



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

1 MARCH 1996 • 71st YEAR

71^e ANNÉE • 1^{er} MARS 1996

Tuberculosis notification update

More than 3 million cases of tuberculosis were notified in 1994, but WHO estimates that over 8 million cases might have occurred in the world. This under-reporting reflects missing or incomplete information or poor performance of the recording and reporting system of some national tuberculosis control programmes.

Three-quarters of the notified cases have been recorded in Asia and Africa. Underlying causes are poverty, urbanization, malnutrition, and HIV.

Notification des cas de tuberculose: mise à jour

Plus de 3 millions de cas de tuberculose ont été notifiés en 1994, mais l'OMS estime que plus de 8 millions de cas pourraient s'être produits dans le monde. Cette sous-notification reflète l'absence de données ou des informations incomplètes, ou encore un système de notification et d'enregistrement de certains programmes nationaux de lutte contre la tuberculose laissant à désirer.

Les trois quarts des cas notifiés ont été enregistrés en Asie et en Afrique. Au nombre des causes principales figurent la pauvreté, l'urbanisation, la malnutrition, et l'infection à VIH.

Tuberculosis

Notification of tuberculosis cases for 1994, as reported to WHO by January 1996, has been analysed in the *Tuberculosis Notification Update, February 1996*.¹ Most data were provided by WHO Member States through the WHO Regional and Country Offices or directly from the National Tuberculosis Control Programmes (NTP).

In mid-1995, the WHO Global Tuberculosis Programme (GTB) sent a data collection form to all Member States and other countries and areas to obtain information on the burden of tuberculosis in 1994. These forms were returned to GTB for data analysis. Additional information was obtained from reports by other organizations involved

¹ The update (ref. WHO/TUB/96.197) is available in English only (French version in preparation) upon request from the Programme Manager, Global Tuberculosis Programme, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland; fax 4122-791 41 99. It can also be ordered via E-mail (Internet): raviglianem@who.ch, levym@who.ch, schmidts@who.ch.

Tuberculose

Les cas de tuberculose pour 1994 notifiés à l'OMS en janvier 1996 ont été analysés dans *Tuberculosis Notification Update*, février 1996.¹ La plupart des données ont été communiquées par les Etats Membres de l'OMS, par l'intermédiaire des bureaux régionaux et de pays, ou directement par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose.

A la mi-1995, le programme mondial OMS de lutte contre la tuberculose (GTB) a envoyé un questionnaire à tous les Etats Membres et aux autres pays et territoires pour recueillir des données sur le poids de la morbidité tuberculeuse en 1994. Ces formulaires ont été renvoyés à GTB pour y être analysés. Des informations supplémentaires ont été tirées de rapports établis par

¹ Ce document (réf. WHO/TUB/96.197) peut être obtenu en anglais (prochainement en français) sur demande adressée à l'Administrateur du Programme mondial de lutte contre la Tuberculose, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse; fax: 4122 791 41 99. Il peut également être commandé par courrier électronique (Internet): raviglianem@who.ch, levym@who.ch, schmidts@who.ch.

CONTENTS

Tuberculosis	65
Yellow-fever vaccinating centres for international travel – Amendments to 1991 publication	69
Epidemiological surveillance and control of communicable diseases – International Training Course in Epidemiology in French, Paris, September-December 1996	70
Ebola haemorrhagic fever, Gabon	71
Influenza	71
Diseases subject to the Regulations	72

SOMMAIRE

Tuberculose	65
Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux – Amendements à la publication de 1991	69
Surveillance épidémiologique et lutte contre les maladies transmissibles – Cours international d'épidémiologie en langue française, Paris, septembre-décembre 1996	70
Fièvre hémorragique à virus Ebola, Gabon	71
Grippe	71
Maladies soumises au Règlement	72

in tuberculosis control, and from published literature. Prior to finalization of the report, the data were sent to all WHO Regional Offices for verification and updating.

Out of 214 countries and areas, a total of 141 (66%) responded to the WHO inquiry for 1994 tuberculosis notification data. Information for another 17 countries and areas was obtained from other sources. These 158 countries and areas account for 90% of the global population.

As not all countries provided WHO with data for 1994, the latest reports available between 1990 and 1994 have been used in order to generate a global picture of the disease (*Table 1* and *Fig. 1*).

