



WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Telegraphic Address: EPIDNATIONS GENEVA Telex 27821

Adresse télégraphique: EPIDNATIONS GENÈVE Telex 27821

Automatic Telex Reply Service
Telex 28150 Geneva with ZCZC and ENGL for a reply in English

Service automatique de réponse par télex
Télex 28150 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français

18 JANUARY 1985

60th YEAR - 60^e ANNÉE

18 JANVIER 1985

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION Global Advisory Group

The seventh meeting of the Expanded Programme on Immunization (EPI) Global Advisory Group took place from 21 to 25 October 1984 at the WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean in Alexandria. The following is a summary of the conclusions and recommendations made by the Group.

Global Situation

National immunization programmes have made considerable progress, achieving some 30% coverage in developing countries with a third dose of DPT. But the lack of immunization services still exacts a toll of 4 million preventable childhood deaths each year in the developing world. Programme acceleration is urgently needed if immunization services are to be provided for all children of the world by 1990. This will require continued vigorous action to mobilize political will and financial resources at national and international levels.

Considerable experience has now been gained in most countries regarding the implementation of immunization programmes and sufficient knowledge exists to effect major improvements. Action will be needed in the following areas if the programmes are to accelerate sufficiently to meet the target:

Management of existing resources

Regardless of the level of programme development, there are substantial areas for improvement in each country, particularly with regard to better training and supervision of health staff and effective involvement of communities. Some changes will require additional resources but programme impact can also be improved through existing resources. Priority should be given to immunization schedules which are completed early in life with a minimum number of contacts.

Use of intensified strategies

Intensified strategies have been developed in several countries in an effort to raise immunization levels more rapidly than would routine programme implementation. These strategies include:

1. accelerated implementation of existing plans;
2. use of periodic rounds of intensified activity ("pulses" or "rounds");
3. designation of 1 or more days each year as national immunization days; on these days, all children in the target age group are immunized without regard to their previous immunization

PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION Groupe consultatif mondial

Le Groupe consultatif mondial du programme élargi de vaccination (PEV) a tenu sa septième réunion du 21 au 25 octobre 1984 au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, à Alexandrie. On trouvera ci-après un résumé des conclusions et recommandations qu'il a formulées.

Situation mondiale

Les programmes nationaux de vaccination ont fait des progrès considérables, assurant une couverture de 30% environ dans les pays en développement grâce à l'administration d'une troisième dose de DTC, mais le manque de services de vaccination dans le tiers monde est encore responsable annuellement de 4 millions de décès d'enfants qui pourraient être évités. Il est urgent d'accélérer l'exécution du programme si l'on veut que, d'ici 1990, tous les enfants du monde bénéficient de services de vaccination. Ceci nécessitera des mesures énergiques et suivies afin de mobiliser la volonté politique et les ressources aux niveaux national et international.

Une grande expérience de l'exécution des programmes de vaccination a maintenant été acquise dans la plupart des pays et les connaissances actuelles devraient permettre de réaliser des améliorations importantes. Si l'on veut que l'accélération des programmes soit suffisante pour atteindre le but fixé, il faudra prendre des mesures dans les domaines suivants:

Gestion des ressources existantes

Quel que soit le niveau d'avancement des programmes, bien des choses pourraient être améliorées dans tous les pays, notamment en ce qui concerne la formation et l'encadrement des personnels de santé et la participation des collectivités. Certaines réformes exigeront des ressources supplémentaires, mais il est aussi possible de renforcer l'impact du programme en restant dans les limites des ressources disponibles. Il faut donner la priorité aux schémas de vaccination qui sont achevés très tôt dans l'existence, à un moment où le sujet a eu un minimum de contacts.

Application de stratégies intensifiées

Des stratégies intensifiées ont été élaborées dans plusieurs pays afin d'accroître les taux de vaccination plus rapidement que ne le permet l'exécution normale du programme. Ces stratégies sont notamment les suivantes:

1. exécution accélérée de plans existants;
2. instauration de phases périodiques d'intensification des activités;
3. désignation chaque année d'une ou plusieurs «journées de la vaccination» pendant lesquelles sont vaccinés tous les enfants du groupe d'âge cible, quel que soit leur état vaccinal antérieur; on n'administre

Epidemiological notes contained in this issue:

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS), Expanded Programme on Immunization, influenza, rubella.

List of newly infected areas, p. 20.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Grippe, programme élargi de vaccination, rubéole, syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA).

Liste des zones nouvellement infectées, p. 20.

status; frequently only 1 vaccine is used (usually oral polio vaccine) and no attempt is made to complete the child's record;

4. designation of 1 or more days each year as national immunization days; all vaccines are available and used according to the child's needs; each dose given is entered on the child's record.

A characteristic shared by the successful programmes using intensive approaches has been meticulous planning and organization, with detailed preparation in all areas including facilities, training, use of mass media, as well as vaccine requirements and distribution. Political commitment from the highest levels has been an essential characteristic of successful intensification. However, political commitment is insufficient without concomitant technical and logistical support for the effort.

Any country considering an intensive approach should first make a careful review of its own situation, then consider the likely long-term impact of such a strategy, and the country's ability to implement and maintain the effort. Any strategy which does not contribute to the strengthening of the health infrastructure should be discouraged.

Programme evaluation

More emphasis should be put on programme evaluation. Regular reviews of national EPI programmes should be encouraged and should either include information on other components of primary health care or take place within the context of broader reviews of primary health care. During evaluations, retrospective and current data on EPI target diseases should be used as much as possible. To strengthen the impact of the reviews, recommendations should be accompanied by suggested implementation plans.

Coordination with other components of primary health care

To make optimum use of existing resources and to assist in obtaining additional resources, there must be an intensification of coordination between EPI and other primary health care components. All contacts with health services should provide opportunities for immunization, other necessary services, and readily understandable health education messages.

Collaboration among international agencies

Additional resources, both national and international, will be required to support the programme acceleration so urgently needed. An important step in this direction has been stimulated by the 1984 Bellagio Conference. Participants at that meeting committed themselves to improve collaboration between countries, United Nations agencies, bilateral agencies and other concerned groups. The focus of this collaboration will be to increase mobilization of both national and international resources in support of immunization and other primary health care initiatives.

Regional and country meetings

Periodic meetings at the regional level, bringing together EPI programme managers from countries of the Region, can be useful. At these meetings, participants can identify obstacles to programme implementation, refine programme objectives, develop improved plans of operations and sustain enthusiasm. In addition, such regional meetings allow for the exchange of knowledge and experience which can assist in solving problems in a given country. Each WHO Region should hold such meetings preferably every 1-2 years, but at least every 3 years.

