



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

SEMAINE EPIDEMIOLOGIQUE EBDOMADAIRE

31 JANUARY 1992 • 67th YEAR

67^e ANNÉE • 31 JANVIER 1992

Dracunculiasis, Mauritania	25	Dracunculose, Mauritanie	25
Expanded Programme on Immunization – Global Advisory Group – Part III	27	Programme élargi de vaccination – Groupe consultatif mondial – Partie III	27
Influenza	30	Grippe	30
Diseases subject to the regulations	32	Maladies soumises au règlement	32

Dracunculiasis

Mauritania. An active case search for dracunculiasis was conducted in February 1991 in the 5 administrative regions that are assumed to be worst affected: Hodh El Chargui, Hodh El Gharbi, Assaba, Gorgol and Guidimakha, with a total surface area of 200 000 km², excluding the inhabited regions of Majabat El Koubra. The survey covered only the settled populations. It dealt with 1 882 villages and 332 903 people. A total of 512 villages reported cases for the February 1990-February 1991 period, and 199 others reported that there had been cases in the 5 previous years. A total of 711 villages can be regarded as endemic (Table 1).

Dracunculose

Mauritanie. Une recherche active des cas de dracunculose a été effectuée en février 1991 dans les 5 régions administratives supposées les plus atteintes: le Hodh El Chargui, le Hodh El Gharbi, l'Assaba, le Gorgol et le Guidimakha, soit une superficie d'environ 200 000 km² en excluant les régions inhabitées de la Majabat El Koubra. L'enquête n'intéresse que les seules populations sédentaires. Elle a concerné 1 882 localités et 332 903 personnes. Un total de 512 localités ont déclaré des cas pour la période comprise entre février 1990 et février 1991 et 199 autres ont déclaré avoir connu des cas au cours des 5 années précédentes. Au total, 711 localités peuvent être considérées comme des localités d'endémie (Tableau 1).

Table 1 Dracunculiasis: number of endemic villages, percentage and incidence, by administrative region, Mauritania, 1991

Tableau 1 Dracunculose: nombre de localités d'endémie, pourcentage et taux d'incidence par région administrative, Mauritanie, 1991

Wilaya	Number of endemic villages ^a Nombre de localités d'endémie ^a	Percentage of total number of villages Pourcentage du nombre total de localités	Number of cases (February 1990-February 1991) Nombre de cas (février 1990-février 1991)	Incidence ^b (February 1990-February 1991) Taux d'incidence ^b (février 1990-février 1991)
Hodh El Chargui.....	61	12.0%	532	1.1%
Hodh El Gharbi.....	65	16.3%	282	0.76%
Assaba.....	187	45.8%	2 111	2.5%
Gorgol.....	203	59.4%	2 735	3.2%
Guidimakha.....	195	79.4%	2 641	3.0%
Total.....	711	37.8%	8 301	2.5%

^a Endemic villages: sites that reported cases either between February 1990 and February 1991 or for the 5 previous years. — Localités d'endémie: ensemble des localités ayant déclaré des cas soit pour la période comprise entre février 1990 et février 1991, soit les 5 années précédentes

^b Incidence rate: number of cases as a percentage of the population of the villages in which cases were reported for February 1990-February 1991 — Taux d'incidence: nombre de cas en pourcentage de la population résidant dans les localités ayant déclaré des cas pour la période comprise entre février 1990 et février 1991

The 2 eastern regions (Hodh El Chargui and Hodh El Gharbi) are little affected, with over 80% of villages completely free of the disease and incidence less than or around 1%. In Assaba and Gorgol, every second village is affected,

Les 2 régions orientales (Hodh El Chargui et Hodh El Gharbi) sont peu affectées, avec plus de 80% de villages totalement indemnes et un taux d'incidence inférieur à ou voisin de 1%. Dans l'Assaba et le Gorgol, environ 1 village sur 2 est concerné par l'endémie et

and in Guidimakha 3 out of 4 villages are affected. The incidence rates reflect these discrepancies, ranging from 0.76% in Hodh El Gharbi to 3.2% in Gorgol.

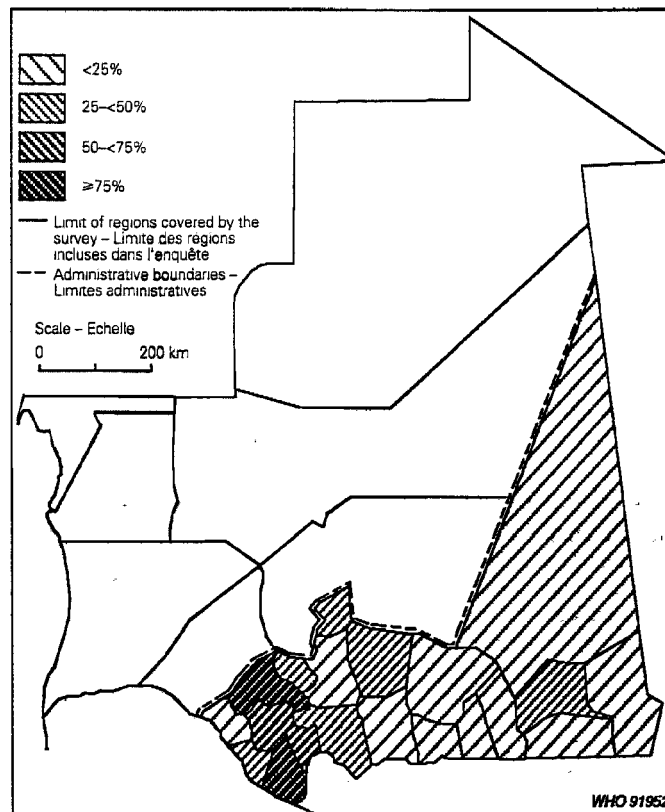
Analysis by department suggests the existence of a major endemic focus centred in the Departments of Barkéwol, Kankossa, Monguel, M'bout, Sélibaby and Ould Yengé, which between them account for 75% of the endemic villages. They also have the highest incidence rates, with the exception of the Department of Sélibaby. *Maps 1 and 2*, which show respectively the number of endemic villages and incidence rates, clearly illustrate the situation. The focus extends towards the adjacent regions of Brakna and Tagant, where cases of dracunculiasis were reported in 1991. An active case search should be conducted there.