The data shown in the report should be interpreted with caution for a number of reasons:

- the information for the most recent years was sometimes missing or incomplete;
- for several countries the performance of the recording and reporting system of the NTP is poor;
- case definitions vary between countries; non-standard definitions are sometimes used for pulmonary and extrapulmonary tuberculosis, and not all countries distinguish between new tuberculosis cases and relapses.

d'autres organismes de lutte contre la tuberculose et de publications. Avant la mise en forme définitive du rapport, ces données ont été envoyées à tous les bureaux régionaux de l'OMS pour y être vérifiées et mises à jour.

Sur un total de 214 pays et territoires, 141 (66%) ont répondu à l'enquête de l'OMS sur les notifications des cas de tuberculose en 1994. Des informations concernant 17 autres pays et territoires ont été obtenues de sources différentes. Ces 158 pays et territoires représentent 90% de la population mondiale.

Comme tous les pays n'ont pas communiqué de données pour 1994, les derniers rapports disponibles entre 1990 et 1994 ont été utilisés pour dresser un tableau de la situation de la maladie dans le monde (*Tableau 1* et *Fig. 1*).

Les données apparaissant dans le rapport doivent être interprétées avec prudence pour plusieurs raisons:

- les informations concernant les années les plus récentes étaient parfois manquantes ou incomplètes;
- dans plusieurs pays, le système de notification et d'enregistrement du programme national de lutte contre la tuberculose laisse à désirer;
- les définitions de cas varient suivant les pays; des définitions non standardisées sont parfois utilisées pour la tuberculose pulmonaire et extrapulmonaire et tous les pays ne font pas la distinction entre les cas nouveaux et les rechutes.

Table 1 Tuberculosis cases notified in the world for 1994, by WHO Region, based on latest reports available

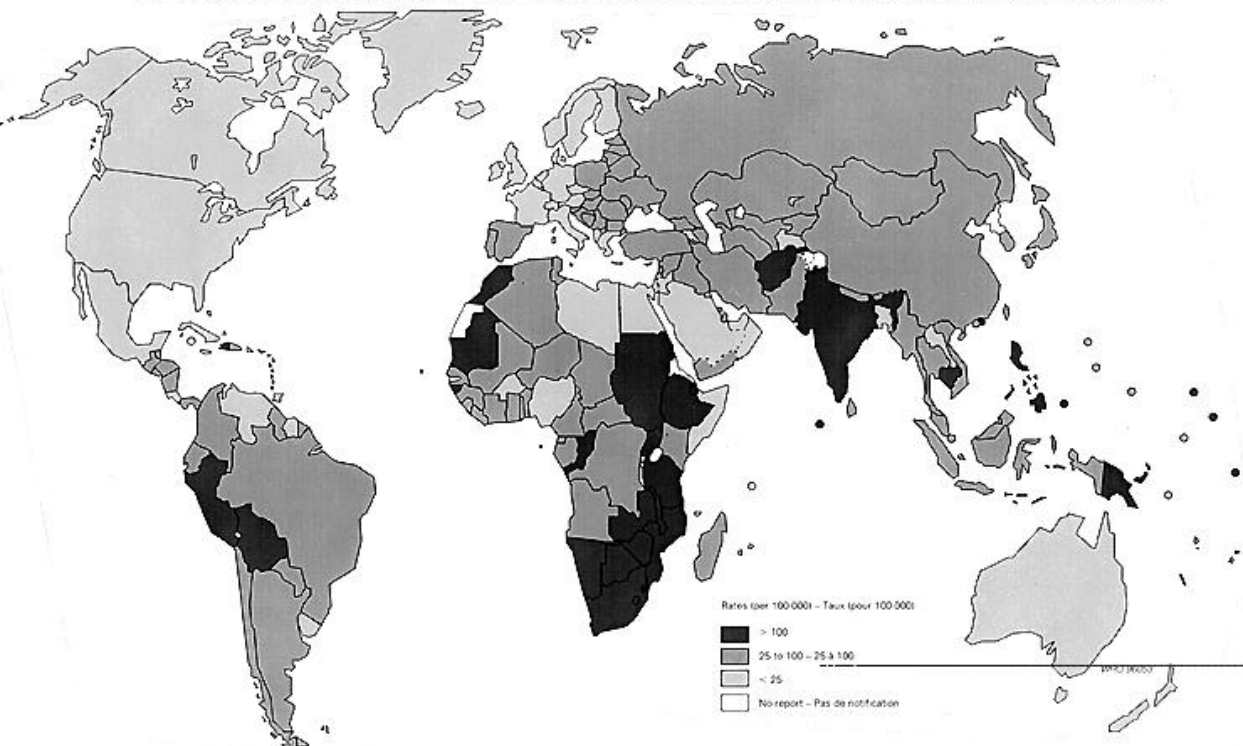
Tableau 1 Cas de tuberculose notifiés dans le monde pour 1994, par Région OMS, d'après les derniers rapports disponibles

