants meurent encore chaque année de maladies évitables par la vaccination (Fig. 1, Tableau 1). Les programmes nationaux doivent donc trouver d'urgence des ressources supplémentaires. Les gouvernements doivent accroître leurs propres investissements, mais c'est à la communauté internationale de fournir une aide supplémentaire, en particulier pour le développement des infrastructures dans les pays les moins avancés et pour la fourniture de vaccins complémentaires destinés aux initiatives de lutte contre la maladie.

Le but ultime des programmes de vaccination est de prévenir la maladie. Le fait de mettre l'accent sur les buts de lutte contre la maladie, comme l'a recommandé précédemment le Groupe consultatif mondial, peut servir de pierre de touche pour améliorer à la fois

¹ La Partie II paraîtra dans le N° 5 du 4 février.

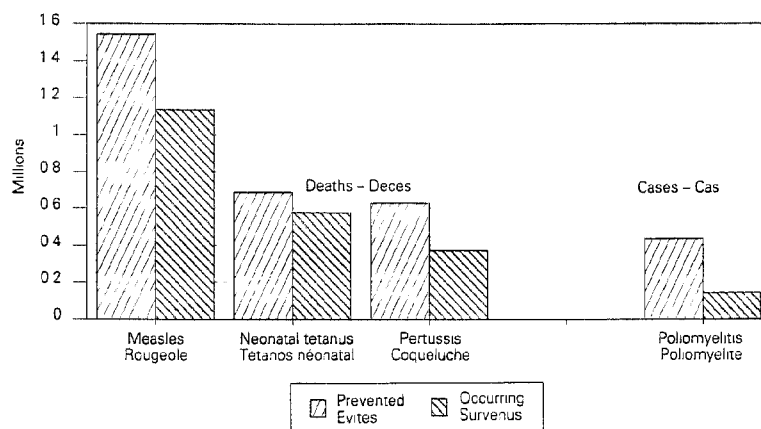
² *Investing in Health* – Banque mondiale, Oxford University Press, 1993

enhancing primary health care. In this regard the poliomyelitis eradication initiative in the Americas appears to have led to continued increases in coverage with all vaccines and has spurred efforts to meet the other disease control goals of measles reduction and neonatal tetanus elimination.

la vaccination et les soins de santé primaires. A cet égard, l'initiative en faveur de l'éradication de la poliomyélite dans la Région des Amériques semble avoir entraîné une augmentation continue de la couverture par tous les vaccins et renforcé les efforts déployés pour atteindre les autres objectifs de lutte contre la maladie que sont la réduction de la rougeole ou l'élimination du tétanos néonatal.

Fig. 1 Cases and deaths occurring and prevented for selected EPI diseases, developing countries only, 1992

Fig. 1 Cas et décès survenus et évités pour certaines maladies du PEV, pays en développement seulement, 1992



EPI Information System, September 1993 - Système d'information du PEV, septembre 1993

In the early stages of the EPI, the major focus was on improving immunization coverage. As disease incidence has been reduced, greater emphasis is being placed on effective disease surveillance. Globally, surveillance for EPI target diseases has improved and surveillance data are now beginning to drive the disease reduction initiatives and are being used to identify high-risk areas for intensive immunization. Use of performance indicators is essential to monitor surveillance system improvements. Global and regional newsletters are providing feedback on reporting which should help strengthen surveillance systems.

Although there is a clear need to improve surveillance, coverage assessment nevertheless remains a critical component of monitoring programme performance. Low immunization coverage is a problem waiting to happen, as shown by the diphtheria epidemics now occurring in some Eastern European countries.

Ideally, immunizations should be delivered within a comprehensive primary health care system. However, in many countries the primary care infrastructure and management are not yet sufficiently developed to achieve high immunization coverage. In those settings, the delivery of immunization should not be delayed until full development of the infrastructure. Instead, high levels of coverage should be pursued using innovative approaches that stimulate the development of the infrastructure so that immunization can serve as a building block for comprehensive primary care.

Achievement of the disease reduction targets, especially virus eradication, requires specific supplemental immunization activities appropriate to the epidemiology of the disease. These are necessary in addition to routine immunization delivery, especially in countries with the least developed infrastructure.

When EPI began it was possible to have a common approach as immunization systems were being established. As the programme has evolved, countries and Regions are in varying stages of programme development. While general programme strategies are still essential, implementation must be tailored to the circumstances and needs of each country. National and local governments play a key role in recognizing and solving their immunization problems and coordinating efforts with principal partners and the international community providing support. The setting of goals is

Aux premiers stades du PEV, l'objectif majeur était d'améliorer la couverture vaccinale. L'incidence des maladies ayant été réduite, on met maintenant davantage l'accent sur la surveillance efficace des maladies. Au niveau mondial, la surveillance des maladies cibles du PEV s'est améliorée et les mesures de lutte contre la maladie reposent de plus en plus sur les données de surveillance, qui sont également utilisées pour repérer les zones à haut risque en vue d'y intensifier la vaccination. L'utilisation d'indicateurs de résultats est indispensable pour suivre les améliorations apportées au système de surveillance. Les bulletins d'information mondiaux et régionaux assurent une rétro-information sur la notification qui devrait aider à renforcer les systèmes de surveillance.

