



# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

# RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

7 APRIL 1995 • 70th YEAR

70<sup>e</sup> ANNÉE • 7 AVRIL 1995

CONTENTS	SOMMAIRE
Expanded Programme on Immunization – Progress towards poliomyelitis eradication, 1994	Programme élargi de vaccination – Progrès réalisés vers l'éradication de la poliomyélite, 1994
Influenza	Grippe
International Travel and Health – Corrigendum to 1995 Edition	Voyages internationaux et santé – Rectificatif à l'édition 1995
Diseases subject to the Regulations	Maladies soumises au Règlement
97	97
102	102
103	103
104	104

## Expanded Programme on Immunization Progress towards poliomyelitis eradication, 1994

In 1988, the World Health Assembly established the target of global poliomyelitis eradication by the year 2000. The end of 1994 marks the mid-point of that 12-year period. Significant advances have been made since 1988, but much remains to be done if the goal of a polio-free world is to be achieved on time. This report documents progress achieved in 1994, using data available to WHO by 20 March 1995.

### Strategies for poliomyelitis eradication

The strategies for achieving the eradication of wild polioviruses have been clearly defined and shown to be effective. They are the following: (1) maintaining high routine immunization coverage; (2) supplementary immunization campaigns with oral polio vaccine (OPV) in order to interrupt poliovirus transmission (National Immunization Days or NIDs); (3) developing effective surveillance systems capable of detecting and investigating every case of paralysis which could be poliomyelitis; and (4) mopping-up immunization – localized immunization campaigns targeted at high-risk areas where wild poliovirus transmission is likely to persist.

### Progress in implementing strategies

Global coverage with 3 doses of OPV administered through the routine immunization system peaked in 1990 at 85%. Immunization coverage in the first year of life was estimated to be 81% in 1994, unchanged from the previous 2 years.

By the end of 1994, NIDs had been conducted in 36 countries. Seven countries conducted their first NID in 1994 – Afghanistan, Iran (Islamic Republic of), Lao People's Democratic Republic, Lebanon, Pakistan, Sudan and Thailand. The first sub-national immunization days in India were conducted in Delhi State in October and

## Programme élargi de vaccination Progrès réalisés vers l'éradication de la poliomyélite, 1994

En 1988, l'Assemblée mondiale de la Santé a fixé la cible de l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000. La fin de 1994 correspond à la moitié de cette période de 12 ans. D'importants progrès ont été réalisés depuis 1988, mais il reste beaucoup à faire pour atteindre à temps le but d'un monde sans poliomyélite. Ce rapport, qui s'appuie sur les données communiquées à l'OMS au 20 mars 1995, fait le point des progrès accomplis en 1994.

### Stratégies pour l'éradication de la poliomyélite

Les stratégies pour l'éradication des poliovirus sauvages ont été clairement définies et leur efficacité a été démontrée. Ces stratégies sont les suivantes: 1) maintien d'un taux élevé de couverture vaccinale systématique; 2) campagnes de vaccination supplémentaires par le vaccin antipoliomyélique oral (VPO) afin d'interrompre la transmission du poliovirus (Journées nationales de Vaccination ou JNV); 3) mise en place de systèmes de surveillance efficaces pour dépister et examiner tous les cas de paralysie pouvant être des cas de poliomyélite et 4) vaccination de «ratissage» – campagnes de vaccination localisées axées sur les zones à haut risque où la transmission du poliovirus sauvage a des chances de persister.

### Progrès réalisés dans la mise en œuvre des stratégies

La couverture mondiale par 3 doses de VPO administrées dans le cadre de la vaccination systématique a atteint un sommet en 1990 avec un taux de 85%. La couverture vaccinale des moins d'un an est estimée à 81% pour 1994; elle est restée inchangée par rapport aux 2 années précédentes.

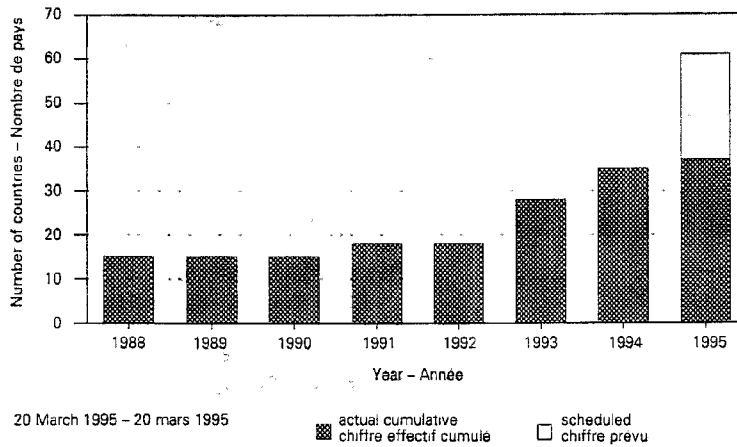
D'ici la fin de 1994, des JNV avaient été organisées dans 36 pays. Sept pays ont eu leurs premières JNV en 1994 – Afghanistan, Iran (République islamique d'), Liban, Pakistan, République démocratique populaire lao, Soudan et Thaïlande. Les premières journées régionales de vaccination en Inde ont été organisées dans l'Etat de Delhi en octobre et décembre 1994. Les JNV

December 1994. The NIDs in the Islamic Republic of Iran were particularly noteworthy; 400 000 trained volunteers from the national youth organization were used to immunize children throughout the country on a house-to-house basis. More than 9 million children were immunized on a single day in this campaign. Twenty-five additional countries have scheduled their first NID in 1995 (Fig. 1).

en République islamique d'Iran ont été particulièrement dignes d'intérêt; 400 000 agents bénévoles qualifiés appartenant à l'organisation de la jeunesse nationale ont vacciné les enfants dans tout le pays, de maison en maison. Plus de 9 millions d'enfants ont été vaccinés en une seule journée lors de cette campagne. Vingt-cinq autres pays organiseront leurs premières JNV en 1995 (Fig. 1).

