



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

4 DECEMBER 1992 • 67th YEAR

67^e ANNÉE • 4 DÉCEMBRE 1992

WHO/UNDP Programme for Vaccine Development	365	Programme OMS/PNUD pour la mise au point de vaccins	365
Tobacco or health —		Tabac ou santé —	
Smoking among secondary school children in Paris, France	366	Tabagisme des élèves des collèges et lycées parisiens, France	366
Maternal and child health —		Santé maternelle et infantile —	
Ectopic pregnancy, 1988-1989, United States of America	368	Grossesse extra-utérine, 1988-1989, États-Unis d'Amérique	368
Influenza	370	Grippe	370
Oral health and care	371	Santé et soins bucco-dentaires	371
Yellow-fever vaccinating centres for international travel —		Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux —	
Amendments to 1991 publication	372	Amendements à la publication de 1991	372
Diseases subject to the regulations	372	Maladies soumises au règlement	372

WHO/UNDP Programme for Vaccine Development

In 1993, the WHO/UNDP Programme for Vaccine Development will fund goal-oriented research projects in the following priority areas. Research proposals should be received by the deadline indicated for each component of the Programme.

A. VACCINOLOGY, IMPROVEMENT OF VACCINE EFFICIENCY AND DELIVERY SYSTEMS
(Transdisease vaccinology) [Deadline: 20 January 1993]

The general objective is to improve vaccine immunogenicity and simplify vaccine delivery through:

- (1) **Development of highly attenuated or non-replicating live vectors** for vaccines (LVV): optimal construction of live vectors for induction of protective effector mechanisms; efficacy of LVV in the face of pre-existing immunity; safety of LVV in immunocompromised hosts.
- (2) **Mucosal immunization.**
- (3) **Optimization of antigen delivery systems:** conversion of multiple-dose into single-dose vaccines using controlled-release systems or other new delivery systems; approaches to induce selectively appropriate patterns of T-cell responses.

B. DEVELOPMENT AND IMPROVEMENT OF ESSENTIAL VIRAL AND BACTERIAL VACCINES

- (1) **NEW MEASLES VACCINES FOR EARLY INFANCY**
[Deadline: 15 February 1993]
Immunobiology of measles virus infection and immunization; genetic basis of attenuation; subunit

Programme OMS/PNUD pour la mise au point de vaccins

En 1993, le programme OMS/PNUD pour la mise au point de vaccins financera des projets de recherche dans les domaines prioritaires ci-après. Les propositions de recherche devront lui parvenir avant la date limite indiquée pour chaque élément du programme.

A. VACCINOLOGIE, AMÉLIORATION DE L'EFFICACITÉ ET DE LA MISE À DISPOSITION DES VACCINS
(Vaccinologie générale) [Date limite: 20 janvier 1993]

L'objectif général est d'améliorer l'immunogénicité des vaccins et de simplifier leur mise à disposition dans l'organisme par:

- 1) **Développement de vecteurs vivants hautement atténués ou non réplicatifs** pour les vaccins (LVV): élaboration optimale de vecteurs vivants pour l'induction de mécanismes effecteurs conduisant à la protection; efficacité des LVV en présence d'une immunité préexistante; sécurité des LVV chez les hôtes immunodéprimés.
- 2) **Immunisation au niveau des muqueuses.**
- 3) **Optimalisation des systèmes de mise à disposition des antigènes dans l'organisme:** transformation des vaccins à doses multiples en vaccins à dose unique par utilisation de systèmes à libération contrôlée ou d'autres systèmes nouveaux de mise à disposition; méthodes permettant d'obtenir sélectivement des profils appropriés des réponses à médiation cellulaire T.

B. MISE AU POINT ET AMÉLIORATION DE VACCINS VIRAUX ET BACTÉRIENS ESSENTIELS

- 1) **NOUVEAUX VACCINS ANTIROUGEOLEUX POUR LA PREMIÈRE ENFANCE** [Date limite: 15 février 1993]
Immunobiologie de l'infection par le virus de la rougeole et de l'immunisation; bases génétiques de l'atténuation; vaccins

vaccines that are protective and not disease potentiating; live vectors of measles virus proteins; improved live attenuated vaccines; alternate routes of immunization.

(2) BACTERIAL AND VIRAL DIARRHOEA [Deadline: 20 January 1993]

Vaccines against *Shigella*, cholera and enterotoxigenic *Escherichia coli*: non-living vaccines in oral delivery systems such as microcapsules or liposomes; live attenuated strains or live vector-based vaccines; *in vitro* correlates of immunity.

Vaccines against rotavirus: identification of immunological correlates of protection; development of subunit vaccine candidates and of attenuated rotavirus strains; live viral and bacterial vector-based vaccines; appropriate animal models.

(3) MENINGOCOCCAL MENINGITIS AND PNEUMOCOCCAL PNEUMONIA [Deadline: 5 February 1993]

Development of new conjugate vaccines for *Neisseria meningitidis* A-C, vaccines against *N. meningitidis* B, and related basic research; pre-clinical assessment of pneumococcal common protein antigens as vaccines.

(4) TUBERCULOSIS (AND LEPROSY) [Deadline: 15 February 1993]

Genetic manipulation of mycobacteria for the understanding of immunogenicity and pathogenicity of *Mycobacterium tuberculosis* and *M. leprae*; immunological parameters which correlate with protective immunity in man; protective efficacy of vaccine candidates; improved animal models of tuberculosis; nature and control of tissue damage in leprosy and tuberculosis.

(5) DENGUE AND JAPANESE ENCEPHALITIS [Deadline: 15 March 1993]

Infectious clones; molecular definition of virulence and attenuation; construction and expression of protective immunogens; evaluation of protective efficacy in animal models.