dans le Guidimakha, 3 sur 4. Les taux d'incidence reflètent ces inégalités; ils varient de 0,76% dans le Hodh El Gharbi à 3,2% pour le Guidimakha et le Gorgol.

L'analyse par département suggère l'existence d'un important foyer d'endémie centré sur les départements de Barkéwol, Kankossa, Monguel, M'bout, Sélibaby et Ould Yengé qui concentrent à eux seuls 75% des localités d'endémie. Ils réalisent également les plus forts taux d'incidence, exception faite du département de Sélibaby. Les *Cartes 1 et 2*, qui représentent respectivement le nombre de villages d'endémie et les taux d'incidence, illustrent bien ce phénomène. Ce foyer se prolonge vers les régions contiguës du Brakna et du Tagant où des cas de dracunculose ont été constatés en 1991. Une recherche active des cas devrait y être menée.

Map 1 **Dracunculiasis: proportion of endemic villages, by department, Mauritania, 1991**

Carte 1 **Dracunculose: proportion des localités d'endémie, par département, Mauritanie, 1991**



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

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

Of the 711 endemic villages, 304 have safe drinking-water supplies (bore holes or concrete wells); the remaining 407 have only surface water and traditional wells; 54 of them are to obtain drinking-water supplies as a result of various projects by the Water Board which are underway or at the planning stage.

Control strategy

A programme focusing on drinking-water supply and health education was to be ready by the end of 1991. It will begin by concentrating on villages with high levels of transmission.

Programme activities involve collaboration, which is already taking place, with other ministerial departments (water, national education, etc.). Those activities will be combined as far as possible with ongoing primary health care activities in the country. The aim of the programme is the eradication of dracunculiasis in 1995.

Sur les 711 localités d'endémie, 304 sont déjà approvisionnées en eau potable (forages ou puits en béton); il reste 407 localités ne disposant que d'eaux superficielles et de puits traditionnels. Parmi celles-ci, 54 vont bénéficier d'installations obtenues dans le cadre de différents projets de la Direction de l'Hydraulique actuellement en cours de réalisation ou en cours d'étude.

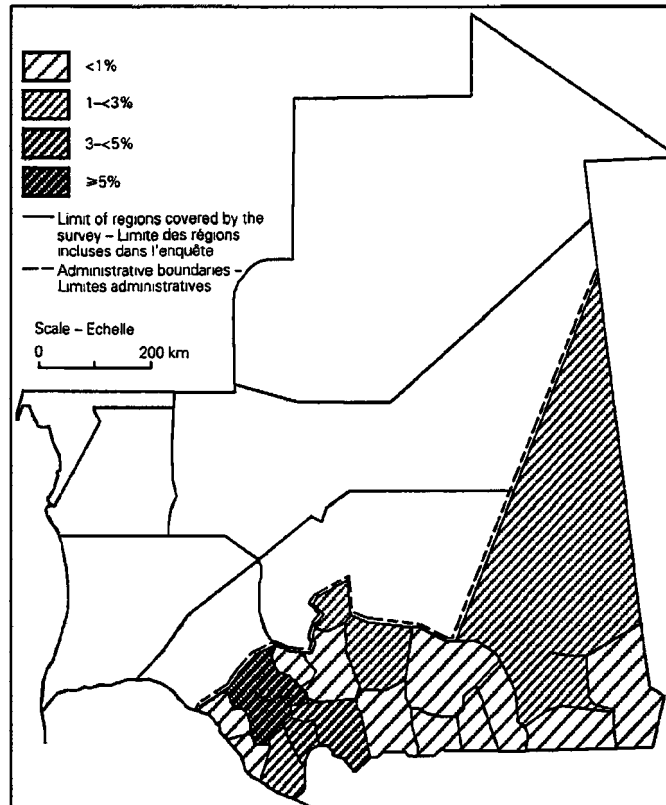
Stratégie de lutte

Un programme basé essentiellement sur l'approvisionnement en eau potable et l'éducation pour la santé devait être élaboré avant la fin de l'année 1991. L'accent sera mis en premier lieu sur les localités à forte transmission.