S'il est à l'évidence nécessaire d'améliorer la surveillance, l'évaluation de la couverture reste néanmoins un élément essentiel pour contrôler l'efficacité des programmes. Une faible couverture vaccinale est un problème en puissance — pour preuve, l'épidémie de diphtérie survenant actuellement dans certains pays d'Europe orientale.

L'idéal serait de pouvoir administrer les vaccinations dans le cadre d'un système de soins de santé primaires complet. Toutefois, dans de nombreux pays, l'infrastructure et la gestion des soins primaires ne sont pas encore suffisamment développées pour que l'on puisse obtenir une couverture vaccinale élevée. Dans ces conditions, la vaccination ne doit pas être retardée jusqu'au plein développement de l'infrastructure. Au contraire, il faudra chercher à obtenir des niveaux élevés de couverture au moyen de techniques novatrices qui favorisent le développement de l'infrastructure, afin que la vaccination serve de point de départ à la mise en place de soins primaires complets.

La réalisation des cibles de réduction des maladies, et notamment l'éradication de virus, exige des activités de vaccination complémentaires spécifiquement adaptées à l'épidémiologie de la maladie. Ces activités doivent s'ajouter à la vaccination systématique, notamment dans les pays dont l'infrastructure est la moins développée.

Lorsque le PEV a été lancé, il était possible d'adopter une approche commune étant donné que l'on était en train de mettre en place des systèmes de vaccination. Mais les pays et les Régions sont maintenant à des stades différents de développement du programme. Si les stratégies programmatiques générales restent essentielles, la mise en œuvre de ces stratégies doit être adaptée aux conditions et aux besoins de chaque pays. Les autorités nationales et locales jouent un rôle déterminant en reconnaissant les problèmes de vaccination et en leur apportant des solutions et en coordonnant les efforts avec ceux de leurs principaux partenaires et de la commu-

best done at the national, Regional and global levels; decentralization of the planning, implementation and monitoring of immunization activities to the district/local level is essential for success.

nauté internationale. Les objectifs doivent de préférence être fixés aux niveaux national, régional et mondial; la décentralisation de la planification, de la mise en œuvre et de la surveillance des activités de vaccination au niveau local et de district est essentielle à la réussite.

Table 1 **Estimated immunization coverage with BCG, DPT, poliomyelitis, measles, and tetanus vaccines based on data available as of September 1993**

Tableau 1 **Estimation de la couverture vaccinale par le BCG, le DTC et les vaccins antipoliomyélique, antirougeoleux et antitétanique, selon les données disponibles en septembre 1993**

Developing countries ranked by surviving infants Pays en développement classés d'après le nombre de nourrissons survivants	Surviving infants (millions) Nourrissons survivants (millions)	Cumulative percentage of surviving infants Pourcentage cumulatif de nourrissons survivants	Immunization coverage (%) – Couverture vaccinale (%)				
			Surviving infants Nourrissons			Pregnant women Femmes enceintes	
			BCG	DPT 3 DTC 3	Polio 3	Measles* Rougeole*	TT 2+
1 China – Chine (92)	24.31	21	94	94	95	94	2
2 India – Inde (92)	23.38	41	93	87	87	83	76
3 Indonesia – Indonésie (92)	4.78	46	97	90	90	86	62
4 Nigeria – Nigéria (92)	4.67	50	57	45	39	45	42
5 Pakistan (92)	4.56	54	91	78	78	76	44
6 Bangladesh (93S)	4.02	57	96	98	98	92	74
7 Brazil – Brésil (7&92)	3.45	60	63	69	96	84	62
8 Mexico – Mexique (7&92)	2.38	62	85	91	92	92	42
9 Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d') (92)	2.34	64	100	97	97	96	44
10 Ethiopia – Éthiopie (92)	2.25	66	22	13	13	12	9
11 Viet Nam (92)	1.95	68	91	88	89	90	36
12 Philippines (92)	1.90	69	94	92	92	91	70
13 Zaire – Zaïre (9&91S)	1.68	71	65	32	31	31	29
14 Egypt – Égypte (92)	1.63	72	92	89	89	89	69
15 Turkey – Turquie (92)	1.55	74	59	69	69	65	20
16 Myanmar (92)	1.30	75	62	57	57	55	57
17 United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie (92)	1.17	76	100	82	80	81	60
18 Thailand – Thaïlande (92)	1.15	77	75	83	83	76	75
19 Kenya (91&92S)	1.01	78	93	86	85	81	38
20 Sudan – Soudan (92)	1.00	79	60	53	53	52	12
21 Uganda – Ouganda (92)	0.83	79	98	71	70	68	83
22 Algeria – Algérie (92)	0.83	80	97	89	89	86	18
23 Afghanistan	0.81	81
24 Morocco – Maroc (92)	0.79	81	93	87	87	82	34
25 Colombia – Colombie (9&92)	0.78	82	86	77	84	74	14
25 countries – 25 pays	94.53	82	87	82	83	80	43
Other developing countries – Autres pays en développement	20.74	18	78	66	67	66	39
Total developing countries – Total pays en développement	115.27	100	85	79	80	78	43
Total industrialized countries – Total pays industrialisés	11.77		67	78	76	76	.
Eastern Europe – Europe orientale	6.79		94	78	78	82	..
Global total – Total mondial	133.83		85	79	80	78	43