Fig. 1 Number of countries that have conducted National Immunization Days, 1988-1995

Fig. 1 Nombre de pays ayant organisé des Journées nationales de Vaccination, 1988-1995



20 March 1995 - 20 mars 1995

Surveillance developed for poliomyelitis eradication aims to detect all cases of acute onset flaccid paralysis (AFP) in children. Once the case is detected, clinical and epidemiological information is collected and 2 stool samples tested for the presence of polioviruses in a WHO certified laboratory. Ninety-four countries are now using AFP surveillance to monitor the circulation of wild polioviruses. WHO has certified 12 regional reference laboratories and 60 national laboratories as members of the Global Poliomyelitis Laboratory Network.

La surveillance mise en place pour l'éradication de la poliomyélite vise à dépister tous les cas de paralysie flasque aiguë (PFA) chez les enfants. Lorsque le cas est dépisté, les informations cliniques et épidémiologiques concernant l'enfant sont recueillies et 2 échantillons de selles examinés pour vérifier la présence de poliovirus dans un laboratoire certifié par l'OMS. Quarante-et-un pays utilisent désormais la surveillance de la PFA pour suivre la circulation des poliovirus sauvages. L'OMS a certifié 12 laboratoires de référence régionaux et 60 laboratoires nationaux en tant que membres du réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite.

**Poliomyelitis incidence**

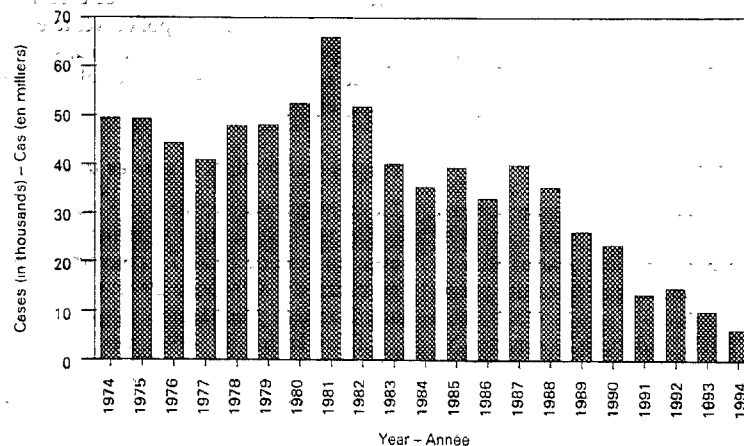
**Incidence de la poliomyélite**

A total of 6 241 cases were reported for 1994 compared with 10 001 cases in 1993 and 35 255 cases for 1988 (Fig. 2). This represents an 82% decrease since the global eradication target was set in 1988. In 1994, 145 countries/areas reported zero cases of poliomyelitis, compared with 104 countries in 1988. Twenty-five countries reported 1-10 cases of poliomyelitis, 26 countries more than 10 cases, and 18 countries failed to report. Surveillance is incomplete in many endemic countries and WHO estimates that the actual global incidence of poliomyelitis in 1994 was approximately 107 000 cases.

Un total de 6 241 cas ont été signalés en 1994, contre 10 001 cas en 1993 et 35 255 cas en 1988 (Fig. 2), soit une baisse de 82% depuis que la cible de l'éradication mondiale a été fixée en 1988. En 1994, 145 pays/territoires ont signalé une absence totale de cas de poliomyélite contre 104 pays en 1988. Vingt-cinq pays ont signalé de 1 à 10 cas de poliomyélite, 26 pays plus de 10 cas et 18 pays n'ont pas fourni de rapport. La surveillance est incomplète dans de nombreux pays où la poliomyélite est endémique, et l'OMS estime à 107 000 cas environ l'incidence mondiale réelle de la poliomyélite en 1994.