Les activités du programme impliquent une collaboration, déjà entamée, avec d'autres départements ministériels (Hydraulique, Education nationale, etc.) et seront intégrées dans la mesure du possible aux activités de soins de santé primaires en cours dans le pays. L'objectif du programme est l'éradication de la dracunculose pour 1995.

Map 2 Incidence rate of dracunculiasis, by department, Mauritania, 1991

Carte 2 Taux d'incidence de la dracunculose, par département, Mauritanie, 1991



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

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

(Based on: A report from the Ministère de la Santé et des Affaires sociales.)

(D'après: Un rapport du Ministère de la Santé et des Affaires sociales.)

Expanded Programme on Immunization

Global Advisory Group – Part III¹

Programme élargi de vaccination

Groupe consultatif mondial – Partie III¹

8. Control of pertussis

8.1 Available data indicate that pertussis continues to be an important disease during infancy and childhood, particularly among those who are inadequately immunized.

8.2 All countries should use available pertussis vaccines in immunization programmes for children. Since acellular pertussis vaccines are not yet generally available, the widespread use of DPT vaccine containing the whole cell pertussis component should be continued. The risk of pertussis disease far outweighs the risk of severe reactions to the vaccine.

8.3 Surveillance of pertussis morbidity should be strengthened in all countries and, ideally, pertussis should be a reportable disease. There is a need to collect more information on the present epidemiological pattern of pertussis, especially the age distribution of pertussis cases in developing countries, to have the data on which to base recommendations regarding a DPT booster dose policy in children above 1 year of age.

8.4 Routine monitoring of vaccine efficacy is highly desirable. Epidemiological data indicating a low vaccine efficacy should be considered a danger signal for possible

8. Lutte contre la coqueluche

8.1 Il ressort des données disponibles que la coqueluche reste une maladie importante durant la petite enfance et l'enfance, notamment chez les personnes insuffisamment vaccinées.

8.2 Tous les pays doivent utiliser les vaccins anticoquelucheux disponibles dans les programmes de vaccination pour les enfants. Comme on ne dispose pas encore en général de vaccin anticoquelucheux de type acellulaire, il faut continuer à avoir largement recours au vaccin DTC dans lequel la composante anticoquelucheuse est un vaccin à germes entiers. Le risque associé à la coqueluche est de loin supérieur au risque de réaction grave au vaccin.

8.3 La surveillance de la morbidité due à la coqueluche devrait être renforcée dans tous les pays et, dans l'idéal, la notification obligatoire devrait s'appliquer à la coqueluche. Il faut rassembler davantage d'information sur le profil épidémiologique actuel de la coqueluche et en particulier sur la répartition par âge des cas de coqueluche dans les pays en développement, afin de disposer de données permettant d'élaborer des recommandations pour l'administration systématique d'une dose de rappel de DTC aux enfants âgés de plus d'un an.

8.4 Une surveillance systématique de l'efficacité vaccinale est hautement souhaitable. Il faut considérer les données épidémiologiques faisant apparaître une faible efficacité vaccinale comme un signal

¹ Part I appeared in No. 3 of 17 January and Part II in No. 4 of 24 January.

¹ La partie I a paru dans le N° 3 du 17 janvier et la partie II dans le N° 4 du 24 janvier.

low quality vaccine or inadequacies of storage, transport or administration of vaccine. Such possibilities should be investigated.

8.5 Previous recommendations for DPT immunization at 6, 10 and 14 weeks of age in developing countries are reaffirmed.

8.6 In developed countries, any recommended schedule should include a 3-dose primary series of DPT vaccine administered before 6 months of age. Reinforcing the primary series with a fourth dose given at 15 to 24 months of age should be considered. The need for additional booster doses at later ages should be assessed by individual national programmes. The coverage target for the booster dose should be the same as for the primary series.

9. Hepatitis B

Previous recommendations for hepatitis B are reaffirmed. Target dates for implementation have been set (see section 1). The call for action contained in the Yaounde Declaration on the Elimination of Hepatitis B Infection is endorsed.

10. Rubella and congenital rubella syndrome

10.1 While much is known about rubella and congenital rubella syndrome (CRS) in the developed world, there are insufficient data from developing countries on:

- the epidemiology of rubella;
- rubella infection during pregnancy;
- the incidence of CRS; and
- the health impact of the above.

This last point is crucial to determine whether there is even a place for rubella control in such countries.

10.2 A strategy to interrupt transmission of rubella virus through high coverage with rubella vaccine at the same time as measles vaccine has potential risks. If coverage is not sufficient to interrupt transmission but merely shifts the age-specific infection rate to older groups, then the potential exists for more cases of CRS than would have occurred in the absence of vaccination.

10.3 Strategies of selective vaccination of prepubertal schoolgirls and susceptible adult women, although not associated with the above risks, may be harder to implement because of difficulties in accessing target populations and are relatively inefficient as many of those to be immunized are already immune.

10.4 Introduction of measles-mumps-rubella (MMR) or rubella vaccines in any immunization programme should be within a strategy that aims primarily at the prevention of CRS. Therefore, universal immunization with MMR should be envisaged in developing countries only if very high coverage can be assured and immunization of post-pubertal females is simultaneously introduced. The preferred strategy for those countries wishing to embark on a rubella control programme is selective immunization particularly of high-risk groups, essentially post-pubertal females.