C. OTHER RESEARCH AREAS

A few projects will be funded in relation to the development of the following vaccines:

- (1) HEPATITIS A (live attenuated); HEPATITIS E and C [Deadline: 15 March 1993]
- (2) RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS (RSV and P13) [Deadline: 15 February 1993]
- (3) POLIOMYELITIS (improved oral polio vaccine) [Deadline: 15 March 1993]

• Application forms and information can be obtained from: Microbiology and Immunology Support Services, World Health Organization, Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (facsimile numbers: (41 22) 788 29 37 or 791 07 46).

Tobacco or health

Smoking among secondary school children in Paris

France. A survey on smoking was carried out in 1991 among 10 043 pupils representative of the children attending secondary schools in Paris.

The data were gathered by means of an anonymous self-administered questionnaire of 27 questions, distributed by a teacher and completed by the pupils during school hours.

The following definitions were adopted for analysis:

- a "smoker" smokes at least one cigarette per day;
- an "ex-smoker" has been a "smoker", but is no longer smoking or smokes less than one cigarette a day;

sous-unités qui ont un effet protecteur et ne potentialisent pas la maladie; vecteurs vivants des protéines du virus de la rougeole; vaccins atténués vivants améliorés; autres voies d'immunisation.

2) DIARRHÉE D'ORIGINE BACTÉRIENNE OU VIRALE [Date limite: 20 janvier 1993]

Vaccins contre *Shigella*, le choléra et *Escherichia coli* entérotogène: vaccins non vivants dans des systèmes d'administration buccale comme les microcapsules ou les liposomes; souches vivantes atténuées ou vaccins vivants sur vecteur; corrélats de l'immunité *in vitro*.

Vaccins contre les rotavirus: identification des corrélats immunologiques de la protection; mise au point de candidats vaccins sous-unités et de souches atténuées de rotavirus; vaccins viraux et bactériens vivants sur vecteur; modèles animaux appropriés.

3) MÉNINGITE MÉNINGOCOCCIQUE ET PNEUMONIE PNEUMOCOCCIQUE [Date limite: 5 février 1993]

Mise au point de nouveaux vaccins conjugués pour *Neisseria meningitidis* A-C, vaccins contre *N. meningitidis* B, et recherche fondamentale connexe; évaluation préclinique d'antigènes protéiques pneumococciques courants comme vaccins.

4) TUBERCULOSE (ET LÈPRE) [Date limite: 15 février 1993]

Manipulation génétique des mycobactéries pour comprendre l'immunogénicité et la pathogénicité de *Mycobacterium tuberculosis* et de *M. leprae*; paramètres immunologiques corrélés avec l'immunité protectrice chez l'homme; efficacité protectrice des candidats vaccins; modèles animaux améliorés pour la tuberculose; nature et maîtrise des lésions tissulaires dans la lèpre et la tuberculose.

5) DENGUE ET ENCÉPHALITE JAPONAISE [Date limite: 15 mars 1993]

Clones infectieux; définition moléculaire de la virulence et de l'atténuation; construction et expression d'immunogènes protecteurs; évaluation de l'efficacité protectrice sur des modèles animaux.

C. AUTRES DOMAINES DE RECHERCHE

Quelques projets seront financés en vue de la mise au point des vaccins suivants:

- 1) HÉPATITE A (vaccin atténué vivant); HÉPATITES E et C [Date limite: 15 mars 1993]
- 2) INFECTIONS VIRALES RESPIRATOIRES (VRS et P13) [Date limite: 15 février 1993]
- 3) POLIOMYÉLITE (vaccin antipoliomyélitique buccal amélioré) [Date limite: 15 mars 1993]

• Renseignements et formulaires d'inscription peuvent être obtenus auprès de: Services d'Appui en Microbiologie et Immunologie, Organisation mondiale de la Santé, Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (numéros de fax: (41 22) 788 29 37 ou 791 07 46).

Tabac ou santé

Tabagisme des élèves des collèges et lycées parisiens

France. Une enquête sur le tabagisme a été menée en 1991 auprès de 10 043 élèves représentatifs des élèves des collèges et lycées parisiens.

Le recueil des données a été effectué par un auto-questionnaire anonyme comportant 27 questions, remis par un professeur et complété par les élèves durant les heures de classe.

Les définitions suivantes ont été prises en considération pour l'analyse:

- un «fumeur» consomme au moins une cigarette par jour;
- un «ex-fumeur» a été «fumeur», mais ne fume plus actuellement, ou fume moins d'une cigarette par jour;

- a "non-smoker" has never smoked;
- an "occasional smoker" smokes less than one cigarette a day.

Population

According to the records of the rectorate, 190 234 children are enrolled in the secondary schools of Paris. A sample of approximately 5% of Parisian secondary school children was obtained by drawing lots. Lots were drawn for classes in proportion to the numbers in the 7 levels of education and the distribution between public and private schools and between general and vocational education. A sample of 350 classes comprising 10 043 pupils was thus selected.

Results

Of the 10 043 questionnaires distributed in the 350 classes selected, 9 307 were returned (response rate = 92.7%). The unreturned questionnaires were those of classes that did not respond (5.1%) or of pupils absent from the classes covered by the survey (2.2%). The population actually covered by the survey was no different in structure from the randomized population and the overall population.

The response rate in the questionnaires that were returned ranged from 95.1 to 99.9% for each question.

The overall proportion of regular smokers was 23.3%, that of occasional smokers 23.5%, of ex-smokers 3.5% and of non-smokers 49.7%.

- The percentage of smokers at age 13 was 5%, increasing annually by 8 percentage points to 45% at age 18, after which it levelled off (Fig. 1).

- un «non-fumeur» n'a jamais fumé;
- un «fumeur occasionnel» fume moins d'une cigarette par jour.

