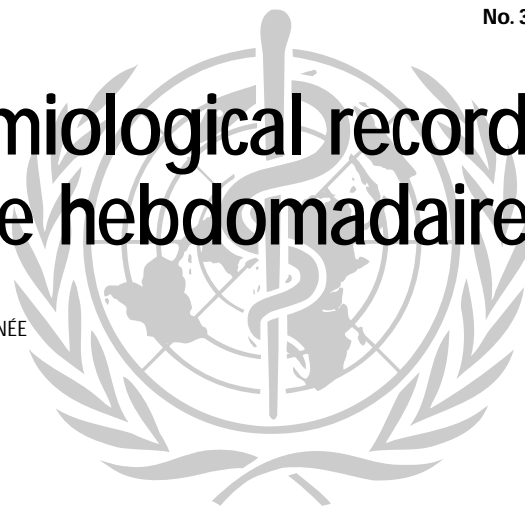


# Weekly epidemiological record

## Relevé épidémiologique hebdomadaire

21 JANUARY 2000, 75th YEAR / 21 JANVIER 2000, 75<sup>e</sup> ANNÉE

No. 3, 2000, 75, 17-28

<http://www.who.int/wer>

### Contents

- 17 Outbreak news
- 18 Hepatitis C – global prevalence (update)
- 20 Vaccines and biologicals  
Report of the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE)
- 25 Influenza
- 28 International Health Regulations

### Sommaire

- 17 Le point sur les épidémies
- 18 Hépatite C – prévalence mondiale (mise à jour)
- 20 Vaccins et autres produits biologiques  
Rapport du Groupe stratégique consultatif d'experts
- 25 Grippe
- 28 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH  
ORGANIZATION  
Geneva

ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ  
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 230.–

6.500 1.2000

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

### ★ OUTBREAK NEWS

**Lassa fever, case imported to Germany.** The Ministry of Health of Bavaria has informed WHO that the diagnosis of Lassa fever in a 23-year-old female student was confirmed by PCR and virus culture performed at the Bernard Nocht Institute in Hamburg. The student reportedly had spent November and December 1999 in Côte d'Ivoire and Ghana. She returned to Germany on 7 January via Lisbon (Portugal) and was immediately admitted to a general hospital with fever and flu-like symptoms. Her condition deteriorated rapidly and after 4 days she was transferred to an isolation ward at the tropical medicine department of Würzburg hospital where she died on 15 January.

Although the risk of transmission to others is considered to be minimal (as it requires contact with blood or body fluids), possible contacts have been investigated. Health authorities in Germany and Portugal issued notices to passengers who travelled on the same flight from Côte d'Ivoire to Portugal and then to Germany asking them to contact health officials and immediately report to a hospital if they became ill with fever or flu-like symptoms.

Lassa fever is an acute illness first described in the 1950s, although the virus was not isolated until 1969. The disease occurs in western Africa, and is transmitted to humans from wild rodents, through direct or indirect contact with the excreta of infected animals. Lassa infections have not been previously reported from Côte d'Ivoire or Ghana where the student reportedly travelled. Person-to-person and laboratory infections occur, particularly in the hospital environment, by direct contact with blood or the body fluids of patients. The onset is gradual, with fever and vomiting and inflammation of the throat and eyes. In severe cases, patients suffer

### ★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

**Fièvre de Lassa, cas importé en Allemagne.** Le Ministère de la santé de Bavière a informé l'OMS que le diagnostic de fièvre de Lassa chez une étudiante de 23 ans a été confirmé par PCR et culture virale exécutées à l'Institut Bernard Nocht de Hambourg. L'étudiante aurait passé novembre et décembre en Côte d'Ivoire et au Ghana. Elle est rentrée en Allemagne le 7 janvier via Lisbonne (Portugal) et a été immédiatement hospitalisée dans un service général avec fièvre et syndromes grippaux. Son état s'est rapidement détérioré et elle a été transférée 4 jours plus tard dans un service d'isolement au département de médecine tropicale de l'hôpital de Würzburg où elle est décédée le 15 janvier

Quoique le risque de transmission soit considéré minime (nécessitant un contact avec le sang ou les liquides corporels), les contacts potentiels ont été recherchés. Les autorités sanitaires en Allemagne et au Portugal ont informé les passagers qui ont pris le même vol entre la Côte d'Ivoire et le Portugal et ensuite vers l'Allemagne, leur demandant de prendre contact avec les services sanitaires et de se rendre immédiatement à l'hôpital en cas de fièvre ou de syndromes grippaux.