11. Routine systems for disease surveillance

11.1 A critical determinant of the success of immunization programmes will be the impact of high coverage on disease incidence. As well as measuring programme impact, disease surveillance in every country will be essential to help identify risk areas and to produce information which can form the basis for appropriate immunization policies. As rudimentary surveillance systems improve, increases in reported cases should be expected in many countries even when coverage may already be high. Enhanced reporting should be encouraged and reporting sites should receive positive reinforcement and should not be punished for improving disease notification.

d'alerte pouvant dénoter un vaccin de qualité médiocre ou des problèmes de stockage, de transport ou d'administration du vaccin. On doit enquêter sur ces éventualités.

8.5 Le Groupe réaffirme les recommandations déjà formulées pour l'inoculation du vaccin DTC à l'âge de 6, 10 et 14 semaines dans les pays en développement.

8.6 Dans les pays développés, le calendrier recommandé devrait prévoir une primovaccination par 3 doses de vaccin DTC avant l'âge de 6 mois. Il faut envisager de renforcer la primovaccination par une quatrième dose administrée entre l'âge de 15 et 24 mois. La nécessité de doses de rappel supplémentaires par la suite devra être évaluée par chaque programme national. L'objectif de couverture pour la dose de rappel doit être identique à celui fixé pour la primovaccination.

9. Hépatite B

Les recommandations déjà formulées concernant l'hépatite B sont réaffirmées. Des dates cibles pour leur mise en œuvre ont été fixées (voir section 1). L'appel contenu dans la Déclaration de Yaoundé sur l'élimination de l'infection par le virus de l'hépatite B est approuvé.

10. Rubéole et syndrome rubéoleux congénital

10.1 Si la rubéole et le syndrome rubéoleux congénital (SRC) sont bien connus dans les pays développés, les données en provenance des pays en développement sont insuffisantes en ce qui concerne les points suivants:

- épidémiologie de la rubéole;
- infection rubéoleuse durant la grossesse;
- incidence du SRC; et
- impact de ces éléments sur la santé.

Ce dernier point est crucial pour déterminer si la lutte contre la rubéole a même une place dans ces pays.

10.2 Une stratégie visant à interrompre la transmission du virus de la rubéole par une couverture élevée en administrant le vaccin anti-rubéoleux en même temps que le vaccin antirougeoleux présente des risques potentiels. Si la couverture est insuffisante pour interrompre la transmission, mais reporte simplement le taux d'infection par âge sur des groupes plus âgés, il est possible que surviennent davantage de cas de SRC qu'en l'absence de vaccination.

10.3 Les stratégies de vaccination sélective des écolières prépubères et de femmes adultes sensibles, même si elles ne comportent pas le risque ci-dessus, peuvent être plus compliquées à mettre en œuvre, compte tenu de la difficulté d'accéder aux populations cibles, et sont relativement inefficaces, puisqu'un grand nombre des personnes à vacciner sont déjà immunes.

10.4 L'introduction de vaccins antirougeoleux/antiourlien/anti-rubéoleux (ROR) ou antirubéoleux dans les programmes de vaccination devrait entrer dans le cadre d'une stratégie visant essentiellement à prévenir le SRC. Il ne faudrait donc envisager une vaccination ROR universelle dans les pays en développement que si une couverture très élevée peut être assurée et si la vaccination des femmes postpubères est introduite simultanément. La stratégie de choix pour les pays désireux d'entreprendre un programme de lutte contre la rubéole consiste en une vaccination sélective visant particulièrement les groupes à haut risque, essentiellement les femmes postpubères.

11. Systèmes de routine pour la surveillance des maladies

11.1 L'effet d'une couverture élevée sur l'incidence des maladies sera un élément critique à prendre en compte pour décider du succès des programmes de vaccination. Outre qu'elle permettra de mesurer l'impact des programmes, la surveillance des maladies dans chaque pays sera indispensable pour aider à identifier les zones à risque et fournir des informations utiles pour élaborer des politiques de vaccination appropriées. Au fur et à mesure que les systèmes de surveillance rudimentaires seront améliorés, la notification des cas devrait augmenter dans de nombreux pays, même si la couverture y est déjà élevée. Une notification plus systématique devrait être encouragée et, si l'on veut améliorer la notification des maladies, il faut renforcer les points de notification de façon positive et non les sanctionner.

11.2 Effective surveillance systems should urgently be established to proceed with the measles reduction, neonatal tetanus elimination and poliomyelitis eradication initiatives. Systems should be in place by the end of 1992 to reach a 1995 goal. Implementing surveillance for these diseases should serve as an impetus to improve overall disease surveillance.

11.3 The *Guidelines for Improvement of Routine Systems for Disease Surveillance, Including EPI Target Diseases* (WHO/EPI/GEN/92.4) are endorsed. Of special note are: (1) the importance of decentralizing the responsibility for disease surveillance; (2) the analysis of surveillance information for developing and enhancing disease control policies; and (3) the importance of using indicators to monitor and improve the quality of surveillance. The involvement of the community, local leaders, nongovernmental organizations and private physicians in the surveillance system should be sought to strengthen political resolve and mobilize the community to reach the goals.