At the national level, regular meetings of state/provincial authorities are important to ensure optimum programme development, implementation and evaluation. Each country which does not currently hold meetings at least once a year should be encouraged to do so.

Use of vaccines

To take maximum advantage of the benefits offered by vaccines, each country should take the necessary steps to include all relevant antigens in its national programme. In particular, the universal use of measles vaccine should be encouraged. It is also of concern that some countries are not yet using polio vaccine and that others omit pertussis vaccine from their programmes.

Countries are urged to review current practices regarding the anatomical site of intramuscular immunization. Taking into account the criteria of safety and ease of administration, thigh

souvent qu'un seul vaccin (d'ordinaire du vaccin antipoliomyélique buccal) et on ne tente pas d'administrer à l'enfant tous les vaccins prévus sur sa fiche;

4. désignation chaque année d'une ou de plusieurs «journées de la vaccination» pendant lesquelles tous les vaccins sont disponibles et administrés en fonction des besoins de chaque enfant; chaque dose est notée sur la fiche de l'enfant.

Tous les programmes appliquant avec succès des approches intensives ont une caractéristique commune: ils ont été méticuleusement planifiés et organisés et ont fait l'objet de préparatifs détaillés en ce qui concerne tant les équipements, la formation et l'utilisation des médias que l'approvisionnement en vaccins et la distribution de ceux-ci. Un engagement politique aux niveaux les plus élevés est la condition nécessaire de toute intensification des activités, mais il faut qu'il s'accompagne d'un appui technique et logistique.

Tout pays envisageant une approche intensive doit tout d'abord examiner avec soin la situation dans laquelle il se trouve, puis essayer de déterminer l'impact probable à long terme de cette stratégie et se demander s'il est capable de l'appliquer de façon durable. Toute stratégie qui ne contribue pas au renforcement de l'infrastructure sanitaire est à déconseiller.

Evaluation du programme

Il faut davantage mettre l'accent sur l'évaluation du programme. Il serait bon que les programmes PEV nationaux fassent régulièrement l'objet d'examen qui, soit comporteraient des informations sur d'autres éléments des soins de santé primaires, soit prendraient place dans le cadre d'examen plus larges des activités de soins de santé primaire. Durant les évaluations, il faudrait faire autant que possible usage de données tant rétrospectives qu'actuelles sur les maladies cibles du PEV. Afin de renforcer l'impact des évaluations, il serait bon que les recommandations soient accompagnées de projets de plans d'exécution.

Coordination avec d'autres éléments des soins de santé primaires

Pour tirer tout le parti possible des ressources existantes et pour faciliter l'obtention de ressources supplémentaires, il est indispensable d'intensifier la coordination entre le PEV et les autres éléments des soins de santé primaires. Tous les contacts avec les services de santé devraient fournir l'occasion de pratiquer des vaccinations, d'assurer d'autres services nécessaires et de transmettre sous une forme aisément compréhensible des messages d'éducation pour la santé.

Collaboration entre organisations internationales

Des ressources supplémentaires, tant nationales qu'internationales, seront nécessaires pour appuyer l'accélération du programme dont le besoin se fait sentir avec une telle urgence. En 1984, une importante mesure a été prise en ce sens à la Conférence de Bellagio, dont les participants se sont engagés à améliorer la collaboration entre pays, organismes des Nations Unies, organismes bilatéraux et autres groupements intéressés. Cette collaboration aura principalement pour objet d'accroître la mobilisation de ressources nationales et internationales en faveur des vaccinations et de faciliter d'autres initiatives en matière de soins de santé primaires.

Rencontres régionales et nationales

Il peut être utile d'organiser périodiquement au niveau régional des rencontres réunissant les directeurs des programmes PEV de la Région. Les participants ont ainsi la possibilité d'identifier les facteurs qui font obstacle à la mise en œuvre des programmes, d'affiner les objectifs de ces derniers, d'élaborer de meilleurs plans d'opération et d'entretenir leur enthousiasme. En outre, ces rencontres sont l'occasion d'échanges de connaissances théoriques et pratiques qui peuvent aider à résoudre les problèmes qui se posent dans tel ou tel pays. Chaque Région de l'OMS devrait organiser de telles rencontres, de préférence à intervalles de 1 ou 2 ans, mais au moins tous les 3 ans.

À l'échelon national, il importe que les autorités provinciales/de l'Etat se réunissent régulièrement pour assurer de façon optimale l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes. Tout pays qui n'organise pas de telles réunions au moins une fois par an devrait être encouragé à le faire.

Utilisation des vaccins

Afin de tirer parti au maximum des avantages de la vaccination, tous les pays devraient faire le nécessaire pour inclure tous les antigènes pertinents dans leur programme national. Il conviendrait en particulier d'encourager l'emploi universel du vaccin antirougeoleux. Il est préoccupant que certains pays ne pratiquent pas encore la vaccination antipoliomyélique et que d'autres omettent de leurs programmes la vaccination antitétanique.

Les pays sont instamment invités à revoir les pratiques suivies en ce qui concerne l'endroit du corps où sont faites les vaccinations par voie intramusculaire. Pour des raisons de sécurité et de commodité, il est vivement

injection for diphtheria-pertussis-tetanus (DPT) and arm injection for tetanus toxoid are strongly recommended.

The Global Advisory Group reaffirmed its 1983 recommendation to use every opportunity to immunize eligible children: "It is particularly important to immunize children suffering from malnutrition. Low-grade fever, mild respiratory infections or diarrhoea, and other minor illnesses should not be considered as contraindications to immunization. Immunization of children so ill as to require hospitalization should be deferred for decision by the hospital authorities."

Use of oral poliomyelitis vaccine in newborns

Immunization of newborns with trivalent oral poliomyelitis vaccine (TOPV) is a safe, effective means of improving protection against disease and TOPV may be administered simultaneously with BCG vaccine. Although the serological response to TOPV in the first week is lower than that observed from immunization of older infants, 70-100% of neonates benefit by developing local immunity in the intestinal tract. In addition, 30-50% of the infants develop serum antibodies to 1 or more poliovirus types.