Population

D'après les fichiers du rectorat de Paris, 190 234 enfants sont inscrits dans les collèges et lycées. Un échantillon d'approximativement 5% des élèves des collèges et lycées parisiens a été désigné par tirage au sort. Le tirage au sort a été effectué de manière stratifiée et proportionnelle suivant les 7 niveaux d'enseignement et suivant la répartition en école publique et privée, et en enseignement général et professionnel. Un échantillon de 350 classes, comportant 10 043 élèves, a ainsi été obtenu.

Résultats

Parmi les 10 043 questionnaires distribués aux 350 classes sélectionnées, 9 307 ont été retournés (taux de réponse = 92,7%). Les questionnaires non retournés correspondaient à des classes non répondantes (5,1%) ou à des élèves absents des classes concernées par l'enquête (2,2%). La population réellement étudiée ne diffère pas dans sa structure de la population randomisée et de la population globale.

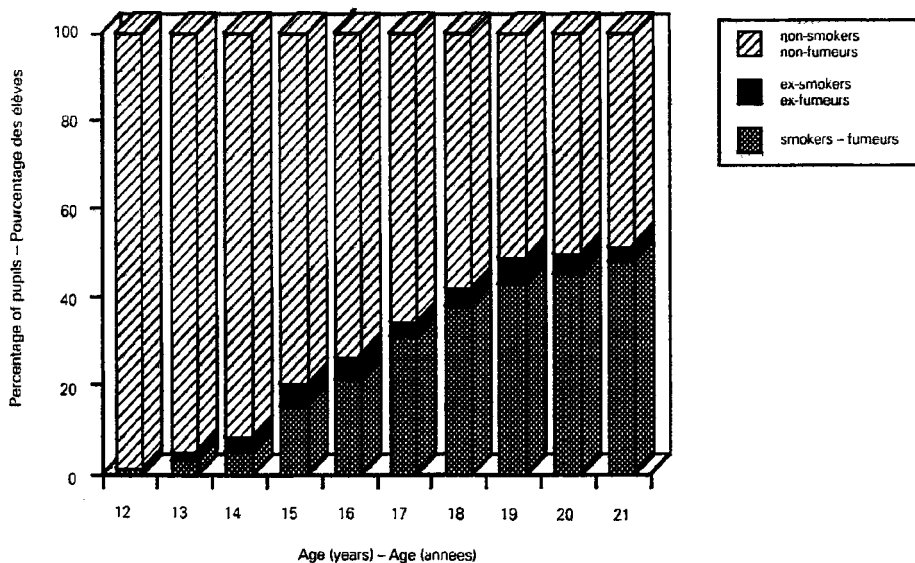
Le taux de réponses parmi les questionnaires retournés varie de 95,1 à 99,9% pour chaque question.

Le taux de fumeurs réguliers est globalement de 23,3%, le taux des fumeurs occasionnels de 23,5%, celui des ex-fumeurs de 3,5% et celui des non-fumeurs de 49,7%.

- Le taux de fumeurs est de 5% à 13 ans; il augmente de 8 points de pourcentage par an pour aboutir à 45% à 18 ans; à partir de cet âge, il se maintient en plateau (Fig. 1).

Fig. 1 Percentage of smokers among secondary school children in Paris, by age (12-21 years), France, 1991

Fig. 1 Pourcentage de fumeurs parmi les élèves des collèges et lycées parisiens en fonction de l'âge (12-21 ans), France, 1991



- Girls were found to smoke more than boys (26.2% versus 20.6% [p <0.01]). This difference cannot be explained by a difference in age (although the girls are on average 3 months younger than the boys). However, the daily consumption declared by girl smokers was significantly lower than consumption admitted to by those boys who smoked (9.1 ± 7.4 cigarettes/24 hours as compared with 10.2 ± 2.2 cigarettes/24 hours).

- The smoking habits of the family had an influence on those of the children: 33.5% of the children who smoked had mothers who smoked against 24.2% (p <0.01) of the children who did not smoke. The same phenomenon was observed in relation to fathers: 50.1% of the smokers, as compared with 38.9% of the non-smokers, had fathers who

- Les filles fument plus souvent que les garçons (26,2% contre 20,6% [p <0.01]). Cette différence n'est pas expliquée par une différence d'âge (bien que les filles soient en moyenne plus jeunes de 3 mois que les garçons). En revanche la consommation quotidienne de tabac déclarée par les filles fumeuses est significativement moindre que celle des garçons fumeurs (9,1 ± 7,4 cigarettes/24 heures contre 10,2 ± 2,2 cigarettes/24 heures).

- Les habitudes tabagiques des parents influencent le tabagisme des enfants. Les enfants qui fument ont plus souvent une mère qui fume (33,5%) que ceux qui ne fument pas (24,2% [p <0.01]). Le même phénomène est observé en ce qui concerne le père: 50,1% des fumeurs ont un père qui fume contre 38,9% des non-fumeurs (p <0.01). Les parents sont d'autant plus souvent fumeurs qu'ils

smoked ($p < 0.01$). Parents were more often smokers when they had young children. The schoolchildren who were smokers more often had brothers and sisters who smoked (42.8%) than the non-smokers (38.5%) [$p < 0.01$].

- A proportion of 59.3% of smokers and 60.4% of non-smokers answered "yes" to the question "Do your parents forbid you to smoke?" The difference is not significant. The answer was more often affirmative in ex-smokers, 65.3% of whose parents forbade smoking.

- From the answer to the question "Were you informed about smoking at primary school?", it appears that those children who smoked had less often received information about smoking at their primary schools (23.3%) than those who did not smoke (30.3%) [$p < 0.01$]. The level of information was low in both groups.

- The high cost of tobacco was more often mentioned by the non-smoking pupils (82.4%) than by the smokers (78.6%); 84.2% of ex-smokers replied that tobacco was expensive. There is thus a link between the perception of the high cost of tobacco and the non-initiation, and particularly the cessation of smoking ($p < 0.01$).