WHO Region – Région OMS	Number of cases notified Nombre de cas notifiés	Rate (per 100 000 population) Taux (pour 100 000 habitants)
Africa – Afrique	541 360	96.8
Americas – Amériques	264 221	34.9
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	237 937	55.2
Europe	286 608	33.3
South-East Asia – Asie du Sud-Est	1 298 999	94.4
Western Pacific – Pacifique occidental	725 014	45.5
Global – Monde	3 354 139	60.1

Fig. 1 Distribution of notified tuberculosis cases for 1994, by WHO Region, based on latest reports available

Fig. 1 Distribution des cas notifiés de tuberculose pour 1994, par Région OMS, d'après les derniers rapports disponibles

Map 1 Tuberculosis notification rates for 1994, based on latest available information (Carte 1 Taux des cas de tuberculose notifiés pour 1994, d'après les derniers rapports disponibles)



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.

Global tuberculosis situation

Map 1 shows the latest available case notification rates (per 100 000 population) for all countries, categorized by low (< 25), medium (25-100), and high (> 100) levels of notification. Over 3.3 million cases of tuberculosis have been notified. This figure constitutes under-reporting, as it has been estimated that 7.5 million cases occurred in 1990 and 8.8 million will occur in 1995.¹

Regional tuberculosis situation

Fig. 2 illustrates the trend of tuberculosis case notification rates over the past 10 years in each WHO Region.

Situation de la tuberculose dans le monde

La *Carte 1* fait apparaître les taux des cas notifiés (pour 100 000 habitants) les plus récents dans tous les pays, classés en fonction du taux (faible [< 25], moyen [25-100] et élevé [> 100]). Plus de 3,3 millions de cas de tuberculose ont été notifiés. Ce chiffre représente une sous-notification, car on estime que 7,5 millions de cas sont survenus en 1990 et que 8,8 millions se produiront en 1995.¹

Situation de la tuberculose par Région

La *Fig. 2* illustre les tendances de la notification des cas de tuberculose au cours des 10 dernières années dans chacune des Régions OMS.

Fig. 2 Tuberculosis case notification rates, by WHO Region, 1985-1994

Fig. 2 Taux des cas notifiés de tuberculose, par Région OMS, 1985-1994

¹ *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, 72(2): 213-220.

¹ *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1994, 72(2): 213-220.

African Region Région africaine



Region of the Americas Région des Amériques



Eastern Mediterranean Region Région de la Méditerranée orientale



European Region Région européenne



South-East Asia Region Région de l'Asie du Sud-Est



Western Pacific Region Région du Pacifique occidental



In the *African, Eastern Mediterranean and European Regions*, notifications are on the increase. In Africa, HIV, malnutrition, urbanization and, to some extent, improvements in NTP, may be the underlying factors. In Europe and the Eastern Mediterranean, large population movements, social upheaval, and in some countries HIV, have resulted in the re-emergence of a disease which until a few years ago was not considered a public health threat any more.

In the *Regions of the Americas* and of the *Western Pacific*, case notification rates have remained relatively stable, indicating no significant improvements in tuberculosis control.

In the *South-East Asia Region*, a significant decrease in the case notification rates occurred during the past 4 years. This phenomenon is most likely an artefact, reflecting marked fluctuations in reporting activities of some large countries.

Yellow-fever vaccinating centres for international travel

Amendments to 1991 publication

Yellow fever vaccine producers

The WHO Expert Committee on Biological Standardization which met in October 1995 approved the following laboratories for the production of yellow fever vaccine:

Instituto Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro
Brazil

Pasteur-Mérieux Serums & Vaccines
Lyon
France

Robert Koch Institute
Berlin
Germany

Institute of Poliomyelitis and Viral Encephalitis
Moscow
Russian Federation

Institut Pasteur
Dakar
Senegal

Medeva-Evans Medical
Liverpool
United Kingdom

Connaught Laboratories
Swiftwater
Pennsylvania
United States of America

The above list replaces that shown on page 76 of the booklet *Yellow-fever vaccinating centres for international travel*.