In countries where poliomyelitis has not been controlled, use of TOPV in the newborn period may be particularly important in providing early protection. In this situation, oral polio vaccine is given at birth or at first contact, with subsequent doses at 6, 10 and 14 weeks of age. In all countries, routine immunization with DPT and TOPV can be safely and effectively initiated at 6 weeks of age. A schedule designed to provide protection at the earliest possible age is shown below:

Age	Vaccine
Birth	TOPV, BCG
6 weeks	TOPV, DPT
10 weeks	TOPV, DPT
14 weeks	TOPV, DPT
9 months	Measles

To protect infants in the neonatal period, all women in the reproductive age should have 2 doses of tetanus toxoid. These should be given during the first pregnancy, if not given previously; in subsequent pregnancies an additional dose is required.

Use of pertussis vaccine

Although currently available whole-cell pertussis vaccines are associated with adverse effects at a rate higher than that of other EPI vaccines, the benefits of their use far outweigh the risks. While work is being pursued to develop improved pertussis vaccines and to study their safety and efficacy, the whole-cell vaccines currently available are effective in reducing morbidity and mortality. Their use should be promoted in developed and developing countries alike.

Surveillance

Important increases in immunization coverage have occurred in most developing countries during the past decade, and those increases are now being accelerated in several of them. Although many countries have surveillance data adequate to reflect disease incidence trends, few developing countries have surveillance data adequate for programme management. Surveillance data, drawn either from the country as a whole or from selected areas, are needed for use by EPI managers at all levels. It is recommended that:

- national surveillance systems for disease control programmes be reviewed with an aim to simplify records and their collection; records should be limited to those necessary for programme management;
- WHO work intensively with national programme managers in coming months to ensure that national data are promptly transmitted to the Organization, even if only on a provisional basis;
- in cases where routine surveillance systems are not adequate for programme management, sentinel surveillance be vigorously pursued as one of the surveillance strategies available to the EPI;
- WHO and national programme managers work together to develop innovative approaches so that the impact of immunization in reducing the incidence of the target diseases during the past decade can be measured; such data are important and help to establish a baseline against which annual progress can be measured in future years;

recommandé de choisir la cuisse pour le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et le bras pour l'anatoxine tétanique.

Le Groupe consultatif mondial a confirmé la recommandation qu'il avait faite en 1983 de saisir toutes les occasions possibles de vacciner les enfants pour lesquels c'est indiqué: «Il est particulièrement important de vacciner les enfants souffrant de malnutrition. Une légère fièvre, une infection respiratoire ou une diarrhée bénignes et d'autres affections sans gravité ne doivent pas être considérées comme des contre-indications. Dans le cas des enfants dont l'état nécessite une hospitalisation, il faut attendre pour vacciner d'avoir l'avis des autorités de l'hôpital.»

Utilisation du vaccin antipoliomyélique buccal chez les nouveau-nés

L'administration aux nouveau-nés du vaccin antipoliomyélique buccal trivalent (VPOT) est un moyen sûr et efficace d'améliorer la protection contre la maladie, et le VPOT peut être administré en même temps que le BCG. Bien que la réponse sérologique au VPOT administré dans la semaine suivant la naissance soit plus faible que chez les nourrissons plus âgés, de 70 à 100% des nouveau-nés acquièrent grâce au VPOT une immunité locale au niveau des intestins. En outre, de 30 à 50% des nourrissons acquièrent des anticorps sériques à un ou plusieurs types de poliovirus.

Dans les pays où la poliomyélite n'a pas été maîtrisée, l'administration du VPOT aux nouveau-nés peut être particulièrement importante pour assurer une protection précoce. Dans ce cas, la première dose est administrée à la naissance ou lors du premier contact, et les doses suivantes à la sixième, à la dixième et à la quatorzième semaine. Dans tous les pays, la vaccination systématique par le DTC et le VPOT peut sans danger et efficacement commencer à l'âge de 6 semaines. On trouvera ci-après un schéma conçu pour assurer une protection aussi précoce que possible:

Age	Vaccin
Naissance	VPOT, BCG
6 semaines	VPOT, DTC
10 semaines	VPOT, DTC
14 semaines	VPOT, DTC
9 mois	Rougeole

Afin de protéger les nourrissons au cours de la période néonatale, toutes les femmes en âge de procréer devraient recevoir 2 doses d'anatoxine tétanique. Celles-ci devraient être administrées au cours de la première grossesse; une dose supplémentaire sera administrée au cours des grossesses suivantes.

Utilisation du vaccin anticoquelucheux

S'il est vrai que les vaccins anticoquelucheux entiers d'usage courant sont associés à davantage d'effets adverses que les autres vaccins PEV, leurs avantages dépassent de loin leurs inconvénients. Tandis que l'on s'emploie à mettre au point des vaccins anticoquelucheux améliorés et à étudier leur sécurité d'emploi et leur efficacité, les vaccins entiers actuels permettent effectivement de réduire la morbidité et la mortalité. Il convient de promouvoir leur utilisation aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.

Surveillance

Depuis 10 ans, la couverture vaccinale s'est considérablement accrue dans la plupart des pays en développement, et cette tendance est en train de s'accroître dans plusieurs d'entre eux. Si de nombreux pays disposent de données de surveillance permettant de savoir comment évolue l'incidence des maladies, rares sont les pays en développement qui possèdent des données adéquates pour la gestion des programmes. Les responsables des programmes PEV à tous les niveaux ont besoin de données de surveillance portant soit sur l'ensemble du pays soit sur certaines régions seulement. Il est recommandé:

- que les systèmes nationaux de surveillance des programmes de lutte contre les maladies soient revus, afin de simplifier les relevés et leur rassemblement et de n'établir de relevés que s'ils sont nécessaires pour la gestion des programmes;
- qu'au cours des prochains mois, l'OMS s'emploie activement, de concert avec les directeurs des programmes nationaux, à faire en sorte que les données soient rapidement transmises à l'Organisation, au besoin à titre provisoire;
- que dans les cas où les systèmes de surveillance systématique ne sont pas adaptés aux besoins de la gestion des programmes, un système d'alarme efficace soit mis en place dans le cadre des stratégies de surveillance du PEV;
- que l'OMS et les directeurs de programmes nationaux s'emploient de concert à mettre au point des approches novatrices permettant de mesurer le rôle qu'a joué depuis 10 ans la vaccination dans la réduction de l'incidence des maladies cibles; des données sur ce point sont importantes, notamment en tant que données de référence pour la mesure des progrès qui seront réalisés annuellement à l'avenir;

- outbreak investigations be increasingly promoted as the EPI target diseases are brought under control;
- feedback and necessary action be an integral part of surveillance at all programme levels;
- Regional Offices support national programmes in ensuring that surveillance data are used to maximum effect by operational managers; this will promote improvement in the quality of surveillance data.