Fig. 2 Global annual reported poliomyelitis cases, 1974-1994

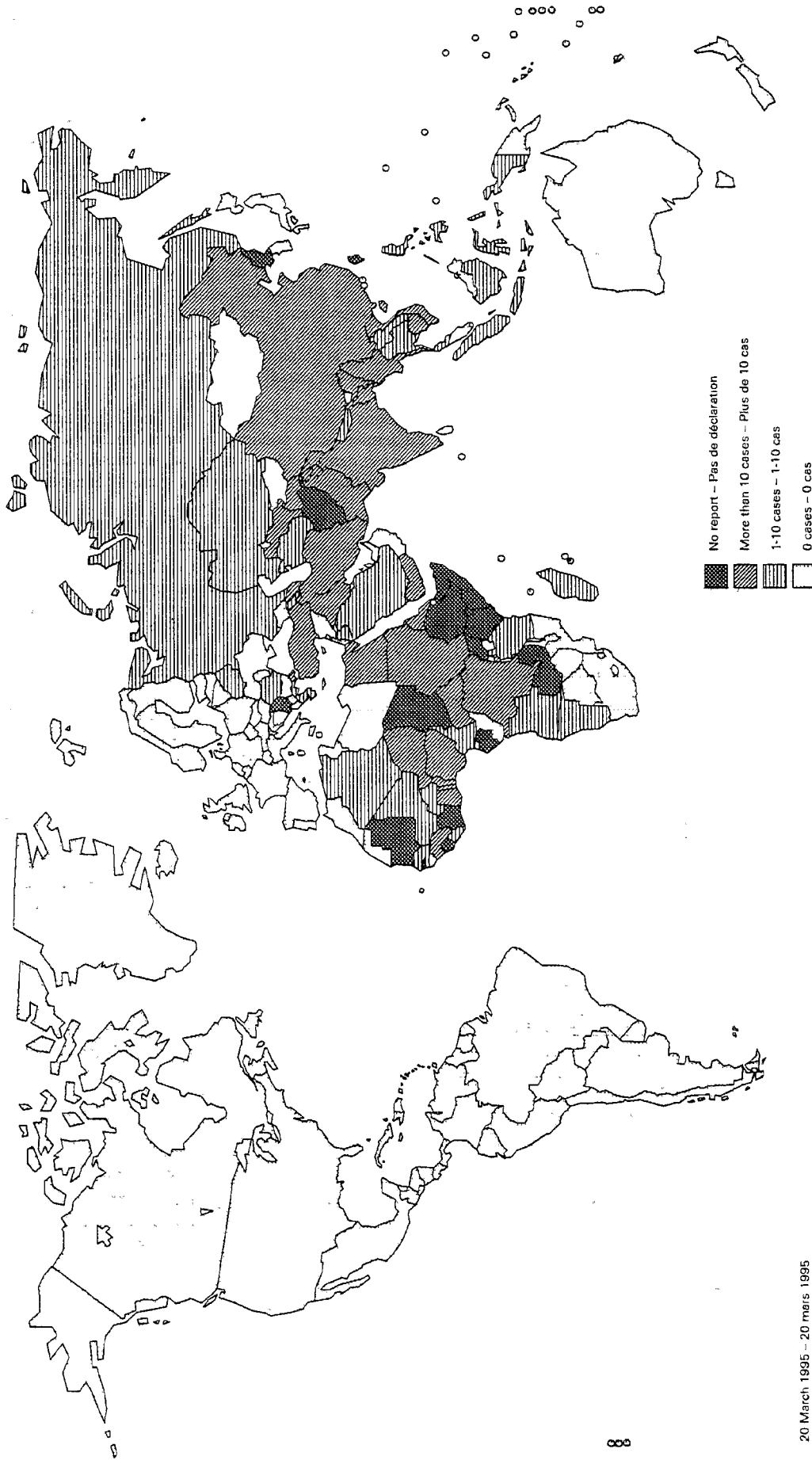
Fig. 2 Nombre de cas de poliomyélite signalés dans le monde, par année, 1974-1994



20 March 1995 - 20 mars 1995

Map 1 Global incidence of indigenous poliomyelitis, 1994

Carte 1 Incidence de la poliomyélite indigène dans le monde, 1994



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.

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.

20 March 1995 - 20 mars 1995

**Geographical distribution of poliomyelitis cases**

As an increasing number of countries implement WHO's recommended strategies for poliomyelitis eradication, the geographical range of poliomyelitis caused by wild polioviruses is increasingly restricted. Six emerging polio-free zones have been defined: the Western Hemisphere, Western and Central Europe, North Africa, Southern and Eastern Africa, the Middle East and the Western Pacific (*Map 1*). The number of countries reporting zero cases of poliomyelitis for the 3-year period 1992-1994 was 119, an increase of 6 countries from the period 1991-1993.

**Regional incidence**

In the *WHO African Region*, poliomyelitis remains endemic in most countries in Western and Central Africa. A total of 448 cases were reported from 36 countries/areas. Although this represents a decline of 73% from the 1 636 cases reported in 1993, 12 countries have not yet reported. Sixteen countries reported zero poliomyelitis cases in 1994; most were located in Southern Africa or were islands.

In the *WHO Region of the Americas*, 3.5 years have passed since the last case of poliomyelitis caused by a wild poliovirus was reported from Peru. The Pan American Health Organization certified poliomyelitis eradication in the Western Hemisphere on 20 August 1994.<sup>1</sup>

In the *WHO Eastern Mediterranean Region*, 973 cases of poliomyelitis were reported in 1994. This represents a decline of 60% from the 2 451 cases reported in 1993. Although the 520 cases reported from Pakistan account for 53% of the regional total, cases in Pakistan declined by 71% from the 1 803 cases reported in 1993. Pakistan conducted its first NIDs in April-May 1994. Reported poliomyelitis cases declined by 94% in Sudan (252 cases in 1993, 14 cases in 1994) following its first NIDS. In Egypt, poliomyelitis cases declined slightly to 117, from 150 in 1993. Poliomyelitis cases in Yemen increased from 58 in 1993 to 173 in 1994, due to a very low routine immunization coverage (54%).

The number of poliomyelitis cases reported from the *WHO European Region* has been static, with 211 cases recorded in 1994 compared with 202 cases in 1993 and 204 cases in 1988; 183 poliomyelitis cases (87%) were reported from 8 of the 15 republics of the former USSR. Declining immunization coverage as a result of vaccine shortages was the principal cause of an epidemic of 117 cases in Uzbekistan. Twenty-three cases were reported from Turkey.

The *WHO South-East Asia Region* reported 4 184 cases of poliomyelitis in 1994, 67% of the global total. The regional total declined by 8.3% from the 4 565 cases reported in 1993. India reported 3 867 cases of poliomyelitis, an 8.7% reduction from the 4 236 cases reported in 1993. Bangladesh reported 289 cases of poliomyelitis.