11.4 Training in disease surveillance should be based on the above guidelines.

11.5 Laboratory support will be essential for achieving the goals of poliomyelitis and measles eradication. Efforts should be continued to develop a laboratory support system. However, substantial improvements in surveillance systems should be made even prior to the availability of this laboratory support.

12. Vaccine quality

12.1 The GAG is alarmed that much of the vaccine in use today either does not comply with WHO requirements or is of unknown quality. This is despite the fact that the World Health Assembly in 1982 adopted Resolution WHA35.31 which urged Member States to assure that all vaccines used in immunization programmes meet WHO requirements. For example, only 25% of tetanus toxoid producers and 47% of OPV producers have independent control authorities determined by WHO to be acceptably certifying compliance with WHO requirements.

12.2 The rapid implementation of the principles of the Certification Scheme for Pharmaceutical Products Moving in International Commerce, contained in World Health Assembly Resolution WHA41.18, is encouraged for all EPI vaccines, with OPV and tetanus toxoid as a first priority.

12.3 Member States and the international community should urgently review the status of all vaccines used in the EPI to assess whether they meet WHO requirements; identify the resources necessary to conduct this review; continue monitoring vaccine quality on an ongoing basis; and upgrade production facilities and National Control Authorities to ensure that vaccines meet WHO requirements.

13. Micronutrient supplementation through the EPI

13.1 Urgent priority should be given to micronutrient supplementation in areas of recognized deficiency. Those responsible for nutrition should take the lead on overall policy, with EPI as one of the programmes responsible for the delivery of supplements to infants, young children and mothers.

13.2 Operational targets should be set at country and regional levels. In the initial stages of programme development, such targets will relate to the coverage of micronutrients.

13.3 Previous GAG recommendations for schedules of vitamin A and iodine supplementation supplied through immunization programmes are reaffirmed. Further review will be necessary as soon as the result of trials on both impact and safety of vitamin A supplementation in the early months of life are available.

11.2 Il est urgent de mettre en place des systèmes de surveillance efficaces pour donner effet aux initiatives visant à réduire la rougeole, éliminer le tétanos du nouveau-né et éradiquer la poliomyélite. Les systèmes devraient être en place d'ici la fin de 1992 pour atteindre un objectif fixé pour 1995. La mise en œuvre de la surveillance de ces maladies devrait aider à améliorer la surveillance de l'ensemble des maladies.

11.3 Les *Directives pour l'amélioration des systèmes de routine pour la surveillance des maladies, y compris les maladies cibles du PEV* (WHO/EPI/GEN/92.4) sont approuvées. Il convient d'insister spécialement sur: 1) l'importance de la décentralisation des responsabilités dans la surveillance des maladies; 2) l'analyse des données de surveillance pour élaborer et renforcer les politiques de lutte contre les maladies; et 3) l'importance d'utiliser des indicateurs pour contrôler et améliorer la qualité de la surveillance. Il conviendrait d'associer la communauté, les responsables locaux, les organisations non gouvernementales et les praticiens privés au système de surveillance afin de renforcer la volonté politique et de mobiliser la communauté en faveur de la réalisation des objectifs.

11.4 La formation en matière de surveillance des maladies devrait être fondée sur les directives susmentionnées.

11.5 Un appui aux laboratoires sera indispensable pour parvenir aux objectifs qui consistent à éradiquer la poliomyélite et la rougeole. Les efforts devraient se poursuivre pour développer un système d'appui aux laboratoires, mais en attendant que ce soutien soit disponible, il faut apporter aux systèmes de surveillance des améliorations importantes.

12. Qualité des vaccins

12.1 Le Groupe consultatif mondial constate avec préoccupation que beaucoup des vaccins utilisés aujourd'hui ne correspondent pas aux normes de l'OMS, ou sont de qualité inconnue, bien que l'Assemblée mondiale de la Santé ait adopté en 1982 la résolution WHA35.31 demandant instamment aux Etats Membres de s'assurer que tous les vaccins utilisés dans les programmes de vaccination satisfont aux normes de l'OMS. Par exemple, 25% seulement des producteurs d'anatoxine tétanique et 47% des producteurs de VPO ont des autorités de réglementation indépendantes agréées par l'OMS pour la certification du respect des normes de l'OMS.

12.2 L'application rapide des clauses du Système de certification de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international, figurant dans la résolution WHA41.18 de l'Assemblée mondiale de la Santé, est encouragée pour tous les vaccins utilisés dans le PEV, mais en priorité pour le VPO et l'anatoxine tétanique.

12.3 Les Etats Membres et la communauté internationale devraient revoir d'urgence le statut de tous les vaccins utilisés dans le PEV pour déterminer s'ils sont conformes aux normes de l'OMS; identifier les ressources nécessaires pour effectuer cet examen; continuer à surveiller systématiquement la qualité vaccinale; et renforcer les installations de production et les autorités nationales de contrôle pour faire en sorte que les vaccins répondent aux spécifications de l'OMS.