(7) 1987 reported data – Données notifiées 1987
 (9) 1989 reported data – Données notifiées 1989
 (91) 1991 reported data – Données notifiées 1991
 (92) 1992 reported data – Données notifiées 1992
 (93) 1993 reported data – Données notifiées 1993
 (S) Nationwide survey data – Données d'enquêtes nationales
 + Boosters included – Rappels compris
 * Up to 2 years of age – Jusqu'à l'âge de 2 ans
 . No information available – Aucune information disponible

Financial decision-making power in countries rests mainly with the ministries of finance and planning, that are most likely to support immunization when they realize it offers a cost-effective means of preventing serious health burdens that cripple national development. Successes in disease control best demonstrate the high returns on investments in immunization and gain credibility for immunization services.

Ministries of finance and planning are also influenced by the interest expressed by the donor community. Interagency Coordinating Committees, which should be established in

L'autorité en matière de décision financière incombe principalement aux ministères des finances et du plan, qui soutiendront plus volontiers les efforts de vaccination s'ils comprennent qu'il s'agit d'un moyen rentable d'éviter une lourde charge pour la santé qui risque de compromettre le développement national. Les victoires remportées en matière de lutte contre la maladie illustrent la forte rentabilité des investissements en matière de vaccination et rendent plus crédibles les services de vaccination.

L'intérêt exprimé par la communauté des donateurs a également une influence sur les ministères des finances et du plan. Les comités de coordination interinstitutions, qui devraient être créés dans tous

all countries and in all Regions, help focus on priority problems and provide a forum for health and finance ministry officials to meet with donor partners and jointly develop plans of action.

les pays et dans toutes les Régions, aident à centrer l'attention sur les problèmes prioritaires et constituent une tribune où les fonctionnaires des ministères des finances et de la santé pourront rencontrer leurs partenaires donateurs et où ils pourront ensemble élaborer des plans d'action.

Reversing the decrease in immunization coverage

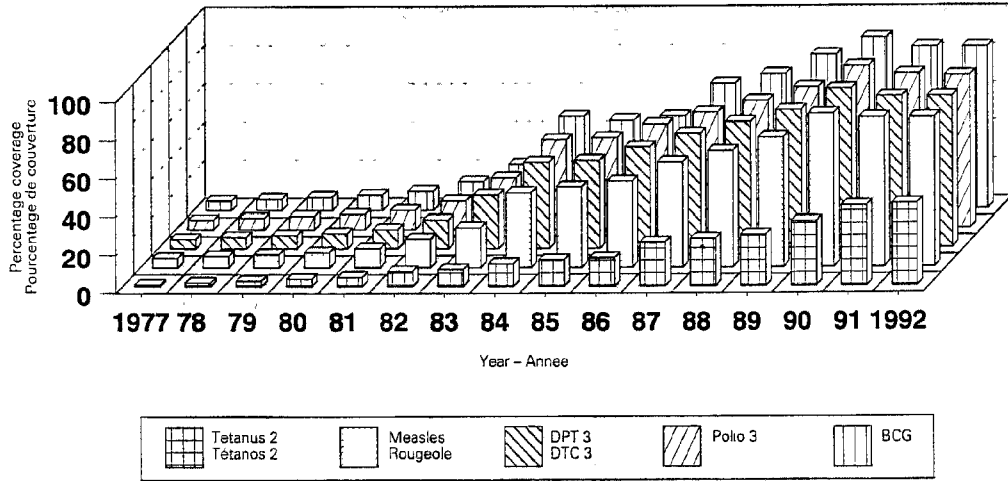
The GAG is concerned by the failure to move beyond the 80% coverage target achieved in 1990 (Fig. 2) and the reductions in coverage in some countries on every continent.

Renverser la tendance à la diminution de la couverture vaccinale

Le Groupe s'inquiète que l'on ne puisse pas dépasser le taux de couverture de 80% atteint en 1990 (Fig. 2) et que des baisses soient observées dans certains pays de chaque continent.

Fig. 2 Immunization coverage of children less than 12 months of age, 1977-1992

Fig. 2 Couverture vaccinale des enfants de moins de 12 mois, 1977-1992



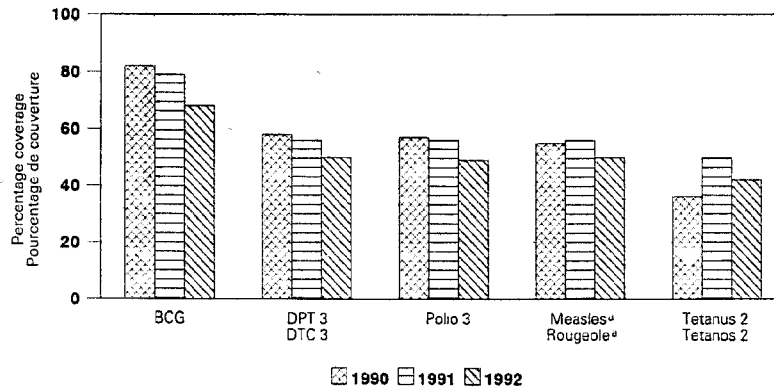
EPI Information System, September 1993 - Systeme d'information du PEV, septembre 1993
Data before 1984 are estimated - Les données antérieures à 1984 sont des estimations

While achieving the 90% goal of the year 2000 will require additional resources, the World Bank has concluded that it will still be highly cost-effective. The greatest focus for improving coverage must be on reducing drop-out rates and in "reaching the unreached".