Research and development

Within EPI, research and development aim to improve the capabilities of the delivery system to increase coverage so that further reductions in mortality and morbidity can be achieved. In view of the high dropout rates in some countries, specific research efforts are needed to identify and correct managerial and technical constraints, and to investigate cultural constraints. Current research to identify simpler and more effective methods of vaccine administration were recognized and encouraged.

The Group noted with interest the recent experience of immunization programmes in Brazil and Colombia. Intensified programmes supported by national leaders and including community groups achieved high coverage through well advertised national immunization days. Such strategies need to be evaluated regarding cost, logistics, effectiveness and contribution to achievement of national immunization objectives.

- qu'à mesure que seront progressivement maîtrisées les maladies cibles du PEV, une impulsion grandissante soit donnée aux enquêtes sur les poussées épidémiques,
- que la rétro-information et les mesures qu'elle appelle fassent partie intégrante de la surveillance à tous les niveaux du programme;
- que les bureaux régionaux appuient les programmes nationaux en veillant à ce que les directeurs des opérations sur le terrain tirent tout le parti possible des données de surveillance; la qualité des données de surveillance en sera améliorée.

Recherche et développement

Dans le cadre du PEV, la recherche et le développement visent à rendre le système de vaccination capable d'assurer une plus large couverture afin de réduire encore davantage la mortalité et la morbidité. Vu le taux élevé des abandons dans certains pays, des travaux spécifiques de recherche sont nécessaires pour repérer et éliminer les contraintes gestionnaires et techniques, ainsi que pour étudier les contraintes culturelles. Les recherches entreprises actuellement pour trouver des méthodes plus simples et plus efficaces d'administration des vaccins ont été notées et encouragées.

Le Groupe a noté avec intérêt ce qui s'est fait récemment dans le cadre des programmes de vaccination au Brésil et en Colombie. Des programmes intensifiés soutenus par des personnalités nationales et auxquels participaient des groupes communautaires sont parvenus à assurer une forte couverture lors de journées nationales de la vaccination qui avaient fait l'objet d'une large publicité. Il faut évaluer ces stratégies du point de vue de leur coût, de leur logistique, de leur efficacité et de la contribution qu'elles apportent à la réalisation des objectifs fixés à l'échelon national en matière de vaccination.

ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS)

Report on the situation in Europe as of 15 October 1984¹

By 15 July 1984, 10 European countries were participating in the surveillance of AIDS. By 15 October 1984, 5 additional countries had agreed to collaborate and to supply data regularly to the WHO Collaborating Centre on AIDS in Paris. These are Czechoslovakia, Finland, Iceland, Norway and Poland.

The sources are the following:

Communicable Disease Surveillance Centre, Colindale, London
 Directorate-General of Health, Paris
 Directorate-General of Public Health, Reykjavik
 Federal Office of Public Health, Bern
 Institute of Biomedical Sciences, Tampere
 Institute of Virology, Bratislava
 Istituto Superiore di Sanità, Rome
 Ministry of Health, Athens
 Ministry of Health and Consumer Affairs, Madrid
 National Bacteriological Laboratory, Stockholm
 National Institute of Hygiene, Warsaw
 National Institute of Public Health, Oslo
 Robert Koch Institute, Berlin (West)
 Staff Bureau for International Health Affairs, Leidschendam
 Statens Seruminstitut, Copenhagen

Notification of AIDS is now compulsory in 4 of the 15 participating countries: Denmark, Iceland, Norway and Sweden.

Situation as of 15 October 1984

As of 15 October, 559 cases of AIDS had been reported to the Centre (Table 1). In the 10 countries corresponding with the Centre at the time of the previous report, 130 further cases have been recorded, representing a mean increase of 10 cases per week.

The most striking increases were noted in France: 41 cases (3 to 4 cases per week), the United Kingdom: 34 cases (2 to 3 cases per week) and the Federal Republic of Germany: 31 cases (2 to 3 cases per week). In the other 7 countries the increase was lower: from 2 to 5 cases for the period from July to October.

Three of the 5 new participating countries (Czechoslovakia, Iceland and Poland) state that they have never recorded any case of AIDS, while 2 (Finland and Norway) have recorded only 4 cases each.

The number of cases per million population was calculated with reference to the 1983 population figures supplied by the National Institute of Demographic Studies (INED), Paris. Denmark had the

¹ See No. 40, 1984, pp. 305-307.

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIT ACQUIS (SIDA)

Rapport sur la situation en Europe au 15 octobre 1984¹

Au 15 juillet 1984, 10 pays européens participaient à la surveillance du SIDA. Au 15 octobre 1984, 5 pays supplémentaires ont accepté de collaborer et de fournir régulièrement des données au Centre collaborateur OMS sur le SIDA, Paris. Il s'agit de la Finlande, de l'Islande, de la Norvège, de la Pologne et de la Tchécoslovaquie.

Les sources sont les suivantes:

Bureau du Personnel pour les Affaires sanitaires internationales, Leidschendam
 Centre de Surveillance des Maladies transmissibles, Colindale, Londres
 Direction générale de la Santé, Paris
 Direction générale de la Santé publique, Reykjavik
 Institut de Virologie, Bratislava
 Institut national de la Santé publique, Oslo
 Institut des Sciences biomédicales, Tampere
 Institut national d'Hygiène, Varsovie
 Institut Robert Koch, Berlin (Ouest)
 Istituto Superiore di Sanità, Rome
 Laboratoire national de Bactériologie, Stockholm
 Ministère de la Santé, Athènes
 Ministère de la Santé et de la Consommation, Madrid
 Office fédéral de la Santé publique, Berne
 Statens Seruminstitut, Copenhague

Le SIDA est actuellement soumis à déclaration obligatoire dans 4 des 15 pays participants: Danemark, Islande, Norvège et Suède.

Situation au 15 octobre 1984

Au 15 octobre, 559 cas de SIDA ont été rapportés au Centre (Tableau 1). Parmi les 10 pays correspondant avec le Centre au moment du précédent rapport, 130 cas supplémentaires ont été notés, soit une augmentation moyenne de 10 cas par semaine.

Les augmentations les plus marquées ont été notées en France: 41 cas (3 à 4 cas par semaine), au Royaume-Uni: 34 cas (2 à 3 cas par semaine) et en République fédérale d'Allemagne: 31 cas (2 à 3 cas par semaine). Pour les 7 autres pays, l'augmentation était plus faible: de 2 à 5 cas pour la période de juillet à octobre.