Vaccinations carried out with yellow fever vaccine produced by laboratories no longer on the list remain valid until the normal expiry date of the International Certificate of Vaccination or Revaccination against Yellow Fever.

Dans les *Régions africaine, de la Méditerranée orientale et européenne*, les notifications sont en augmentation. En Afrique, il se peut que cette hausse soit due à l'infection à VIH, à la malnutrition, à l'urbanisation et, dans une certaine mesure, aux améliorations apportées aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. En Europe et dans la Méditerranée orientale, d'importants mouvements de population, des bouleversements sociaux et, dans certains pays, l'infection à VIH, ont provoqué une réémergence de la maladie qui, il y a quelques années encore, n'était plus considérée comme une menace pour la santé publique.

Dans les *Régions des Amériques* et du *Pacifique occidentale*, les taux des cas notifiés sont restés relativement stables, sans doute parce qu'il n'y a pas eu d'amélioration notable de la lutte antituberculeuse.

Dans la *Région de l'Asie du Sud-Est*, les taux de notification ont accusé une baisse significative ces 4 dernières années. Ce phénomène est très vraisemblablement un artefact lié aux fluctuations marquées des activités de notification dans certains grands pays.

Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux

Amendements à la publication de 1991

Fabricants de vaccin contre la fièvre jaune

Le Comité d'Experts de la Standardisation biologique, qui s'est réuni en octobre 1995, a approuvé les laboratoires suivants pour la production de vaccin contre la fièvre jaune:

Instituto Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro
Brésil

Pasteur-Mérieux Sérums & Vaccins
Lyon
France

Institut Robert Koch
Berlin
Allemagne

Institut de la Poliomyélite et de l'Encéphalite virale
Moscou
Fédération de Russie

Institut Pasteur
Dakar
Sénégal

Medeva-Evans Medical
Liverpool
Royaume-Uni

Connaught Laboratories
Swiftwater
Pennsylvania
Etats-Unis d'Amérique

La liste ci-dessus remplace celle qui figure à la page 76 de la brochure *Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux*.

Les vaccinations effectuées avec du vaccin contre la fièvre jaune produit par les laboratoires qui ne sont plus inclus dans cette liste restent valables jusqu'à la date normale d'expiration du Certificat international de vaccination ou de revaccination contre la fièvre jaune.

Yellow-fever vaccinating centres for international travel*Amendments to 1991 publication***AUSTRALIA/AUSTRALIE***Insert – Insérer:***Victoria****Altona**

Pier Street Medical Centre

Ballarat

Drummond Street South Medical Centre

Belmont

South Barwon Medical Centre

Benalla

Benalla Church Street Surgery

Burwood

Burwood Health Care

Carlton

Student Health Service

Caulfield

The Travel Clinic

Essendon

Essendon Medical Centre

Melbourne

BHP Medical Centre

Mornington

Mornington Travel Health

Mooroopna

Mooroopna Medical Centre

Noble Park

Heatherton Road Medical Clinic

Sale

Cunninghame Street Clinic

Tullamarine

Melbourne Airport Medical Centre

Whealers Hill

Whealers Hill Clinic

*Delete – Supprimer:***Queensland****Caboolture**

North Coast Travellers Medical Services

Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux*Amendements à la publication de 1991***CANADA***Insert – Insérer:***Alberta****Medicine Hat**

Palliser Health Authority, Community Health Services

Ontario**Simcoe**

Regional Municipality of Haldimand Norfolk – Health Department

GERMANY/ALLEMAGNE*Insert – Insérer:***Alsdorf**

Dr Hans Zahn, Albrecht-Dürer-Strasse 6 (Impfstelle Nr. 59)

Braunschweig

Stadt Braunschweig - Gesundheitsamt, Hamburger Strasse 226

Fürth

BAD Zentrum Fürth, Dr Gebhard Kraus (Reg.-Nr. 51)

Goslar

Landkreis Goslar - Gesundheitsamt, Heinrich-Pieper-Strasse 9

Hammelburg

Sanitätszentrum 606 (Dr Roland Aulbach), Rommelstrasse 31 (Reg.-Nr. 52)

Schwelm

Dr Boschek - Gesundheitsamt, Hauptstrasse 92 (Impfstelle Nr. 33)

NETHERLANDS/PAYS-BAS*Insert – Insérer:***Amsterdam**

Staatsoezicht op de Volksgezondheid, Fokker Arbodienst, Amsterdam Z.O.

