



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

4 FEBRUARY 1994 • 69th YEAR

69^e ANNÉE • 4 FÉVRIER 1994

CONTENTS		SOMMAIRE	
Expanded Programme on Immunization — Global Advisory Group, Part II	29	Programme élargi de vaccination — Groupe consultatif mondial, Partie II	29
International Health Regulations — Position of WHO Member States	32	Règlement sanitaire international — Position des États Membres de l'OMS	33
Influenza	35	Grippe	35
Outbreak of meningococcal meningitis, Chile	35	Flambée de méningite à méningocoques, Chili	35
Diseases subject to the Regulations	36	Maladies soumises au Règlement	36

Expanded Programme on Immunization

Global Advisory Group — Part II¹

Achieving the major disease control goals

Poliomyelitis

The basic strategies on which poliomyelitis eradication can be achieved have now been defined and proved effective in the Region of the Americas and in a range of countries in the other Regions with differing climates, social and economic conditions. These strategies include twice-yearly national immunization days, outbreak response, and "mopping-up" operations in remaining areas of disease transmission. The problems limiting rapid progress towards global poliomyelitis eradication are managerial and financial, not technical.

Progress has continued to be made in all Regions in defining and extending zones apparently free of poliomyelitis. In each Region, there are countries implementing the WHO recommendations on the development of surveillance and the introduction of supplementary immunization.

Resources are insufficient to allow all countries wishing to implement essential strategies for poliomyelitis eradication to do so. Additional resources are urgently required to purchase vaccine, provide technical expertise and recruit laboratories into the diagnostic network. Steady progress has been made in developing laboratory networks. An increased number of laboratories are now providing effective diagnostic support to national immunization programmes. There is a further need to complete the network and to ensure that its constituent parts effectively function in a coordinated manner between laboratories and staff responsible for the operational aspects of disease control.

Progress is being made in the development of an oral polio vaccine (OPV) that is stable for 7 days at 45 °C, of a rapid diagnostic test for poliovirus infection, and of suitable methods of intratypic differentiation of isolated polioviruses.

¹ Part I appeared in No. 4 of 28 January

Programme élargi de vaccination

Groupe consultatif mondial — Partie II¹

Atteindre les buts principaux en matière de lutte contre la maladie

Poliomyélite

Les stratégies fondamentales qui devraient permettre l'éradication de la poliomyélite ont maintenant été définies et se sont révélées efficaces dans la Région des Amériques et dans un certain nombre de pays d'autres Régions ayant des climats et des situations socio-économiques différentes. Ces stratégies comprennent des journées nationales de vaccination organisées 2 fois par an, des mesures de lutte contre les flambées, des opérations de «ratissage» dans des zones où il y a encore transmission de la maladie. Les problèmes qui freinent encore l'éradication mondiale de la poliomyélite sont d'ordre gestionnaire et financier et non technique.

Toutes les Régions ont continué de faire des progrès en définissant et en étendant les zones apparemment indemnes de poliomyélite. Dans chaque Région, certains pays mettent en œuvre les recommandations de l'OMS sur le développement de la surveillance et l'introduction de vaccinations complémentaires.

Les ressources sont insuffisantes pour permettre à tous les pays qui le souhaiteraient d'appliquer des stratégies essentielles pour l'éradication de la poliomyélite. Des ressources supplémentaires sont requises d'urgence pour l'achat de vaccins, la fourniture de compétences techniques et l'association de laboratoires au réseau de diagnostic.

Des progrès réguliers ont été faits en ce qui concerne le développement du réseau de laboratoires. Un nombre accru de laboratoires fournissent désormais un appui efficace en matière de diagnostic aux programmes de vaccination nationaux. Il faudra également compléter le réseau et veiller à ce que les éléments qui le constituent fonctionnent efficacement et que les activités des laboratoires et du personnel chargé des aspects opérationnels de la lutte contre la maladie soient bien coordonnées.

La mise au point d'un vaccin antipoliomyélinique oral (VPO) stable pendant 7 jours à 45 °C progresse, ainsi que celle d'un test de diagnostic rapide de l'infection à poliovirus et de méthodes de différenciation intratypique des poliovirus isolés.

¹ La Partie I a paru dans le N° 4 du 28 janvier.