13. Micronutriments de complément dans le cadre du PEV

13.1 La distribution de micronutriments de complément dans les zones où il existe une carence reconnue doit bénéficier d'une priorité élevée. Il faut que les responsables de la nutrition prennent l'initiative sur le plan de la politique générale, le PEV étant l'un des programmes chargés de distribuer des compléments aux nourrissons, aux jeunes enfants et aux mères.

13.2 Des objectifs opérationnels doivent être fixés aux niveaux national et régional. Durant les premières phases de développement du programme, ces objectifs porteront sur la couverture de distribution de micronutriments.

13.3 Le Groupe consultatif mondial réaffirme les recommandations qu'il a déjà faites au sujet des calendriers de distribution de compléments de vitamine A et d'iode dans le cadre des programmes de vaccination. Il faudra procéder à un réexamen dès que les résultats des essais portant à la fois sur les effets et l'innocuité d'une distribution de complément de vitamine A durant les premiers mois de la vie seront disponibles.

13.4 Iron supplements should be delivered to pregnant and lactating women through immunization programmes in areas of recognized deficiency. Tetanus toxoid administration during pregnancy provides an opportunity to supply iron supplements.

14. Cold chain and logistics for health

14.1 The wastage of vaccine from 20-dose vials observed in recent field studies where immunization sessions are for less than 10 children is cause for concern. Refusal to open vials of vaccine has also been found to contribute to missed immunization opportunities. Countries are therefore urged to conduct studies, if needed, on the average number of children and women immunized per session to determine which vial sizes to order (e.g., 5- or 10-dose vials instead of 20-dose vials).

14.2 Heat exposure indicators suitable for vaccine vials have been developed and are in the latest UNICEF tender for polio vaccine. All major international suppliers should use these indicators initially with polio vaccine, the most heat labile vaccine of the EPI, and expand to cover other EPI vaccines.

14.3 Solar powered refrigeration has been shown, by surveys in the Americas, Africa and the Western Pacific, to perform reliably when installation and maintenance procedures have been followed according to WHO standards. Work should continue in order to reduce system costs and broaden the benefits of solar energy to other sectors of primary health care.

14.4 Reusable syringes and steam sterilizers remain the equipment of first choice. In countries using disposable equipment, auto-destruct syringes should be used unless it can be assured that disposable syringes and needles will be safely destroyed after a single use. The group commended UNICEF for supplying only auto-destruct syringes in the place of standard disposable syringes for use in the EPI.

14.5 The quality of steam sterilization should be routinely monitored by the use of accepted time, steam, and temperature indicators.

14.6 Countries are encouraged to allow sterilization and other equipment supplied for the EPI to be used by other programmes within the primary health care system.

14.7 Measures should continue to be undertaken to improve cold chain equipment and assure its maintenance.

15. Vaccine Independence Initiative

The Vaccine Independence Initiative is endorsed. This Initiative promotes the sustainability of national immunization programmes by aiding certain countries to ensure the long-term supply of WHO approved vaccines through the provision of flexible financing terms, emphasis on strong planning and inter-ministry cooperation, and an efficient vaccine procurement system.

Influenza

Belgium (19 January 1992).¹ Influenza A has now been confirmed by virus isolation and 1 case has been further identified as influenza A of the H3N2 subtype.

Canada (27 January 1992).² The weekly number of laboratory-confirmed cases has decreased since mid-December, but outbreaks were still reported in Alberta, Ontario, the North-West Territories and Saskatchewan during the week ending 24 January. Only influenza A viruses

¹ See No. 4, 1992, p. 23.

² See No. 1/2, 1992, p. 5.

13.4 Des compléments de fer devraient être distribués dans le cadre des programmes de vaccination aux femmes enceintes ou allaitant dans les zones où il existe une carence reconnue. L'administration d'anatoxine tétanique durant la grossesse offre l'occasion de distribuer un complément de fer.

14. Chaîne du froid et logistique pour la santé

14.1 Des études récentes sur le terrain ont mis en évidence un gaspillage de vaccin préoccupant, lié à l'emploi de fioles contenant 20 doses pour les séances de vaccination visant moins de 10 enfants. On a également observé que le refus d'ouvrir des fioles de vaccin provoquait des occasions de vaccination manquées. Il est donc demandé aux pays d'entreprendre si nécessaire des études sur le nombre moyen de femmes et d'enfants vaccinés par séance, afin de déterminer les tailles de fioles à commander (par exemple, fioles de 5 ou 10 doses au lieu de 20 doses).

14.2 Des indicateurs d'exposition thermique applicable aux fioles de vaccin ont été mis au point et figurent dans les récents appels d'offre de l'UNICEF concernant le vaccin contre la poliomyélite. Tous les grands fournisseurs internationaux devraient utiliser initialement ces indicateurs pour le vaccin contre la poliomyélite, qui est le plus thermolabile des vaccins du PEV, puis les étendre aux autres vaccins relevant du programme.

14.3 Des enquêtes menées dans les Amériques, en Afrique et dans le Pacifique occidental ont montré que la réfrigération par énergie solaire était fiable à condition de respecter des procédures d'installation et d'entretien répondant aux spécifications de l'OMS. Les travaux visant à réduire le coût du système et à faire bénéficier de l'énergie solaire d'autres secteurs des soins de santé primaires devraient être poursuivis.