Parmi les 5 nouveaux pays participants, 3 (Islande, Pologne et Tchécoslovaquie) ont déclaré ne jamais avoir recensé de cas de SIDA, et 2 (Finlande et Norvège) n'en ont recensé que 4 chacun.

Le nombre de cas par million d'habitants a été calculé sur les populations de 1983, fournies par l'Institut national d'Etudes démographiques (INED), Paris. Le Danemark présentait le taux le plus élevé: 6 par

¹ Voir N° 40, 1984, pp. 305-307

highest rate: 6 per million, followed by Switzerland: 5 per million, and France: 4 per million. These rates are low compared with that for the United States of America: 27.6 per million on 1 October 1984.

million, puis la Suisse: 5 par million, et la France: 4 par million. Ces taux sont faibles comparés à celui des Etats-Unis d'Amérique: 27,6 au 1^{er} octobre 1984.

Table 1. Total number of AIDS cases reported by 15 October 1984 in 15 European countries and estimated rates per million population
Tableau 1. Nombre total de cas de SIDA notifiés au 15 octobre 1984 par 15 pays européens et taux estimés par million d'habitants

Country - Pays	October 83 ^a Octobre 1983	July Juillet 1984	October Octobre 1984	Rates ^b Taux ^b
Czechoslovakia - Tchécoslovaquie	—	—	—	—
Denmark - Danemark	13	28	31	6.0
Finland - Finlande	—	—	4	0.8
France	94	180	221	4.0
Germany, Federal Republic of - Allemagne, République fédérale d'	42	79	110	1.8
Greece - Grèce	—	2	2 ^c	0.2
Iceland - Islande	—	—	—	—
Italy - Italie	3	8	10	0.2
Netherlands - Pays-Bas	12	21	26	1.8
Norway - Norvège	—	—	4	1.0
Poland - Pologne	—	—	—	—
Spain - Espagne	6	14	18	0.5
Sweden - Suède	4	7	12	1.5
Switzerland - Suisse	17	28	33	5.0
United Kingdom - Royaume-Uni	24	54	88	1.6
Total	215	421	559	1.5

^a These data were reported at the first European meeting on AIDS (Aarhus, Denmark, October 1983). — Ces données ont été notifiées à la première réunion européenne sur le SIDA (Aarhus, Danemark, Octobre 1983).

^b Source of population figures: INED, Paris, 1983. — Source de chiffres de population: INED, Paris, 1983.

^c Data of 15 July 1984. — Données du 15 juillet 1984.

Distribution of cases and deaths by disease category

Two hundred and fifty-five deaths were reported for 559 cases (case-fatality rate: 46%) (Table 2); the initial disease was an opportunistic infection in 62% of cases, Kaposi's sarcoma alone in 23% of cases, and an opportunistic infection associated with Kaposi's sarcoma in 14% of cases. The category "Others" includes 3 cases of progressive multifocal leukoencephalitis (France: 2; Denmark: 1) and 2 cases of cerebral lymphoma (United Kingdom: 1; Federal Republic of Germany: 1). The highest case-fatality rate was found in the category "Opportunistic infection plus Kaposi's sarcoma" (70%), followed by the opportunistic infections alone (49%) and Kaposi's sarcoma alone (22%).

Répartition des cas et des décès par catégorie diagnostique

Deux cent cinquante-cinq décès ont été rapportés pour 559 cas (taux de létalité: 46%) (Tableau 2); 62% des cas présentent comme maladie initiale une infection opportuniste: 23% un sarcome de Kaposi seul et 14% une infection opportuniste associée à un sarcome de Kaposi. La catégorie «Autres» comprend 3 cas de leucoencéphalite multifocale progressive (France: 2; Danemark: 1) et 2 cas de lymphomes cérébraux isolés (Royaume-Uni: 1; République fédérale d'Allemagne: 1). Le taux de létalité le plus élevé a été noté dans la catégorie «Infection opportuniste plus sarcome de Kaposi» (70%); puis pour les infections opportunistes seules (49%) et le sarcome de Kaposi seul (22%).

Table 2. Distribution of AIDS cases by disease category and number of deaths in 15 European countries, * 15 October 1984
Tableau 2. Répartition des cas de SIDA par catégorie diagnostique et mortalité associée dans 15 pays européens, * 15 octobre 1984

Disease category - Catégorie diagnostique	Cases Cas	%	Deaths Décès	Case-fatality Rates Taux de létalité %
- Opportunistic infections - Infections opportunistes	348	62	169	49
- Kaposi's sarcoma - Sarcome de Kaposi	127	23	28	22
- Opportunistic infection + Kaposi's sarcoma - Infection opportuniste + sarcome de Kaposi	79	14	55	70
- Others - Autres	5	1	3	60
Total	559	100	255	46

* Czechoslovakia, Denmark, Finland, France, Germany, Federal Republic of, Greece, Iceland, Italy, Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom. — Allemagne, République fédérale d', Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie.

Distribution by age and sex

Males account for 94% of cases. The sex ratio is 15.26, compared with 14.49 in the United States of America. Fifty per cent of cases occur in the 30-39-year age group (Table 3).

Distribution by geographical origin

Four groups emerge (Table 4):

1. *Europeans*: 479 cases (86%)

— 465 patients were living in Europe before the first signs of the disease appeared, including European countries which are not yet collaborating with the Centre.

— 14 patients (i.e. 3% of the cases in Europeans) were living outside Europe (United States of America: 3; Zaire: 2; Haiti: 2; Congo: 1; Gabon: 1; Ghana: 1; Nicaragua: 1; South Africa: 1; Venezuela: 1; unknown: 1).

2. *Patients from the Caribbean*: 21 cases (4%)

— 19 of them were living in Europe (17 Haitians in France, 1 patient from Dominica and 1 Jamaican in the United Kingdom). Two other Haitian cases diagnosed in France were living in Haiti.

Répartition par âge et sexe

Les hommes représentent 94% des cas. Le rapport de masculinité est de 15,26 comparé à 14,49 aux Etats-Unis d'Amérique. Cinquante pour cent des cas surviennent dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans (Tableau 3).

Répartition par origine géographique

Quatre groupes apparaissent (Tableau 4):

1. *Les Européens*: 479 cas (86%)

— 465 cas habitaient en Europe avant l'apparition des premiers signes de la maladie, y compris dans les pays européens qui ne collaborent pas encore avec le Centre.

