



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

28 APRIL 1995 • 70th YEAR

70^e ANNÉE • 28 AVRIL 1995

CONTENTS	SOMMAIRE
Nutrition – Information and attitudes among health personnel about early infant feeding practices	Nutrition – Connaissances et attitudes des personnels de santé concernant les pratiques d'alimentation du nourrisson
117	117
Tick-borne encephalitis, Latvia	Encéphalite à tiques, Lettonie
120	120
Sweden	Suède
121	121
Influenza	Grippe
122	122
Dengue surveillance, New Caledonia	Surveillance de la dengue, Nouvelle-Calédonie
123	123
International Travel and Health – Amendments to 1995 Edition	Voyages internationaux et santé – Amendements à l'édition 1995
124	124
Yellow-fever vaccinating centres for international travel – Amendments to 1991 publication	Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux – Amendements à la publication de 1991
124	124
Diseases subject to the Regulations	Maladies soumises au Règlement
124	124

Nutrition

Information and attitudes among health personnel about early infant-feeding practices

A survey about information and attitudes regarding early infant-feeding practices was conducted in November 1993 among 282 people in Luxembourg and Amiens, France during the opening minutes of short seminars on breast-feeding. The purpose was to encourage respondents to focus on appropriate infant-feeding practices, and to provide a simple means for them to consider their own views in this regard before receiving additional information.

Participants were physicians (27), nurses (40), midwives (44), nursery nurses (51), students (mainly midwives [21] and nursery nurses [35]), social workers (18), plus some lactation counsellors and members of mother-support networks (12), and a mix of hospital aides, dietitians, and administrators (34). All took part voluntarily out of interest in breast-feeding and a desire to update their knowledge. They were asked to respond to 2 points concerning the feeding of healthy infants from birth to the end of the fourth month of life.

Respondents were asked to rate, on a descending scale from 7 (appropriate) to 0 (inappropriate) each of 5 liquids commonly given to infants in the defined age group in addition to breast milk. The liquids are plain water, glucose solution, herbal teas, fruit juices, and diluted cow's milk.

Respondents were also asked to rate infant formulas, prepared in accordance with the relevant Codex Alimentarius standard (CODEX STAN 72-1981), on a scale of 1 to 5 where breast milk, defined as the "gold standard", scored 5.

Overall results were tabulated and communicated to respondents before the end of the seminars, and analysed later according to profession.

On the appropriateness of liquids (*Fig. 1*), plain water most often obtained the maximum rating: 66% of all respondents (186/282) gave it a 7. This maximum rating

Nutrition

Connaissances et attitudes des personnels de santé concernant les pratiques d'alimentation du nourrisson

Une enquête sur les connaissances et les pratiques en matière d'alimentation du nourrisson a été conduite en novembre 1993 auprès de 282 personnes à Luxembourg et à Amiens, France, en introduction à de courts séminaires sur l'allaitement au sein. Son but était double: encourager les enquêtés à concentrer leur attention sur les pratiques appropriées d'alimentation du nourrisson, et leur fournir un moyen simple de faire le point sur leurs connaissances en la matière avant de recevoir de plus amples informations.

Les participants comptaient 27 médecins, 40 infirmiers(ères), 44 sages-femmes, 51 puéricultrices, des étudiants(es) (principalement en soins obstétricaux [21] et en puériculture [35]), 18 travailleurs sociaux, 12 conseillers(ères) en allaitement et membres de groupes de soutien aux mères, et 34 auxiliaires hospitaliers, diététiciens et administrateurs. Tous ont participé volontairement, parce qu'intéressés par l'allaitement au sein et désireux de mettre à jour leurs connaissances. Deux questions leur ont été posées sur l'alimentation des nourrissons en bonne santé, depuis la naissance jusqu'à la fin du quatrième mois de vie.

On a tout d'abord demandé aux participants de noter, selon une échelle décroissante allant de 7 (approprié) à 0 (inapproprié), les 5 liquides couramment administrés aux nourrissons du groupe d'âge considéré, en supplément du lait maternel, à savoir: eau plate, solution de glucose, tisanes, jus de fruits et lait de vache dilué.

On leur a ensuite demandé de noter des préparations pour nourrissons conformes à la norme du Codex Alimentarius (CODEX STAN 72-1981) selon une échelle de 1 à 5, la note 5 représentant le lait maternel, défini comme «étalon».

Les résultats globaux ont été classés et communiqués aux participants avant la fin des séminaires, puis analysés par profession.

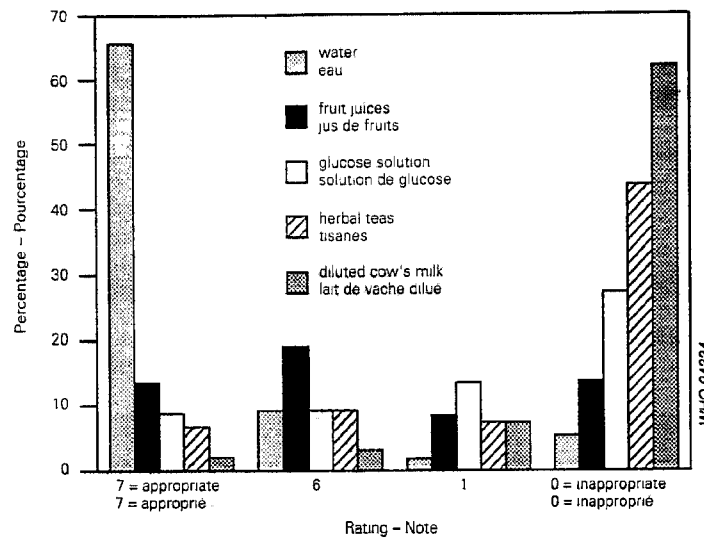
S'agissant de la première question (*Fig. 1*), la note maximum a le plus souvent été attribuée à l'eau plate, c'est-à-dire par 66% de tous les participants (186/282). La note 7 a été donnée par 76%

was given by 76% of nursery nurses (39/51), 70% of physicians (19/27), 65% of nurses (26/40), and 59% of midwives (26/44).

des puéricultrices (39/51), 70% des médecins (19/27), 65% des infirmiers(ères) (26/40) et 59% des sages-femmes (26/44).