Même si la réalisation de l'objectif de 90% en l'an 2000 exige des ressources supplémentaires, la Banque mondiale estime que l'intervention reste très rentable. Pour améliorer la couverture, il faudra surtout s'efforcer de réduire le taux d'abandon et d'atteindre la population non desservie.

Fig. 3 Immunization coverage of children less than 12 months of age, WHO African Region, 1990-1992

Fig. 3 Couverture vaccinale des enfants de moins de 12 mois, Région africaine de l'OMS, 1990-1992



^a Up to 2 years of age - Jusqu'à l'âge de 2 ans
EPI Information System, September 1993 - Systeme d'information du PEV, septembre 1993

The "unreached" represent individuals and groups who are among the most disadvantaged in the world and who have the highest rates of disability and death as a result of vaccine-preventable diseases. This description includes those living in countries which have not yet achieved 60% coverage for all antigens and which frequently have severe financial, and often political, constraints (including civil unrest and war) which affect health infrastructure and the capacity to reach all the population. Many of these countries are in the African Region (Fig. 3). Strategies for "reaching the unreached" are important as part of efforts to promote

Les personnes ou les groupes de population non desservis sont parmi les plus défavorisés dans le monde et présentent les taux les plus élevés d'incapacités et de décès du fait de maladies évitables par la vaccination. Cette description correspond aux personnes vivant dans des pays qui n'ont pas encore atteint le taux de couverture de 60% pour tous les antigènes et qui se heurtent fréquemment à des problèmes financiers, et souvent politiques, graves (notamment troubles civils ou guerres), qui affectent l'infrastructure sanitaire qui leur permettrait d'atteindre toute la population. Beaucoup de ces pays sont situés dans la Région africaine (Fig. 3). Des stratégies permettant d'atteindre les groupes de population non desservis sont

equity and to reduce poverty, as well as for epidemiological reasons, since unimmunized susceptibles can sustain disease transmission and threaten global disease control goals.

Progress in implementing **urban immunization programmes**, particularly in the peri-urban slums, has been slow. If disease eradication, elimination or reduction cannot be achieved in urban areas, where the population is within reach of a high concentration of health services, they will certainly not be achieved in the rural areas. Urban areas may be reservoirs of disease transmission that "seed" rural areas. By the year 2000, half the world's population will live in cities.

Recommendations

1. National governments should urgently pursue a systematic approach to identify reasons for persistently low or decreasing coverage, and design solutions. This should be supported by WHO, UNICEF, other United Nations organizations, and governmental and nongovernmental agencies and organizations. WHO should report to the 1994 GAG on the analysis of the findings and recommendations for action.
2. The EPI Review methodology should be used to determine the roles of vaccine supply, accessibility and availability of health care services, drop-out, missed opportunities, and other critical factors of low coverage. This information should form the basis for country plans to achieve and sustain high levels of immunization coverage. Solutions will require local analysis, including financial evaluation of recurrent costs, resource needs and their availability; coordination; and the participation of all partners.
3. Careful evaluations of disease control and accelerated immunization activities, such as those conducted in the Region of the Americas, should be encouraged to assess their contributions in promoting comprehensive primary health care.
4. To improve immunization delivery in **urban settings**, ministries of health, city-level health authorities and municipal authorities should jointly identify and mandate, for each urban area, the authority responsible for ensuring that the entire population is adequately immunized.
5. **Urban** health committees should be established, bringing together the appropriate ministries, mayors, municipal departments, nongovernmental organizations (NGOs), private professional associations, and representatives from local community groups, to prepare a strategic plan for immunization that will have the greatest impact. These activities should be set in the context of a comprehensive health strategy.
6. Immunization coverage and disease incidence should be assessed ward by ward in **urban areas**, special efforts being made to identify the "hard-to-reach" populations, such as displaced or transient persons. This activity should include improved routine reporting, coverage surveys and mapping of disease incidence to identify high-risk areas. National managers should use this information to determine which cities, or areas within cities, are in greatest need and to set priorities for programme resources.
7. Countries should consider special training and regular briefings for nongovernmental providers of immunizations in **urban areas**, including NGOs and private practitioners.

importantes dans le cadre d'efforts destinés à promouvoir l'équité et à réduire la pauvreté, ainsi que pour des raisons épidémiologiques, étant donné que les personnes non vaccinées vulnérables peuvent favoriser la transmission de la maladie et menacer les objectifs mondiaux de lutte contre la maladie.