14.4 Les seringues réutilisables et les stérilisateur à vapeur restent le matériel de premier choix. Dans les pays qui utilisent du matériel jetable, il faut employer des seringues autobloquantes sauf si l'on peut être sûr que les seringues et aiguilles jetables seront détruites comme il convient après un usage unique. Le Groupe a félicité l'UNICEF qui fournissait exclusivement des seringues autobloquantes pour le PEV à la place des seringues jetables de type standard.

14.5 La qualité de la stérilisation à la vapeur doit être systématiquement surveillée en employant des indicateurs agréés en matière de durée, de vapeur et de température.

14.6 Les pays sont encouragés à donner à d'autres programmes la possibilité d'utiliser le matériel de stérilisation et autre fourni pour le PEV dans le cadre des soins de santé primaires.

14.7 Il faut continuer à s'efforcer d'améliorer le matériel de la chaîne du froid et d'assurer son entretien.

15. Initiative pour l'indépendance en matière de vaccination

L'initiative pour l'indépendance en matière de vaccination est approuvée. Cette initiative vise à promouvoir le maintien des programmes nationaux de vaccination en aidant certains pays à s'assurer un approvisionnement à long terme en vaccins approuvés par l'OMS, en leur consentant des conditions de financement flexibles et en mettant l'accent sur une planification et une coopération interministérielle énergiques, ainsi que sur un système efficace d'achat de vaccins.

Grippe

Belgique (19 janvier 1992).¹ La grippe A a maintenant été confirmée par isolement du virus, et 1 cas identifié ultérieurement était un virus grippal A du sous-type H3N2.

Canada (27 janvier 1992).² Le nombre hebdomadaire des cas confirmés au laboratoire a décru depuis la mi-décembre, mais des flambées étaient encore signalées en Alberta, en Ontario, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Saskatchewan au cours de la semaine qui s'est achevée le 24 janvier. Seuls des virus grippaux A

¹ Voir N° 4, 1992, p. 23.

² Voir N° 1/2, 1992, p. 5.

were isolated this season, and except for 4 strains of influenza A(H1N1), all viruses further identified have been of the H3N2 subtype.

Czechoslovakia (27 January 1992).¹ There were very few signs of influenza activity until the week ending 26 January, when outbreaks were reported in schools in different parts of the country. Influenza viruses have been isolated in Prague and Zlín. Four isolates from Prague have been identified as influenza A(H3N2).

Germany (17 January 1992).² Influenza A viruses have been isolated from 14 cases in different parts of the country since 1 December. Ten viruses reported in December and 2 out of 4 isolates in January were influenza A(H3N2). The other 2 isolates in January were influenza A(H1N1). Except for 1 case in a 52-year-old patient, all confirmed cases were in children.

Greece (19 January 1992).² Cases of influenza were first reported in the Thessaloniki area (north) at the end of December, where local outbreaks affecting all age groups are now reported among the general population. Influenza B viruses have been isolated from 3 patients.

Israel (12 January 1992). Outbreaks with high rates of absenteeism in schools and workplaces have been reported since the second week of December. Influenza viruses have been isolated from many cases and, so far, 5 have been further identified as influenza A(H3N2).

Spain (17 January 1992).³ A regional outbreak started to spread in the north-central part of the country (Castilla y León) during the second week of December and reached a peak in the last week of December, but cases are still occurring. Influenza A(H3N2) has been diagnosed in a few cases. Influenza A viruses have also been diagnosed in Oviedo in the northern part of the country and diagnosed by serology in an outbreak in a school in Galicia in the north-west. The morbidity from influenza-like illness increased markedly in Madrid at the end of December and during the first week of January, but activity has remained below that observed in the previous 5 seasons.

Switzerland (27 January 1992).⁴ Influenza A(H3N2) has now spread to all parts of the country causing local outbreaks and a marked increase in the incidence of influenza-like illness during January. Influenza activity decreased, however, in the western part of the country during the past week. Cases in age groups below 20 years have been typical influenza, whereas in the elderly bronchopneumonia has been the most common sign. Of 70 influenza A viruses investigated this season, 66 were H3N2 and 4 influenza A(H1N1).

United States of America (24 January 1992).⁵ The influenza epidemic may have reached a peak in the week ending 18 January when 29 states and the District of Columbia reported regional or widespread activity — 3 less than in the preceding week. The number of deaths from pneumonia and influenza remained, however, above the expected level for a fourth consecutive week. More than 4 000 influenza viruses were isolated this season. Most of them were influenza A and of those further typed, 82% were of the H3N2 subtype and 18% were influenza A(H1N1). Only 27 isolates of influenza B were reported by 6 states this season.

¹ See No. 47, 1991, p. 351

² See No. 51/52, 1991, pp. 383-384.

³ See No. 1/2, 1992, p. 5.

⁴ See No. 3, 1992, p. 16.

⁵ See No. 4, 1992, p. 23.

ont été isolés cette saison et, à l'exception de 4 souches de virus grippal A(H1N1), tous les virus identifiés ultérieurement étaient du sous-type H3N2.

Tchécoslovaquie (27 janvier 1992).¹ On a observé très peu de signes d'activité grippale jusqu'à la semaine qui s'est achevée le 26 janvier, lorsque des flambées ont été signalées dans des écoles situées dans différentes régions du pays. Des virus grippaux ont été isolés à Prague et à Zlín. Quatre isolements provenant de Prague et identifiés ultérieurement étaient des virus grippaux A(H3N2).