Recommendations

1. In view of the shortage of funds to allow purchase of sufficient vaccine to implement essential supplementary immunization strategies, the GAG urges the world community, especially the major donors and international agencies concerned with health, to ensure funds for sufficient vaccine to accelerate progress towards global poliomyelitis eradication.
2. When national immunization days have reduced poliomyelitis to focal areas, countries should urgently implement intensive house-to-house immunization ("mopping-up") following detection of a case. This "mopping-up" should aim to immunize all children in the target age group, regardless of their immunization status, in an extensive area surrounding the case. Such activities should be repeated 4 to 6 weeks later. Limited outbreak response immunization around poliomyelitis cases will not stop wild virus transmission. In countries in the early stages of poliomyelitis eradication activities before mopping-up is indicated, response to outbreaks should be limited to providing one supplementary dose to children living in the vicinity of the case.
3. Poliomyelitis endemic countries adjacent to zones apparently free of poliomyelitis should be a high priority to receive technical and financial assistance. In view of the progress towards zero cases of poliomyelitis being achieved in the populous countries of the Western Pacific Region, countries of the Indian subcontinent should be encouraged to review their progress and policies, in order to ensure high levels of political support for poliomyelitis eradication and full implementation of the policies to eradicate poliomyelitis effectively.
4. Neighbouring countries endemic, or recently endemic, for poliomyelitis should coordinate and synchronize national or sub-national immunization days, providing vaccine to all targeted children regardless of prior immunization status for maximum epidemiological impact. Countries should also coordinate surveillance and disease control activities through cross-border notifications of outbreak, detailing the geographical location of cases, at least for those occurring in districts adjacent to borders.
5. When national immunization days are planned primarily to achieve poliomyelitis eradication, countries should strive also to provide other scheduled immunizations such as measles for children and tetanus toxoid (TT) for women of childbearing age, particularly in high-risk areas. This is most critical in countries with a poorly developed infrastructure where routine contacts between health staff and the community are infrequent.
6. Systems of disease surveillance aimed at detecting and investigating all cases of acute flaccid paralysis should be developed in all countries. These systems should be monitored by performance indicators. Assessments of disease surveillance systems should be continued, extending these activities to countries bordering polio-free zones, and should include the status of development and use of the national laboratory, where appropriate. WHO should follow up the recommendations of these assessments to help ensure they are effectively implemented.
7. Research should be pursued on key subjects likely to facilitate the achievement of global poliomyelitis eradication and to increase the efficiency of certification of eradication, such as more thermostable OPV and a reliable rapid diagnostic test.

Recommendations

1. Vu la pénurie de crédits pour l'achat de vaccins en quantité suffisante pour mettre en œuvre les stratégies de vaccination complémentaire jugées essentielles, le Groupe prie la communauté internationale, notamment les principaux bailleurs de fonds et les institutions internationales à vocation sanitaire, de mobiliser les fonds nécessaires à l'achat de quantités suffisantes de vaccins pour accélérer les progrès en vue de l'éradication mondiale de la poliomyélite.
2. Une fois que les journées nationales de vaccination auront permis de confiner la poliomyélite à quelques foyers, les pays devront organiser d'urgence des campagnes de vaccination intensive porte-à-porte («ratissage») dès qu'un cas est signalé. Ces opérations viseront à vacciner tous les enfants du groupe d'âge cible, quel que soit leur état vaccinal, dans une zone étendue autour du cas. Elles devront être répétées 4 à 6 semaines plus tard. Une vaccination trop restreinte à la suite de l'épidémie autour des cas de poliomyélite n'interrompra pas la transmission du virus sauvage. Dans les pays qui n'en sont qu'au premier stade de l'éradication de la poliomyélite, où les opérations de ratissage ne sont pas encore indiquées, la réaction, en cas d'épidémie, doit se limiter à l'administration d'une dose complémentaire de vaccin aux enfants vivant dans le voisinage d'un cas.
3. Les pays d'endémie limitrophes de zones apparemment indemnes de poliomyélite devraient être les premiers à bénéficier d'une assistance technique et financière. Compte tenu des progrès vers l'élimination de la poliomyélite accomplis dans des pays très peuplés de la Région du Pacifique occidental, il faudrait encourager les pays du sous-continent indien à faire le point des progrès accomplis et des politiques en vigueur, en vue de garantir le soutien politique nécessaire à l'éradication de la poliomyélite et la pleine application des politiques qui permettront cette éradication.
4. Les pays voisins où la poliomyélite est endémique, même depuis peu, devraient coordonner et synchroniser leurs journées de vaccination nationales ou locales en administrant le vaccin à tous les enfants visés, indépendamment de leur état vaccinal, afin d'obtenir l'impact épidémiologique maximum. Les pays devraient également coordonner leurs activités de surveillance et de lutte contre la maladie en se signalant mutuellement les épidémies et en fournissant des détails sur la situation géographique des cas, au moins pour ceux qui surviennent dans des régions frontalières.
5. Lorsque des journées nationales de vaccination sont prévues, principalement en vue de l'éradication de la poliomyélite, les pays devraient s'efforcer d'y adjoindre d'autres vaccinations, telles que la rougeole pour les enfants et l'anatoxine tétanique (AT) pour les femmes en âge de procréer, en particulier dans les zones à haut risque. Ceci est particulièrement important dans les pays où l'infrastructure est mal développée et où les contacts systématiques entre le personnel de santé et la communauté sont rares.
6. Des systèmes de surveillance de la maladie visant à dépister et à étudier tous les cas de paralysie flasque aiguë devraient être mis au point dans tous les pays. Ces systèmes devraient être contrôlés au moyen d'indicateurs de résultats. L'évaluation de la surveillance devrait être poursuivie et cette activité devrait être étendue aux pays limitrophes de zones indemnes de la poliomyélite, et devrait porter sur le stade de développement et, le cas échéant, le degré d'utilisation, du laboratoire national. L'OMS devrait assurer le suivi des recommandations formulées à la suite de ces évaluations pour faire en sorte qu'elles soient effectivement appliquées.
7. La recherche doit se poursuivre sur les principaux éléments susceptibles de faciliter la réalisation de l'éradication mondiale de la poliomyélite et d'accroître l'efficacité de la certification de cette éradication. Pour cela, il faudra notamment mettre au point un VPO plus thermostable et une épreuve fiable de diagnostic rapide.