In the *WHO Western Pacific Region*, 425 cases of poliomyelitis were reported in 1994, a 63% decrease from the 1 147 cases reported in 1993. China reported 158 cases, a 71% reduction from the 538 cases in 1993 and a 97% reduction from the 5 065 cases in 1990. Only 5 of the cases in China were confirmed by isolation of wild poliovirus. Only 7 poliomyelitis cases, all confirmed on epidemiological grounds, were reported from the Philippines. It has been nearly 2 years since the last wild poliovirus was isolated in the Philippines. Poliomyelitis cases declined by 79% in Viet Nam, from 452 in 1993 to 93 in 1994 following the country's first NID at the end of 1993. Cambodia reported 163 poliomyelitis cases, 38% of the regional total.

**Editorial Note:** Progress towards global poliomyelitis eradication was encouraging in 1994. Countries which conducted NIDs late in 1993 or during the first half of 1994 (including China, Pakistan, Sudan and Viet Nam) have seen significant declines in the number of re-

**Distribution géographique des cas de poliomyélite**

Les pays étant de plus en plus nombreux à appliquer les stratégies recommandées par l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite, l'étendue géographique de la poliomyélite due aux poliovirus sauvages est de plus en plus restreinte. Six zones en passe de devenir exemptes de poliomyélite ont été définies: les Amériques, l'Europe occidentale et centrale, l'Afrique du Nord, l'Afrique australe et orientale, le Moyen-Orient et le Pacifique occidental (*Carte 1*). Les pays qui ont signalé une absence totale de cas de poliomyélite pendant les 3 années de 1992 à 1994 sont au nombre de 119, soit 6 de plus qu'en 1991-1993.

**Incidence régionale**

Dans la *Région africaine de l'OMS*, la poliomyélite demeure endémique dans la plupart des pays d'Afrique occidentale et centrale. Un total de 448 cas ont été signalés par 36 pays/territoires. Bien que cela représente une baisse de 73% par rapport aux 1 636 cas signalés en 1993, 12 pays n'ont pas encore fourni de rapport. Seize pays, pour la plupart situés en Afrique australe ou dans les régions insulaires, ont signalé une absence de cas de poliomyélite en 1994.

Dans la *Région OMS des Amériques*, la notification par le Pérou du dernier cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage remonte à 3 ans et demi. L'Organisation panaméricaine de la Santé a certifié l'éradication de la poliomyélite dans l'hémisphère occidental le 20 août 1994.<sup>1</sup>

Dans la *Région OMS de la Méditerranée orientale*, 973 cas de poliomyélite ont été signalés en 1994. Cela représente une baisse de 60% par rapport aux 2 451 cas signalés en 1993. Bien que les 520 cas signalés par le Pakistan représentent 53% du total régional, les cas signalés par ce pays ont baissé de 71% par rapport aux 1 803 cas signalés en 1993. Le Pakistan a organisé ses premières JNV en avril-mai 1994. Le nombre des cas de poliomyélite signalés a baissé de 94% au Soudan (252 cas en 1993, 14 cas en 1994) à la suite des premières JNV. En Egypte, le nombre des cas de poliomyélite a légèrement baissé, passant de 150 en 1993 à 117 en 1994. Le nombre des cas de poliomyélite au Yémen est passé de 58 en 1993 à 173 en 1994; cette augmentation est due à une très faible couverture vaccinale systématique (54%).

Le nombre des cas de poliomyélite signalés dans la *Région européenne de l'OMS* n'a guère évolué, 211 cas ayant été enregistrés en 1994 contre 202 cas en 1993 et 204 cas en 1988; 183 cas de poliomyélite (87%) ont été signalés par 8 des 15 républiques de l'ex-URSS. La réduction de la couverture vaccinale due à une pénurie de vaccins a été la cause principale d'une épidémie de 117 cas en Ouzbékistan. Vingt-trois cas ont été signalés en Turquie.

La *Région OMS de l'Asie du Sud-Est* a signalé 4 184 cas de poliomyélite en 1994, soit 67% du total mondial. Le chiffre total pour la Région a régressé de 8,3% par rapport aux 4 565 cas signalés en 1993. L'Inde a signalé 3 867 cas de poliomyélite, soit une baisse de 8,7% par rapport aux 4 236 cas signalés en 1993. Le Bangladesh a signalé 289 cas de poliomyélite.

Dans la *Région OMS du Pacifique occidental*, 425 cas de poliomyélite ont été signalés en 1994, soit une baisse de 63% par rapport aux 1 147 cas signalés en 1993. La Chine a signalé 158 cas, soit une baisse de 71% par rapport aux 538 cas signalés en 1993 et une baisse de 97% par rapport aux 5 065 cas de 1990. En Chine, 5 cas de poliomyélite seulement ont été confirmés par isolement du poliovirus sauvage. Les Philippines n'ont signalé que 7 cas de poliomyélite, tous confirmés épidémiologiquement. Il y a près de 2 ans que le dernier poliovirus sauvage a été isolé aux Philippines. Le nombre des cas de poliomyélite a baissé de 79% au Viet Nam, passant de 452 en 1993 à 93 en 1994 après l'organisation de la première JNV à la fin de 1993. Le Cambodge a signalé 163 cas de poliomyélite, soit 38% du total régional.

**Note de la Rédaction:** Les progrès réalisés en 1994 vers l'éradication mondiale de la poliomyélite sont encourageants. Les pays qui ont organisé des JNV à la fin de 1993 ou pendant la première moitié de 1994 (Chine, Pakistan, Soudan et Viet Nam notamment) ont observé une baisse sensible du nombre des cas de

<sup>1</sup> See No. 40, 1994, pp. 293-295<sup>1</sup> Voir N° 40, 1994, pp. 293-295

ported poliomyelitis cases. Additional reductions in cases reported in 1995 are anticipated as a result of NIDs conducted in 1994 and 1995. During March, April and May 1995, 18 contiguous countries and areas<sup>1</sup> in the Caucasus, Central Asia and the Middle East will be conducting NIDs. Up to 60 million children less than 5 years of age are scheduled to receive OPV during this period. Since most of these 18 countries report few poliomyelitis cases, it is anticipated that wild polioviruses will rapidly disappear in a large geographical area.

The number of countries implementing AFP surveillance is rising, on a par with the increase in countries conducting NIDs. Effective AFP surveillance allows the diagnosis of poliovirus infection to be made on virological testing rather than on clinical grounds alone. Accurate knowledge on wild poliovirus transmission allows a country to target reservoirs of virus for intensive local immunization campaigns. AFP surveillance data will also help provide the documentation needed to certify eradication at the national, regional and global levels. Virological surveillance has improved in China and the Philippines, for example, so that confidence is increasing that eradication is close to being achieved in these countries.

Reporting of cases may be more complete in India than in other countries, artificially increasing the percentage of global cases reported from that country. However, the contiguous countries of Bangladesh and India in the South-East Asia Region and Pakistan in the Eastern Mediterranean Region together reported 4 676 cases in 1994, 75% of the global total, little changed from the 73% and 63% of global cases reported in 1988 and 1993 respectively. Many poliomyelitis cases imported into the polio-free countries of Europe, the Middle East and North America have been caused by viruses originating from the Indian subcontinent. The Indian subcontinent, therefore, remains a major global reservoir of polioviruses and full implementation of the WHO recommended poliomyelitis eradication strategies in that part of the world is of the highest priority.

It is anticipated that at least 3 years of NIDs will be needed in most endemic countries to eradicate the virus. Experience has also shown that several years are needed to develop AFP surveillance in most countries before it becomes possible to detect 1 case of AFP per 100 000 children each year. If global poliomyelitis eradication is to be achieved by the year 2000, all polio-endemic countries must begin to conduct NIDs and implement AFP surveillance by 1997. The largest number of countries which have yet to implement the WHO poliomyelitis eradication strategies is in Africa; the Regional Office for Africa is actively assisting countries to improve surveillance and prepare to conduct NIDs.

Progress achieved towards poliomyelitis eradication to date indicates that the major technical problems have been solved. The main obstacles which remain are financial and political. WHO has estimated that an additional US \$500 million will be needed by the year 2000 to purchase vaccine, equip and run laboratories, hire and train personnel and provide logistical support in countries. All WHO Member States have committed themselves to poliomyelitis eradication through World Health Assembly resolutions. However, that commitment has not yet been transformed into action by all countries. An accelerated, global effort is needed, in which richer, polio-free countries (which will obtain substantial, long-term financial benefit) will support the polio-endemic countries (which bear the bulk of the poliomyelitis cases) to achieve polio-free status.

<sup>1</sup> Afghanistan, Armenia, Azerbaijan, Bulgane, Georgia, Iran (Islamic Republic of), Iraq, Jordan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Lebanon, Pakistan, Syrian Arab Republic, Tajikistan, Turkey, Turkmenistan, Uzbekistan, and United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA).

poliomyélite notifiés. Une nouvelle baisse du nombre des cas signalés en 1995 est prévue à la suite des JNV organisées en 1994 et 1995. Pendant les mois de mars, avril et mai 1995, 18 pays et territoires<sup>1</sup> contigus du Caucase, de l'Asie centrale et du Moyen-Orient organisent des JNV. Le VPO sera administré à près de 60 millions d'enfants de moins de 5 ans pendant cette période. Étant donné le petit nombre de cas de poliomyélite signalés par ces 18 pays, les poliovirus sauvages devraient disparaître rapidement de cette vaste zone géographique.

Le nombre des pays qui appliquent la surveillance de la PFA augmente, parallèlement à l'augmentation du nombre des pays qui organisent des JNV. La surveillance efficace de la PFA permet aussi de diagnostiquer l'infection par le poliovirus au moyen d'épreuves virologiques et non plus exclusivement sur des bases cliniques. Les pays qui connaissent précisément les conditions de transmission du poliovirus sauvage peuvent axer leurs campagnes intensives de vaccination locales sur les réservoirs du virus. Les données fournies par la surveillance de la PFA aideront aussi à fournir les renseignements nécessaires en vue de la certification de l'éradication aux niveaux national, régional et mondial. La surveillance virologique s'est améliorée en Chine et aux Philippines, par exemple, et il y a de plus en plus lieu de croire que l'éradication est proche dans ces pays.

La notification des cas est peut-être plus complète en Inde que dans d'autres pays, ce qui augmente artificiellement le pourcentage des cas signalés par ce pays par rapport au total mondial. Cependant, les pays contigus tels que le Bangladesh et l'Inde dans la Région de l'Asie du Sud-Est et le Pakistan dans la Région de la Méditerranée orientale ont signalé un total de 4 676 cas en 1994, soit 75% du total mondial, ce qui ne s'écarte guère des 73% et 63% des cas mondiaux signalés en 1988 et 1993 respectivement. De nombreux cas de poliomyélite importés dans les pays exempts de poliomyélite d'Europe, du Moyen-Orient et d'Amérique du Nord étaient dus à des virus provenant du sous-continent indien. Le sous-continent indien demeure donc un important réservoir mondial de poliovirus et la mise en œuvre complète des stratégies recommandées par l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite y est de la plus haute priorité.

On pense qu'il faudra organiser des JNV pendant au moins 3 ans dans la plupart des pays où la poliomyélite est endémique. L'expérience a aussi montré qu'il faudra plusieurs années pour mettre au point la surveillance de la PFA dans la plupart des pays avant qu'ils ne parviennent à dépister 1 cas de paralysie flasque aiguë pour 100 000 enfants par an. Pour parvenir à l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000, tous les pays où la poliomyélite est endémique devront avoir commencé à organiser des JNV et à mettre en œuvre la surveillance de la PFA d'ici 1997. C'est en Afrique que se trouve le plus grand nombre de pays qui n'ont pas encore mis en œuvre les stratégies OMS pour l'éradication de la poliomyélite. Aussi le Bureau régional de l'Afrique aide-t-il activement les pays à améliorer la surveillance et à préparer des JNV.

Les progrès réalisés à ce jour vers l'éradication de la poliomyélite montrent que les grands problèmes techniques ont été résolus. Les principaux obstacles qui subsistent sont d'ordre financier et politique. L'OMS a estimé à US \$500 millions supplémentaires la somme nécessaire d'ici l'an 2000 pour acheter des vaccins, équiper et faire fonctionner les laboratoires, recruter et former les personnels et fournir l'appui logistique aux pays. Tous les Etats Membres de l'OMS sont engagés vis-à-vis de l'éradication de la poliomyélite par les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé. Mais cet engagement n'a pas encore été transformé en mesures concrètes par tous les pays. Un effort mondial accéléré est indispensable de la part des pays riches exempts de poliomyélite (qui en retireront des avantages financiers importants à long terme) à l'appui des pays où la poliomyélite est endémique (qui supportent le fardeau de l'essentiel des cas de poliomyélite) pour les aider à devenir exempts de poliomyélite.

<sup>1</sup> Afghanistan, Arménie, Azerbaïdjan, Bulgane, Georgie, Iran (République islamique d'), Iraq, Jordanie, Kazakhstan, Kirghizistan, Liban, Pakistan, République arabe syrienne, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan, Ouzbékistan et Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA).

**Influenza**

**Austria** (21 March 1995).<sup>1</sup> Influenza has spread and was reported all over the country in the 2-week period ending 6 March. Most cases confirmed in the laboratory were influenza A, but a few cases diagnosed in Vienna were influenza B.

**Belgium** (26 March 1995).<sup>2</sup> The number of cases of acute respiratory infections and influenza-like illness has increased since the beginning of March. All age groups and all regions of the country are affected. The number of laboratory-confirmed cases has also increased; influenza A viruses are becoming more common than the influenza B viruses which predominated during December and January.

**Canada** (18 March 1995).<sup>3</sup> The number of laboratory-confirmed cases started to increase at the end of February and reached a peak in the first week of March. Nearly 6% of the 12 829 specimens investigated this season were positive for influenza. Most (85%) of the 741 positive samples were influenza A, of which 24 were typed as influenza A(H3N2) and 1 as influenza A(H1N1).

**Denmark** (20 March 1995). The incidence of influenza-like illness has been low throughout the season. The first laboratory confirmation of influenza was a case of influenza B diagnosed by detection of the virus antigen in the second week of March.

**Egypt** (22 March 1995). Influenza A(H3N2) virus was isolated from 1 of the 45 specimens collected from sporadic cases and during local outbreaks among the general population between 15 December 1994 and 28 February 1995. A few additional cases were revealed in a serological survey conducted at about the same period.

**Italy** (3 April 1995).<sup>2</sup> Influenza activity reached a peak in mid-February but sporadic cases of influenza were still occurring in the third week of March. After the first isolate of influenza B in Milan at the end of January, cases began to be reported in other northern and central parts of the country. Influenza A viruses of H3N2 subtype and influenza B viruses co-circulated, but influenza A viruses were slightly more prevalent.

**Norway** (28 March 1995).<sup>2</sup> The number of cases of influenza-like illness increased to 141 per 100 000 population in the week ending 26 March. At that time, 14 of the 20 counties reported rates above 100 per 100 000, with 1 county in the south-east reporting 274 per 100 000 population. Influenza A viruses of H3N2 and H1N1 subtypes have been diagnosed along with influenza B, but influenza B continued to be the most common influenza type in March. Influenza A has been diagnosed mainly among the younger age groups, while influenza B has been observed in all age groups, with few cases among the elderly.

**Romania** (28 March 1995).<sup>4</sup> Morbidity from acute respiratory infections increased slightly in some districts of the country, but remained below the epidemic threshold overall in March. Influenza A(H3N2) viruses were isolated from 3 children during local outbreaks in 1 district. Influenza A(H3N2) and influenza B viruses were also isolated from sporadic cases in Bucharest.

<sup>1</sup> See No. 11, 1995, p. 79.

<sup>2</sup> See No. 8, 1995, p. 59.

<sup>3</sup> See No. 6, 1995, p. 43.

<sup>4</sup> See No. 47, 1994, p. 356.

**Grippe**

**Autriche** (21 mars 1995).<sup>1</sup> La grippe s'est étendue et était signalée dans tout le pays au cours de la quinzaine qui s'est terminée le 6 mars. La plupart des cas confirmés en laboratoire étaient dus au virus A, mais quelques cas diagnostiqués à Vienne étaient dus au virus B.

**Belgique** (26 mars 1995).<sup>2</sup> Le nombre d'infections respiratoires aiguës et de syndromes grippaux s'est accru depuis le début mars. Tous les groupes d'âge et toutes les régions du pays sont touchés. Le nombre de cas confirmés en laboratoire s'est aussi accru; les virus grippaux A deviennent plus fréquents que les virus B, qui prédominaient en décembre et janvier.

**Canada** (18 mars 1995).<sup>3</sup> Le nombre de cas confirmés en laboratoire a commencé à s'accroître à la fin février pour atteindre un pic la première semaine de mars. Près de 6% des 12 829 échantillons étudiés cette saison étaient positifs pour la grippe. La plupart (85%) des 741 échantillons positifs étaient des virus grippaux A; 24 d'entre eux ont été caractérisés comme étant des virus A(H3N2) et 1 le virus A(H1N1).

**Danemark** (20 mars 1995). L'incidence des syndromes grippaux a été faible tout au long de la saison. La première confirmation de grippe en laboratoire a été un cas de grippe B diagnostiqué par détection de l'antigène du virus la deuxième semaine de mars.

**Egypte** (22 mars 1995). Le virus grippal A(H3N2) a été isolé d'un échantillon sur les 45 recueillis parmi des cas sporadiques et au cours de flambées locales dans la population générale entre le 15 décembre 1994 et le 28 février 1995. Quelques autres cas ont été décelés au cours d'une enquête sérologique menée à peu près à la même période.

**Italie** (3 avril 1995).<sup>2</sup> L'activité grippale a atteint un pic à la mi-février, mais des cas sporadiques de grippe se sont encore produits pendant la troisième semaine de mars. Après le premier isolement de grippe B à Milan à la fin janvier, des cas ont commencé à être signalés dans d'autres régions du nord et du centre du pays. Des virus grippaux A du sous-type H3N2 et des virus B ont co-circulé, mais les virus grippaux A ont été légèrement plus fréquents.

**Norvège** (28 mars 1995).<sup>2</sup> Le nombre de syndromes grippaux s'est accru, atteignant 141 pour 100 000 habitants pendant la semaine qui s'est terminée le 26 mars. Quatorze des 20 comtés signalaient alors des taux dépassant 100 pour 100 000; 1 comté dans le sud-est a déclaré 274 cas pour 100 000. Des virus grippaux des sous-types H3N2 et H1N1 ont été diagnostiqués, de même que le virus B, mais la grippe B a continué à être le type de grippe le plus courant en mars. La grippe A a été diagnostiquée principalement parmi les groupes d'âge plus jeunes, tandis que la grippe B était observée dans tous les groupes d'âge, peu de cas étant signalés parmi les personnes âgées.

**Roumanie** (28 mars 1995).<sup>4</sup> La morbidité due aux infections respiratoires aiguës a légèrement augmenté dans certains districts du pays, mais s'est globalement maintenue au-dessous du seuil épidémique en mars. Des virus grippaux A(H3N2) ont été isolés de 3 enfants au cours de flambées locales dans 1 district. Des virus grippaux A(H3N2) et B ont aussi été isolés de cas sporadiques à Bucarest.

<sup>1</sup> Voir N° 11, 1995, p. 79.

<sup>2</sup> Voir N° 8, 1995, p. 59.

<sup>3</sup> Voir N° 6, 1995, p. 43.

<sup>4</sup> Voir N° 47, 1994, p. 356.

**Switzerland** (1 April 1995).<sup>1</sup> The proportion of cases of influenza-like illness among people contacting sentinel physicians was 5.5% in the week ending 19 March and 4.5% in the following week. The peak was at the same level as in the 1993-1994 season, but occurred 11 weeks later. Numerous isolates were received for laboratory confirmation each week in March. Most were influenza A(H3N2), but influenza B viruses were also identified.

**United Kingdom** (3 April 1995).<sup>2</sup> All indices of influenza activity are declining but influenza viruses continue to be reported from various parts of the country. Influenza B has been the predominant influenza type throughout the season. A few isolates of influenza A(H3N2) have been reported and the first influenza A virus of H1N1 subtype was isolated in March.

**United States of America** (31 March 1995).<sup>3</sup> There are now signs of declining influenza activity. In the first 2 weeks of March, 25 states reported regional or widespread activity and in the following 2 weeks this number fell to 17 and 15 respectively. The number of laboratory reports reached a peak during February. Over 3 000 influenza virus isolates have been investigated this season; 78% were influenza A and 22% influenza B. Of the 1 141 influenza A isolates that have been subtyped, 1 127 (99%) have been influenza A(H3N2) and 14 A(H1N1). Most of the H1N1 isolates were reported in late February and in March.

**Zambia** (18 March 1995). In the continuous influenza surveillance programme maintained since 1993, an influenza A(H3N2) virus was isolated from a 3-year-old child in January.

<sup>1</sup> See No. 12, 1995, p. 88.

<sup>2</sup> See No. 10, 1995, p. 70.

<sup>3</sup> See No. 8, 1995, p. 60.

**Suisse** (1<sup>er</sup> avril 1995).<sup>1</sup> La proportion des syndromes grippaux parmi les personnes vues par les médecins sentinelles a été de 5,5% au cours de la semaine qui s'est terminée le 19 mars et 4,5% la semaine suivante. Le pic était au même niveau qu'au cours de la saison 1993-1994, mais s'est produit 11 semaines plus tard. De nombreux isolements ont été reçus pour confirmation en laboratoire chaque semaine de mars. La plupart étaient des virus grippaux A(H3N2), mais des virus B ont aussi été détectés.

**Royaume-Uni** (3 avril 1995).<sup>2</sup> Tous les indices de l'activité grippale sont sur le déclin, mais des virus grippaux continuent à être signalés dans diverses régions du pays. La grippe B a été le type de grippe prédominant pendant toute la saison. Quelques isolements de grippe A(H3N2) ont été signalés et le premier virus grippal du sous-type H1N1 a été isolé en mars.