Allemagne (17 janvier 1992).² Depuis le 1^{er} décembre, des virus grippaux A ont été isolés de 14 cas dans différentes régions du pays. Dix virus signalés en décembre et 2 des 4 isolements effectués en janvier étaient des virus grippaux A(H3N2). Les 2 autres isolements de janvier étaient des virus grippaux A(H1N1). A l'exception d'un cas chez un patient de 52 ans, tous les cas confirmés étaient des enfants.

Grèce (19 janvier 1992).² Des cas de grippe ont été d'abord signalés à la fin de décembre dans la région de Thessalonique (nord), où des flambées locales touchant tous les groupes d'âge sont maintenant signalées parmi la population générale. Des virus grippaux B ont été isolés de 3 patients.

Israël (12 janvier 1992). Des flambées, avec des taux d'absentéisme élevés dans les écoles et sur les lieux de travail, ont été signalées depuis la deuxième semaine de décembre. Des virus grippaux ont été isolés de nombreux cas et, jusqu'ici, 5 virus identifiés ultérieurement étaient des virus grippaux A(H3N2).

Espagne (16 janvier 1992).³ Une flambée régionale a commencé à s'étendre dans le centre-nord du pays (Castille et León) au cours de la deuxième semaine de décembre et a atteint un pic la dernière semaine de décembre, mais des cas sont encore observés. Le virus grippal A(H3N2) a été diagnostiqué parmi quelques cas. Des virus A ont aussi été diagnostiqués à Oviedo, dans le nord du pays, et diagnostiqués par sérologie lors d'une flambée dans une école en Galicie, dans le nord-ouest. La morbidité due aux affections de type grippal s'est nettement accrue à Madrid à la fin de décembre et au cours de la première semaine de janvier, mais l'activité est restée en dessous de celle qui a été observée au cours des 5 dernières saisons.

Suisse (27 janvier 1992).⁴ Le virus grippal A(H3N2) s'est maintenant étendu à toutes les régions du pays, provoquant des flambées locales et un net accroissement de l'incidence des affections de type grippal en janvier. L'activité grippale a cependant décliné dans l'ouest du pays au cours de la semaine écoulée. Les cas observés chez les moins de 20 ans étaient des cas de grippe typique, tandis que parmi les personnes âgées la broncho-pneumonie était le signe le plus couramment observé. Parmi les 70 virus grippaux A étudiés cette saison, 66 étaient des virus H3N2 et 4 des virus grippaux A(H1N1).

Etats-Unis d'Amérique (24 janvier 1992).⁵ L'épidémie de grippe pourrait avoir atteint un pic au cours de la semaine qui s'est achevée le 18 janvier, lorsque 29 Etats et le district de Columbia ont signalé une activité régionale ou étendue, soit 3 Etats de moins que la semaine précédente. Le nombre de décès dus à la pneumonie et à la grippe est cependant resté au-dessus du niveau attendu, pour la quatrième semaine consécutive. Plus de 4 000 virus grippaux ont été isolés cette saison. La plupart d'entre eux étaient des virus A et, parmi ceux qui ont été identifiés ultérieurement, 82% étaient du sous-type H3N2 et 18% des virus grippaux A(H1N1). Seuls 27 isolements de grippe B ont été signalés par 6 Etats cette saison.

¹ Voir N° 47, 1991, p. 351.

² Voir N° 51/52, 1991, p. 383-384.

³ Voir N° 1/2, 1992, p. 5.

⁴ Voir N° 3, 1992, p. 16.

⁵ Voir N° 4, 1992, p. 23.

Criteria used in compiling the infected area list

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

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

Critères appliqués pour la compilation de la liste des zones infectées

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

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

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS**MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT****Notifications received from 24 to 30 January 1992**

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

Cholera • Choléra**Africa • Afrique****Mozambique****Uganda - Ouganda**

C D

16.XII-12.I

1 227 57

21-31.XII

134 7

America • Amérique**Brazil - Brésil****El Salvador****French Guiana****Guyane française****Honduras****Panama**

C D

1-8.I

12 0

1-31.XII*

130 0

12-25.I

44 2

14.XII-10.I

2i 0

1-11.I

2 0

19-25.I

7 3

Notifications reçues du 24 au 30 janvier 1992

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

C D

21-31.XII*

19 757 56

United States of America

Etats-Unis d'Amérique

2i 0

* Includes late reported cases/deaths/
Y compris cas/décès notifiés tardivement.

Asio • Asie

C D

16.XII-15.I

5 0

Telex: 415416 Fax: 788 00 11

(Attention EPIDNATIONS for notifications of diseases subject to the regulations)

Automatic telex reply service:

Telex 415768 Geneva followed by ZCZC ENGL for reply in English

Price of the *Weekly Epidemiological Record*

Annual subscription Sw. fr. 170.-

Telex: 415416 Fax: 788 00 11

(A l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au règlement)

Service automatique de réponse par télex:

Telex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français

Prix de *Relevé épidémiologique hebdomadaire*

Abonnement annuel Fr. s. 170.-