- A proportion of 71.6% of smokers were planning to give up smoking. Even as they start smoking, young smokers envisage giving up the habit.

Comments

Efforts to prevent smoking are based on restrictions on the use of tobacco arising out of legislative measures, help in giving up smoking, and primary prevention of the smoking habit. In this study of a representative sample of all secondary school children in Paris, smoking was started between the ages of 13 and 18. Rates of smoking were close to the rates observed over the last 10 years in other surveys, although the methods used were different in these surveys. A similar survey will be carried out yearly in Paris to obtain a more reliable picture of trends in smoking among the young.

Information on smoking given in primary schools, before the habit is taken up, does influence behaviour at the secondary level. Information in primary schools therefore needs to be strengthened. Less than one-third of primary school children receive information at present.

The cost of tobacco appears to be a limiting factor for initiation of smoking and a factor that leads schoolchildren to stop. This cost is still low in France in relation to that in neighbouring European countries.

Smoking by children is closely related to smoking by their parents. This is a matter of concern for the coming decade, since the mothers of young children smoke considerably more than the mothers of older children (this corresponds to the increase in smoking among young women observed in France over several decades). A change in the image of smoking and the decline in adult smoking that now appears to be developing may indirectly be conducive to primary prevention of smoking.

(Based on: Bulletin épidémiologique hebdomadaire, No. 34/1992; Direction générale de la Santé.)

Maternal and child health

Ectopic pregnancy, 1988-1989

United States of America. Although the number and rate of ectopic pregnancies in the United States increased from 1970 to 1987,¹ they stabilized from 1987 to 1989. This report presents data regarding the number and rate of ectopic pregnancies and ectopic pregnancy-related deaths in the United States from 1988 to 1989 and compares those data with information reported since 1970.

¹ See No. 23, 1990, pp. 177-179.

son parents d'enfants jeunes. Les fumeurs ont plus souvent des frères ou sœurs qui fument (42,8%) que les non-fumeurs (38,5%, [$p < 0.01$]).

- Une proportion de 59,3% des fumeurs et 60,4% des non-fumeurs répondent «oui» à la question «Vos parents vous interdisent-ils de fumer?» La différence n'est pas significative. La réponse est plus souvent affirmative chez les ex-fumeurs, à qui 65,3% des parents interdisent de fumer.

- D'après la réponse à la question «Avez-vous été informé sur le tabagisme dans l'enseignement primaire?», les élèves qui fument ont moins souvent reçu une information sur le tabagisme dans le primaire (23,3%) que ceux qui ne fument pas (30,3% [$p < 0.01$]). Ce taux d'information reste bas dans les deux groupes.

- Le coût élevé du tabac est plus souvent signalé par les élèves non fumeurs (82,4%) que par les élèves fumeurs (78,6%). Ce sont les élèves ex-fumeurs qui répondent le plus massivement que le tabac coûte cher (84,2%). La perception du coût élevé du tabac est donc liée au fait de ne pas commencer à fumer et encore plus à l'arrêt ($p < 0.01$).

- L'arrêt du tabagisme est envisagé par 71,6% des fumeurs. Dès le début du tabagisme, les jeunes fumeurs envisagent d'arrêter de fumer.

Commentaires

La lutte contre le tabagisme repose sur les limitations d'usage du tabac telles qu'en provoquent les mesures législatives, sur l'aide au sevrage tabagique, et sur la prévention primaire de la prise de l'habitude tabagique. Dans cette enquête représentative de l'ensemble des enfants des collèges et lycées de Paris, la prise de l'habitude tabagique se fait entre l'âge de 13 ans et de 18 ans. Ces taux de tabagisme sont voisins de ceux observés ces 10 dernières années dans d'autres enquêtes, bien que les méthodes utilisées dans ces enquêtes soient différentes. Une enquête similaire sera conduite chaque année à Paris pour pouvoir saisir de façon plus fiable les évolutions du tabagisme chez les jeunes.

L'information sur le tabagisme dans le primaire, avant que soient prises les habitudes tabagiques, influence le comportement dans le secondaire. Il faut donc renforcer cette information dès le primaire. L'information n'est actuellement donnée qu'à moins d'un tiers des élèves.

Le coût du tabac semble pour les élèves un facteur limitant au début du tabagisme et un facteur lié à son arrêt. Ce coût reste encore bas en France par rapport à ses voisins européens.

Le tabagisme des enfants est très lié à celui des parents. Il reste là un point d'inquiétude pour cette décennie: le tabagisme des mères d'enfants jeunes est beaucoup plus important que le tabagisme des mères d'enfants âgés (traduisant l'augmentation du tabagisme chez la jeune femme observée en France depuis plusieurs décennies). Le changement de l'image du tabac et la diminution du tabagisme des adultes qui se dessine peuvent indirectement conduire à une prévention primaire du tabagisme.

(D'après: Bulletin épidémiologique hebdomadaire, N° 34/1992; Direction générale de la Santé.)

Santé maternelle et infantile

Grossesse extra-utérine, 1988-1989

Etats-Unis d'Amérique. Bien que le nombre et le taux des grossesses extra-utérines aux Etats-Unis d'Amérique aient augmenté de 1977 à 1987,¹ ils se sont stabilisés de 1987 à 1989. Le présent rapport fournit des données sur le nombre et le taux des grossesses extra-utérines et des décès maternels correspondants relevés aux Etats-Unis d'Amérique de 1988 à 1989, en les comparant aux chiffres enregistrés depuis 1970.

¹ Voir N° 23, 1990, pp. 177-179.