— 14 cas (soit 3% des cas survenus chez les patients européens) habitaient en dehors de l'Europe (Etats-Unis: 3; Haïti: 2; Zaïre: 2; Afrique du Sud: 1; Congo: 1; Gabon: 1; Ghana: 1; Nicaragua: 1; Venezuela: 1; inconnu: 1).

2. *Les ressortissants des Caraïbes*: 21 cas (4%)

— 19 d'entre eux habitaient l'Europe (17 Haïtiens en France, 1 Dominicain et 1 Jamaïcain au Royaume-Uni). Deux autres cas haïtiens diagnostiqués en France résidaient en Haïti.

3. *Africans*: 45 cases (8%)

These patients come from Zaire: 19; Congo: 10; Gabon: 3; Cameroon: 2; Mali: 2; Zambia: 2; Algeria: 1; Cape Verde: 1; Chad: 1; Ghana: 1; Madagascar: 1; Togo: 1; Uganda: 1.

These cases were diagnosed in 6 countries collaborating with the Centre: France: 33; Switzerland: 6; Federal Republic of Germany: 2; United Kingdom: 2; Greece: 1; Italy: 1. Thirty-three (73%) were living in Europe before the first symptoms appeared, 11 in Africa and 1 in the United States of America.

4. *Other origins*: 14 cases (3%)

These patients come mainly from the American continent: United States of America: 9; Argentina: 1; Canada: 1; Nicaragua: 1; Peru: 1. One patient came from Pakistan. Nine of these patients were not living in Europe before the first symptoms appeared (United States of America: 6; Argentina: 1; Canada: 1; Pakistan: 1).

3. *Les Africains*: 45 cas (8%)

Ces patients sont originaires des pays suivants: Zaïre: 19; Congo: 10; Gabon: 3; Cameroun: 2; Mali: 2; Zambie: 2; Algérie: 1; Cap-Vert: 1; Ghana: 1; Madagascar: 1; Ouganda: 1; Tchad: 1; Togo: 1.

Ces cas ont été diagnostiqués dans 6 pays collaborant avec le Centre: France: 33; Suisse: 6; République fédérale d'Allemagne: 2; Royaume-Uni: 2; Grèce: 1; Italie: 1. Trente-trois (73%) résidaient en Europe avant l'apparition des premiers symptômes, 11 résidaient en Afrique et 1 aux Etats-Unis.

4. *Autres origines*: 14 cas (3%)

Ces patients sont surtout originaires du continent américain: Argentine: 1; Canada: 1; Etats-Unis: 9; Nicaragua: 1; Pérou: 1. Un cas provenait du Pakistan. Parmi ces cas, 9 ne résidaient pas en Europe avant l'apparition des premiers symptômes (Etats-Unis: 6; Argentine: 1; Canada: 1; Pakistan: 1).

Table 3. Distribution of AIDS cases by age group and sex in 15 European countries,* 15 October 1984
Tableau 3. Répartition des cas de SIDA par groupe d'âge et par sexe dans 15 pays européens,* 15 octobre 1984

Age group - Groupe d'âge	Males Hommes	Females Femmes	Total	
			No. Nombre	%
0-11 months/mois	2	-	2	< 1
1-4 years/ans	-	-	-	-
5-19 years/ans	5	-	5	1
20-29 years/ans	86	15	101	18
30-39 years/ans	263	12	275	50
40-49 years/ans	130	6	136	24
50-59 years/ans	28	1	29	5
≥ 60 years/ans	5	-	5	1
Unknown - Non connu	6	-	6	1
Total*	525	34	559	100

* Czechoslovakia, Denmark, Finland, France, Germany, Federal Republic of, Greece, Iceland, Italy, Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom. - Allemagne, République fédérale d', Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie

* Sex ratio = 15.26. - Rapport de masculinité = 15,26.

Table 4. Distribution of AIDS cases by identified risk groups and origin of patients in 15 European countries,* 15 October 1984
Tableau 4. Répartition des cas de SIDA par groupe à risque connu et en fonction de l'origine des patients dans 15 pays européens,* 15 octobre 1984

Risk groups - Groupes à risque	Europe	Caribbean Caraïbes	Africa Afrique	Other Autres	Total
1. Male homosexuals or bisexuals - Hommes homosexuels ou bisexuels	415	2	4	11	432
2. I.V. Drug addicts - Toxicomanes (I.V.)	7	-	-	-	7
3. Haemophiliacs - Hémophiles	17	-	-	-	17
4. Transfusion recipients (without other risk factors) - transfusés (sans autres facteurs de risque)	3	-	-	-	3
5. Groups 1 & 2 - Groupes 1 & 2	3	-	-	2	5
6. No known risk factor - Pas de facteurs de risque connus					
- males - hommes	21	15	26	1	63
- females - femmes	12	4	15	-	31
7. Unknown - Non connu	1	-	-	-	1
Total	479	21	45	14	559

* Czechoslovakia, Denmark, Finland, France, Germany, Federal Republic of, Greece, Iceland, Italy, Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom. - Allemagne, République fédérale d', Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie.

Distribution by risk group

Among the Europeans, 87% are homosexuals or bisexuals (Table 4); 2% (7 cases) are drug addicts and 1% (3 cases) are both drug addicts and homosexuals. These 10 cases were diagnosed in the Federal Republic of Germany: 6; in Spain: 3; and in France: 1; 4% (17 cases) are haemophiliacs: Federal Republic of Germany: 8; Spain: 4; United Kingdom: 3; France: 2.

For 1% of the patients the only risk factor found was blood transfusion. These cases were diagnosed in France. The first had received transfusions in Haiti and a few days later in Martinique; the second had received a transfusion in Paris, while the third patient was an Italian given a transfusion in France, and now living in Italy.

For 7% of patients no risk factor was found (sex ratio: 1.75).

Among the patients from the Caribbean, 2 out of 21 are homosexuals while 19 out of 21 present no risk factors (sex ratio: 3.75).

Among the Africans, 4 out of 45 are homosexuals, 41 out of 45 present no risk factors (sex ratio: 1.73).

Répartition par groupe de patients à risque

Parmi les Européens, 87% sont homosexuels ou bisexuels (Tableau 4); 2% (7 cas) sont toxicomanes et 1% (3 cas) toxicomanes et homosexuels. Ces 10 cas ont été diagnostiqués en République fédérale d'Allemagne: 6; en Espagne: 3; en France: 1; 4% (17 cas) sont hémophiles: République fédérale d'Allemagne: 8; Espagne: 4; Royaume-Uni: 3; France: 2.