Oude Meer

Staatsoezicht op de Volksgezondheid, Fokker Arbodienst

Woensdrecht

Staatsoezicht op de Volksgezondheid, Fokker Arbodienst

NEW ZEALAND/NOUVELLE-ZÉLANDE*Delete – Supprimer:***Northland**

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

*Insert – Insérer:***Northland**

Dr G. Batchelor, 321, Western Hills Drive, Whangarei

Epidemiological surveillance and control of communicable diseases

International Training Course in Epidemiology in French, Paris, September–December 1996

The twenty-first International Training Course in Epidemiology in French on Methods for the Control of Communicable Diseases will take place in Paris from 11 September to 20 December 1996.

The aim of the course is to train all participants to analyse the epidemiological situation in their countries; and to plan, reorient or strengthen, and evaluate measures for the control of communicable diseases, in their present professional positions and in the context of the national health policy, with a view to reducing the extent of these problems in their country. The course is therefore intended for physicians or technical health personnel (nursing, veterinary, or sanitary engineering personnel), who have or will have responsibilities at the central or middle levels in their country's health programme.

- There will be not more than 20 places available and applications should be received by 1 July 1996. The registration fees amount to US \$6 800. Further information is available on request from: CIELF Secretariat, 44, chemin de Ronde, 78110 Le Vésinet, France (tel. 34 80 24 64, fax 34 80 24 48).

Surveillance épidémiologique et lutte contre les maladies transmissibles

Cours international d'épidémiologie en langue française, Paris, septembre–décembre 1996

Le vingt et unième cours international, en langue française, de formation aux méthodes de lutte contre les maladies transmissibles aura lieu à Paris du 11 septembre au 20 décembre 1996.

Ce cours a pour but de rendre chaque participant capable d'analyser la situation épidémiologique dans son pays et de planifier, réorienter ou renforcer et évaluer les activités de cette lutte, dans le poste qu'il occupe et dans le cadre de la politique nationale de santé, en vue de contribuer à réduire l'ampleur des problèmes dans son pays. Il s'adresse donc à des médecins ou des techniciens de la santé (infirmier(ère)s, vétérinaires, ingénieurs) ayant déjà ou devant exercer des responsabilités dans le programme national au niveau central ou intermédiaire.

- Le nombre des places disponibles est limité à 20 et les dossiers d'inscription doivent être envoyés avant le 1^{er} juillet 1996. Le montant des droits d'inscription est de US \$6 800. Les demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétariat CIELF, 44, chemin de Ronde, 78110 Le Vésinet, France (tél. 34 80 24 64, fax 34 80 24 48).

Ebola haemorrhagic fever

Gabon (27 February 1996). Twenty-four cases of Ebola haemorrhagic fever have been reported in Mayibout II, an isolated village in the northern part of the country, about 400 km east of the capital city, Libreville. Seventeen of the cases have died. The outbreak was reported on 13 February 1996 when 19 cases with 9 deaths had occurred. The 19 cases were admitted to the Makokou provincial hospital on 5 and 6 February with symptoms of high fever, bloody diarrhoea and conjunctival injection. Ebola virus has been isolated from specimens obtained from hospitalized patients. The laboratory investigations were carried out by the Centre international de Recherches médicales in Franceville, Gabon and the WHO Collaborating Centre at the Pasteur Institute in Paris.

An international team of medical experts with members from the French Cooperation, the Centre international de Recherches médicales in Franceville, Gabon, the Pasteur Institute, Paris and WHO has joined the Ministry of Health in investigating the outbreak, tracing contacts, verifying rumours and advising on clinical management of cases.

Editorial Note: Control measures instituted by the Ministry of Health and the international medical team appear to be containing further spread of Ebola haemorrhagic fever in the country.

WHO attributes the limited spread of the outbreak in Gabon to several key factors. One was the rapid response by the Ministry of Health in recognizing the threat at an early stage and reacting appropriately. Another important factor was a large-scale campaign conducted by the government to inform the public about haemorrhagic fever, its mode of transmission and ways to avoid infection. Finally, the outbreak in Gabon occurred in a rural area with low population density, a natural advantage in limiting the further spread of infection. Some sporadic secondary cases are nevertheless expected.