**Etats-Unis d'Amérique** (31 mars 1995).<sup>3</sup> On observe maintenant des signes de déclin de l'activité grippale. Au cours de la première quinzaine de mars, 25 Etats signalaient une activité régionale ou étendue, et la quinzaine suivante ce chiffre est tombé à 17 et 15 respectivement. Le nombre de déclarations des laboratoires a atteint un pic en février. Plus de 3 000 isolements de virus ont été étudiés cette saison; 78% étaient des virus A et 22% des virus B. Sur les 1 141 isolements de virus A qui ont été caractérisés, 1 127 (99%) étaient des virus A(H3N2) et 14 des virus A(H1N1). La plupart des isolements H1N1 ont été signalés à la fin février et en mars.

**Zambie** (18 mars 1995). Dans le cadre du programme de surveillance de la grippe en vigueur depuis 1993, un virus grippal A(H3N2) a été isolé en janvier d'un enfant de 3 ans.

<sup>1</sup> Voir N° 12, 1995, p. 88.

<sup>2</sup> Voir N° 10, 1995, p. 70.

<sup>3</sup> Voir N° 8, 1995, p. 60.

## International Travel and Health

### Vaccination Requirements and Health Advice

Corrigendum to 1995 Edition

#### p. 10 2.3 Cholera

Replace text after box by:

No country requires proof of cholera vaccination as a condition for entry and the International Certificate of Vaccination no longer provides a specific space for recording of cholera vaccination. The traditional parenteral cholera vaccine conveys incomplete, unreliable protection of short duration and its use, therefore, is not recommended. Two oral cholera vaccines that provide high-level protection for several months against cholera caused by *Vibrio cholerae* O1 have recently become available in a few countries for use by travellers. WHO has not yet formulated recommendations on their use.

#### p. 62 5.3.2 Diarrhoea

Replace 3rd sentence by:

A new oral cholera vaccine composed of killed *V. cholerae* O1 and B subunit of cholera toxin provides short-term protection against LT-producing strains of *Escherichia coli*, which are one cause of diarrhoea in travellers (see section 2.3, p. 10).

#### p. 84 Table 5. Comprehensive list of vaccinations

Replace information on cholera by:

## Voyages internationaux et santé

### Vaccinations exigées et conseils d'hygiène

Rectificatif à l'édition 1995

#### p. 10 2.3 Choléra

Remplacer le texte qui suit l'encadré par:

Plus aucun pays n'exige de certificat de vaccination contre le choléra comme condition à l'entrée sur son territoire et le certificat international de vaccination ne prévoit plus l'espace qui était réservé à la mention de la vaccination anticholérique. La protection conférée par le vaccin anticholérique actuel administré par voie parentérale est incomplète, peu fiable et de courte durée, et son utilisation n'est donc pas recommandée. Deux vaccins anticholériques oraux à l'usage des voyageurs, conférant une protection élevée pendant plusieurs mois contre le choléra à *Vibrio cholerae* O1, viennent d'être commercialisés dans certains pays. L'OMS n'a pas encore formulé de recommandations quant à l'utilisation de ces vaccins.

#### p. 65 5.3.2 Diarrhée

Remplacer la 3<sup>e</sup> phrase par:

Un nouveau vaccin anticholérique oral, constitué de *V. cholerae* O1 tués et de sous-unité B de la toxine cholérique, confère une protection de courte durée contre les souches d'*Escherichia coli* productrices de toxine thermolabile, qui sont à l'origine de diarrhées chez les voyageurs (voir section 2.3, p. 10).

#### p. 90 Tableau 5. Liste complète des vaccinations

Remplacer les informations sur le choléra par:

Type	Primary series Primo-vaccination	Interval between doses Intervalle entre les doses	Lower age limit Limite d'âge inférieure	Effective after: Début de l'efficacité	Booster interval Rappels	Remarks Remarques
Cholera Choléra	2 (killed oral) 2 (vaccin oral tué)	Minimum 7 days Minimum 7 jours	2 years 2 ans	2nd dose 2 <sup>e</sup> dose	6-12 months 6-12 mois	Risk of cholera in travellers is very small; does not protect against <i>V. cholerae</i> O139 Le risque de choléra chez les voyageurs est très faible; ne protège pas contre <i>V. cholerae</i> O139 (as above) (comme ci-dessus)
	1 (live oral) 1 (vaccin oral vivant)	— —	2 years 2 ans	8 days 8 jours	6-12 months 6-12 mois	

### Information that builds a better world

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

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

Much of the information developed by WHO is made available to the world through an extensive programme of publications, now numbering 7 periodicals and close to 80 new books each year. Some are practical manuals for use in preventing and controlling disease or developing quality health care. Others are unique guides to internationally accepted procedures, standards, or practice, introducing uniformity to world medical care. Still others attack urgent technical problems with advice formulated and agreed upon by international groups of experts.

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

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

### Informations pour construire un monde meilleur

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

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

La plupart des informations émanant de l'OMS sont diffusées dans le monde entier grâce à un vaste programme de publications, qui comprend actuellement 7 périodiques et près de 80 ouvrages nouveaux chaque année. Ce sont pour certains des manuels pratiques à l'usage des personnes chargées de prévenir et combattre la maladie et d'assurer des soins de santé de qualité; pour d'autres des guides uniques en leur genre, réunissant les procédures, normes ou pratiques internationalement acceptées qui ont introduit un élément d'uniformité dans les soins médicaux dispensés dans le monde. D'autres encore traitent des problèmes techniques pressants et contiennent des recommandations formulées et approuvées par des groupes internationaux d'experts.

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

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

#### DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

#### MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

#### Notifications received from 31 March to 6 April 1995

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

#### Cholera • Choléra

#### Africa • Afrique

#### Cape Verde — Cap-Vert

C	D
20-26.III	
110	0

#### Notifications reçues du 31 mars au 6 avril 1995

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

#### America • Amérique

#### Canada

#### El Salvador

C	D
	5.III
I	0
108	12-25.III
	0

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.—