La mise en œuvre de **programmes de vaccination en milieu urbain**, notamment dans les zones périurbaines d'habitat précaire, a progressé lentement. Si l'on ne parvient pas à éradiquer, éliminer ou réduire la maladie dans les zones urbaines où la population est proche d'une importante concentration de services de santé, il est difficile de penser que l'on y parviendra en milieu rural. Les zones urbaines peuvent être des réservoirs de maladie qui «ensemencent» les zones rurales. D'ici l'an 2000, la moitié de la population mondiale vivra dans des villes.

Recommandations

1. Les gouvernements devraient appliquer d'urgence une politique systématique consistant à recenser les causes de la baisse ou de la diminution persistantes de la couverture, et leur trouver des solutions. Ils devraient être aidés en cela par l'OMS, l'UNICEF, d'autres organisations des Nations Unies et d'autres institutions ou organisations gouvernementales et non gouvernementales. L'OMS devra faire rapport au Groupe consultatif mondial en 1994 sur l'analyse des résultats et des mesures recommandées.
2. La méthodologie d'examen du PEV devrait être utilisée pour déterminer la responsabilité respective de l'approvisionnement en vaccins, de l'accessibilité et de la disponibilité des services de santé, de l'abandon, des occasions manquées et d'autres facteurs critiques dans le faible taux de couverture. Ces informations devraient servir de base pour l'élaboration des plans nationaux destinés à atteindre et maintenir des taux élevés de couverture vaccinale. Les solutions passeront par l'analyse de la situation locale, y compris l'évaluation financière des dépenses de fonctionnement, des besoins en ressources et de leur disponibilité; la coordination et la participation de tous les partenaires.
3. Il faudrait encourager une évaluation attentive des activités de vaccination accélérée et de lutte contre la maladie telles que celles qui sont entreprises dans la Région des Amériques afin d'apprécier dans quelle mesure elles contribuent à promouvoir des soins de santé primaires complets.
4. Pour améliorer la vaccination dans les **agglomérations urbaines**, les ministères de la santé, les autorités municipales et les autorités municipales de la santé devraient conjointement identifier et donner pour mandat à l'autorité responsable de veiller à ce que, dans chaque zone urbaine, l'ensemble de la population soit convenablement vaccinée.
5. Il faudrait créer des comités de santé **urbaine** rassemblant les autorités compétentes, les maires, les services municipaux, les organisations non gouvernementales (ONG), les associations professionnelles privées et des représentants de la communauté locale, afin d'établir un plan stratégique de vaccination qui ait le maximum d'impact. Ces activités doivent être définies dans le cadre d'une stratégie sanitaire d'ensemble.
6. Dans les **zones urbaines**, la couverture vaccinale et l'incidence des maladies devraient être évaluées arrondissement par arrondissement, en veillant tout particulièrement à recenser les populations difficiles à atteindre, telles que les personnes déplacées ou de passage. Pour cela, on améliorera les systèmes de notification de routine, on aura recours à des enquêtes de couverture et on établira des cartes de l'incidence des maladies afin de repérer les zones à haut risque. Les administrateurs nationaux utiliseront ces informations pour déterminer dans quelle ville ou dans quel quartier les besoins sont les plus grands, ainsi que pour fixer des priorités dans la répartition des ressources du programme.
7. Des programmes de formation et de mise au courant régulière devraient être organisés à l'intention des agents de vaccination non gouvernementaux, y compris les ONG et les médecins privés.

8. Municipal, national, Regional and global EPIs should establish systems to monitor progress in improving **urban immunization and disease control** activities in the cities in greatest need. These cities should be ranked according to coverage, disease incidence and the actions they are taking to enhance their performance.

Vaccine demand, supply, funding and quality control

Systems which have provided vaccines during the 1980s are proving inadequate to meet the needs of the 1990s and need to be strengthened and expanded. It is now possible to invest in sustainable systems capable of meeting world demands for quality vaccines both for today and for tomorrow.

Ensuring an adequate supply of quality vaccines is one of the fundamental cornerstones for achieving the EPI goals. While recognizing that many countries still require continued donor support, the GAG regrets that many countries capable of providing their own vaccine still rely on donors for their vaccine supply. This situation will be exacerbated by the increasing demand for more vaccines to achieve disease control and eradication goals.

Donors need to look beyond donations of vaccines alone and help countries to meet their vaccine needs through such mechanisms as the Vaccine Independence Initiative to assist countries in planning for, financing, and procuring vaccines to meet national needs. Where appropriate, donors should also assist countries in strengthening existing local production or production sharing. It is in the interest of the international community to ensure all countries have adequate supplies of vaccines meeting WHO requirements.

Vaccine self-sufficiency is defined as the ability of governments to take responsibility for the provision of adequate quantities of high-quality vaccines, through appropriate strategies directed towards more sustainable financing and procurement, local production, and quality control practices. The GAG discussed and endorsed the newly developed global Plan of Action for Vaccine Self Sufficiency. Accurate estimates of the quantities (forecasting of demand) and costs of vaccines are critical to governments and donors in order to re-evaluate budgets and production capacity. Supply systems, including both procurement and local production, depend on assurance of sufficient availability of high-quality vaccines.