Neonatal tetanus

Significant progress towards neonatal tetanus (NT) elimination has been made in many developing countries, particularly in the Region of the Americas. In 1992, it is estimated that 580 000 deaths due to NT were occurring world wide, but 690 000 deaths were prevented. This represents a global reduction of 25% compared with the estimate in 1989.

The reduction in NT deaths is a result of the significant increase in immunization coverage of pregnant women with at least 2 doses of TT from 27% to 43% between 1989 and 1992 and an increase in coverage in women of childbearing age. An outstanding achievement has been made in some countries of the African Region.

The majority of newborns in developing countries continue to be delivered at home without the assistance of a trained attendant to ensure clean delivery.

The goal of NT elimination by the year 1995 will be reached in many districts and countries if there is a continued acceleration of national immunization programmes with specific focus on immunization of women of childbearing age in high-risk areas.

The major constraints to global elimination of NT are: high-risk districts not being identified in many developing countries; inadequate health infrastructure to administer TT immunization and provide services for clean deliveries; insufficient funds to purchase TT to immunize all women of childbearing age in high-risk districts in some major countries; 20% of NT cases occurring in countries with civil unrest; and gross underreporting of NT cases because of lack of access to health services or cultural hindrances.

Recommendations

1. To meet the 1995 elimination target, the priority for international support should be directed to countries where 80% of the global total of NT cases is estimated to occur and those with a NT rate above 5 per 1 000 live births. In those countries, priority should be given to immunization of all women of childbearing age in high-risk districts, or the high-risk subgroups of these women. Priority for external assistance should be given to those countries in greatest need which have not yet reached 80% coverage with TT or clean delivery. NT elimination should be defined as a rate of neonatal tetanus cases below 1 per 1 000 live births in every district of every country.
2. Districts should be considered as "NT eliminated" when, based on annual assessments, the NT reported rate is below 1 per 1 000 live births, confirmed by active surveillance based on record review of health facilities with NT diagnostic capabilities, or review of available vital event data, and community based searches for NT (e.g. using key informants). Surveillance data should be corrected for gender bias.
3. To achieve and maintain NT elimination it will be necessary to ensure that more than 80% of children in all districts are protected at birth through TT immunization of their mothers or through clean delivery and cord care practices. Districts with a lower TT coverage should be considered as high-risk districts. Managers should prioritize high-risk districts for intensified immunization activities, according to population size, TT coverage and access to clean delivery.
4. District managers should be trained in neonatal tetanus surveillance and should monitor completeness of morbidity reporting by health facilities and review hospital records on a yearly basis.

Continued on page 34

Tétanos néonatal

Des progrès importants en vue de l'élimination du tétanos néonatal ont été faits dans de nombreux pays en développement, en particulier dans la Région des Amériques. On estime à 580 000 le nombre de décès dus au tétanos néonatal dans le monde en 1992, mais 690 000 décès ont été évités, ce qui représente une réduction mondiale de 25% par rapport aux estimations de 1989.

La réduction de la mortalité par tétanos néonatal est le résultat d'une augmentation significative de la couverture vaccinale des femmes enceintes par au moins 2 doses d'AT, qui est passée de 27% à 43% entre 1989 et 1992, et d'une augmentation de la couverture des femmes en âge de procréer. Des progrès spectaculaires ont été faits dans certains pays de la Région africaine.

Dans les pays en développement, la majorité des femmes continuent d'accoucher à la maison sans l'aide d'une personne qualifiée qui pratique l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène.

Le but de l'élimination du tétanos néonatal d'ici 1995 sera atteint dans de nombreux districts et de nombreux pays si l'accélération des programmes de vaccination nationaux mettant l'accent sur la vaccination des femmes en âge de procréer se poursuit dans les zones à haut risque.