Pour 1% des patients, le seul facteur de risque retrouvé a été la transfusion de sang. Ces cas ont été diagnostiqués en France. Le premier a été transfusé en Haïti et quelques jours après à la Martinique, le second à Paris, et le troisième concerne un Italien transfusé en France, habitant actuellement en Italie.

Pour 7%, aucun facteur de risque n'a été retrouvé (rapport de masculinité: 1,75).

Parmi les ressortissants des Caraïbes, 2 sur 21 sont homosexuels, 19 sur 21 ne présentent pas de facteurs de risque (rapport de masculinité: 3,75).

Parmi les Africains, 4 sur 45 sont homosexuels, 41 sur 45 ne présentent pas de facteurs de risque (rapport de masculinité: 1,73).

Among the patients from other geographical areas, 11 out of 14 are homosexuals, 2 out of 14 are both homosexuals and drug addicts (Spain: 1; United Kingdom: 1), and 1 out of 14 presents no risk factors.

Parmi les ressortissants d'autres régions géographiques, 11 sur 14 sont homosexuels, 2 sur 14 sont à la fois homosexuels et toxicomanes (Espagne: 1; Royaume-Uni: 1), et 1 sur 14 ne présente pas de facteurs de risque.

Table 5. Distribution of cases of AIDS and number of deaths by 6-month period of diagnosis in 15 European countries,* 15 October 1984
Tableau 5. Répartition des cas de SIDA et nombre de décès observés par semestre de diagnostic dans 15 pays européens,* 15 octobre 1984

6-month period of diagnosis Semestre de diagnostic	Number of cases Nombre de cas	Number of deaths Nombre de décès	Case-fatality rate Taux de létalité %
Before 1981 - Avant 1981	17	9	53
1981: Jan.-June - Janv.-juin	1	—	—
July-Dec. - Juill.-déc.	15	12	80
1982: Jan.-June - Janv.-juin	16	13	81
July-Dec. - Juill.-déc.	43	31	72
1983: Jan.-June - Janv.-juin	91	59	65
July-Dec. - Juill.-déc.	108	56	52
1984: Jan.-June - Janv.-juin	149	47	32
July-15 Oct. - Juill.-15 oct.	119	28	24
Total	559	255	46

* Czechoslovakia, Denmark, Finland, France, Germany, Federal Republic of, Greece, Iceland, Italy, Netherlands, Norway, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom. — Allemagne, République fédérale d', Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie.

Distribution by 6-month period of diagnosis

Table 5 shows the trend in the number of cases and deaths by 6-month period of diagnosis. The date of diagnosis is the date of positive culture or biopsy confirming the disease according to the case definition of the Centers for Disease Control.¹ Fifty-two per cent of the cases diagnosed 1 year ago and 72% of the cases diagnosed 2 years ago have died. Although the Centre has no information on this point, it seems that the proportion of cases lost sight of is higher among the cases diagnosed before 1981.

One of the features of the situation in Europe is that a considerable proportion of the patients come from Equatorial Africa. Since Belgium is not among the countries collaborating with the Centre, the evaluation of this situation is incomplete (Belgium is expected to be participating by the time of the next report).

In recent articles particular attention has been paid to Zaire. The fact that many of the African patients observed in Europe come from other African countries and that cases have occurred in Europeans visiting those countries shows it is impossible to regard Zaire as the only African focus of the disease when no surveillance has been set up in the other countries of the region.

¹ See No. 40, 1983, p. 305

(Based on/D'après: Report of the WHO Collaborating Centre on AIDS/Rapport du Centre collaborateur OMS sur le SIDA, Paris.)

RUBELLA

Congenital rubella syndrome

FRANCE. — Rubella infection during pregnancy was laboratory-confirmed in 373 cases during 1982; 329 of these were diagnosed in pregnant women and 44 in newborn infants. This is the highest number ever noted since the laboratory surveillance of congenital rubella syndrome (CRS) was initiated in 1976, surpassing the 1978 and 1979 totals (229 and 311 cases respectively) which were also years of high rubella incidence.

The outcome of pregnancy was known for 253 of the 373 cases diagnosed in 1982, and among these were 32 infants with clinical signs of CRS. This is fewer than in 1978 and 1979 (33 and 53 CRS cases respectively). Two of the 32 cases of CRS in 1982 were born to women with laboratory-confirmed rubella infection in the first trimester. However, 122 (48%) of the women with laboratory-confirmed rubella for whom the outcome of pregnancy was known, and especially those diagnosed during the first trimester, elected for therapeutic abortion. Ten other pregnancies terminated in spontaneous abortion or fetal death.

Of the 77 pregnancies carried to term, 75 resulted in apparently non-infected infants. Of the 75, 23 were born to women with laboratory-confirmed rubella infection during the first trimester. Eight of these infants were tested for rubella-specific IgM antibody at birth. Two infants had such antibodies indicating intrauterine infection, whereas results for the other 6 were negative. Two

Répartition par semestre de diagnostic

Le Tableau 5 indique la progression des cas et des décès par semestre de diagnostic. La date de diagnostic est la date de biopsie ou de culture positive confirmant la maladie, entrant dans la définition des cas des Centers for Disease Control.¹ Cinquante-deux pour cent des cas diagnostiqués il y a 1 an, et 72% des cas diagnostiqués il y a 2 ans sont décédés. Bien que le Centre ne dispose d'aucune information sur ce point, il semblerait que les perdus de vue soient plus importants dans les cas diagnostiqués avant 1981.

Une des caractéristiques de la situation européenne est la présence d'une fraction notable de cas survenus chez des patients originaires d'Afrique équatoriale. L'absence de la Belgique parmi les pays collaborant avec le Centre rend incomplète l'appréciation de cette situation (la participation de ce pays est prévue pour le prochain rapport).

Dans des articles récents une attention particulière a été portée sur le Zaïre. La présence, parmi les malades africains observés en Europe, de nombreux cas originaires d'autres pays africains ainsi que d'Européens ayant séjourné dans ces régions indique qu'il est impossible de considérer le Zaïre comme le seul foyer africain de cette maladie tant qu'une surveillance n'a pas été mise en place dans les autres pays de la région.

¹ Voir N° 40, 1983, p. 305

RUBÉOLE

Syndrome de rubéole congénitale

FRANCE. — Il y a eu, en 1982, 373 cas d'infection rubéolique en cours de grossesse confirmés au laboratoire, dont 329 diagnostiqués sur la femme enceinte et 44 sur le nouveau-né. Ce total est le chiffre le plus élevé jamais enregistré depuis l'institution en 1976 de la surveillance du syndrome de rubéole congénitale par examen de laboratoire; il dépasse ceux de 1978 et de 1979 (229 et 311 cas respectivement), qui étaient également des années de forte incidence.