Fig. 1 Appropriateness of supplementary fluids during the first 4 months of life, as seen by health personnel (n = 282), 1993 (selected ratings)

Fig. 1 Caractère approprié des liquides donnés en complément du lait maternel pendant les 4 premiers mois de vie, selon l'avis de personnels de santé (n = 282), 1993 (notes choisies)



Ratings for *glucose solution* varied greatly, from 0 in 27% of respondents (76/282) to 7 in 9% (25/282). A "0" rating was most common among 59% of physicians (16/27); 34% of midwives (15/44), 33% of nursery nurses (17/51), and 23% of nurses (9/40) also rated it "0".

Herbal teas scored 0 in 44% (124/282) of all responses, with the highest proportion occurring among 44% of physicians (12/27); the proportion among nurses was 28% (11/40) and among nursery nurses and midwives 20% (10/51 and 9/44).

The ratings given to *fruit juices* showed a great diversity of opinion, from an overall 13% (37/282) "appropriate" (7) to 14% (39/282) "inappropriate" (0), and 6% to 19% of respondents at each of the 6 intermediate points. The same pattern occurred when the professions were analysed separately; physicians provided the highest "appropriate" and midwives the highest proportion of "inappropriate" ratings.

The response nearest to a consensus concerned *diluted cow's milk*. The "inappropriate" rating (0) was above 60%, whether overall (175/282) or, with the exception of nurses (20/40), according to profession: midwives (34/44), physicians (19/27), and nursery nurses (34/51).

There was also close similarity between overall ratings regarding *infant formula* and those by profession (Fig. 2). Whereas 82% of all respondents gave formula a rating of either 3 (113/282) or 4 (118/282), comparable figures for individual professions were 94% (48/51) for nursery nurses, 92% (37/40) for nurses, 78% (21/27) for physicians, and 77% (34/44) for midwives.

Fourteen, or 1 in 20, out of 282 presumably informed and motivated people rated infant formula as high as breast milk (5), and just under half (47% or 133/282) rated it nearly as high (4 or 5).

The remarks made by participants after hearing the relevant WHO recommendation (see box) revealed deeply felt and - particularly among physicians - highly contentious views.

The 12 lactation counsellors and members of mother-support networks were the most cohesive in their replies and the only group to respond to the question on provision of liquids in a manner closely consistent with the WHO

Les notes attribuées à la *solution de glucose* étaient très variables, allant de 0 pour 27% des participants (76/282) à 7 pour 9% d'entre eux (25/282). Une majorité de médecins (16/27, soit 59%) ont donné la note minimale, contre 34% des sages-femmes (15/44), 33% des puéricultrices (17/51), et 23% des infirmiers(ères) (9/40).

Les *tisanes* ont reçu la note 0 auprès de 44% des participants (124/282), les médecins venant en tête (12/27), suivis des infirmiers(ères) (28%, soit 11/40), des puéricultrices et des sages-femmes (20%, soit 10/51 et 9/44).

Les notes attribuées aux *jus de fruits* reflètent des avis très divers: 13% des enquêtés (37/282) les jugent «appropriés» (note 7), alors que 14% (39/282) estiment qu'ils sont «inappropriés» (note 0), et que de 6% à 19% leur attribuent l'une des 6 notes intermédiaires. Le même schéma est apparu à l'analyse par profession, la note la plus élevée étant donnée par les médecins et la plus basse par les sages-femmes.

L'opinion sur le *lait de vache dilué* a été la plus proche d'un consensus. La note 0 a été attribuée dans plus de 60% des cas, qu'il s'agisse des résultats globaux (175/282) ou des résultats par profession, à l'exception des infirmiers(ères) (20/40): sages-femmes (34/44), médecins (18/26) et puéricultrices (34/51).

En ce qui concerne les *préparations pour nourrissons*, les résultats globaux et par profession étaient très similaires (Fig. 2). Quarante-deux pour cent de tous les participants leur ont attribué la note 3 (113/282) ou 4 (118/282), les chiffres correspondants pour chaque profession étant de 94% (48/51) pour les puéricultrices, 92% (37/40) pour les infirmiers(ères), 78% (21/27) pour les médecins et 77% (34/44) pour les sages-femmes.

Quatorze des 282 participants (soit 1 sur 20), que l'on peut supposer bien informés et motivés, ont attribué aux préparations pour nourrissons la même note qu'au lait maternel (5), et près de la moitié des enquêtés (47%, soit 133/282) une note presque aussi élevée (4 ou 5).

Les remarques formulées par les participants après avoir pris connaissance de la recommandation de l'OMS sur la question (voir encadré) ont révélé des opinions très controversées et profondément ancrées, notamment chez les médecins.

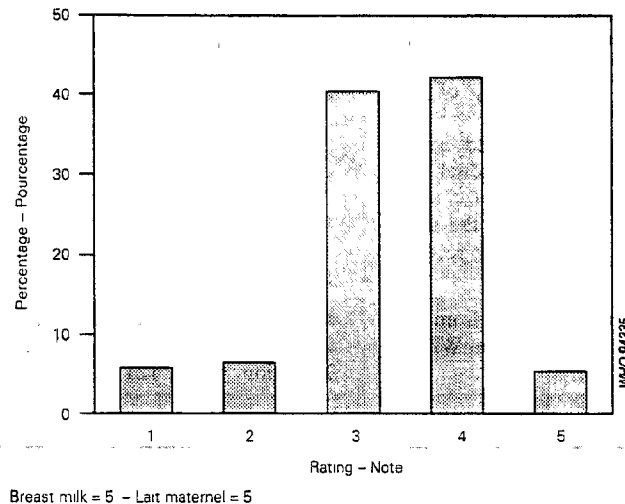
Les 12 conseillers(ères) en allaitement et membres de réseaux de soutien aux mères ont fait preuve d'une grande cohésion dans leurs réponses et ont été le seul groupe à répondre à la question concernant les liquides d'une manière quasi conforme aux recom-

recommendation. The "0" rating in this small group was 67% (8/12) for water, 75% (9/12) for glucose solution, 83% (10/12) for herbal teas, 92% (11/12) for juices, and 100% (12/12) for diluted cow's milk. Not surprisingly, the group of 12 lactation counsellors and members of mother-support networks also gave the lowest ratings to infant formula: 9 ones, 1 two, and 2 threes.

mandations de l'OMS. Soixante-sept pour cent (8/12) des membres de ce petit groupe ont attribué la note 0 à l'eau, 75% (9/12) à la solution de glucose, 83% (10/12) aux tisanes, 92% (11/12) aux jus de fruits et 100% (12/12) au lait de vache dilué. On constate sans surprise que ce même groupe est celui qui a le plus faiblement noté les préparations pour nourrissons: 9 fois la note 1, une fois la note 2 et 2 fois la note 3.