Les principaux obstacles à l'élimination mondiale du tétanos néonatal sont les suivants: dans de nombreux pays en développement, les zones à haut risque ne sont pas délimitées; l'infrastructure sanitaire est insuffisante pour que l'on puisse administrer l'AT et pratiquer des accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène; les fonds sont insuffisants pour l'achat d'AT pour vacciner toutes les femmes en âge de procréer des zones à haut risque dans certains des principaux pays; 20% des cas de tétanos néonatal surviennent dans des pays en proie à des troubles civils; enfin, les cas de tétanos néonatal sont largement sous-notifiés faute d'accès aux services de santé ou en raison d'obstacles culturels.

Recommandations

1. Pour atteindre la cible de l'élimination en 1995, la priorité de l'aide internationale doit aller aux pays où l'on estime que surviennent 80% du total mondial de cas de tétanos néonatal et à ceux qui ont un taux de tétanos néonatal supérieur à 5 pour 1 000 naissances vivantes. Dans ces pays, la priorité doit être donnée à la vaccination de toutes les femmes en âge de procréer des zones à haut risque, ou aux sous-groupes de femmes en âge de procréer particulièrement exposées. La priorité en matière d'aide extérieure doit aller aux pays qui en ont le plus besoin et qui n'ont pas encore atteint le taux de couverture de 80% par l'AT ou de 80% d'accouchements dans des conditions d'hygiène. On entend par élimination du tétanos néonatal un taux inférieur à 1 cas pour 1 000 naissances vivantes dans tous les districts de tous les pays.
2. On considérera que le tétanos néonatal a été «éliminé» dans un district lorsque, sur la base d'évaluations annuelles, le taux notifié de tétanos néonatal sera inférieur à 1 pour 1 000 naissances vivantes, constatation confirmée par une surveillance active basée sur l'examen des dossiers des centres de santé possédant des moyens de diagnostic, ou sur l'examen des données d'état civil disponibles, et sur une surveillance communautaire (en faisant appel à des personnes qualifiées pour fournir ces informations). Les données de surveillance devront être corrigées en fonction du sexe.
3. Afin de réaliser durablement l'élimination du tétanos néonatal dans tous les districts, il faudra faire en sorte que plus de 80% des enfants soient protégés dès la naissance par la vaccination antitétanique de la mère ou des pratiques hygiéniques d'accouchement et de soins au cordon. Tous les districts ayant une couverture par l'AT inférieure seront considérés comme à haut risque. Les administrateurs devront établir un ordre de priorité parmi les districts à haut risque pour y intensifier les activités de vaccination, en fonction de la taille de la population, de la couverture par l'AT et de la qualité des soins dispensés lors de l'accouchement.
4. Des administrateurs de districts devront être formés à la surveillance du tétanos néonatal, contrôler que la notification de la morbidité par les centres de santé est complète et passer en revue les dossiers hospitaliers chaque année.

Suite à la page 34

**INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS: POSITION OF WHO MEMBER STATES, ASSOCIATE MEMBERS
AND OTHER STATES BOUND BY THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS
on 31 December 1993**

- I International Health Regulations (1969)
- II Additional Regulations, 1973
- III Additional Regulations, 1981

- R Bound with reservations
- Not bound
- † For position of this State under previous Regulations, see third annotated edition (1966) of the International Sanitary Regulations, 1951, Annex I, p. 65

Unless otherwise indicated, the States listed are bound without reservations.

	I	II	III		I	II	III		I	II	III
Afghanistan				Ghana				Paraguay			
Albania				Greece				Peru			
Algeria				Grenada				Philippines			
Angola				Guatemala				Poland			
Antigua and Barbuda				Guinea				Portugal			
Argentina				Guinea-Bissau				Puerto Rico			
Armenia				Guyana				Qatar			
Australia	—	—	—	Haiti				Republic of Korea			
Austria				Holy See				Republic of Moldova			
Azerbaijan				Honduras				Romania			
Bahamas				Hungary				Russian Federation			
Bahrain				Iceland				Rwanda			
Bangladesh				India	R	R		Saint Kitts and Nevis			
Barbados				Indonesia				Saint Lucia			
Belarus				Iran (Islamic Republic of)		—		Saint Vincent and the Grenadines			
Belgium				Iraq				Samoa			
Belize				Ireland				San Marino			
Benin				Israel				Sao Tome and Principe			
Bhutan				Italy				Saudi Arabia			
Bolivia				Jamaica				Senegal			
Bosnia and Herzegovina				Japan				Seychelles			
Botswana				Jordan				Sierra Leone			
Brazil				Kazakhstan				Singapore			
Brunei Darussalam				Kenya				Slovakia			
Bulgaria				Kiribati				Slovenia			
Burkina Faso				Kuwait				Solomon Islands			
Burundi				Kyrgyzstan				Somalia			
Cambodia				Lao People's Democratic Republic				South Africa	—†	—†	—†
Cameroon				Latvia				Spain			
Canada				Lebanon				Sri Lanka			
Cape Verde				Lesotho				Sudan			
Central African Republic				Liberia				Suriname			
Chad				Libyan Arab Jamahiriya		—		Swaziland			
Chile				Liechtenstein				Sweden			
China				Lithuania				Switzerland			
Colombia				Luxembourg				Syrian Arab Republic			
Comoros				Madagascar		—		Tajikistan			
Congo				Malawi				Thailand			
Cook Islands				Malaysia				The Former Yugoslav Republic of Macedonia			
Costa Rica				Maldives				Togo			
Côte d'Ivoire				Mali				Tokelau			
Croatia				Malta				Tonga			
Cuba				Marshall Islands				Trinidad and Tobago			
Cyprus				Mauritania				Tunisia			
Czech Republic				Mauritius				Turkey			
Democratic People's Republic of Korea				Mexico				Turkmenistan			
Denmark				Micronesia (Federated States of)				Tuvalu			
Djibouti				Monaco				Uganda			
Dominica				Mongolia				Ukraine			
Dominican Republic				Morocco				United Arab Emirates			
Ecuador				Mozambique				United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland			
Egypt	R	—		Myanmar				United Republic of Tanzania			
El Salvador				Namibia				United States of America			
Equatorial Guinea				Nepal				Uruguay			
Eritrea				Netherlands				Uzbekistan			
Estonia				New Zealand				Vanuatu			
Ethiopia				Nicaragua				Venezuela			
Fiji				Niger				Viet Nam			
Finland				Nigeria				Yemen			
France				Norway				Yugoslavia			
Gabon				Oman				Zaire			
Gambia				Pakistan		R		Zambia			
Georgia				Panama				Zimbabwe			
Germany				Papua New Guinea	—	—					

RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL: POSITION DES ÉTATS MEMBRES DE L'OMS, MEMBRES ASSOCIÉS ET AUTRES ÉTATS LIÉS PAR LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL
au 31 décembre 1993

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

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

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

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

Continued from page 31

5. Monitoring of protection at birth against NT through the immunization of mothers should be done at the time infants are brought for the first dose of diphtheria/pertussis/tetanus (DPT1) vaccine and is especially important in high-risk districts.
6. Studies should be performed to determine the efficacy of TT, especially in areas with reported cases of NT occurring in newborns of fully immunized women.

Measles

Measles continues to cause significant death and illness. In general, there is now greater interest in measles control. In the Region of the Americas there are several national and multinational initiatives for measles elimination.

The GAG endorsed the Revised Plan of Action for Global Measles Control with its emphasis on increasing coverage as the critical element for improved measles control and its guidelines for activities based on the stage of programme development. Routine coverage with measles vaccine to more than 90% in the first year of life is reaffirmed as the basis for measles control.

Achieving high levels of measles control and eventually regional elimination and global eradication will require supplementary immunization using strategies that have maximum impact on interrupting transmission of measles virus, such as non-selective campaigns in which all children below a certain age are vaccinated regardless of prior immunization status.

Recommendations

1. Countries should aim to achieve 90% coverage for measles vaccine in all districts and communities. Measles control efforts should be focused on identifying and immunizing all eligible children in high-risk areas or populations, especially the urban poor.
2. Mortality from measles should be reduced to a minimum using standard case management and treatment of complications. All cases of severe measles, all cases of measles in areas with high case-fatality rates, and all cases in vitamin A deficient areas should be treated with vitamin A.
3. Countries should develop and implement policies for responding to measles outbreaks that include investigation and control measures appropriate for the stage of the immunization programme, becoming more aggressive as programmes mature.
4. Development and evaluation of various supplementary strategies are encouraged to guide the eventual measles elimination and eradication efforts. A field test should be developed and introduced to allow rapid diagnosis of suspected cases. A network of laboratories should also be developed to support field workers in measles control. The research community is encouraged to develop new measles vaccines which can be administered at 6 months of age or earlier to reduce the increasing proportion of morbidity and mortality occurring in this age group.

Hepatitis B

The newly developed Plan of Action for Hepatitis B Control was endorsed. Control of hepatitis B (HB) is achievable using current vaccines and immunization delivery systems. More than 47 countries, comprising 32% of newborns and 56% of hepatitis B virus (HBV) carriers, already have a

Suite de la page 31

5. Le contrôle de la protection contre le tétanos néonatal à la naissance par la vaccination de la mère doit être effectué au moment où les nourrissons sont amenés pour la première dose de vaccin diphtérie/tétanos/coqueluche (DTTC1) et est particulièrement important dans les zones à haut risque.
6. Des études devront être effectuées afin de déterminer l'efficacité de l'AT, notamment dans les zones où des cas de tétanos néonatal chez des nouveau-nés dont la mère était correctement vaccinée ont été signalés.

Rougeole

La rougeole continue d'être une cause importante de morbidité et de mortalité. En général, on s'intéresse désormais davantage à la lutte antirougeoleuse, et plusieurs initiatives nationales et multinationales en vue d'éliminer la rougeole dans la Région des Amériques ont été signalées.