• WHO does not recommend any travel restrictions to or within Gabon.

Influenza

Croatia (20 February 1996). Influenza activity has been low since mid-January. All influenza A viruses subtyped this season were of H3N2 subtype.

Czech Republic (12 February 1996).¹ The influenza epidemic appeared to be over in the third week of January, but the morbidity from acute respiratory infections has increased again. All influenza viruses isolated during the epidemic were influenza A of H3N2 subtype. A few further isolates of influenza A were reported at the end of January.

French Guiana (22 February 1996). For the first time in 10 years an epidemic of influenza has been reported in the department. The epidemic started in mid-January and has spread with high attack rates among the population. All influenza viruses isolated in January were influenza A of H1N1 subtype, but in February some influenza A(H3N2) viruses and 1 of influenza B were also reported.

¹ See No. 5, 1996, p. 39.

Fièvre hémorragique à virus Ebola

Gabon (27 février 1996). Vingt-quatre cas de fièvre hémorragique à virus Ebola ont été rapportés à Mayibout II, un village isolé de la région septentrionale du pays, situé à environ 400 km à l'est de la capitale Libreville. Dix-sept de ces cas sont décédés. La flambée épidémique a été rapportée le 13 février 1996 lors de l'apparition de 19 cas dont 9 décès. Les 19 cas ont été hospitalisés à l'hôpital provincial de Makokou les 5 et 6 février avec un tableau clinique associant fièvre élevée, diarrhée sanglante et hémorragie conjonctivale. Le virus Ebola a été isolé à partir de prélèvements sur les patients hospitalisés. Les examens de laboratoire ont été effectués par le Centre international de Recherches médicales de Franceville au Gabon et par le Centre collaborateur OMS à l'Institut Pasteur de Paris.

Une équipe internationale d'experts comprenant des membres de la Coopération française, du Centre international de Recherches médicales de Franceville, Gabon, de l'Institut Pasteur de Paris et de l'OMS a participé auprès du Ministère de la Santé du Gabon à l'enquête épidémiologique, au suivi des contacts et à la vérification des rumeurs, et a donné des conseils sur la prise en charge clinique des cas.

Note de la Rédaction: Les mesures de lutte instituées par le Ministère de la Santé et l'équipe médicale internationale semblent avoir endigué toute propagation de la fièvre hémorragique à virus Ebola dans le pays.

L'OMS estime que, si cette flambée a pu être circonscrite, c'est grâce à plusieurs facteurs. L'un d'entre eux a été la réaction rapide du Ministère de la Santé, qui a reconnu la menace très tôt et a réagi en conséquence. D'autre part, le Gouvernement gabonais a organisé une campagne de grande ampleur pour informer le public sur la fièvre hémorragique, son mode de transmission, et les moyens d'éviter l'infection. Enfin, l'épidémie du Gabon s'est produite dans une zone rurale à faible densité de population, ce qui a naturellement permis d'éviter la propagation de l'infection. Il faut cependant s'attendre à quelques cas secondaires isolés.

• L'OMS ne recommande aucune restriction aux voyages vers le Gabon ou à l'intérieur du pays.

Grippe

Croatie (20 février 1996). L'activité grippale est faible depuis la mi-janvier. Tous les virus grippaux caractérisés cette saison appartenaient au sous-type H3N2.

République tchèque (12 février 1996).¹ L'épidémie de grippe semblait terminée la troisième semaine de janvier, mais la morbidité due aux infections respiratoires aiguës s'est à nouveau accrue. Tous les virus grippaux isolés pendant l'épidémie étaient des virus A du sous-type H3N2. Quelques autres isolements de virus A ont été signalés à la fin janvier.

Guyane française (22 février 1996). Pour la première fois en 10 ans, une épidémie de grippe a été signalée dans le département. L'épidémie a débuté à la mi-janvier et s'est propagée parmi la population, avec des taux d'attaque élevés. Tous les virus grippaux isolés en janvier étaient des virus A du sous-type H1N1, mais en février quelques virus grippaux A(H3N2) et 1 virus B ont aussi été signalés.

¹ Voir N° 5, 1996, p. 39.

Hungary (9 February 1996).¹ The number of cases of influenza-like illness decreased in the past week. Since the beginning of the epidemic about 4.2% of the population have been affected. Most influenza viruses this season have been influenza A(H3N2), but 1 isolate of influenza A(H1N1) was reported from a fatal case in February. A few cases of influenza B have also been confirmed in the laboratory.

Netherlands (13 February 1996).² Influenza activity has returned to the less than 5 cases per 10 000 population in a steady decline after a peak in the third week of December. Most influenza viruses isolated during the season were influenza A of H3N2 subtype, but some isolates of influenza A(H1N1) virus and influenza B have also been reported.

Switzerland (26 February 1996).³ Influenza activity declined gradually during January and was still just above the epidemic threshold in the second week of February. Influenza A virus of H3N2 and H1N1 subtypes continued to be isolated in January. A few cases of influenza A and 1 of influenza B were reported in February.

Former Yugoslavia (22 February 1996). Morbidity from influenza-like illness increased in Belgrade and several other cities in the second half of December. Influenza A(H3N2) viruses were isolated and detected serologically in additional cases among schoolchildren and adults during January and February.

¹ See No. 7, 1996, p. 55.
² See No. 3, 1996, p. 23.
³ See No. 4, 1996, p. 30.

Hongrie (9 février 1996).¹ Le nombre de cas de syndrome grippal a diminué au cours de la semaine écoulée. Depuis le début de l'épidémie, près de 4,2% de la population a été touchée. La plupart des virus grippaux cette saison étaient des virus A(H3N2), mais 1 isolement de virus A(H1N1) a été signalé chez un cas mortel en février. Quelques cas de grippe B ont aussi été confirmés en laboratoire.

Pays-Bas (13 février 1996).² L'activité grippale est retournée à moins de 5 cas pour 10 000 habitants, déclinant régulièrement après un pic la troisième semaine de décembre. La plupart des virus grippaux isolés au cours de la saison étaient des virus A du sous-type H3N2, mais quelques isolements de virus grippal A(H1N1) et de virus B ont aussi été signalés.

Suisse (26 février 1996).³ L'activité grippale a décliné graduellement en janvier, et se situait juste au-dessus du seuil épidémique au cours de la deuxième semaine de février. Le virus grippal A des sous-types H3N2 et H1N1 a continué d'être isolé en janvier. Quelques cas de grippe A et 1 cas de grippe B ont été signalés en février.

Ex-Yougoslavie (22 février 1996). La morbidité due au syndrome grippal s'est accrue à Belgrade et dans plusieurs autres villes au cours de la deuxième quinzaine de décembre. Des virus grippaux A(H3N2) ont été isolés et décelés sérologiquement parmi d'autres cas chez des écoliers et des adultes au cours des mois de janvier et février.

¹ Voir N° 7, 1996, p. 55.
² Voir N° 3, 1996, p. 23.
³ Voir N° 4, 1996, p. 30.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications received from 23 to 29 February 1996

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

Cholera • Choléra

Africa • Afrique		
	C	D
Côte d'Ivoire		1-20.I
.....	166	11
Mali		25.I-5.II
.....	177	11
Mauritania – Mauritanie		1.I-5.II
.....	92	12
Niger		1.I-6.II
.....	465	23

Notifications reçues du 23 au 29 février 1996

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

America • Amérique

	C	D
Argentina – Argentine		25.I-9.II
.....	54	0

Articles appearing in the *Weekly Epidemiological Record* may be reproduced without prior authorization, provided due credit is given to the source.

Les articles paraissant dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* peuvent être reproduits sans autorisation préalable, sous réserve d'indication de la source.

WWW access: http://www.who.ch/wer/wer_home.htm
 FTP: [ftp.who.ch](ftp://ftp.who.ch), directory/pub/wer. Username anonymous
 E-Mail: send message **subscribe wer-reh** to majordomo@who.ch
Telex: 415416 **Fax:** (41-22) 791 41 98
Automatic fax reply service:
 Fax (41-22) 791 46 66 for reply in English
Price of the Weekly Epidemiological Record
 Annual subscription Sw. fr. 209.–

Accès WWW: http://www.who.ch/wer/wer_home.htm
 FTP: [ftp.who.ch](ftp://ftp.who.ch), répertoire/pub/wer. Nom de l'utilisateur anonymous
 Courrier électronique: envoyer message **subscribe wer-reh** à majordomo@who.ch
Télex: 415416 **Fax:** (41-22) 791 41 98
Service automatique de réponse par fax:
 Fax (41-22) 791 46 67 pour une réponse en français
Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire
 Abonnement annuel Fr. s. 209.–