Data were obtained from the National Hospital Discharge Survey (NHDS), conducted by the Centers for Disease Control's (CDC) National Center for Health Statistics (NCHS). Information on deaths was obtained from death certificate data compiled by NCHS. Estimates of hospitalization for ectopic pregnancy are rounded to the nearest 100.

During 1989, an estimated 88 400 women in the United States (95% confidence interval [CI] = 70 600-106 100) were hospitalized for ectopic pregnancy, a 10% increase over the 1988 estimate of 80 700 (95% CI = 67 200-94 200) but approximating the estimate for 1987. From 1970 (when surveillance of ectopic pregnancy began) to 1989, the rate of ectopic pregnancies per 1 000 reported pregnancies¹ increased almost four-fold, from 4.5 to 16.1 (Table 1). Similarly, the rate of ectopic pregnancies per 1 000 live births increased almost five-fold, from 4.8 to 22.0, while the rate per 10 000 reproductive-aged women (aged 15-44 years) increased more than three-fold, from 4.2 to 15.5 (Table 1).

Les données ont été tirées de l'enquête nationale sur les relevés de sortie des hôpitaux (NHDS) menée par les Centers for Disease Control (CDC) du National Center for Health Statistics (NCHS). Les renseignements concernant les décès maternels ont été tirés des données sur les certificats de décès compilées par le NCHS. Les estimations concernant les hospitalisations pour grossesse extra-utérine ont été arrondies à la centaine la plus proche.

Au cours de l'année 1989, on estime que 88 400 femmes aux Etats-Unis d'Amérique (intervalle de confiance [IC] à 95% = 70 600-106 100) ont été hospitalisées pour une grossesse extra-utérine, soit une augmentation de 10% par rapport au chiffre estimatif de 80 700 pour 1988 (IC à 95% = 67 200-94 200) mais à peu près le même chiffre qu'en 1987. De 1970 (année où a commencé la surveillance des grossesses extra-utérines) à 1989, le taux pour 1 000 naissances notifiées¹ a presque quadruplé, passant de 4,5 à 16,1 (Tableau 1). De même, le taux des grossesses extra-utérines pour 1 000 naissances vivantes a presque quintuplé, passant de 4,8 à 22,0, tandis que le taux pour 10 000 femmes en âge de procréer (de 15 à 44 ans) a plus que triplé, passant de 4,2 à 15,5 (Tableau 1).

Table 1 Number and rates of ectopic pregnancy, by year, United States of America, 1970-1989

Tableau 1 Nombre et taux de grossesses extra-utérines, par année, Etats-Unis d'Amérique, 1970-1989

Year - Année	Number ^a - Nombre ^a	Rate - Taux		
		Reported pregnancies ¹ Grossesses notifiées ¹	Live births ² Naissances vivantes ²	Reproductive-aged women ³ Femmes en âge de procréer ³
1970.....	17 800	4.5	4.8	4.2
1971.....	19 300	4.8	5.4	4.4
1972.....	24 500	6.3	7.5	5.5
1973.....	25 600	6.8	8.2	5.6
1974.....	26 400	6.7	8.4	5.7
1975.....	30 500	7.6	9.8	6.5
1976.....	34 600	8.3	11.0	7.2
1977.....	40 700	9.2	12.3	8.3
1978.....	42 400	9.4	12.8	8.5
1979.....	49 900	10.4	14.3	9.9
1980.....	52 200	10.5	14.5	9.9
1981.....	68 000	13.6	18.7	12.7
1982.....	61 800	12.3	17.0	11.5
1983.....	69 600	14.0	19.2	12.6
1984.....	75 400	14.9	20.6	13.6
1985.....	78 400	15.2	20.9	14.0
1986.....	73 700	14.3	19.7	12.8
1987.....	88 000	16.8	23.1	15.3
1988.....	80 700	15.1	20.7	14.4
1989.....	88 400	16.1	22.0	15.5
Total	1 047 900	11.3	14.8	10.3

^a Estimated from the National Hospital Discharge Survey conducted by CDC's National Center for Health Statistics, rounded to the nearest 100. - Sur la base de l'enquête nationale sur les relevés de sortie des hôpitaux menée par le National Center for Health Statistics des CDC; estimations arrondies à la centaine la plus proche.

¹ Per 1 000 reported pregnancies. - Taux pour 1 000 grossesses notifiées.

² Per 1 000 live births. - Taux pour 1 000 naissances vivantes.

³ Per 10 000 women aged 15-44 years. - Taux pour 10 000 femmes âgées de 15 à 44 ans.

From 1988 to the end of 1989, the highest rate of ectopic pregnancy occurred for women aged ≥30 years, the same as in previous years. The rate for black and other minority group women was 32% higher than that for white women. When rates were calculated by geographical region, the highest rate of ectopic pregnancy occurred in the South,² the same as reported during 1985-1987; the lowest rate occurred in the Midwest.

Although the risk for death associated with ectopic pregnancy decreased from 1970 to 1987 (Fig. 1), slight increases occurred in 1988 and 1989. From 1970 to 1989, the case-fatality rate decreased by 90%, from 35.5 to 3.8 deaths per 10 000 ectopic pregnancies.

In 1988, 44 women died from complications of ectopic pregnancy - 14 more than reported in 1987 (case-fatality

De 1988 à la fin 1989, les taux les plus élevés de grossesses extra-utérines ont été observés, comme les années précédentes, chez les femmes de 30 ans ou plus. Ces taux étaient de 32% plus élevés dans la minorité noire et d'autres minorités ethniques que chez les femmes blanches. Par région géographique, les taux les plus élevés ont été enregistrés dans le Sud,² comme dans la période 1985-1987, et les taux les plus faibles dans le Middle West.