Recommendations

1. Vaccines should be considered by governments as a strategic commodity for national development. All countries are encouraged to develop national plans of action to become self-sufficient in vaccine supply. Although this should occur over a period of several years, each country should immediately allocate some funds for vaccine purchase and promote planning for future supply through tools such as the Vaccine Independence Initiative and reinforcement of existing local production.
2. Easy-to-use tools to forecast vaccine demand more accurately by country immunization programme managers should be urgently developed.
3. Donors and Children's Vaccine Initiative (CVI) partners should promote vaccine self-sufficiency, consistent with the objectives of the Global Plan for Vaccine Self-Sufficiency. National strategic plans should include investing in capitalization of revolving funds for vaccine procurement as a component of the Vaccine Independence Initiative, strengthening existing local production capacity, and developing national control authorities.

8. Les PEV municipaux, nationaux, régionaux et mondial devraient mettre en place des systèmes permettant de suivre les progrès de la **vaccination en milieu urbain** et des **activités de lutte contre la maladie** dans les villes qui en ont le plus besoin. Ces villes devraient être classées en fonction de la couverture vaccinale, de l'incidence des maladies et des mesures prises pour améliorer les résultats.

Demande, offre, financement et contrôle de la qualité des vaccins

Les systèmes qui ont permis de distribuer les vaccins dans les années 80 sont insuffisants pour répondre aux besoins des années 90 et doivent être renforcés et élargis. Il est désormais possible d'investir dans des systèmes durables capables de répondre à la demande mondiale de vaccins de qualité pour aujourd'hui et pour demain.

Un approvisionnement suffisant en vaccins de qualité est l'un des éléments fondamentaux en vue de la réalisation des buts du PEV. Tout en reconnaissant que de nombreux pays ont encore besoin de l'aide de donateurs, le Groupe regrette que beaucoup de pays qui seraient capables de produire leurs propres vaccins comptent encore sur cette aide pour leur approvisionnement en vaccins. Cette situation sera encore exacerbée du fait de la demande croissante de vaccins pour les besoins de l'éradication et de la lutte contre la maladie.

Les donateurs ne doivent pas se contenter de donner des vaccins mais aider les pays à satisfaire eux-mêmes leurs besoins par des mécanismes tels que l'Initiative pour l'indépendance en matière de vaccins, qui vise à aider les pays à planifier, financer et effectuer leurs achats de vaccins pour répondre aux besoins nationaux. Si besoin est, les donateurs doivent aussi aider les pays à renforcer la production locale ou la production en commun. Il est dans l'intérêt de la communauté internationale de faire en sorte que tous les pays disposent de stocks suffisants de vaccins répondant aux normes de l'OMS.

L'autosuffisance en matière de vaccins signifie que les pouvoirs publics sont capables d'assumer la responsabilité de l'approvisionnement, en quantités suffisantes, en vaccins de qualité, par les stratégies appropriées de financement à plus long terme et d'achat de vaccins, de production locale et de contrôle de la qualité des vaccins. Le Groupe a examiné et approuvé le plan d'action mondial nouvellement élaboré pour l'autosuffisance en matière de vaccins. Des estimations précises des quantités (prévision de la demande) et des coûts des vaccins sont indispensables aux gouvernements et aux donateurs afin qu'ils puissent réévaluer les budgets et la capacité de production. Les systèmes d'approvisionnement, y compris l'achat et la production locale, sont tributaires d'une offre suffisante de vaccins de haute qualité.

Recommandations

1. Les vaccins doivent être considérés par les gouvernements comme un produit stratégique pour le développement national. Par conséquent, tous les pays sont encouragés à élaborer des plans d'action nationaux en vue de parvenir à l'autosuffisance en matière de vaccins. Même si cela peut prendre plusieurs années, chaque pays devrait dès à présent allouer des fonds à l'achat de vaccins et prévoir son approvisionnement futur en recourant à des instruments tels que l'Initiative pour l'indépendance en matière de vaccins et en renforçant la production locale.
2. Il faudrait mettre au point d'urgence des instruments d'usage facile pour que les administrateurs de programmes de vaccination nationaux puissent prévoir de façon précise la demande de vaccins.
3. Les donateurs et les partenaires de l'Initiative pour les vaccins de l'enfance devraient s'employer à promouvoir l'autosuffisance en matière de vaccins conformément au plan mondial. Les plans stratégiques nationaux doivent comprendre l'investissement dans le capital de fonds de roulement pour l'achat de vaccins en tant qu'élément de l'Initiative pour l'indépendance en matière de vaccins, le renforcement des capacités de production locale, et la création d'organismes de réglementation nationaux.

4. Because of the availability of time/temperature indicators, EPI policy on discarding diphtheria/pertussis/tetanus (DPT), tetanus toxoid and oral polio vaccines after a single session should be changed. Individual vials, with an attached indicator, may continue to be used until empty provided the indicator does not show excessive heat exposure, there are no visible signs of contamination, and the expiry date has not passed.

4. Maintenant que l'on dispose d'indicateurs temps/température, la politique du PEV consistant à éliminer les vaccins diphtérie/tétanos/coqueluche (DTC), antipoliomyélite et l'anatoxine tétanique après une seule séance de vaccination devrait être modifiée. Les flacons ouverts munis d'un indicateur pourraient être utilisés tant que l'indicateur ne révèle pas une exposition excessive à la chaleur, qu'il n'y a pas de signes visibles de contamination et que la date de péremption n'est pas dépassée.