L'issue de la grossesse était connue pour 253 des 373 cas diagnostiqués en 1982 et sur ce nombre, 32 nouveau-nés présentaient des signes cliniques du syndrome de rubéole congénitale. Ce chiffre est inférieur à ceux de 1978 et de 1979 (33 et 53 cas respectivement). Deux des 32 enfants atteints du syndrome de rubéole congénitale en 1982 étaient nés de femmes ayant eu une infection rubéolique confirmée au laboratoire au cours des 3 premiers mois de la grossesse. Toutefois, 122 (48%) des femmes à infection rubéolique confirmée au laboratoire pour lesquelles l'issue de la grossesse était connue — notamment celles pour lesquelles le diagnostic avait été posé au cours des 3 premiers mois — avaient choisi l'interruption thérapeutique de grossesse. Dix autres grossesses se sont terminées par un avortement spontané ou par une mort fœtale.

Sur les 77 grossesses menées à terme, 75 ont donné des enfants apparemment non infectés. Sur ce nombre, 23 étaient nés de femmes à infection rubéolique confirmée au laboratoire au cours des 3 premiers mois. Huit de ces nouveau-nés ont fait l'objet d'une recherche des immunoglobulines spécifiques de la rubéole à la naissance. Deux d'entre eux ont été trouvés porteurs d'anticorps révélant une infection intra-utérine,

infants with rubella-specific IgM at birth were born to women infected during the third trimester.

Two of the 32 cases of CRS had been detected through follow-up of women known to have been infected during pregnancy. The remaining 30 were diagnosed in newborn infants. In addition, rubella-specific IgM antibody was detected in 14 infants without apparent signs of CRS, tested at birth; 9 had been infected during the last trimester.

tandis que pour les 6 autres le résultat était négatif. Deux nouveau-nés porteurs d'immunoglobulines spécifiques de la rubéole à la naissance étaient nés de femmes infectées au cours du dernier trimestre de la grossesse.

Deux des 32 cas de syndrome de rubéole congénitale ont été détectés lors d'exams de suivi de femmes dont l'infection rubéolique au cours de la grossesse était connue. Les 30 autres cas ont été diagnostiqués sur le nouveau-né. En outre, la présence d'immunoglobulines spécifiques de la rubéole a été détectée chez 14 nouveau-nés sans signes apparents de syndrome de rubéole congénitale à la naissance; pour 9 cas, l'infection avait été contractée au cours du dernier trimestre

(Based on/D'après: A report from the /un rapport du Laboratoire national de la Santé, 1984.)

INFLUENZA

UNITED KINGDOM (12 January 1985). — ¹ Since the beginning of December 1984 influenza A(H3N2) virus has been isolated in small numbers from young children admitted to hospital in the north of England. So far 15 viruses have been examined and found to be antigenically close to A/Philippines/2/82(H3N2).

¹ See No. 46, 1984, p. 359.

GRIPPE

ROYAUME-UNI (12 janvier 1985). — ¹ Depuis le début décembre 1984, le virus grippal A(H3N2) a été isolé en petit nombre chez de jeunes enfants hospitalisés dans le nord de l'Angleterre. Jusqu'ici 15 virus ont été examinés et trouvés proches du virus A/Philippines/2/82(H3N2) du point de vue antigénique.

¹ Voir N° 46, 1984, p. 359.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT
Notifications received from 11 to 17 January 1985 - Notifications reçues du 11 au 17 janvier 1985

C Cases - Cas
 D Deaths - Décès
 P Port
 A Airport - Aéroport

... Figures not yet received - Chiffres non encore disponibles
 † Imported cases - Cas importés
 † Revised figures - Chiffres révisés
 † Suspected cases - Cas suspects

CHOLERA † - CHOLÉRA †

Asia - Asie		C	D
MALAYSIA - MALAISIE			
		6-12.1	
		1	0
SINGAPORE - SINGAPOUR			
		6-12.1	
		1†	0
		23-29.XII	
		1†	1

THAILAND - THAÏLANDE

C	D
23-29 XII	
10	0

† The total number of cases and deaths reported for each country occurred in infected areas already published, or in newly infected areas, see below / Tous les cas et décès notifiés pour chaque pays se sont produits dans des zones infectées déjà signalées ou dans des zones nouvellement infectées, voir ci-dessous.

Newly infected areas as on 17 January 1985 - Zones nouvellement infectées au 17 janvier 1985

For criteria used in compiling this list, see No. 12, 1984, page 92. — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 12, 1984, page 92

The complete list of infected areas was last published in WER No. 2, 1985, page 11. It should be brought up to date by consulting the additional information published subsequently in the WER regarding areas to be added or removed. The complete list is usually published once a month.

La liste complète des zones infectées a paru dans le REH N° 2, 1985, page 11. Pour sa mise à jour, il y a lieu de consulter les Relevés publiés depuis lors ou figurent les listes de zones à ajouter et à supprimer. La liste complète est généralement publiée une fois par mois.

CHOLERA - CHOLÉRA

Asia - Asie

MALAYSIA - MALAISIE

Sabah
 Sandakan District

Areas removed from the infected area list between 11 and 17 January 1985
Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 11 et 17 janvier 1985

For criteria used in compiling this list, see No. 12, 1984, page 92 - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 12, 1984, page 92

CHOLERA - CHOLÉRA

Africa - Afrique

MALI

Gao Région
 Ansongo Cercle
 Bourem Cercle
 Gao Cercle
 Gourma-Rharous Cercle
 Mopti Région
 Bandiagara Cercle
 Bankass Cercle
 Djenné Cercle
 Youwaro Cercle

Ségou Région
 Macina Cercle
 San Cercle
 Tomouan Cercle

Asia - Asie

THAILAND - THAÏLANDE

Bangkok Metropolis
 Yan Nawa District
 Chumphon Province
 Chumphon District

Kanchanaburi Province
 Kanchanaburi District

Lampang Province
 Mae Tha District

Ranong Province
 La-un District
 Phra Pradaeng District

Samut Songkhram Province
 Samut Songkhram Province
 Satun Province
 Langu District

Price of the Weekly Epidemiological Record
 Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire

Annual subscription - Abonnement annuel

7.500 185

Fr. s. 120 -

PRINTED IN SWITZERLAND