Bien que le risque de décès par grossesse extra-utérine ait diminué de 1970 à 1987 (Fig. 1), il a de nouveau légèrement augmenté en 1988 et 1989. De 1970 à 1989, le taux de létalité a globalement baissé de 90%, passant de 35,5 à 3,8 décès pour 10 000 grossesses extra-utérines.

En 1988, 44 femmes sont décédées des complications d'une grossesse extra-utérine, soit 14 de plus qu'en 1987 (taux de létalité:

¹ Includes live-born infants, legally induced abortions, and ectopic pregnancies.

² Regions defined by the Bureau of the Census.

¹ Ce chiffre comprend les naissances d'enfants mort-nés, les avortements légalement provoqués et les grossesses extra-utérines.

² Régions définies par le Bureau du Recensement

rate: 5.4 deaths per 10 000 ectopic pregnancies). In 1989, 34 deaths occurred as a result of ectopic pregnancy complications (case-fatality rate: 3.8 deaths per 10 000 ectopic pregnancies).

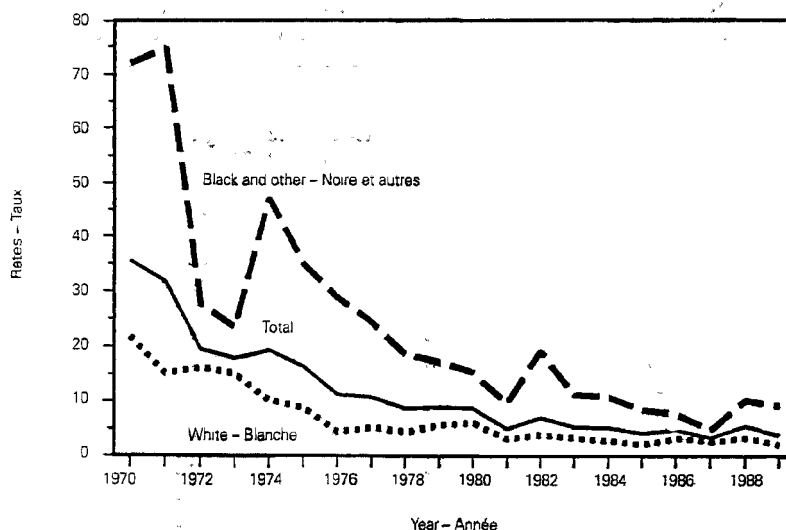
For black women and women in other minority groups, the risk for death from ectopic pregnancy was more than 3 times that for white women in 1988 and almost 5 times the risk in 1989. The racial disparity during 1988 and 1989 increased from figures reported in 1986 and 1987 and was similar to figures reported from 1983 to 1985 — when four-fold higher rates occurred among black women and women in other minority groups (Fig. 1).

5,4 décès pour 10 000 grossesses extra-utérines). En 1989, le chiffre correspondant a été de 34 décès (taux de létalité: 3,8 décès pour 10 000 grossesses extra-utérines).

En 1988, le risque de décéder des suites d'une grossesse extra-utérine était plus de 3 fois plus élevé chez les femmes de la minorité noire et d'autres groupes minoritaires que chez les femmes blanches, et près de 5 fois plus élevé en 1989. La disparité raciale s'est accrue en 1988 et 1989 par rapport aux chiffres enregistrés en 1986 et 1987, pour revenir aux niveaux relevés entre 1983 et 1985, lorsque les taux de létalité étaient 4 fois plus élevés chez les femmes noires et celles des autres groupes minoritaires (Fig. 1).

Fig. 1 Ectopic pregnancy death rates,* by race, United States of America, 1970-1989

Fig. 1 Taux de mortalité par grossesse extra-utérine,* selon la race, Etats-Unis d'Amérique, 1970-1989



* Per 10 000 ectopic pregnancies — Pour 10 000 grossesses extra-utérines

MMWR Editorial Note: In the United States, complications from ectopic pregnancy are the leading cause of pregnancy-related death during the first trimester. Factors accounting for the decreased occurrence of ectopic pregnancy in 1988 include heightened awareness of ectopic pregnancy among health care providers and patients, earlier diagnosis, and more frequent use of conservative ambulatory therapy. In addition, this decrease may also reflect changes in the NHDS sampling frame implemented in 1988. However, variability of the data, as indicated by wide confidence intervals, does not permit meaningful conclusions about changes in the estimates of ectopic pregnancies for 1988 and 1989.

The increase in case-fatality rates in 1988 resulted from the simultaneous increase in the number of deaths reported and the decrease in the estimated number of women hospitalized with ectopic pregnancy. Although the race-specific risk for death associated with ectopic pregnancy requires further assessment, all rates employing race-specific estimates must be interpreted cautiously because race was unreported for almost 10% of ectopic pregnancy cases during the time interval of the report.

(Based on: Morbidity and Mortality Weekly Report, 41, No. 32, 1992; US Centers for Disease Control.)

Influenza

Netherlands (26 November 1992).¹ Influenza B virus has been isolated from a specimen obtained on 17 November. This was the first confirmed case since the case of influenza A(H3N2) confirmed in October. Reports from sentinel physicians indicate a continued low level of influenza activity.

¹ See No. 46, 1992, p. 348

Note de la Rédaction du MMWR: Aux Etats-Unis d'Amérique, les complications de la grossesse extra-utérine sont l'une des principales causes de mortalité maternelle pendant le premier trimestre de la grossesse. Parmi les facteurs qui ont contribué à une diminution du nombre des grossesses extra-utérines en 1988 figurent une plus grande sensibilisation des dispensateurs de soins et des patients à ce problème, un diagnostic plus précoce et le recours plus fréquent à un traitement conservateur sans hospitalisation. En outre, cette diminution peut aussi refléter certains changements apportés en 1988 au système d'échantillonnage du NHDS. Cependant, la variabilité des données, reflétée par de très larges intervalles de confiance, ne permet pas de tirer des conclusions significatives sur l'évolution des chiffres estimatifs de grossesses extra-utérines en 1988 et 1989.

L'augmentation des taux de létalité en 1988 reflète à la fois une augmentation du nombre des décès notifiés et une diminution du nombre estimatif de femmes hospitalisées pour une grossesse extra-utérine. Bien qu'il soit utile de continuer à évaluer les risques de décès par grossesse extra-utérine liés à la race, tous les taux se fondant sur des estimations par race doivent être interprétés avec prudence étant donné que la race de la patiente n'était pas spécifiée dans près de 10% des cas de grossesse extra-utérine enregistrés pendant la période sur laquelle portait le rapport.

(D'après: Morbidity and Mortality Weekly Report, 41, N° 32, 1992; US Centers for Disease Control.)

Grippe

Pays-Bas (26 novembre 1992).¹ Le virus grippal B a été isolé d'un spécimen obtenu le 17 novembre. Il s'agissait du premier cas confirmé depuis le cas de grippe A(H3N2) confirmé en octobre. Les rapports des médecins sentinelles indiquent que l'activité grippale se maintient à un bas niveau.

¹ Voir N° 46, 1992, p. 348.

Oral health and care

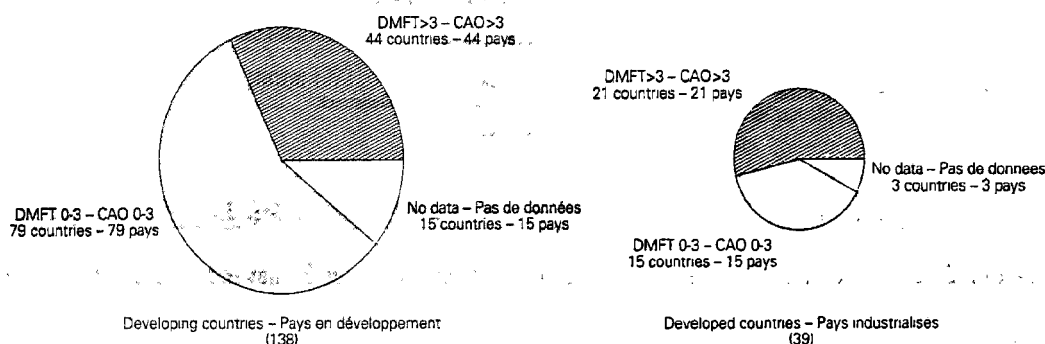
Changes in oral health and care are taking place in most industrialized countries. The reducing trend is well known through the surveillance which WHO maintains on oral diseases worldwide; the Global Oral Data Bank now contains information for approximately 160 countries. Since 1973, levels of dental ill-health, measured in average numbers of decayed, missing or filled teeth (DMFT) at age 12, have declined from above 6 to below 2 in most Western European countries as well as in Australia, Canada, New Zealand, Singapore and the United States of America. Fig. 1 shows the distribution of DMFT₁₂ values for developed and developing countries.

Santé et soins bucco-dentaires

On constate une évolution dans le domaine de la santé et des soins bucco-dentaires dans la plupart des pays industrialisés. La tendance actuelle à la baisse est bien connue grâce au système OMS de surveillance des affections bucco-dentaires dans le monde; la Banque mondiale de données bucco-dentaires couvre actuellement environ 160 pays. Depuis 1973, le niveau des affections dentaires, mesuré en nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées (CAO) à l'âge de 12 ans, est tombé de plus de 6 à moins de 2 dans la plupart des pays européens, de même qu'en Australie, au Canada, aux États-Unis d'Amérique, en Nouvelle-Zélande et à Singapour. La Fig. 1 donne les indices CAO₁₂ pour les pays industrialisés et pour les pays en développement.

Fig. 1 Number of countries by DMFT index at age 12, 1991

Fig. 1 Indice CAO à 12 ans dans les différents pays, 1991



Preventive behaviour based on regular checks of oral health, self-care through good oral hygiene, use of fluorides, especially fluoride toothpastes, and dietary prudence, is well established in the majority of the populations in the above developed countries. The oral health profession (dentists, hygienists and therapists), other disciplines and industry have together been responsible for the major part of this health success. Furthermore, the approach to provision of treatment is now much less invasive. This is due in part to lower disease levels in younger cohorts, but also to improvements in techniques and realization that more conservative care can achieve much if not most of what was previously achieved by invasive treatment; more frequent examination also means that problems are discovered at an earlier, less serious stage.

Apart from the obvious promotion of healthy lifestyles, another improvement relates to the costs of oral health care. Surveys by the American Dental Association and the United States National Institute of Dental Research indicate that while oral health has been improving, the cost of oral care has increased, but at a lower rate than for other health services. Average costs of oral care procedures rose by 121% over the period from 1979 to 1990 compared with 132% for physician services and 191% for hospital accommodation in the same period. A significant part of the increase in oral health costs lies with increased awareness and therefore demand for sophisticated care in cohorts of significantly aging populations for which prevention came too late. Year by year that demand is expected to decrease, thereby enhancing the cost-benefit element of the preventive achievement.

In recognition of the changing situation, WHO convened an Expert Committee in December 1991 to discuss recent advances in oral health and care. The committee considered improvements that may be expected in the near future and offered guidance in the adoption of new technologies, emphasizing the importance of balancing the needs of populations, the application of new technology, availability of resources (both personnel and finance) and quality of care.

La prévention basée sur des examens bucco-dentaires réguliers, une bonne hygiène bucco-dentaire personnelle, l'utilisation de fluor, notamment dans le dentifrice, et une alimentation moins nocive pour les dents, est bien ancrée chez la plupart des habitants des pays industrialisés mentionnés ci-dessus. Les professionnels de la santé bucco-dentaire (dentistes, hygiénistes et thérapeutes), d'autres disciplines et l'industrie sont pour une large part conjointement responsables de cette réussite dans le domaine de la santé. Les traitements sont en outre devenus beaucoup moins effractifs. Cela tient en partie à la réduction des affections chez les cohortes plus jeunes, mais aussi à l'amélioration des techniques et à la reconnaissance du fait qu'un traitement plus conservateur peut être au moins aussi efficace que ne l'était jusque-là un traitement plus effractif; grâce aux examens plus fréquents, les problèmes sont aussi découverts plus tôt, avant qu'ils ne deviennent trop graves.

Outre les effets évidents des campagnes en faveur d'un mode de vie sain, une autre amélioration a trait au coût des soins de santé bucco-dentaires. Les enquêtes réalisées par l'Association dentaire américaine et l'Institut national de la Recherche dentaire des États-Unis montrent que, si la santé bucco-dentaire s'est améliorée, le coût des soins bucco-dentaires a augmenté, mais moins que celui des autres services de santé. Le coût moyen des actes bucco-dentaires a augmenté de 121% entre 1979 et 1990 par rapport à 132% pour les services médicaux et à 191% pour les frais d'hospitalisation pendant la même période. Une part importante de l'augmentation des coûts de la santé bucco-dentaire tient à la sensibilisation accrue et, par conséquent, à la demande de soins de pointe chez les cohortes de personnes vieillissantes venues trop tard à la prévention. D'année en année, cette demande devrait baisser, ce qui améliorera l'élément coût-efficacité des résultats de la prévention.

Consciente de l'évolution de la situation de la santé et des soins bucco-dentaires, l'OMS a réuni un Comité d'experts en décembre 1991 pour examiner les progrès récents de la santé et des soins bucco-dentaires. Ce Comité a examiné les améliorations qui peuvent être attendues dans un avenir proche et a fourni des directives pour l'adoption de technologies nouvelles, mettant l'accent sur l'importance d'un bon équilibre entre les besoins de la population, l'application des technologies nouvelles, la disponibilité des ressources (en personnel et en moyens financiers) et la qualité des soins.

The challenge is now to extend new technology to developing countries in such a way to ensure that self-care and healthy habits together with low cost, minimally invasive, low intervention care, supplemented by high technology care when appropriate, can be extended to whole populations.

Le défi consiste maintenant à étendre aux pays en développement les technologies nouvelles, de façon à faire bénéficier des populations entières des avantages de l'hygiène personnelle et des habitudes saines, parallèlement à des soins de petite technologie peu coûteux et aussi peu effractifs que possible, complétés le cas échéant par des soins de haute technologie.

Yellow-fever vaccinating centres for international travel

Amendments to 1991 publication

Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux

Amendements à la publication de 1991

AUSTRALIA/AUSTRALIE

Insert - Insérer:

Australian Capital Territory

Civic

Dr Robert Hain, Unit 10,
City Walk Arcade

Queensland

Caboolture

North Coast Travellers Medical Service,
Caboolture 7 Day Medical Centre, King Street

GERMANY/ALLEMAGNE

Insert - Insérer:

Schwerin

Landeshygieneinstitut Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin
„Gelbfieber-Impfstelle“ (Yellow Fever Vaccination Centre Nr. 1)

NETHERLANDS/PAYS-BAS

Insert - Insérer:

Katwijk

GGD Dun-en-Bollensreek

Purmerend

GGD Waterland

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU RÉGLEMENT

Notifications received from 27 November to 3 December 1992

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

Notifications reçues du 27 novembre au 3 décembre 1992

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

Cholera • Choléra

Africa • Afrique

	C	D
Mozambique	23.X-10.XI	
.....	6 103*	97*

* Includes delayed reports from Inhambane Province. -
Y compns les cas signalés rétrospectivement à Inhambane.

America • Amérique

	C	D
United States of America		26.X
Etats-Unis d'Amérique		
.....	1	0

Asia • Asie

	C	D
Hong Kong		25.XI
.....	1	0

	C	D
India - Inde	1-30.IX	
.....	663	10

	C	D
Iran, Islamic Rep. of	4-18.X	
Iran, Rép. islamique d'		
.....	13	0

	C	D
Iraq	16.X-15.XI	
.....	7	0

Oceania • Océanie

	C	D
Tuvalu	25.VII-1.XI	
.....	40	0

Plague • Peste

Africa • Afrique

	C	D
Madagascar	27.X-2.XI	
Antananarivo Province		
Anjozorobe S. Préf.	2s	0
Antananarivo S. Préf.	4(2s)	1
Faratsiho S. Préf.	1	0
Muarinarivo S. Préf.	1	1
Tsiroanomandidy S. Préf.	2s	2

	C	D
Antananarivo S. Préf.	4(3s)	0
Ambatofinandrahana S. Préf.	1s	0
Manandriana S. Préf.	2s	0

	C	D
.....	1 ¹	0

	C	D
.....	14	XI

	C	D
.....	1 ¹	0

	C	D
.....	1 ¹	0

	C	D
.....	1 ¹	0

	C	D
.....	1 ¹	0

	C	D
.....	1 ¹	0

¹ This case of plague has no significance to international travel. - Ce cas de peste n'a pas de conséquence sur les voyages internationaux.

Newly infected areas as at 3 December 1992

For criteria used in compiling this list, see No. 25, 1992, p. 191.

Zones nouvellement infectées au 3 décembre 1992

Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 25, 1992, p. 191.

Cholera • Choléra

Africa • Afrique

Mozambique
Inhambane Province
Homoine District
Inharrime District
Maxixe District
Zavala District

Asia • Asie

Iran, Islamic Rep. of
Iran, Rép. islamique d'
Isfahan Province
Sistan & Baluchestan Province

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.-