Influenza

Canada (24 January 1994).¹ The number of laboratory-confirmed cases of influenza A continued to increase during the last week of December and first week of January, but has since declined. Most cases have been diagnosed in Ontario, Alberta, Quebec and Saskatchewan. Epidemic levels of influenza activity were reported in Alberta in the second half of December: All viruses further investigated have been H3N2.

Croatia (19 January 1994). Increasing activity of influenza-like illness has been noted in Zagreb and some other localities since the beginning of January. Influenza A virus has been isolated from 1 case.

Iceland (18 January 1994). Influenza A(H3N2) virus was isolated during October, November and December 1993. Influenza was diagnosed in all age groups but most cases were in children under 5 years.

Romania (20 January 1994). The incidence of acute respiratory infections has increased to a higher level than that seen in the last season in almost all parts of the country. Influenza A has been diagnosed in sporadic cases and during local outbreaks among children in Bucharest. All viruses isolated have been identified as influenza A(H3N2).

Spain (14 January 1994).² Influenza activity reached epidemic proportions in Grenada at the end of December and has increased in Madrid since the beginning of January. Influenza viruses were isolated from sporadic cases and during outbreaks in Asturias, Barcelona, Grenada, Madrid and Valladolid. Some isolates in Madrid have been further identified as H3N2.

Sweden (14 January 1994).¹ Influenza activity has declined in all parts of the country since the week ending 19 December, but cases of influenza A continued to be diagnosed. All age groups have been affected during the epidemic, but 45% of laboratory-confirmed cases were in patients over 65 years of age, reflecting a more severe illness. Numerous cases of influenza A continued to be diagnosed by virus isolation or antigen detection at the end of the epidemic.

United States of America (14 January 1994).¹ Influenza has continued to spread, and 32 states reported regional or widespread activity in the week ending 9 January. Influenza A virus had then been detected in all but 4 of the states of the country. Mortality from influenza and pneumonia, which was slightly above the expected level for 1 week in early December, has again increased above that level. Outbreaks have been reported in nursing homes and schools. Most influenza viruses isolated have been influenza A(H3N2), but a few influenza A(H1N1) viruses have also been detected recently.

¹ See No 2, 1994, p 11.

² See No 1, 1994, p 4.

Grippe

Canada (24 janvier 1994).¹ Le nombre de cas de grippe A confirmés en laboratoire a continué à augmenter au cours de la dernière semaine de décembre et de la première semaine de janvier, mais a décliné depuis. La plupart des cas ont été diagnostiqués en Ontario, en Alberta, au Québec, et en Saskatchewan. Des niveaux épidémiques d'activité grippale ont été signalés en Alberta au cours de la seconde quinzaine de décembre. Tous les virus étudiés de manière plus approfondie sont du sous-type H3N2.

Croatie (19 janvier 1994). Un accroissement de l'activité des syndromes grippaux a été noté à Zagreb et dans d'autres localités depuis le début janvier. Le virus grippal A a été isolé d'un cas.

Islande (18 janvier 1994). Le virus grippal A(H3N2) a été isolé en octobre, novembre et décembre 1993. La grippe a été diagnostiquée dans tous les groupes d'âge, mais la plupart des cas ont été observés parmi des enfants de moins de 5 ans.

Roumanie (20 janvier 1994). L'incidence des infections respiratoires aiguës s'est accrue pour dépasser le niveau observé la saison passée dans presque toutes les régions du pays. La grippe A a été diagnostiquée parmi des cas sporadiques et au cours de flambées chez des enfants à Bucarest. Tous les virus isolés ont été identifiés comme étant des virus A(H3N2).

Espagne (14 janvier 1994).² L'activité grippale a atteint des proportions épidémiques à Grenade à la fin décembre et a augmenté à Madrid depuis le début janvier. Des virus grippaux ont été isolés de cas sporadiques et au cours de flambées dans les Asturies, à Barcelone, Grenade, Madrid et Valladolid. A Madrid, certains isolats étudiés de manière plus approfondie ont été identifiés comme appartenant au sous-type H3N2.

Suède (14 janvier 1994).¹ L'activité grippale a décliné dans toutes les régions du pays depuis la semaine qui s'est achevée le 19 décembre, mais des cas de grippe A continuent d'être diagnostiqués. Tous les groupes d'âge ont été touchés durant l'épidémie, mais 45% des cas confirmés en laboratoire concernaient des patients de plus de 65 ans, ce qui correspond à une affection plus grave. De nombreux cas de grippe A ont continué à être diagnostiqués par isolement du virus ou détection de l'antigène à la fin de l'épidémie.

Etats-Unis d'Amérique (14 janvier 1994).¹ La grippe a continué à se propager, et 32 Etats ont signalé une activité régionale ou étendue au cours de la semaine qui s'est achevée le 9 janvier. Le virus grippal A s'était alors manifesté dans tous les Etats du pays sauf 4. La mortalité due à la grippe et à la pneumonie, qui était légèrement supérieure au niveau prévu pendant une semaine au début décembre, a de nouveau augmenté pour dépasser ce niveau. Des flambées ont été signalées dans des maisons de retraite et des écoles. La plupart des virus grippaux isolés étaient des virus A(H3N2), mais quelques virus A(H1N1) ont aussi été décelés récemment.