Fig. 2 Infant formula compared to breast milk, as seen by health personnel (n = 282), 1993

Fig. 2 Préparations pour nourrissons comparées au lait maternel, selon l'avis de personnels de santé (n = 282), 1993



The exercise helped participants to focus on infant-feeding practices even as it heightened awareness of their attitudes on the subject. Whether it also served to alter attitudes, or at least to cause participants to reconsider them, is another question. It is nevertheless an intriguing paradox that, where supplementary liquids are concerned, technically sounder views prevailed outside the formally designated health-care hierarchy. That nearly half of respondents rated infant formula as high, or almost as high, as breast milk merits careful consideration in the light of current scientific knowledge and poses a singular challenge to those who are responsible for educating health personnel. These results also suggest the potential utility of investigating where lactation counsellors and mother-support networks obtain their information, and how they transmit it.

L'enquête a permis aux participants de concentrer leur attention sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et de prendre conscience de leurs propres attitudes à cet égard. Une autre question est de savoir si elle les a encouragés à changer d'attitudes, ou tout du moins à mettre en cause ces dernières. On constate, néanmoins, un curieux paradoxe concernant les liquides d'appoint: les participants ayant exprimé les points de vue les plus fondés scientifiquement n'appartiennent pas à la hiérarchie conventionnelle des professions de la santé. Le fait que près de la moitié des participants ont placé les préparations pour nourrissons au même niveau, ou presque, que le lait maternel mérite réflexion à la lumière des connaissances scientifiques actuelles et représente un sérieux défi pour les responsables de l'éducation des personnels de santé. Ces résultats suggèrent également qu'il serait utile de connaître les sources d'information des conseillers(ères) en allaitement et des groupes de soutien aux mères, et les moyens qu'ils utilisent pour communiquer cette information.

The World Health Organization's infant-feeding recommendation

The World Health Organization recommends that infants should be fed exclusively on breast milk from birth to 4 to 6 months of age; that is, they should be given no other liquids or solids than breast milk, not even water, during this period. Given the worldwide variation in growth velocity, an age range is an essential element of this feeding recommendation. Mean growth Z-scores are indeed observed to begin falling at different points within this 4-to-6-month range in breast-fed infants from different populations worldwide. WHO and its partners are in the process of refining the definition of "optimal" growth, as measured by accepted functional indicators of infant health and well-being.

After this initial 4-to-6-month period of exclusive breast-feeding, children should continue to be breast-fed for up to 2 years of age or beyond, while receiving

Recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé concernant l'alimentation des nourrissons

L'Organisation mondiale de la Santé recommande de nourrir les enfants exclusivement au sein pendant les 4 à 6 premiers mois de vie, c'est-à-dire de ne leur donner aucun aliment solide ou liquide autre que le lait maternel, pas même de l'eau. Étant donné que la rapidité de la croissance varie dans le monde entier, il importe de fixer une période d'allaitement approximative. En effet, les écarts-types par rapport à la courbe de croissance chez les enfants nourris au sein s'accroissent à différents moments de la période indiquée suivant les populations. L'OMS et ses partenaires affinent actuellement la définition de la croissance «optimale», selon des indicateurs reconnus de la santé et du bien-être du nourrisson.

Après la période initiale d'allaitement au sein exclusif, les enfants devraient être encore nourris au sein jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, tout en recevant des aliments complémentaires

nutritionally adequate and safe complementary foods. Starting complementary feeding too early or too late are *both* undesirable. Ideally, the decision when precisely to begin will be made by a mother, in consultation with her health worker, based on her infant's specific growth and development needs.

WHO's current infant-feeding recommendation was based initially on the technical review and discussion undertaken in 1979 in connection with a joint WHO/UNICEF meeting on infant and young child feeding. The meeting's statement and recommendations were subsequently endorsed in their entirety by the World Health Assembly. Important additional scientific evidence including, most recently, from the WHO Expert Committee on the use and interpretation of anthropometry, underscores the reliability of the 1979 review.

Although future scientific information and better understanding of the variable impact of individual and population circumstances may well warrant a change one day, present scientific evidence confirms the suitability of WHO's long-standing infant-feeding recommendation.

• A list of references is available upon request from the Nutrition Unit, Division of Food and Nutrition, WHO, 1211 Geneva 27, Switzerland.

sains et satisfaisants du point de vue nutritionnel. L'alimentation de complément ne doit commencer *ni* trop tôt *ni* trop tard. Dans l'idéal, c'est la mère qui doit décider du moment précis auquel commencer à donner des aliments de complément, en consultation avec son agent de santé et en fonction des besoins spécifiques de l'enfant eu égard à sa croissance et à son développement.

Les recommandations actuelles de l'OMS reposent sur les travaux et analyses techniques entrepris en 1979 suite à une réunion conjointe OMS/UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La déclaration et les recommandations adoptées au cours de cette réunion ont par la suite été approuvées dans leur totalité par l'Assemblée mondiale de la Santé. Les recherches scientifiques entreprises depuis lors et, tout récemment, les conclusions du Comité d'experts OMS sur l'utilisation et l'interprétation de l'anthropométrie, confirment la fiabilité des analyses effectuées en 1979.

Bien que les découvertes scientifiques et une meilleure compréhension de la variabilité des conséquences selon les individus ou les populations puissent à l'avenir justifier des modifications, les connaissances scientifiques actuelles confirment le bien-fondé des recommandations adoptées de longue date par l'OMS concernant l'alimentation du nourrisson.

• Une liste de références est disponible sur demande auprès de l'unité de la Nutrition, Division de l'Alimentation et de la Nutrition, OMS, 1211 Genève 27, Suisse.

Tick-borne encephalitis

Latvia. Morbidity from tick-borne encephalitis (TBE), a notifiable disease in Latvia since 1955, has increased sharply in recent years (*Fig. 1*). In the period 1984 to 1992, the annual number of cases ranged from 117 in 1989 to 287 in 1992, with an incidence rate of 4.4 and 10.7 per 100 000 population respectively. In 1993, the number of cases increased to 771 (29.0 per 100 000) and in 1994 to 1 366 (52.4 per 100 000). Rates ranging from 115 to 199 per 100 000 were reported in 5 regions in 1994. The epidemiological season is long, lasting from April to November (*Fig. 2*). Most cases present with severe illness and an increasing fatality rate has been noted. During the last 3 years, morbidity was lower among children than in adults (*Fig. 3*), possibly a consequence of the administration of specific immunoglobulin after tick bites. Morbidity among professional risk groups remained significantly higher than in the general population.

Encéphalite à tiques

Lettonie. Ces dernières années, la morbidité due à l'encéphalite à tiques, maladie à déclaration obligatoire en Lettonie depuis 1955, a fortement augmenté (*Fig. 1*). Au cours de la période 1984-1992, le nombre annuel de cas a oscillé entre 117 en 1989 et 287 en 1992, avec des taux d'incidence respectifs de 4,4 et de 10,7 pour 100 000 habitants. En 1993, le nombre de cas est passé à 771 (29,0 pour 100 000) et en 1994 à 1 366 (52,4 pour 100 000). Cette même année, on a signalé des taux de 115 à 199 pour 100 000 dans 5 régions. La saison épidémiologique est longue, puisqu'elle s'étend d'avril à novembre (*Fig. 2*). Dans la plupart des cas, il s'agit d'une pathologie grave dont le taux de létalité va s'aggravant. Au cours des 3 dernières années, la morbidité a été plus faible chez les enfants que chez les adultes (*Fig. 3*), peut-être par suite de l'administration d'une immunoglobuline spécifique après piqûre de tiques. Chez les membres des professions à risque, la morbidité est restée beaucoup plus élevée que dans la population en général.

Fig. 1 Cases of tick-borne encephalitis, Latvia, 1984-1994

Fig. 1 Cas d'encéphalite à tiques, Lettonie, 1984-1994

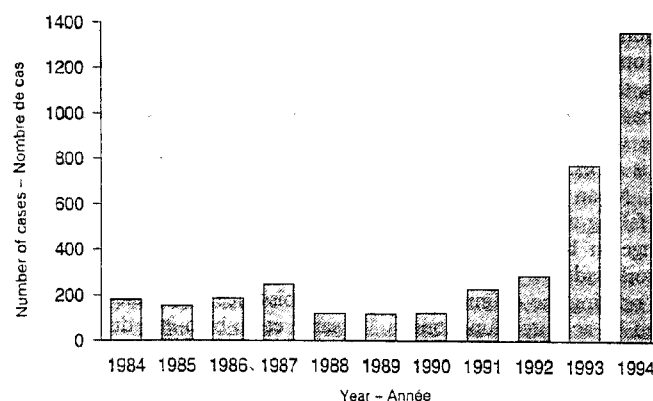


Fig. 2 Monthly distribution of cases of tick-borne encephalitis, Latvia, 1993-1994

Fig. 2 Répartition mensuelle des cas d'encéphalite à tiques, Lettonie, 1993-1994

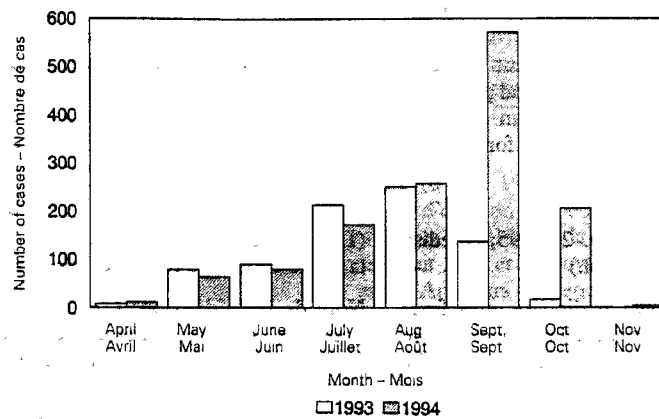
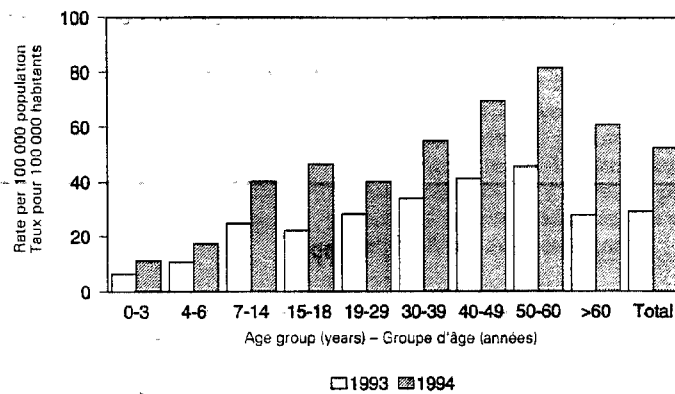


Fig. 3 Age-specific incidence rate of tick-borne encephalitis, Latvia, 1993-1994

Fig. 3 Taux d'incidence par âge de l'encéphalite à tiques, Lettonie, 1993-1994



The incidence of TBE recorded in Latvia is higher than in neighbouring countries. The increased morbidity may be related to an increasing infectiousness of ticks, or to the extension of natural foci closer to inhabited sites, including green areas such as parks in big cities where cases are known to have occurred.

A national programme on TBE control has been established. Its main preventive measures are immunization of risk groups and public health education.

(Based on: A report from the National Environment Health Centre.)

Sweden. During 1994, 116 cases of TBE were serologically verified. This is an increase compared with the period 1991-1993 when the annual number of cases ranged from 51 to 83 cases. The median age of the 116 cases was 41.5 years (range 7-75) and 79 of them (68%) occurred in men. A majority were infected during July and August, and most patients had noticed a least one tick bite in the weeks before onset of disease.

TBE is endemic in the southern parts of the country and the disease is most prevalent on the East Coast, especially the Stockholm archipelago, the eastern region of Lake Mälaren, and Gotland with its surrounding islands in the Baltic Sea. The endemic foci seem to be stable with no significant differences over the years.

The case-fatality rate is around 1%; 10-15% of adults develop paresis during the acute stage of the disease. The convalescence period is often long and some patients develop chronic post-encephalitic syndrome. Of 40 patients

L'incidence de l'encéphalite à tiques est plus élevée en Lettonie que dans les pays voisins. Cette morbidité accrue pourrait s'expliquer par une infectiosité plus grande des tiques, ou encore par l'extension des foyers naturels en direction des zones de peuplement, et notamment des espaces verts tels que les parcs des grandes villes où l'on sait qu'un certain nombre de cas se sont produits.

Un programme national de lutte contre l'encéphalite à tiques a été mis en place. Il comporte, comme principales mesures de prévention, la vaccination des groupes à risque et une éducation en matière de santé publique.

(D'après: Un rapport du Centre national d'Hygiène de l'Environnement.)

Suède. En 1994, 116 cas d'encéphalite à tiques ont été sérologiquement confirmés. Ils marquent une augmentation par rapport à la période 1991-1993 où le nombre annuel de cas se situait dans les limites de 51 à 83. L'âge médian des cas était de 41,5 ans (intervalle: 7-75 ans) et 79 d'entre eux (68%) étaient des hommes. La plupart ont été contaminés en juillet et août et presque tous avaient remarqué avoir été piqués au moins une fois par une tique dans les semaines précédant la maladie.

L'encéphalite à tiques est endémique dans le sud du pays et c'est le long de la côte orientale qu'elle est la plus fréquente, notamment dans l'archipel de Stockholm, la région orientale du lac Mälaren et le Gotland avec les îles qui l'entourent dans la mer Baltique. Il semble que les foyers d'endémie soient stables, sans variation marquée au fil des années.

Le taux de létalité se situe aux alentours de 1%, une parésie apparaissant chez 10% à 15% des adultes au cours de la phase aiguë. La période de convalescence est souvent longue et certains malades font un syndrome postinfectieux chronique. Sur 40

seen at one hospital in 1994, 6 were treated as out-patients, while the median duration of those hospitalized was 7 days (range 1-28) for all but 1 patient. One elderly patient with severe illness was hospitalized for more than 5 weeks. Six patients developed paresis during the acute phase of the disease.

Vaccination is recommended for permanent residents or regular visitors to endemic foci. As the clinical picture of TBE in pre-school children is less severe than in adults vaccination is, in general, not recommended for this age group in Sweden.

(Based on: *Epid Aktuell*, Vol. 18, No. 2, 1995; Swedish Institute for Infectious Disease Control.)

Editorial Note: TBE, also known as diphasic milk fever or diphasic meningoencephalitis, is caused by a virus of the family *Flaviviridae*. Several serological strains exist, the more severe of which occurring in the far eastern regions of the Russian Federation. The virus is maintained in nature in a cycle involving ticks and small mammals, domestic livestock, and certain species of birds. The disease is transmitted to humans primarily by the bite of infected ticks, although humans may also become infected following ingestion of unboiled milk, especially from goats.¹ Diagnosis is made on clinical grounds and confirmed by virus isolation or serology. Regionally produced inactivated vaccines are commercially available.

¹ See No. 19, 1994, pp. 140-141

Influenza

Australia (19 April 1995). Widespread influenza activity has been reported in the Northern Territory since the end of March. Two strains of influenza A(H1N1) and 2 of influenza B viruses have been isolated. Influenza A(H1N1) virus was also isolated during an outbreak in a primary school in Victoria. About 30% of the students and staff were affected. Influenza B virus was isolated from a sporadic case in Victoria.

Austria (19 April 1995).¹ The number of laboratory-confirmed cases has declined and the incidence of acute respiratory infections in Vienna was down to baseline levels at the end of March. Most cases were associated with influenza A, but some influenza B was also detected this season.

Belgium (16 April 1995).¹ Morbidity from acute respiratory diseases and influenza-like illness has continued to increase while the number of laboratory-confirmed cases has dropped. Influenza A(H3N2), influenza A(H1N1) and influenza B viruses have been isolated this season, but 93% of isolates from outpatients were influenza B.

Bulgaria (31 March 1995).² Low level influenza activity continued to be reported in March. After the first 2 cases of influenza A(H3N2) diagnosed in January, 1 case of the same subtype was confirmed in a sporadic case in a 2-year-old child in March.

Croatia (14 April 1995). The incidence of influenza-like illness has increased slightly since mid-March. Influenza A virus has been isolated from 2 cases while influenza B has been diagnosed serologically in some cases.

Finland (18 April 1995).³ The number of laboratory-confirmed cases decreased during March, but sporadic

¹ See No. 14, 1995, p. 102.

² See No. 12, 1995, p. 87.

³ See No. 11, 1995, p. 79.

malades vus dans un hôpital en 1994, 6 ont été traités en ambulatoire, et la durée médiane de séjour de ceux qui ont été hospitalisés a été de 7 jours (intervalle 1-28 jours) dans la totalité des cas, sauf 1. Un malade âgé gravement atteint est resté hospitalisé plus de 5 semaines. Six malades ont fait une parésie au cours de la phase aiguë de la maladie.

Il est recommandé aux personnes qui résident en permanence dans des foyers d'endémie, ou à celles qui s'y rendent régulièrement, de se faire vacciner. Etant donné que le tableau clinique de l'encéphalite à tiques est moins grave chez les enfants d'âge préscolaire que chez les adultes, la vaccination n'est pas recommandée en général dans ce groupe d'âge en Suède.

(D'après: *Epid Aktuell*, Vol. 18, N° 2, 1995; Institut suédois pour la Lutte contre les Maladies infectieuses.)

Note de la Rédaction: L'encéphalite à tiques, que l'on connaît également sous les noms de fièvre diphasée du lait ou méningo-encéphalite diphasée, est causée par un virus de la famille des *Flaviviridae*. Il en existe plusieurs types sérologiques dont les plus virulents sévissent dans les régions extrême-orientales de la Fédération de Russie. Le virus survit dans la nature grâce à un cycle auquel participent des tiques et de petits mammifères, du bétail et certaines espèces d'oiseaux. La maladie est principalement transmise à l'homme par la piqûre de tiques infectées, mais la contamination peut également avoir lieu par ingestion de lait non bouilli, notamment du lait de chèvre.¹ Le diagnostic est posé d'après les manifestations cliniques et confirmé par isolement du virus ou par voie sérologique. On trouve dans le commerce des vaccins inactivés de production régionale.

¹ Voir N° 19, 1994, pp. 140-141

Grippe

Australie (19 avril 1995). Une activité grippale étendue est signalée dans le Territoire du Nord depuis la fin mars. Deux souches de virus grippal A(H1N1) et 2 de virus B ont été isolées. Le virus grippal A(H1N1) a aussi été isolé au cours d'une flambée dans une école primaire dans l'Etat de Victoria. Près de 30% des élèves et du personnel ont été touchés. Le virus grippal B a également été isolé d'un cas sporadique dans l'Etat de Victoria.

Autriche (19 avril 1995).¹ Le nombre de cas confirmés en laboratoire a diminué et l'incidence des infections respiratoires aiguës à Vienne était retombée aux niveaux de base à la fin mars. La plupart des cas étaient associés à la grippe A, mais la grippe B a aussi été identifiée cette saison.

Belgique (16 avril 1995).¹ La morbidité due aux affections respiratoires aiguës et aux syndromes grippaux a continué à augmenter tandis que le nombre de cas confirmés en laboratoire a chuté. Des virus grippaux A(H3N2), A(H1N1) et B ont été isolés cette saison, mais 93% des isolements provenant de patients ambulatoires étaient des virus B.

Bulgarie (31 mars 1995).² Une activité grippale de faible intensité a continué à être signalée en mars. Après les 2 premiers cas de grippe A (H3N2) diagnostiqués en janvier, 1 cas du même sous-type a été confirmé en mars chez un cas sporadique, un enfant de 2 ans.

Croatie (14 avril 1995). L'incidence des syndromes grippaux a légèrement augmenté depuis la mi-mars. Le virus grippal A a été isolé de 2 cas tandis que le virus B était diagnostiqué sérologiquement chez quelques cas.

Finlande (18 avril 1995).³ Le nombre de cas confirmés en laboratoire a diminué en mars, mais des cas sporadiques de grippe A et B

¹ Voir N° 14, 1995, p. 102.

² Voir N° 12, 1995, p. 87.

³ Voir N° 11, 1995, p. 79.

cases of influenza A and B continued to be detected in the first 2 weeks of April. Influenza A has been the predominant influenza type this season and all isolates further identified have been of H3N2 subtype.

Germany (13 April 1995).¹ Outbreaks of influenza-like illness occurred in all parts of the country during March. Influenza B virus has been isolated from 84 cases since mid-January, and influenza A(H3N2) virus from 20 cases since early February.

Poland (6 April 1995).² The number of cases of influenza-like illness increased from around 68 000 in the first half of March to over 215 000 in the second half of the month. Cracow accounted for 20% and Warsaw for 17% of the cases notified between 16 and 31 March. During this period influenza B viruses were isolated in Cracow.

Sweden (21 April 1995).³ Sporadic cases and local outbreaks of influenza continue to be reported in several parts of the country. Three deaths occurred during an outbreak in a home for the elderly; influenza A was confirmed in 2 cases. The outbreak affected 36 of 53 patients, all of whom had been vaccinated, and 8 staff members. Over 20 recruits were affected during an influenza outbreak in a military unit and a hospital ward had to close due to an outbreak in early April. However, there has been no increase in sick leave.

United Kingdom (14 April 1995).⁴ The rate of reporting of influenza-like illness by "spotter" general practices in Scotland increased gradually during January, more markedly in February and may have reached a peak in the first 3 weeks of March. Laboratory reports continued, however, to increase during the month of March. Most cases this season have been influenza B, but some influenza A has also been reported.

¹ See No. 11, 1995, p. 79.

² See No. 8, 1995, p. 59

³ See No. 12, 1995, p. 88

⁴ See No. 14, 1995, p. 103

Dengue surveillance

New Caledonia. An epidemic of dengue type 3 is in progress in New Caledonia. After a slow start in January 1995, the weekly number of cases increased in February and was about 60-70 in the last 2 weeks of February and the first week of March. By 5 March, 274 cases had been reported to the territorial health authorities, including 115 (42%) in Noumea, where some neighbourhoods were much more seriously affected than others. The remaining cases were scattered throughout the main island, Grande Terre, with some concentration on the north-east coast. The Loyalty Islands Province has so far been spared. Age information available for 80% of the cases indicates a range from infants to 86 years, with three-quarters of the patients in age groups between 20 and 64 years. Further clinical information is being collected to assess the severity and outcome of the illness.

The Arbovirus Laboratory of the Pasteur Institute has confirmed 188 of the cases (69%) as dengue serotype 3. No other virus type has been identified in this outbreak. Dengue virus type 3 was the predominant serotype in the last epidemic which occurred in 1989.

Control activities were rapidly instituted by municipal, provincial and territorial health authorities. These activities included ultra-low volume insecticide spraying, larvae control and a large-scale public information campaign through the media about the disease and its prevention.

(Based on: South Pacific Epidemiological and Health Information Service, 10 March 1995; South Pacific Commission.)

ont continué à être décelés au cours de la première quinzaine d'avril. La grippe A a été le type de grippe prédominant cette saison, et tous les isolements identifiés appartenaient au sous-type H3N2.

Allemagne (13 avril 1995).¹ Des flambées de syndrome grippal se sont produites dans toutes les régions du pays au cours du mois de mars. Le virus grippal B a été isolé de 84 cas depuis la mi-janvier, et le virus grippal A(H3N2) de 20 cas depuis le début février.

Pologne (6 avril 1995).² Le nombre de cas de syndrome grippal est passé d'environ 68 000 au cours de la première quinzaine de mars à plus de 215 000 la seconde quinzaine du mois. Cracovie représentait 20% et Varsovie 17% des cas notifiés entre le 16 et le 31 mars. Au cours de cette période, des virus B ont été isolés à Cracovie.

Suède (21 avril 1995).³ Des cas sporadiques et des flambées locales de grippe continuent à être signalés dans plusieurs régions du pays. Trois décès se sont produits au cours d'une flambée dans une maison de retraite; la grippe A a été confirmée chez 2 personnes. La flambée a touché 36 des 53 pensionnaires, tous vaccinés, et 8 membres du personnel. Plus de 20 recrues ont été touchées lors d'une flambée de grippe dans un camp militaire, et un service hospitalier a dû fermer ses portes à cause d'une flambée au début avril. Il n'y a toutefois pas eu d'augmentation des congés-maladie.

Royaume-Uni (14 avril 1995).⁴ Le taux des déclarations de syndrome grippal par les cabinets de généralistes sentinelles en Ecosse a graduellement augmenté en janvier, de façon plus marquée en février, et pourrait avoir atteint un pic au cours des 3 premières semaines de mars. Les rapports des laboratoires ont toutefois continué à s'accroître pendant le mois de mars. La plupart des cas cette saison étaient dus à la grippe B, mais des cas de grippe A ont aussi été signalés.

¹ Voir N° 11, 1995, p. 79.

² Voir N° 8, 1995, p. 59

³ Voir N° 12, 1995, p. 88.

⁴ Voir N° 14, 1995, p. 103

Surveillance de la dengue

Nouvelle-Calédonie. Une épidémie de dengue type 3 sévit actuellement en Nouvelle-Calédonie. Elle a débuté lentement en janvier 1995, et le nombre hebdomadaire de cas s'est accru en février, pour atteindre de 60 à 70 cas environ les 2 dernières semaines de février et la première semaine de mars. Au 5 mars, 274 cas avaient été signalés aux autorités sanitaires territoriales, dont 115 (42%) à Nouméa, où certains quartiers étaient beaucoup plus touchés que d'autres. Les autres cas étaient disséminés sur l'île principale, Grande Terre, avec une concentration de cas sur la côte nord-est. La province de Loyalty Islands a été épargnée jusqu'ici. Les informations concernant l'âge, disponibles pour 80% des cas, indiquent une fourchette allant des nourrissons à 86 ans, les trois quarts des patients se situant dans des groupes d'âge entre 20 et 64 ans. D'autres informations cliniques sont en train d'être recueillies afin d'évaluer la gravité et l'issue de la maladie.

Le Laboratoire des Arbovirus de l'Institut Pasteur a confirmé que 188 des cas (69%) étaient dus à la dengue type 3. Aucun autre virus n'a été identifié lors de cette flambée. Le virus de la dengue type 3 avait prédominé lors de la dernière épidémie de 1989.

Des activités de lutte ont été rapidement mises sur pied par les autorités sanitaires municipales, provinciales et territoriales. Ces activités comprenaient notamment l'épandage en volume ultra-faible d'insecticide, un traitement larvicide, et une campagne médiatique de grande envergure sur la maladie et sa prévention.

(D'après: South Pacific Epidemiological and Health Information Service, 10 mars 1995; Commission du Pacifique Sud.)

<p>International Travel and Health Vaccination Requirements and Health Advice Amendments to 1995 Edition</p> <p>SAO TOME AND PRINCIPE (p. 36) Delete information on yellow fever and <i>replace by:</i> Yellow fever – A yellow fever vaccination certificate is required from all travellers over 1 year of age.</p>	<p>Voyages internationaux et santé Vaccinations exigées et conseils d'hygiène Amendements à l'édition 1995</p> <p>SAO TOMÉ-ET-PRINCIPE (p. 38) Supprimer les renseignements sur la fièvre jaune et <i>remplacer par:</i> Fièvre jaune – Un certificat de vaccination contre la fièvre jaune est exigé de tous les voyageurs âgés de plus d'un an.</p>
---	---

<p>Yellow-fever vaccinating centres for international travel Amendments to 1991 publication</p> <p>CANADA <i>Insert - Insérer:</i></p> <p>New Brunswick</p> <p>Fredericton Dr Wayne MacDonald, DMHO, Health and Community Services, Public Health Office, 202-300 St. Mary's Street</p> <p>Ontario</p> <p>Downsview Dr Mark A. Greenberg, Family and Emergency Medicine, 4716 Jane Street</p> <p>Québec</p> <p>Lévis Dr Claude Gingras, Clinique médicale St. David de l'Aubervière, 4497 boul. de la Rive-Sud</p> <p>Montréal Dr Yvan Fortin, MediClub Montréal, 6100 du Boisé</p> <p>CHANNEL ISLANDS/ÎLES ANGLO-NORMANDES <i>Insert - Insérer</i></p> <p>Jersey</p> <p>St Helier Dr C.A.S. Mason & Partners, The Surgery, 4 Grosvenor Street</p>	<p>Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux Amendements à la publication de 1991</p> <p>GERMANY/ALLEMAGNE <i>Insert - Insérer:</i></p> <p>Erfurt Dr Rainer Lundershausen, Thälmannstraße 25 (Zulassungs Nr. 7)</p> <p>Hamm Dr Hartwig, Gesundheitsamt, Heinrich-Reinköster-Straße 8 (Impfstelle Nr. 48)</p> <p>Moers Dr Oswald, Stormstraße 95 (Zulassungs Nr. 19)</p> <p>Osnabrück Gesundheitsamt, Hakenstraße 6</p> <p>SWEDEN/SUÈDE <i>Insert - Insérer</i></p> <p>Stockholm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stockholm Medical Office (Official Stamp No. 71) • Medical Center Vaccination (Official Stamp No. 72)
--	---

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

<p>Notifications received from 21 to 27 April 1995</p> <p>C – cases, D – deaths, ... – data not yet received, i – imported, r – revised, s – suspect</p>		<p>Notifications reçues du 21 au 27 avril 1995</p> <p>C – cas, D – décès, ... – données non encore disponibles, i – importé, r – révisé, s – suspect</p>																																																																																																																		
<p>Cholera • Choléra</p> <p>Africa • Afrique</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">C</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>Somalia – Somalie</td> <td style="text-align: center;">1.I-31.III</td> <td style="text-align: center;">169r</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: center;">9091r</td> <td style="text-align: center;">169r</td> </tr> </table> <p>Asia • Asie</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">C</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>Lao People's Dem. Rep. Rép. dém. populaire lao</td> <td style="text-align: center;">29.I-28.III</td> <td style="text-align: center;">29</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: center;">210</td> <td style="text-align: center;">29</td> </tr> </table>		C	D	Somalia – Somalie	1.I-31.III	169r	9091r	169r		C	D	Lao People's Dem. Rep. Rép. dém. populaire lao	29.I-28.III	29	210	29	<p>Plague • Peste</p> <p>Africa • Afrique</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">C</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>Madagascar</td> <td style="text-align: center;">1-31.I</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td><i>Antananarivo Province</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anjozorobe S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">3(1s)</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Antanifotsy S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Antsirabe S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">2(1s)</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Betafo S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">4s</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Miannarivo S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">3(1s)</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Tsiroanomandidy S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">2s</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td><i>Fianarantsoa Province</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ambatofinandrahana S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">2(1s)</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Ambohimahasoa S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">6(1s)</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Ambositra S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">11(8s)</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Fandriana S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">4s</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Fianarantsoa I S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">5s</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Fianarantsoa II S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">6(4s)</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Manandriana S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">5(1s)</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>		C	D	Madagascar	1-31.I	0	<i>Antananarivo Province</i>			Anjozorobe S. Préf.	3(1s)	1	Antanifotsy S. Préf.	1	0	Antsirabe S. Préf.	2(1s)	2	Betafo S. Préf.	4s	0	Miannarivo S. Préf.	3(1s)	0	Tsiroanomandidy S. Préf.	2s	0	<i>Fianarantsoa Province</i>			Ambatofinandrahana S. Préf.	2(1s)	0	Ambohimahasoa S. Préf.	6(1s)	0	Ambositra S. Préf.	11(8s)	0	Fandriana S. Préf.	4s	0	Fianarantsoa I S. Préf.	5s	0	Fianarantsoa II S. Préf.	6(4s)	0	Manandriana S. Préf.	5(1s)	0	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">C</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>Madagascar</td> <td style="text-align: center;">1-28.II</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td><i>Antananarivo Province</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Antananarivo S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">3(2s)</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Betafo S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">2s</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Miarinarivo S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Renivohitra S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Tsiroanomandidy S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td><i>Fianarantsoa Province</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ambatofinandrahana S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">3s</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Ambohimahasoa S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Ambositra S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">3(2s)</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Fianarantsoa I S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">4s</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Fianarantsoa II S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">18s</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Manandriana S. Préf.</td> <td style="text-align: center;">1s</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </table>		C	D	Madagascar	1-28.II	0	<i>Antananarivo Province</i>			Antananarivo S. Préf.	3(2s)	1	Betafo S. Préf.	2s	1	Miarinarivo S. Préf.	1	0	Renivohitra S. Préf.	3	1	Tsiroanomandidy S. Préf.	1	0	<i>Fianarantsoa Province</i>			Ambatofinandrahana S. Préf.	3s	0	Ambohimahasoa S. Préf.	1	1	Ambositra S. Préf.	3(2s)	0	Fianarantsoa I S. Préf.	4s	0	Fianarantsoa II S. Préf.	18s	2	Manandriana S. Préf.	1s	1
	C	D																																																																																																																		
Somalia – Somalie	1.I-31.III	169r																																																																																																																		
.....	9091r	169r																																																																																																																		
	C	D																																																																																																																		
Lao People's Dem. Rep. Rép. dém. populaire lao	29.I-28.III	29																																																																																																																		
.....	210	29																																																																																																																		
	C	D																																																																																																																		
Madagascar	1-31.I	0																																																																																																																		
<i>Antananarivo Province</i>																																																																																																																				
Anjozorobe S. Préf.	3(1s)	1																																																																																																																		
Antanifotsy S. Préf.	1	0																																																																																																																		
Antsirabe S. Préf.	2(1s)	2																																																																																																																		
Betafo S. Préf.	4s	0																																																																																																																		
Miannarivo S. Préf.	3(1s)	0																																																																																																																		
Tsiroanomandidy S. Préf.	2s	0																																																																																																																		
<i>Fianarantsoa Province</i>																																																																																																																				
Ambatofinandrahana S. Préf.	2(1s)	0																																																																																																																		
Ambohimahasoa S. Préf.	6(1s)	0																																																																																																																		
Ambositra S. Préf.	11(8s)	0																																																																																																																		
Fandriana S. Préf.	4s	0																																																																																																																		
Fianarantsoa I S. Préf.	5s	0																																																																																																																		
Fianarantsoa II S. Préf.	6(4s)	0																																																																																																																		
Manandriana S. Préf.	5(1s)	0																																																																																																																		
	C	D																																																																																																																		
Madagascar	1-28.II	0																																																																																																																		
<i>Antananarivo Province</i>																																																																																																																				
Antananarivo S. Préf.	3(2s)	1																																																																																																																		
Betafo S. Préf.	2s	1																																																																																																																		
Miarinarivo S. Préf.	1	0																																																																																																																		
Renivohitra S. Préf.	3	1																																																																																																																		
Tsiroanomandidy S. Préf.	1	0																																																																																																																		
<i>Fianarantsoa Province</i>																																																																																																																				
Ambatofinandrahana S. Préf.	3s	0																																																																																																																		
Ambohimahasoa S. Préf.	1	1																																																																																																																		
Ambositra S. Préf.	3(2s)	0																																																																																																																		
Fianarantsoa I S. Préf.	4s	0																																																																																																																		
Fianarantsoa II S. Préf.	18s	2																																																																																																																		
Manandriana S. Préf.	1s	1																																																																																																																		

<p>Telex: 415416 Fax: 791 41 94 (Attention EPIDNATIONS for notifications of diseases subject to the Regulations)</p> <p>Automatic telex reply service: Telex 415768 Geneva followed by ZCZC ENGL for reply in English</p> <p>Price of the Weekly Epidemiological Record Annual subscription Sw. fr. 209.–</p>	<p>Telex: 415416 Fax: 791 41 94 (A l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au Règlement)</p> <p>Service automatique de réponse par télex: Télex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français</p> <p>Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire Abonnement annuel Fr. s. 209.–</p>
---	--