La fièvre de Lassa est une maladie aiguë décrite pour la première fois dans les années 50, bien que le virus n'ait pas été isolé avant 1969. La maladie survient en Afrique occidentale, et est transmise aux humains par des rongeurs sauvages, par contact direct ou indirect avec les excréments d'animaux infectés. C'est la première fois qu'il est fait rapport d'infection de Lassa en Côte d'Ivoire ou au Ghana, où l'étudiante aurait voyagé. L'infection peut être transmise d'une personne à une autre et en laboratoire, notamment en milieu hospitalier, lors de contacts directs avec le sang ou les liquides corporels des malades. La maladie se manifeste progressivement, avec de la fièvre, des vomissements et une inflammation de la gorge.

shock, fluid in the lung cavity, haemorrhage and dysfunction of the brain. Approximately 15% of hospitalized patients die. Deafness occurs in 25% of patients. The symptoms of the disease are difficult to distinguish from severe malaria, yellow fever and other viral haemorrhagic fevers, and definitive diagnosis requires testing that is available only in highly-specialized laboratories. Specific treatment with ribavirin may be effective within the first 6 days of illness. The main methods for preventing infections in persons living in endemic areas focus on rodent control and minimizing contact with rodent excreta. Measures to control virus transmission from cases include isolation of patients, disinfection and surveillance of contacts.

**Yellow fever, Brazil.** On 13 January, the National Epidemiology Centre (CENEPI) reported 3 laboratory-confirmed cases of yellow fever to WHO. All 3 persons were infected in December while on holiday in the national park of Chapada dos Veadeiros, Alta Paraíso, Goiás state, located approximately 250 km north of Brasília. The park is in a forested area where yellow fever is known to be endemic, thus these cases resulted from sylvatic transmission.

Two of the cases (1 of which was fatal) were residents of Brasília and 1 case was a resident of Rio de Janeiro. Because the cases were recognized in non-endemic urban areas where *Aedes aegypti* mosquitos are present, immunization programmes and vector control measures are being carried out in both cities to avoid any potential urban transmission. Adequate supplies of yellow fever vaccine are available in Brazil. ■

ge et des yeux. Dans les cas graves, on observe chez les malades un état de choc, du liquide dans la cavité pulmonaire, des hémorragies et des troubles cérébraux. Environ 15% des malades hospitalisés meurent. La surdité survient chez 25% des patients. Il est difficile de faire la distinction entre les symptômes de cette maladie et le paludisme grave, la fièvre jaune et d'autres fièvres hémorragiques virales, et le diagnostic définitif repose sur des épreuves disponibles uniquement dans des laboratoires très spécialisés. Le traitement spécifique à l'aide de la ribavirine peut être efficace s'il est donné dans les 6 premiers jours de la maladie. Les principales mesures de prévention de l'infection chez les habitants des zones d'endémie se concentrent sur la lutte contre les rongeurs et la réduction des contacts avec les excréments de rongeurs. Les mesures de lutte contre la transmission du virus par les malades comprennent l'isolement des cas, la désinfection et la surveillance des contacts.

**Fièvre jaune, Brésil.** Le 13 janvier, le Centre national d'épidémiologie (CENEPI) a notifié à l'OMS 3 cas de fièvre jaune confirmés en laboratoire. Tous 3 ont été infectés en décembre lors de leurs vacances dans le parc national de Chapada dos Veadeiros, Alta Paraíso, état de Goiás, situé à environ 250 km au nord de Brasília. Le parc est dans une zone de forêt dont l'endémicité pour la fièvre jaune est connue. Ces cas sont donc le résultat d'une transmission sylvatique.

Deux des cas (dont 1 mortel) étaient des habitants de Brasília et 1 cas habitait Rio de Janeiro. Ces cas ayant été dépistés dans des zones urbaines non endémiques où l'on trouve des moustiques *Aedes aegypti*, des programmes de vaccination et des mesures de lutte contre les vecteurs sont en cours dans les deux villes pour éviter tout potentiel de transmission urbaine. Il y a au Brésil des stocks suffisants de vaccin anti-amaril. ■

## Hepatitis C – global prevalence (update)<sup>1</sup>

Map 1 shows updated hepatitis C prevalence data based on published studies and/or data submitted to WHO by 131 countries/areas as of June 1999. Because of differences in the population groups studied, of methods of data collection and of interpretation between countries, and since data from several countries are limited, the prevalence shown does not necessarily represent the true prevalence in a country. ■

This review is intended to encourage the collection of new and more precise data at the global level in order to ensure better understanding of the epidemiology of hepatitis C. If any reader is aware of more accurate or more recent data on the prevalence of hepatitis C in the general population, please contact the Department of communicable disease surveillance and response/epidemic disease control, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland (fax: +41 22 791 48 78; e-mail: lavanchy@who.int).

## Hépatite C – prévalence mondiale (mise à jour)<sup>1</sup>

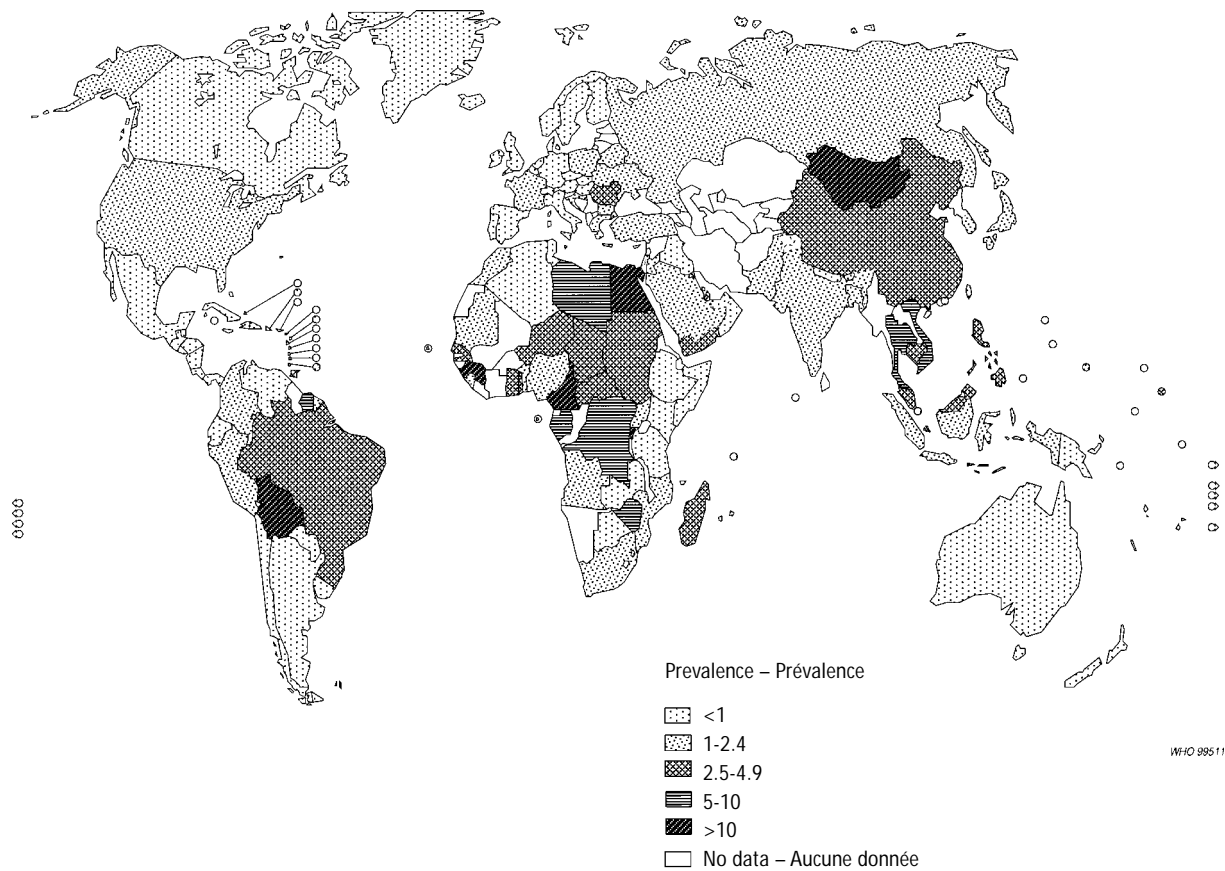
La Carte 1 montre les données actualisées de la prévalence de l'hépatite C provenant d'études publiées et/ou de données envoyées à l'OMS par 131 pays/zones en juin 1999. Du fait des différences entre les groupes de population étudiés, des méthodes de collecte des données et de l'interprétation qui en est faite en fonction des pays, et parce que les données émanant de plusieurs pays sont restreintes, la prévalence qui est indiquée ne représente pas nécessairement la véritable prévalence d'un pays donné. ■