Le Groupe approuve le plan d'action révisé pour la lutte contre la rougeole dans le monde, qui met l'accent sur l'accroissement de la couverture comme étant l'élément déterminant pour améliorer la lutte contre la maladie, et approuve également les principes directeurs reposant sur le stade de développement du programme. La couverture systématique par le vaccin antirougeoleux de plus de 90% des enfants au cours de la première année de vie a été réaffirmée comme la base de la lutte antirougeoleuse.

Un niveau élevé de lutte antirougeoleuse, voire l'élimination régionale, puis mondiale, de la rougeole exigent des campagnes de vaccination complémentaires au moyen des stratégies les plus susceptibles d'interrompre la transmission du virus, par exemple, des campagnes non sélectives au cours desquelles tous les enfants au-dessous d'un certain âge sont vaccinés quel que soit leur état vaccinal.

Recommandations

1. Les pays devraient viser à atteindre une couverture de 90% par le vaccin antirougeoleux dans tous les districts et toutes les communautés. Les efforts de lutte contre la rougeole doivent être axés sur le dépistage et la vaccination de tous les enfants justiciables de la vaccination dans les zones ou les populations à haut risque, notamment dans les groupes de population défavorisés vivant dans les villes.
2. La mortalité due à la rougeole devrait être ramenée à un minimum en appliquant la prise en charge standard des cas et en traitant les complications. Tous les cas de rougeole grave, tous les cas de rougeole dans les zones où les taux de létalité sont élevés et dans les zones d'avitaminose A devraient être traités par la vitamine A.
3. Les pays devraient élaborer et appliquer des politiques de lutte contre les épidémies de rougeole comprenant des mesures d'investigation et de lutte adaptées au stade de développement du programme de vaccination, et de plus en plus actives à mesure que le programme se développe.
4. La mise au point et l'évaluation de plusieurs stratégies complémentaires sont encouragées afin de guider les efforts d'élimination et d'éradication de la rougeole. Une épreuve de diagnostic de terrain devrait être mise au point et utilisée afin de permettre un diagnostic rapide des cas suspects. Un réseau de laboratoires devrait également être mis sur pied afin d'aider les agents de terrain dans leurs activités de lutte. L'ensemble des chercheurs devraient être encouragés à mettre au point de nouveaux vaccins antirougeoleux qui puissent être administrés à l'âge de 6 mois, ou plus tôt, pour réduire la proportion croissante de la morbidité et de la mortalité dans cette tranche d'âge.

Hépatite B

Le plan d'action pour la lutte contre l'hépatite B (HB) est approuvé. Le contrôle de l'HB est possible au moyen des vaccins actuels et des systèmes de vaccination en vigueur. Plus de 47 pays, comptant 32% de nouveau-nés et 56% de porteurs du virus de l'HB, ont déjà mis en place une politique nationale de vaccination infantile systématique

national policy of routine infant immunization with HB vaccine. The prevalence of HBV carriers in the world's children could be reduced to less than 1%, saving millions of deaths from cirrhosis and primary liver cancer, if the 1995 and 1997 targets for HB vaccine introduction are met. However, children in the least developed countries will not receive HB vaccine unless donor partners can be found.

Recommendation

1. Given the effectiveness of HB vaccine and the cost-effectiveness of HB immunization, countries with a high burden of disease should identify resources in their national budgets to add HB vaccine to their immunization programmes without jeopardizing the regular purchases of other priority vaccines. Target groups and strategies may vary with local epidemiology. The donor community should assist those developing countries who have demonstrated a significant commitment to improving their immunization programmes, but cannot afford to procure HB vaccine for their children.

Influenza

Austria (26 January 1994).¹ Outbreaks of influenza-like illness spread among the general population, in military units and in schools throughout the country during December, but the incidence started to decrease in the last week of the month. All laboratory-confirmed cases were influenza A and some were further identified as H3N2.

Czech Republic (21 January 1994).² Overall the incidence of acute respiratory diseases has increased by 5-10%, and by 20% in the southern regions of Bohemia and Moravia. Influenza A(H3N2) virus has been isolated from a few cases in Prague, and additional isolates from Moravia are being investigated.

Greece (20 January 1994). Influenza A(H3N2) virus was isolated from a few cases during local outbreaks among the general population which began around 1 January in Thessaloniki.

Hungary (16 January 1994). The incidence of influenza-like illness increased slowly between 10 and 16 January, although some regions experienced a more marked increase. Influenza A virus has been isolated from 2 cases. One was further identified as H1N1.

¹ See No. 3, 1994, p. 17

² See No. 2, 1994, p. 11.

Outbreak of meningococcal meningitis

Chile. Starting in 1981, the number of cases of meningococcal infection began to rise, particularly in the northern regions of the country. In Iquique in 1986, an incidence rate of 20 per 100 000 population was reached. Between 1982 and 1992, children under 5 years of age accounted for 55% of total cases, of which 21.9% occurred in infants (a rate of 28 per 100 000 population). The highest morbidity rates during this period were found in Iquique (19.1 per 100 000); Antofagasta (11.9 per 100 000); and the southern and eastern sector areas of the Metropolitan Region (4.7 and 4.5 per 100 000, respectively). The average case-fatality rate was higher among children under 1 year of age, and 73.7% of all the deaths occurred within 24 hours.

In 1982, an immunization campaign using a vaccine against serogroups A and C was carried out in the Metropolitan Region, reaching 95% of the population between 6 months and 25 years of age. Subsequently, the number of cases of types A and C meningococcal meningitis dropped. No study of vaccine efficacy was carried out.

par le vaccin HB. La prévalence des porteurs du virus de l'HB chez les enfants pourrait être ramenée à moins de 1%, ce qui permettrait d'éviter des millions de décès par cirrhose et cancer primaire du foie, si les cibles de 1995 et 1997 pour l'introduction du vaccin HB sont respectées. Les enfants des pays les moins avancés ne pourront toutefois pas être vaccinés si l'on ne trouve pas de donateurs.

Recommandation

1. Compte tenu de l'efficacité du vaccin HB et de la rentabilité de la vaccination, les pays à forte morbidité devraient mobiliser des ressources du budget national afin d'ajouter le vaccin HB à leurs programmes de vaccination, sans pour autant compromettre l'achat régulier d'autres vaccins prioritaires. Les groupes cibles et les stratégies pourront varier selon les schémas épidémiologiques locaux. L'ensemble des donateurs devraient aider les pays en développement qui ont fait preuve de leur volonté d'améliorer leurs programmes de vaccination, mais qui n'ont pas les moyens de se procurer les quantités de vaccin HB nécessaires pour vacciner les enfants.

Grippe

Autriche (26 janvier 1994).¹ Des flambées de syndrome grippal se sont étendues dans la population générale, dans des unités militaires et dans des écoles à travers tout le pays pendant le mois de décembre, mais l'incidence a commencé à décliner au cours de la dernière semaine du mois. Tous les cas confirmés au laboratoire étaient dus au virus grippal A, et certains virus ont été caractérisés comme appartenant au sous-type H3N2.

République tchèque (21 janvier 1994).² Globalement, l'incidence des maladies respiratoires aiguës s'est accrue de 5-10%, avec une augmentation de 20% dans les régions méridionales de Bohême et de Moravie. Le virus grippal A(H3N2) a été isolé de quelques cas à Prague, et d'autres isolements provenant de Moravie sont en train d'être étudiés.

Grèce (20 janvier 1994). Le virus grippal A(H3N2) a été isolé de quelques cas au cours de flambées locales parmi la population générale qui ont débuté vers le 1^{er} janvier à Thessalonique.

Hongrie (16 janvier 1994). L'incidence des syndromes grippaux s'est lentement accrue entre le 10 et le 16 janvier, bien que certaines régions aient connu une augmentation plus marquée. Le virus grippal A a été isolé de 2 cas. Un virus a été caractérisé comme appartenant au sous-type H1N1.

¹ Voir N° 3, 1994, p. 17.

² Voir N° 2, 1994, p. 11.

Flambée de méningite à méningocoques

Chili. A partir de 1981, le nombre de cas d'infection méningococcique a commencé à augmenter, notamment dans le nord du pays. En 1986, le taux d'incidence a atteint 20 pour 100 000 à Iquique. Entre 1982 et 1992, les enfants de moins de 5 ans représentaient 55% de l'ensemble des cas — dont 21,9% de nourrissons (soit un taux de 28 pour 100 000). Durant cette période, c'est à Iquique (19,1 pour 100 000), Antofagasta (11,9 pour 100 000) et dans les secteurs sud et est de la Région métropolitaine (4,7 et 4,5 pour 100 000 respectivement) que les taux de morbidité étaient les plus élevés. Le taux moyen de létalité était plus élevé chez les enfants de moins d'un an et 73,7% de tous les décès survenaient dans les 24 heures.

En 1982, une campagne de vaccination au moyen d'un vaccin dirigé contre les sérogroupes A et C a été menée dans la Région métropolitaine, avec une couverture de 95% chez les personnes âgées de 6 mois à 25 ans. Il s'en est suivi une chute du nombre de cas de méningite à méningocoques de types A et C. Aucune étude n'a été effectuée à cette époque sur l'efficacité du vaccin.

In early 1993, cases increased throughout the country, a total of 367 cases being reported prior to week 38 (25 September). Regions I (Iquique) and II (Antofagasta) have been most affected, with 8.5 and 7.9 cases per 100 000 population, respectively. The rate in the Metropolitan Region was 4.8 per 100 000 population. Of total cases, 56.8% were in children under 5 years of age and 18.6% in infants.

The clinical manifestations were the following: 66.4% meningitis, 24.2% meningococcaemia, 8.5% combination of both, and 0.9% other. The highest case-fatality rate was 31%, recorded in March. The rate has now stabilized at 11.8%, with a total of 49 deaths, 12 (24.4%) of which were in children under 1 year of age. For 17.1% of the deaths and 31.2% of the survivors, a late diagnosis was made (more than 48 hours elapsed between appearance of symptoms and consultation). As the population has become better informed, health services are being sought earlier, contributing to the decline in case-fatality rates.

Bacteriological confirmation has been made in 57.0% of the reported cases, 93.6% being type B, 1.3% type Y, 4.0% type W, and 0.4% type C. There are no differences according to age group. Variations in the number of cases occurring are related to the socioeconomic conditions of the population. An average of 3 cases per 100 000 were discovered where the population with incomes below the poverty level is less than 10%, compared with 18 cases per 100 000 in neighbourhoods where a larger proportion of the population is impoverished.

Currently, the epidemic has stabilized throughout the country, and it is hoped that as the summer of 1993-1994 draws near and the population and health care providers are alerted to the diagnosis of meningococcal infection, the number of cases and deaths will subside.

(Based on: Epidemiological Bulletin, Vol. 14, No. 3, October 1993; Pan American Health Organization.)

Début 1993, le nombre de cas a augmenté dans tout le pays avec un total de 367 cas déclarés avant la 38^e semaine de l'année (25 septembre). Ce sont les régions I (Iquique) et II (Antofagasta) qui ont été les plus touchées, avec respectivement 8,5 et 7,9 cas pour 100 000. Dans la Région métropolitaine, le taux était de 4,8 pour 100 000. Sur l'ensemble des cas, 56,8% étaient des enfants de moins de 5 ans et 18,6% des nourrissons.

Les manifestations cliniques étaient les suivantes: 66,4% de méningites, 24,2% de méningococcémies, 8,5% d'une association des deux et 0,9% d'autres manifestations. Le taux de létalité le plus élevé a été enregistré en mars, avec 31%. Depuis lors, le taux s'est stabilisé à 11,8% avec un total de 49 décès, dont 12 (24,4%) chez les enfants de moins d'un an. Chez 17,1% des personnes décédées et 31,2% des survivants, le diagnostic avait été tardif (plus de 48 heures de délai entre l'apparition des symptômes et la consultation). La population étant maintenant mieux informée, les gens consultent plus rapidement, ce qui contribue à faire reculer le taux de létalité.

Dans 57,0% des cas déclarés, il y a eu confirmation bactériologique, avec 93,6% de méningocoques du type B, 1,3% du type Y, 4,0% du type W et 0,4% du type C. Aucune différence n'a été constatée entre les groupes d'âge. Les variations dans la fréquence des cas sont liées à la situation socio-économique de la population. Ainsi, elle a été en moyenne de 3 cas pour 100 000 là où les revenus inférieurs au seuil de pauvreté représentent moins de 10% de la population, contre 18 pour 100 000 dans les quartiers où la proportion des économiquement faibles est plus importante.

Actuellement, l'épidémie s'est stabilisée dans l'ensemble du pays et l'on espère qu'avec l'approche de l'été 1993-1994 et la prise de conscience par la population et le personnel soignant de la présence de l'infection méningococcique, le nombre de cas et de décès déclinera.

(D'après: Epidemiological Bulletin, Vol. 14, N° 3, octobre 1993; Organisation panaméricaine de la Santé.)

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications received from 28 January to 3 February 1994

Notifications reçues du 28 janvier au 3 février 1994

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

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

Cholera • Choléra

América • Amérique

	C	D
Argentina - Argentine		..-31.XII
Belize	547	9
Bolivia - Bolivie	59	3
Brazil - Brésil	24 X-24.XII	466 18
Ecuador - Equateur	24-31.XII	3 382 46
El Salvador	27.VI-11.XI	956 12
	16-22.I	912 2

Guatemala

	C	D
Guatemala	1.XI-3.XII	
Mexico - Mexique	5 073	27
Nicaragua	20.X-14.XII	1 432 18
Peru - Pérou	10.X-31.XII	2 396 70
Venezuela	12 IX-31.XII	9 168 58
	1.V-23.X	29 1

Asia • Asie

	C	D
Lebanon - Liban	30.VIII-15.X	
	216	12

Plague • Peste

Africa • Afrique

	C	D
Madagascar		21-27.XII
Antananarivo Province		
Anjozorobe S. Préf.	1	0
Betafo S. Préf.	1s	0
Fianarantsoa Province		
Ambositra S. Préf.	2	2
Manandriana S. Préf.	1	0
Toamasina Province		
Ambatondrazaka S. Préf.	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.-

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:
Télex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français

Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire
Abonnement annuel Fr. s. 190.-