¹ Voir N° 2, 1994, p 11

² Voir N° 1, 1994, p 4

Yellow-fever vaccinating centres for international travel

Amendments to 1991 publication

GERMANY/ALLEMAGNE

Insert - Insérer:

München

Dr G. Kersch, Staatliches Gesundheitsamt, Am Neudeck 6 (Reg. Nr. 36)

Nürnberg

Dr Th. Schleich, Rohrmanstr. 12 (Reg. Nr. 38)

Schorndorf

Dr U. Werner, Rodinger Strasse 1 (Reg. Nr. 37)

Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux

Amendements à la publication de 1991

NETHERLANDS/PAYS-BAS

Insert - Insérer:

Den Helder

GGD Den Helder

Naaldwijk

GGD Naaldwijk

NORWAY/NORVÈGE

Insert - Insérer:

Oslo

Oslo Military Medical Office, Oslo Mil/Amershus

Information that builds a better world

Reliable information is the cornerstone for building the awareness, expertise, and practical strategies necessary to improve the world at its heart: the health — physical, mental and social — of humanity.

For more than 40 years the development of reliable information has been one of the functions of the World Health Organization. Charged to act as the world's directing and coordinating authority on questions of human health, WHO has developed a host of networks and mechanisms for generating data, applying facts to problems, and recommending solutions that will lead to sustained improvements in health.

Much of the information developed by WHO is made available to the world through an extensive programme of publications, now numbering 7 periodicals and close to 70 new books each year. Some are practical manuals for use in preventing and controlling disease or developing quality health care. Others are unique guides to internationally accepted procedures, standards, or practice, introducing uniformity to world medical care. Still others attack urgent technical problems with advice formulated and agreed upon by international groups of experts.

Closely tied to the work of WHO, each of these publications articulates part of a global plan, conveying information that can push the world forward through the protection and promotion of health.

- Requests for information should be addressed to: Distribution and Sales, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Informations pour construire un monde meilleur

Il est essentiel de pouvoir disposer d'informations fiables pour sensibiliser l'opinion et renforcer les compétences techniques et les stratégies pratiques si l'on veut améliorer ce facteur déterminant que représente pour l'humanité sa santé physique, mentale et sociale.

Depuis plus de 40 ans, la mise au point d'informations fiables est l'une des fonctions de l'Organisation mondiale de la Santé. Chargée de diriger et de coordonner l'action mondiale en matière de santé, l'OMS a mis en place toute une série de réseaux et de dispositifs pour obtenir des données, analyser les problèmes et proposer des solutions susceptibles d'améliorer durablement la santé.

La plupart des informations émanant de l'OMS sont diffusées dans le monde entier grâce à un vaste programme de publications, qui comprend actuellement 7 périodiques et près de 70 ouvrages nouveaux chaque année. Ce sont pour certains des manuels pratiques à l'usage des personnes chargées de prévenir et combattre la maladie et d'assurer des soins de santé de qualité; pour d'autres des guides uniques en leur genre, réunissant les procédures, normes ou pratiques internationalement acceptées qui ont introduit un élément d'uniformité dans les soins médicaux dispensés dans le monde. D'autres encore traitent des problèmes techniques pressants et contiennent des recommandations formulées et approuvées par des groupes internationaux d'experts.

Ces publications, étroitement liées à l'activité de l'OMS, s'inscrivent dans le cadre d'un plan mondial et fournissent des informations susceptibles de faire progresser le monde en favorisant la protection et la promotion de la santé.

- Pour tous renseignements, s'adresser à: Distribution et Ventes, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications received from 21 to 27 January 1994

C - cases, D - deaths, ... - data not yet received, i - imported, r - revised, s - suspect

Cholera • Choléra

America • Amérique

	C	D
Brazil - Brésil	3-23.XII	26
.....	2 980	
El Salvador	9-15.I	
.....	1 886	5

Notifications reçues du 21 au 27 janvier 1994

C - cas, D - décès, ... - données non encore disponibles, i - importé, r - révisé, s - suspect

Plague • Peste

Africa • Afrique

	C	D
Madagascar	7-13 XII	
<i>Antananarivo Province</i>		
Antsirabe S. Préf.	1s	0
Itasy S. Préf.	3s	2
<i>Fianarantsoa Province</i>		
Ambatofinandrahana S. Préf.	1s	0
Manandriana S. Préf.	1s	0
<i>Toamasina Province</i>		
Moramanga S. Préf.	2(1s)	0

Telex: 415416 Fax: 788 00 11

(Attention EPIDNATIONS for notifications of diseases subject to the Regulations)

Automatic telex reply service:

Telex 415768 Geneva followed by ZCZC ENGL for reply in English

Price of the Weekly Epidemiological Record

Annual subscription Sw. fr. 190.-

7.600 1 94

Telex: 415416 Fax: 788 00 11

(A l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au Règlement)

Service automatique de réponse par télex:

Telex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français

Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire

Abonnement annuel Fr. s. 190.-

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland