



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

31 MARCH 1995 • 70th YEAR

70^e ANNÉE • 31 MARS 1995

CONTENTS		SOMMAIRE	
Veterinary public health — Oral immunization of foxes in Europe in 1994	89	Santé publique vétérinaire — Vaccination orale des renards en Europe en 1994	89
Expanded Programme on Immunization — Outbreak of measles in a religious group, Montreal, Quebec, Canada	91	Programme élargi de vaccination — Flambée de rougeole dans un groupe religieux, Montréal, Québec, Canada	91
Cerebrospinal meningitis	93	Méningite cérébrospinale	93
Yellow fever, Gabon	94	Fièvre jaune, Gabon	94
Food-safety — Conference announcement	95	Salubrité des aliments — Annonce de conférence	95
Yellow-fever vaccinating centres for international travel — Amendments to 1991 publication	96	Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux — Amendements à la publication de 1991	96
Diseases subject to the Regulations	96	Maladies soumises au Règlement	96

Veterinary public health**Oral immunization of foxes in Europe in 1994**

The red fox (*Vulpes vulpes*), the main host of rabies in Europe, has been the target of oral immunization campaigns since 1978. Small-scale field trials were carried out for about 8 years until 1985. During this period, about 1.6 million baits were distributed in Germany, Italy and Switzerland. The number of countries where fox oral immunization projects have been conducted has since increased to 14, to which should be added Belarus, Estonia and the Russian Federation, for which data are not included in the following analysis. The areas covered by vaccination in various States have increased enormously in Europe. Currently over 14 million vaccine baits are dropped annually from aeroplanes or distributed by hunters. From 1978 to 1994, 73.7 million baits were produced overall and distributed over a surface of 4.9 million km².

A turning point towards the final goal of eliminating terrestrial rabies from continental Europe occurred in 1989-1990, when a number of countries moved towards vaccinating larger and adjacent areas. This scaling-up is reflected in Fig. 1 which shows trends in the number of baits applied in Europe.

As a result of oral immunization there has been a sharp decrease in the number of rabies cases in animals in Western Europe. This trend started in 1989; the number of cases has decreased to less than 20% of the 1989 level in all countries where oral immunization campaigns have been conducted since 1992 or before (Fig. 2).

The campaigns have usually been carried out twice a year. In the autumn of 1994, more than 7.1 million baits were distributed over an area of 433 519 km². More than 47% of all baits were dropped in Germany, followed by Poland (14%), France (10%), the Czech Republic, Slovakia and Austria (8% each), the remaining countries accounting for less than 5%.

Since 1972, the WHO Veterinary Public Health Unit has coordinated and promoted laboratory and field research on oral immunization and organized more than 15 consultations and expert committee meetings.

Santé publique vétérinaire**Vaccination orale des renards en Europe en 1994**

Le renard roux (*Vulpes vulpes*), hôte principal du virus rabique en Europe, fait l'objet de campagnes de vaccination par voie orale depuis 1978. Des essais à petite échelle ont été effectués sur le terrain pendant environ 8 ans jusqu'en 1985. Au cours de cette période, près de 1,6 million d'appâts ont été distribués en Allemagne, en Italie et en Suisse. Depuis lors, le nombre de pays où sont menés des programmes de vaccination vulpine par voie orale est passé à 14, auquel il convient d'ajouter le Bélarus, l'Estonie et la Fédération de Russie (les chiffres correspondant à ces pays ne sont pas inclus dans ce qui suit). Les zones couvertes par la vaccination dans les divers pays d'Europe se sont considérablement étendues. Actuellement, plus de 14 millions d'appâts imprégnés de vaccin sont largués chaque année par voie aérienne ou déposés par des chasseurs. De 1978 à 1994, on a produit au total 73,7 millions d'appâts qui ont été distribués sur une superficie de 4,9 millions de km².

Les années 1989-1990 ont marqué un tournant dans la campagne de vaccination, dont le but final est d'éliminer la rage sylvestre du continent européen: un certain nombre de pays ont décidé de procéder à la vaccination sur des zones contiguës plus étendues. Cette évolution est visible sur la Fig. 1, qui montre l'évolution du nombre d'appâts distribués en Europe.

A la suite de la vaccination orale, le nombre de cas de rage animale en Europe occidentale a fortement baissé. Cette tendance a commencé en 1989; dans les pays où des campagnes de vaccination orale sont menées depuis 1992 ou antérieurement, le nombre de cas est passé à moins de 20% du chiffre de 1989 (Fig. 2).

Les campagnes sont généralement menées 2 fois par an. A l'automne 1994, plus de 7,1 millions d'appâts ont été répartis sur une superficie de 433 519 km². Plus de 47% de ces appâts ont été déposés en Allemagne, suivie par la Pologne (14%), la France (10%), la République tchèque, la Slovaquie et l'Autriche (8% chacune), les autres pays représentant moins de 5% du total.

Depuis 1972, l'unité de Santé publique vétérinaire de l'OMS coordonne et encourage la recherche de laboratoire et de terrain sur la vaccination orale et elle a organisé plus de 15 consultations et réunions de comités d'experts.

Fig. 1 Oral immunization of foxes by rabies vaccine baits distributed in Europe, per year, 1978-1994

Fig. 1 Vaccination orale des renards par des appâts imprégnés de vaccin antirabique distribués en Europe, par année, 1978-1994

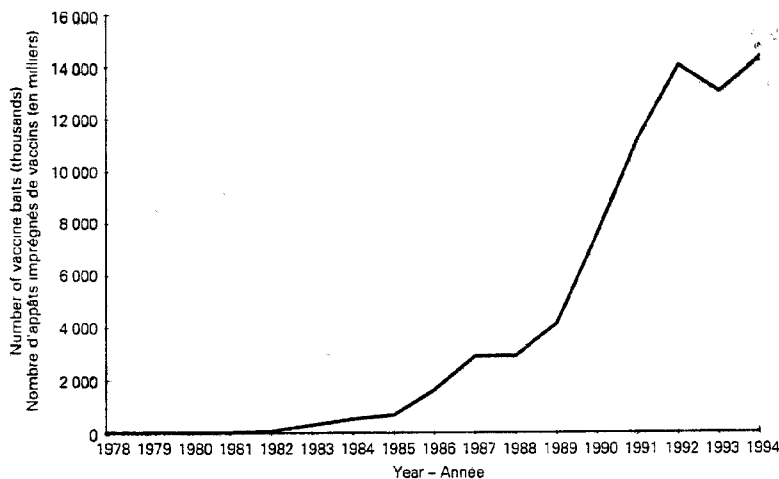
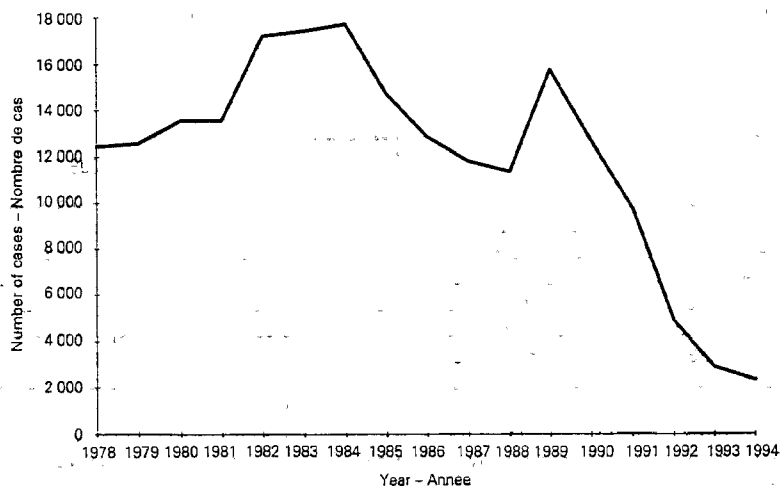


Fig. 2 Oral immunization of foxes in Europe, evolution of rabies cases in animals in countries which started oral immunization campaigns before 1992, 1978-1994

Fig. 2 Vaccination orale des renards en Europe, évolution du nombre de cas de rage animale dans les pays où les campagnes de vaccination orale ont commencé avant 1992, 1978-1994



Since 1989, WHO has addressed the problem of cross-border cooperation on oral immunization in view of the spread of rabies from areas not covered by vaccination into neighbouring countries, with distressing setbacks and substantial expenditure linked to repetition or reinforcement of vaccination campaigns. *Map 1* shows the areas covered by oral vaccination in 1994. During that year, 3 coordinating meetings in Pulawy, Poland,¹ Luxembourg and Ljubljana, Slovenia helped define the vaccination zones according to the financial possibilities and epidemiological characteristics of the 11 countries involved. The WHO Collaborating Centres on Rabies in Nancy, France and Tübingen, Germany have organized similar meetings in Luxembourg (31 January 1995) and Hungary (March 1995).

C'est à partir de 1989 que l'OMS s'est attaquée au problème de la coopération transfrontalière sur la vaccination orale, la rage se propageant dans les pays voisins à partir de zones non couvertes par les campagnes de vaccination, avec pour résultat des revers alarmants et des dépenses substantielles occasionnées par la reprise ou le renforcement des opérations. La *Carte 1* indique les zones couvertes par la vaccination orale en 1994. Au cours de cette année, 3 réunions de coordination, qui se sont tenues à Pulawy, Pologne,¹ à Luxembourg et à Ljubljana, Slovénie, ont permis de définir les zones de vaccination en fonction des possibilités financières et des caractéristiques épidémiologiques des 11 pays en cause. Les centres collaborateurs OMS de Nancy, France, et de Tübingen, Allemagne, ont organisé des réunions analogues au Luxembourg (31 janvier 1995) et en Hongrie (mars 1995).

• Reports on WHO meetings on oral immunization of wildlife in Europe and further information are available upon request from the Chief, Veterinary Public Health Unit, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland.

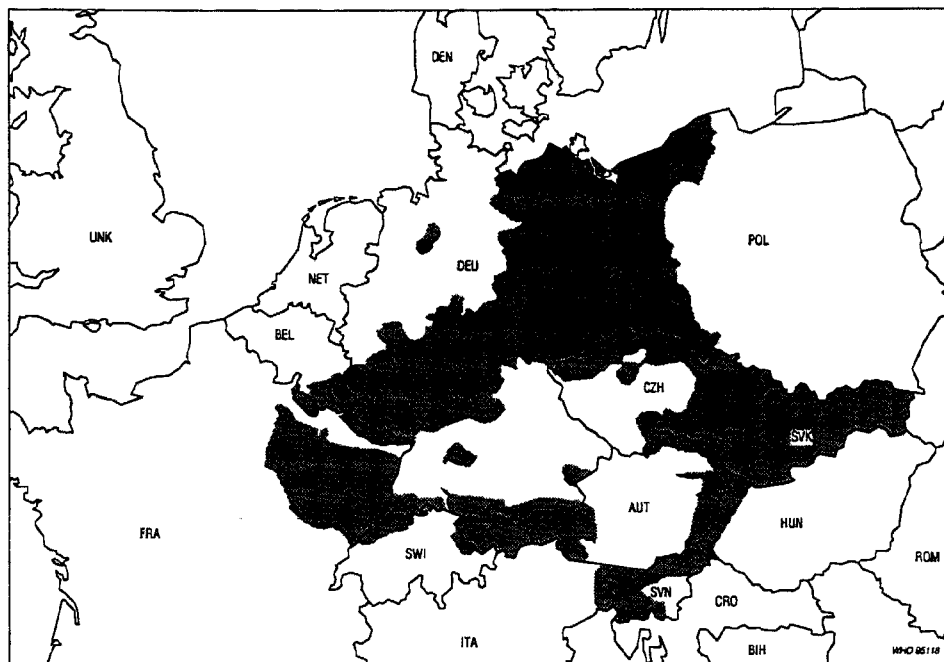
• Pour plus de renseignements sur la question et pour obtenir les rapports des réunions OMS sur la vaccination orale de la faune d'Europe, prière de s'adresser au Chef de l'unité de Santé publique vétérinaire, Organisation mondiale de la Santé, CH-1211 Genève 27, Suisse.

¹ See No. 9, 1994, pp. 64-65.

¹ Voir N° 9, 1994, pp. 64-65.

Map 1 Areas covered by oral vaccination of foxes, Europe, 1994

Carte 1 Zones couvertes par la vaccination orale des renards, Europe, 1994



The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Expanded Programme on Immunization

Outbreak of measles in a religious group, Montreal, Quebec

Canada. Between 1 May and 3 September 1994, 44 cases of measles were reported to the public health authorities of the Montreal Centre Region. Thirty-nine of those cases met the national case definition for measles and 19 were serologically confirmed by the detection of immunoglobulin M (IgM). Since the beginning of the year, the observed incidence of measles in this region has been 3.4 cases per 100 000 population. The overall incidence of confirmed cases in the Montreal area exceeds the total (2.4 per 100 000 population) for all other regions in Quebec combined. The last major measles epidemic in Quebec occurred in 1989.

The cases were mainly concentrated in the north-eastern part of Montreal Island, which is adjacent to the Lanaudière region where measles had been reported in early summer. The sex distribution of cases was equal. Almost half of the cases (18) were in children under 5 years of age, including 1 infant. The age distribution of other cases was as follows: 5 to 9 years (10 cases), 10 to 14 years (8 cases), over 14 years (3 cases) (*Fig. 1*). The average age of cases was 7 years (median: 4.5 years), with a range from 8 months to 32 years. No fatalities or serious complications have been reported to date. Twenty-four (69%) of the 35 cases with known immunization status had not been immunized. Twenty-two of the 24 cases (92%) belonged to families that were members of a religious group.

The first reported case was a teacher in a secondary school where there were no other reported cases. This case may have resulted from exposure while in the Lanaudière region where cases had already been reported. Three weeks later, 8 cases occurred in 4 families belonging to the same religious group but living in different areas. The information available was insufficient to establish the chain of transmission.

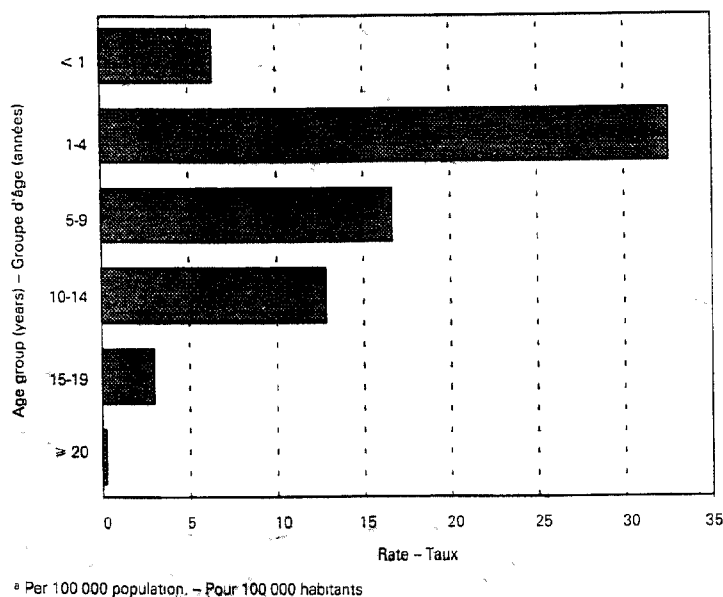
Programme élargi de vaccination

Flambée de rougeole dans un groupe religieux, Montréal, Québec

Canada. Entre le 1^{er} mai et le 3 septembre 1994, 44 cas de rougeole ont été déclarés aux autorités sanitaires de la région de Montréal-centre. Trente-neuf de ces cas répondaient à la définition du cas de rougeole utilisée au Canada, et 19 ont été confirmés sérologiquement par la détection d'immunoglobuline M. Depuis le début de l'année, l'incidence de la rougeole observée dans la région a été de 3,4 cas pour 100 000 habitants. L'incidence globale des cas confirmés dans la région de Montréal, soit 2,4 cas pour 100 000 habitants, dépasse celle de toutes les autres régions du Québec réunies. La dernière grande épidémie de rougeole au Québec est survenue en 1989.

Les cas étaient surtout concentrés dans le nord-est de l'île de Montréal, qui avoisine la région de Lanaudière, où des cas avaient été signalés au début de l'été. Les cas étaient également répartis entre les deux sexes. Près de la moitié des cas (18) étaient âgés de moins de 5 ans, dont 1 nourrisson. La distribution par âge des autres cas était la suivante: 5 à 9 ans (10 cas), 10 à 14 ans (8 cas), plus de 14 ans (3 cas) (*Fig. 1*). L'âge moyen des cas était de 7 ans (médiane: 4,5 ans), la fourchette étant de 8 mois à 32 ans. Aucun décès ni aucune complication sérieuse n'ont été signalés jusqu'ici. Vingt-quatre (69%) des 35 cas dont l'état vaccinal était connu n'avaient pas été vaccinés. Vingt-deux des 24 cas (92%) faisaient partie de familles appartenant à un groupe religieux.

Le premier cas déclaré est survenu chez un professeur d'une école secondaire dans laquelle aucun autre cas n'avait été observé. Ce cas aurait peut-être été exposé à la rougeole lors d'un séjour dans la région de Lanaudière, où des cas avaient déjà été signalés. Trois semaines plus tard, 8 cas sont survenus dans 4 familles appartenant à un même groupe religieux mais vivant dans des quartiers différents. On ne dispose pas des données nécessaires pour établir la chaîne de transmission.

Fig. 1 Measles incidence^a by age group in Montreal Centre Region, Canada, 1994 (as of 3 September)Fig. 1 Rougeole, incidence^a par groupe d'âge, région Montréal-centre, Canada, 1994 (en date du 3 septembre)

Although 8 cases occurred in 4 schools before the end of the school year (June), no secondary cases could be identified among the school contacts. A home day care centre was the source of transmission for 2 cases; another case occurred in a counsellor in a summer camp outside Montreal where other cases had been identified in July 1994. A number of cases involved members of the same family.

Public health intervention

Each reported case was investigated to verify diagnosis and immunization status, and to identify the index case and contacts. Because of the growing number of cases, an information letter was sent to the local centres for community services and to all general practitioners, paediatricians and microbiologists in the region, alerting them to the epidemic situation. The letter also reminded them of the recommended control measures, and of the importance of promptly reporting and confirming all measles cases. School nurses were asked to pay particular attention to any absenteeism that occurred in the following weeks.

Intervention with the religious group

The recurrence of certain unusual first names in a number of the measles cases made it possible to identify the religious group at the centre of this outbreak. This religious group, which was founded in Quebec early in the century, may have several thousand members, mainly in Quebec, but also in other Canadian provinces, and in Massachusetts and California in the United States of America. In Quebec, the members are mainly concentrated in the north-eastern part of Montreal Island, Laval and the Lanaudière region. According to information obtained from group members, those in Quebec appear to be divided into several independent groups, each with its own leader, and there is apparently no formal contact between these groups.

After numerous attempts, the leaders of the two groups involved were identified and contacted. The situation was explained to them and they agreed to distribute an information letter to their members but they did not agree to meet with public health officials. No further attempt has been made to convince group members to have susceptible individuals immunized.

Bien que 8 cas soient survenus dans 4 écoles avant la fin de l'année scolaire (juin), aucun cas secondaire n'a pu être décelé parmi les contacts scolaires. Une garderie d'enfants a été la source de transmission dans 2 cas; un autre cas est survenu chez une monitrice d'un camp de vacances situé à l'extérieur de Montréal où d'autres cas avaient été observés en juillet 1994. Plusieurs cas sont survenus dans la même famille.

Intervention de santé publique

Chaque cas déclaré a donné lieu à une enquête qui visait à préciser le diagnostic et l'état vaccinal, et à identifier le cas initial de même que les contacts. Devant l'augmentation du nombre de cas, il a été décidé d'envoyer une lettre aux centres locaux de services communautaires ainsi qu'à tous les omnipraticiens, pédiatres et microbiologistes de la région afin de les informer de la situation épidémiologique, de leur rappeler les mesures de lutte recommandées, de même que l'importance d'une déclaration et d'une confirmation rapides de tous les cas de rougeole. On a demandé aux infirmières scolaires d'être particulièrement vigilantes en ce qui concerne les absences parmi les enfants au cours des semaines suivantes.

Intervention auprès du groupe religieux

Certains prénoms inhabituels observés chez plusieurs cas de rougeole ont permis d'identifier le groupe religieux au centre de cette flambée. Ce groupe religieux, qui a été fondé au Québec au début du siècle, pourrait compter plusieurs milliers de membres surtout au Québec, mais aussi dans d'autres provinces canadiennes et aux États-Unis d'Amérique, dans le Massachusetts et en Californie. Au Québec, les membres de ce groupe se trouvent surtout dans le nord-est de l'île de Montréal, à Laval et dans la région de Lanaudière. Selon les informations obtenues auprès des adeptes, les membres du Québec seraient divisés en plusieurs groupes indépendants, ayant chacun son propre chef, et il n'y aurait pas de contacts formels entre ces groupes.

Après de multiples démarches, les dirigeants des 2 groupes concernés ont été identifiés et contactés. La situation leur a été expliquée, et ils ont accepté de diffuser une lettre d'information à leurs membres, mais ils ont refusé de rencontrer les responsables de la santé publique. Aucune autre tentative en vue de convaincre les membres des groupes de la nécessité de vacciner les personnes sensibles n'a été effectuée.

As of 3 September, there have been no new cases of measles reported on Montreal Island.

Comments

This outbreak illustrates, once again, how quickly measles can spread in an unimmunized population. The low number of secondary cases reported outside the religious group may be explained by the following: (1) very limited contact with other children in the area; (2) the high measles vaccine coverage among schoolchildren immunized in the eastern part of Montreal Island, including those in kindergarten (over 90%); and (3) the timing of the outbreak, i.e., at the end of the school year and during summer holidays.

The implementation of the usual preventive measures to break the chain of transmission proved difficult in this group for the following reasons: (1) physicians were only consulted by parents after a considerable time had passed, or not at all; (2) reporting delays (the reporting lag time was up to 10 days); (3) refusal to disclose names of cases or potentially susceptible contacts; and (4) refusal to accept immunization.

Measles outbreaks involving religious groups occurred in Illinois, Missouri, Nevada and Utah in the United States between 1 January and 10 June 1994. These outbreaks have accounted for approximately 50% of all measles cases reported in the United States up to 1 July 1994. The overall proportion of measles cases attributed to unimmunized religious groups in Quebec is minimal.

Excluding those individuals not immunized because of religious or philosophical reasons, and despite a measles vaccine coverage of over 95% at 2 years of age, there still appears to be a relatively high number of susceptible individuals in Quebec. In fact, 10% to 15% of individuals given the measles vaccine at 12 months (the age recommended in the immunization schedule) may be lacking adequate immunity. Implementation of a 2-dose measles immunization programme, in conjunction with a catch-up strategy to reach the 18-month to 20-year-old cohort, would make it possible to reduce quickly the pool of susceptible individuals.

(Based on: Measles Update, Volume 2, Number 4, November/December 1994; Health Canada.)

Editorial Note: This article highlights 2 points. First, minority groups with beliefs about the inappropriateness of immunization frequently become the focus of transmission of vaccine-preventable diseases in the community. Second, even with high coverage with 1 scheduled dose of measles vaccine, the measles virus may continue to circulate in many communities.

For accelerated measles control, WHO recommends that high-risk areas and groups be identified and special immunization efforts be directed towards them whenever possible. These may take the form of local or national immunization days.¹ Targeting groups such as religious groups or the urban poor may require specially tailored activities.

¹ See No. 31, 1994, pp. 229-234.

Cerebrospinal meningitis

The following is a summary of information received from some of the countries in the "meningitis belt" in Africa, as a complement to recent reports of an outbreak in Niger.¹ Nigeria and Sierra Leone have not provided figures, but confirm the resurgence of the disease in areas situated within the meningitis belt. It should be noted that several of the reports hereafter (e.g. that of Chad) do not indicate incidence levels higher than those normally expected in an endemic area.

¹ See No. 12, 1995, pp. 85-86.

En date du 3 septembre, aucun nouveau cas de rougeole n'avait été signalé sur l'île de Montréal.

Commentaires

Cette flambée illustre, une fois de plus, la rapidité avec laquelle la rougeole peut se transmettre dans une population non vaccinée. On peut expliquer le faible nombre de cas secondaires signalés en dehors du groupe religieux par 1) les contacts très limités avec les autres enfants de la région; 2) la forte proportion des enfants vaccinés contre la rougeole dans l'est de l'île de Montréal, y compris les enfants fréquentant la maternelle (plus de 90%); et 3) le fait que la flambée est survenue à la fin de l'année scolaire et pendant les vacances d'été.

La mise en œuvre des mesures préventives habituelles visant à interrompre la transmission s'est révélée difficile dans ce groupe, pour les raisons suivantes: 1) les parents ont consulté le médecin tardivement ou ne l'ont pas consulté du tout; 2) les délais de déclaration ont été longs, atteignant parfois 10 jours; 3) les responsables ont refusé de divulguer les noms des cas et des contacts potentiellement sensibles et 4) les membres du groupe ont refusé d'accepter la vaccination.

Des flambées de rougeole touchant des groupes religieux sont survenues aux États-Unis d'Amérique (Illinois, Missouri, Nevada et Utah) entre le 1^{er} janvier et le 10 juin 1994. Ces flambées ont représenté environ 50% de tous les cas de rougeole déclarés aux États-Unis jusqu'au 1^{er} juillet 1994. Dans l'ensemble, la proportion des cas de rougeole attribués à des groupes religieux non vaccinés au Québec est très faible.

Outre les personnes non vaccinées pour des raisons religieuses ou philosophiques et malgré une couverture vaccinale anti-rougeoleuse estimée à plus de 95% chez les enfants à l'âge de 2 ans, il semble y avoir encore un nombre relativement élevé de personnes réceptives au Québec. En fait, de 10% à 15% des personnes vaccinées à l'âge de 12 mois (âge recommandé dans le calendrier de vaccination) peuvent ne pas avoir une immunité adéquate. La mise en œuvre d'un calendrier de vaccination anti-rougeoleuse prévoyant 2 doses de vaccin, associée à un rattrapage visant la cohorte des 18 mois à 20 ans, permettrait de réduire rapidement le réservoir des sujets sensibles.

(D'après: La Rougeole mise à jour, Volume 2, N° 4, novembre/décembre 1994; Santé Canada.)

Note de la Rédaction: Le présent article souligne 2 points: premièrement, les groupes minoritaires qui n'acceptent pas la vaccination pour diverses raisons deviennent fréquemment un foyer de transmission des maladies évitables par la vaccination dans la communauté. Deuxièmement, même avec une forte couverture par 1 dose de vaccin anti-rougeoleux conformément au calendrier de vaccination, le virus de la rougeole peut continuer à circuler dans de nombreuses communautés.

En vue d'une action accélérée de lutte contre la rougeole, l'OMS recommande de déterminer les zones et groupes à haut risque pour en faire dans la mesure du possible la cible d'efforts spéciaux de vaccination, qui pourront prendre la forme de journées locales ou nationales de vaccination.¹ Pour les groupes religieux ou les couches citadines pauvres, il peut être nécessaire de concevoir des activités spécialement adaptées.

¹ Voir N° 31, 1994, pp. 229-234.

Méningite cérébrospinale

On trouvera ci-après un résumé des informations reçues de certains pays de la «ceinture de la méningite» en Afrique, qui viennent compléter les données relatives à une flambée notifiée récemment au Niger.¹ Le Nigéria et la Sierra Leone n'ont pas fourni de chiffres mais confirment une résurgence de la maladie dans les régions situées à l'intérieur de cette zone. Il convient de noter que plusieurs des notifications ci-après (celle du Tchad, par exemple) n'indiquent pas de taux d'incidence supérieurs à ceux auxquels on peut normalement s'attendre dans une zone d'endémie.

¹ Voir N° 12, 1995, pp. 85-86.

Benin. Epidemiological surveillance of meningitis started in November with the onset of the dry season. From November 1994 to February 1995, 328 cases were notified with 75 deaths (case-fatality rate [CFR]: 22.9%). During the same period in 1993-1994, 613 cases and 67 deaths had been registered (CFR: 10.9%). The highest number of cases were reported in Borgou Department (122 cases, 12 deaths); 26 were reported in November, 46 in December, 37 in January and 13 in February. Cases were also reported in Atacora (106 cases, 18 deaths), Mono (13 cases, 4 deaths) and Zou Departments (87 cases, 41 deaths); the Departments of Atlantique and Ouémé and the Centre national hospitalier universitaire have reported no cases. The high case-fatality rate registered in Zou may be due to pneumococcal infection; 75 of the 87 cases in Zou were recorded in January and February.

Burkina Faso. During the period 1 January to 17 March 1995, 725 cases of meningitis with 189 deaths were reported (CFR: 26.1%) in 27 of the 30 provinces of the country.

Chad. Thirty sporadic cases of suspected meningitis were reported by various districts in early February 1995 and there was no sign of outbreaks in March. The country is on the alert and has requested vaccines and oily chloramphenicol to meet any emergency.

Ethiopia. A total of 247 cases with 10 deaths have been reported this year (CFR: 4.0%). The cases were registered in North Omo Zone of South Ethiopia Region, with a population of 3.2 million. Most cases (210) were reported in the first 4 weeks of the year and 12, 11 and 14 cases respectively in the following 3 weeks. Laboratory investigations have confirmed meningococcal meningitis in 3 samples for Gram stain and in 3 samples for culture. Further investigations identified serogroup A.

Guinea. A total of 238 cases with 34 deaths (CFR: 14.3%) were reported in the period 1 October 1994 to 13 March 1995. Most cases were reported in January and February 1995 in the Prefectures of Kissidougou (85 cases, 7 deaths), Kankan (38 cases, 3 deaths), Dabola (37 cases, 5 deaths), Kerouane (32 cases, 2 deaths), Siguiré (14 cases, 5 deaths), Kouroussa (13 cases, 2 deaths), Faranah (11 cases, 7 deaths), Mandiana (6 cases, 3 deaths) and Dingiraye (2 cases, 0 deaths).

Sierra Leone. From January up to 21 February 1995, 157 cases with 103 deaths (CFR: 65.6%) were reported in Koidu-Kono District, of which 120 cases were diagnosed in Koidu Government Hospital. Supplies of drugs and vaccines have been despatched to the outbreak area.

Yellow fever

Gabon. The epidemic of yellow fever reported at the end of 1994¹ is practically under control following mass vaccination which is being carried out in the whole country.

At the request of the Government of Gabon, a WHO consultant, specializing in yellow fever, was sent at the beginning of March to Makokou, where the first cases had been identified. The mission has now been completed and the preliminary report is expected by the end of the month. This report will review all the factors at the origin of this epidemic and will formulate appropriate recommendations.

The vaccination campaign carried out since the first cases were reported has been completed in Libreville and in the Makokou area and is continuing in the rest of the country.

¹ See No 9, 1995, p. 64

Bénin. La surveillance épidémiologique de la méningite a commencé en novembre, avec le début de la saison sèche. Entre novembre 1994 et février 1995, 328 cas ont été notifiés, dont 75 décès (taux de létalité: 22,9%). Au cours de la même période en 1993-1994, 613 cas et 67 décès avaient été enregistrés (taux de létalité: 10,9%). Le nombre le plus élevé de cas a été signalé dans le département de Borgou (122 cas, 12 décès); 26 ont été signalés en novembre, 46 en décembre, 37 en janvier et 13 en février. Des cas ont également été signalés dans les départements d'Atacora (106 cas, 18 décès), Mono (13 cas, 4 décès) et Zou (87 cas, 41 décès); les départements de l'Atlantique et de l'Ouémé et le Centre national hospitalier universitaire n'ont signalé aucun cas. Le taux de létalité élevé enregistré dans le Zou est peut-être imputable à une infection pneumococcique; 75 des 87 cas signalés dans le Zou ont été observés en janvier et février.

Burkina Faso. Pendant la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 17 mars 1995, 725 cas de méningite, dont 189 décès, ont été signalés (taux de létalité: 26,1%) dans 27 des 30 provinces du pays.

Tchad. Trente cas sporadiques de méningite présumée ont été notifiés par divers districts début février 1995, mais l'on n'a pas observé de signes de flambée en mars. Le pays est en état d'alerte et a demandé des vaccins ainsi que du chloramphénicol huileux pour faire face à toute situation d'urgence.

Ethiopie. Au total, 247 cas, dont 10 décès, ont été signalés cette année (taux de létalité: 4,0%). Les cas ont été enregistrés dans la zone nord de l'Omo de la région méridionale de l'Éthiopie, qui compte une population de 3,2 millions d'habitants. La plupart des cas (210) ont été signalés au cours des 4 premières semaines de l'année et 12, 11 et 14 cas respectivement au cours des 3 semaines suivantes. Les recherches menées en laboratoire ont confirmé le diagnostic de méningite méningococcique dans 3 échantillons colorés au Gram et dans 3 échantillons mis en culture. D'autres analyses ont permis d'identifier le sérotype A.

Guinée. Au total, 238 cas, dont 34 décès (taux de létalité: 14,3%), ont été signalés pendant la période comprise entre le 1^{er} octobre 1994 et le 13 mars 1995. La plupart des cas ont été notifiés en janvier-février 1995 dans les préfectures de Kissidougou (85 cas, 7 décès), Kankan (38 cas, 3 décès), Dabola (37 cas, 5 décès), Kerouane (32 cas, 2 décès), Siguiré (14 cas, 5 décès), Kouroussa (13 cas, 2 décès), Faranah (11 cas, 7 décès), Mandiana (6 cas, 3 décès) et Dingiraye (2 cas, 0 décès).

Sierra Leone. Entre le début du mois de janvier et le 21 février 1995, 157 cas, dont 103 décès (taux de létalité: 65,6%), ont été notifiés dans le district de Koidu-Kono, dont 120 cas diagnostiqués à l'hôpital public de Koidu. Des médicaments et des vaccins ont été expédiés dans la zone où s'est produite la flambée.

Fièvre jaune

Gabon. L'épidémie de fièvre jaune déclarée à la fin de l'année 1994¹ est pratiquement jugulée grâce à une vaccination de masse en cours sur toute l'étendue du territoire gabonais.

A la requête du gouvernement gabonais un consultant de l'OMS, spécialiste de la fièvre jaune, a été envoyé début mars 1995 à Makokou, où les premiers cas avaient été identifiés. Il a fini sa mission et son rapport préliminaire est attendu avant la fin du mois. Ce rapport fera le point sur tous les facteurs à l'origine de cette épidémie et formulera les recommandations appropriées.

La vaccination en cours depuis la survenue des premiers cas est terminée à Libreville et dans la zone de Makokou. Elle se poursuit dans le reste du pays.

¹ Voir N° 9, 1995, p. 64

Food safety

Conference announcement

The First Pan American Conference on Food Safety will take place in Mexico City, Mexico from 14 to 19 May 1995.

The Conference is sponsored by the International Life Sciences Institute (ILSI) and ILSI Mexico, in collaboration with numerous other international and national agencies and organizations.

A wide spectrum of subjects related to food safety and quality will be covered, including:

- Sanitary verification of foods, sanitary food packaging, controls in food preparation, application of the Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP), and street vendors.
- Chemicals in foods and water, microbiology, mycotoxins, food biotechnology, and food irradiation.
- Legislation and the consumer, total quality control, quality control administration, and controls and challenges.

• For further information, contact ILSI, 1126 Sixteenth Street, NW, Washington, DC 20036, United States of America (tel. 202-659-0074, fax 202-659-3859, internet meetings@dc.ilsa.org).

Salubrité des aliments

Annonce de conférence

La première conférence panaméricaine sur la salubrité des aliments aura lieu à Mexico du 14 au 19 mai 1995.

Cette conférence est parrainée par l'Institut international des sciences de la vie (ILSI) et ILSI Mexique, en collaboration avec de nombreuses autres organisations et institutions nationales et internationales.

Une vaste gamme de questions en rapport avec la salubrité et la qualité des aliments sera étudiée, notamment:

- Contrôle sanitaire des aliments, emballage hygiénique des aliments, contrôles lors de la préparation des aliments, application de la méthode des points de contrôle critiques dans l'analyse des risques (HACCP), et vente d'aliments par des vendeurs de rue.
- Substances chimiques dans les aliments et l'eau, microbiologie, mycotoxines, biotechnologie alimentaire et irradiation des aliments.
- Législation et consommateur, contrôle total de la qualité, administration du contrôle de la qualité, et contrôles et enjeux.

• Pour de plus amples renseignements, s'adresser à l'ILSI, 1126 Sixteenth Street, N.W., Washington, DC 20036, Etats-Unis d'Amérique (tél. 202-659-0074, fax 202-659-3859, internet meetings@dc.ilsa.org).

Criteria used in compiling the infected area list

Based on the *International Health Regulations* the following criteria are used in compiling and maintaining the infected area list (only official governmental information is used):

- I. An area is entered in the list on receipt of information of:
 - (i) a declaration of infection under Article 3;
 - (ii) the first case of plague, cholera or yellow fever that is neither an imported case nor a transferred case;
 - (iii) plague infection among domestic or wild rodents;
 - (iv) activity of yellow-fever virus in vertebrates other than man using one of the following criteria:
 - (a) the discovery of the specific lesions of yellow fever in the liver of vertebrates indigenous to the area; or
 - (b) the isolation of yellow fever virus from any indigenous vertebrates.
- II. An area is deleted from the list on receipt of information as follows:
 - (i) if the area was declared infected (Article 3), it is deleted from the list on receipt of a declaration under Article 7 that the area is free from infection. If information is available which indicates that the area has not been free from infection during the time intervals stated in Article 7, the Article 7 declaration is not published, the area remains on the list and the health administration concerned is queried as to the true situation;
 - (ii) if the area entered the list for reasons other than a declaration under Article 3 (see I, (ii) to (iv) above), it is deleted from the list on receipt of negative weekly reports of the time intervals stated in Article 7. In the absence of such reports, the area is deleted from the list on receipt of notification of freedom from infection (Article 7) when at least the time period given in Article 7 has elapsed since the last notified case.

Critères appliqués pour la compilation de la liste des zones infectées

Conformément au *Règlement sanitaire international* les critères suivants sont appliqués pour la compilation et la mise à jour de la liste des zones infectées (seules sont utilisées les informations officielles émanant des gouvernements).

- I. Une zone est portée sur la liste lorsque l'Organisation a reçu:
 - (i) une déclaration d'infection, au terme de l'article 3;
 - (ii) notification du premier cas de peste, de choléra ou de fièvre jaune qui n'est ni un cas importé ni un cas transféré;
 - (iii) notification de la présence de la peste chez les rongeurs domestiques et chez les rongeurs sauvages;
 - (iv) notification de l'activité du virus amaril chez les vertébrés autres que l'homme, déterminée par l'application de l'un des critères suivants:
 - a) découverte des lésions spécifiques de la fièvre jaune dans le foie de vertébrés de la faune indigène du territoire ou de la circonscription; ou
 - b) isolement du virus de la fièvre jaune chez n'importe quel vertébré de la faune indigène.
- II. Les zones sont radiées de la liste dans les conditions suivantes:
 - i) si la zone a été déclarée infectée (article 3), elle est radiée de la liste lorsque l'Organisation reçoit une notification faite en application de l'article 7, suivant laquelle la zone est indemne d'infection. Si l'on dispose de renseignements indiquant que la zone n'a pas été indemne d'infection pendant une période correspondant à la durée indiquée dans l'article 7, la notification prévue par l'article 7 n'est pas publiée, la zone reste sur la liste et l'administration sanitaire intéressée est priée de donner des éclaircissements quant à la situation exacte;
 - ii) si la zone a été portée sur la liste pour des raisons autres que la réception de la notification prévue par l'article 3 (voir I, (ii) à (iv) ci-dessus), elle est radiée de la liste lorsque des rapports hebdomadaires négatifs ont été reçus pendant une période dont la durée est indiquée à l'article 7. À défaut de tels rapports, la zone est radiée de la liste lorsque, au terme de la période indiquée à l'article 7, l'Organisation reçoit une notification d'exemption d'infection (article 7).

Yellow-fever vaccinating centres for international travel

Amendments to 1991 publication

AUSTRIA/AUTRICHE

Insert - Insérer:

Zwettl
BH Zwettl, Am Statzenberg 1

CHANNEL ISLANDS/ÎLES ANGLO-NORMANDES

Jersey

Delete - Supprimer:

St Helier
- Medical Officer of Health
- Health Centre, General Hospital, Newgate Street

GERMANY/ALLEMAGNE

Insert - Insérer:

Wolfsburg
Gesundheitsamt, Rosenweg 1a

Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux

Amendements à la publication de 1991

ISRAEL/ISRAËL

Insert - Insérer:

Jerusalem
Medical Center for the Traveller, Misgav Ladach General Hospital,
27 Hiskiyahu Hamelech Street

NEW ZEALAND/NOUVELLE-ZÉLANDE

Delete - Supprimer:

Northland
- Clinical Pathologist, Northland Base Hospital, Whangarei
- Dr G. Batchelor, Rust Avenue Chambers, Whangarei

Insert - Insérer:

Northland
Dr G. Batchelor, Maunu House, 155 Maunu Road, Whangarei

Health administrations are reminded that under the provisions of Article 3 of the International Health Regulations they should notify the Organization by telegram, fax or telex *within 24 hours* of being informed that the first case of a disease subject to the Regulations has occurred in their territory. The infected area should be notified within the subsequent 24 hours if not already communicated.

In addition, they should notify the Organization by telegram, fax or telex *within 24 hours* of being informed of an imported or transferred case of such a disease into a non-infected area including all information available on the origin of infection.

Il est rappelé aux administrations sanitaires qu'aux termes de l'article 3 du Règlement sanitaire international elles doivent adresser une notification à l'Organisation par télégramme, fax ou par télex *dans les 24 heures*, dès qu'elles sont informées qu'un premier cas d'une maladie soumise au Règlement a été signalé dans une zone de leur ressort. Dans les 24 heures qui suivent, elles adressent notification de la zone infectée si elle n'a pas encore été communiquée.

En outre, elles doivent adresser une notification à l'Organisation, par télégramme, fax ou par télex *dans les 24 heures*, dès qu'elles sont informées d'un cas importé ou transféré dans une zone non-infectée, y compris tous les renseignements disponibles sur l'origine de l'infection.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications received from 24 to 30 March 1995

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

Cholera • Choléra

Africa • Afrique

	C	D
Cape Verde - Cap-Vert	13-19.III	
.....	92	3

America • Amérique

	C	D
Costa Rica	23.III ¹	
.....	1 ¹	0

Notifications reçues du 24 au 30 mars 1995

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

Asia • Asie

	C	D
India - Inde	1.I-28.II	
.....	44	1
Singapore - Singapour	20.III ¹	
.....	1	0

¹ Date of notification. - Date de la notification.

Telex: 415416 Fax: 791 41 94
(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. 209.-

Telex: 415416 Fax: 791 41 94
(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. 209.-