Cette étude vise à favoriser la collecte de données nouvelles et plus précises au niveau mondial pour mieux comprendre l'épidémiologie de l'hépatite C. Tout lecteur ayant connaissance de données plus récentes ou plus exactes relatives à la prévalence de l'hépatite C dans la population en général est invité à contacter le Groupe surveillance et action/lutte contre les épidémies du département maladies transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (fax: +41 22 791 48 78; e-mail: lavanchy@who.int).

<sup>1</sup> See No. 49, 1999, pp. 425-427.

<sup>1</sup> Voir n° 49, 1999, pp. 425-427.

Map 1. **Global prevalence of hepatitis C,<sup>a</sup> June 1999**  
 Carte 1. **Prévalence mondiale de l'hépatite C,<sup>a</sup> juin 1999**



<sup>a</sup>Based on published data. – Provenant d'études publiées.

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.

## Vaccines and biologicals

### Report of the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE), November 1999

In the 1980s, the Global Advisory Group advised the Expanded Programme on Immunization (EPI), and during the 1990s the Scientific Advisory Group of Experts advised the global programme for vaccines and immunization. Because a number of highly technical committees now advise WHO's department of vaccines and biologicals (VAB) on specific issues such as polio eradication and immunization safety, a need was perceived for a committee that could take a broad view of WHO's vaccine-related work. The Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) was therefore established.

In order to plan for future needs, WHO developed a strategic plan for 2000-2001, covering the following areas of work: innovation, immunization systems and accelerated disease control. For each a priority project was selected, namely accelerated vaccine introduction, immunization safety and polio eradication.

The first meeting of SAGE, whose members were selected for their expertise and geographical representation, was convened on 1-3 November 1999 in Geneva to advise WHO on the 3 main strategic aspects of its programme.

#### Innovation

##### Accelerated vaccine introduction

Some new vaccines against diseases which cause major morbidity and mortality are already available, and some will be available within the next 10 years. As they become available, they are being adopted rapidly by industrialized countries, but the uptake of these new vaccines in developing countries has been much more restricted. Limiting factors have been a delay in demonstrating efficacy in developing country settings, lack of information on disease burden and cost-effectiveness, problems with supply and financing, and lack of technical expertise for their introduction. In order to meet this challenge, WHO has established the accelerated vaccine introduction (AVI) priority project. SAGE supported the strategies and major work elements of AVI and suggested areas that required additional emphasis. Sustained improvement in immunization systems demands increased commitment to immunization in general and to the introduction of new vaccines. As part of the project, and in collaboration with other partners, WHO should foster ownership of the introduction of new vaccine programmes in the developing world. This should include advocacy at the international level and support for the production of advocacy and information materials at the national and local government levels for both health workers and the public.

SAGE noted the success of the revolving fund of the Pan American Health Organization (PAHO) as a means of facilitating the introduction of *Haemophilus influenzae* type b

## Vaccins et autres produits biologiques

### Rapport du Groupe stratégique consultatif d'experts, novembre 1999

Dans les années 80, le Groupe consultatif mondial conseillait le Programme élargi de vaccination, et pendant les années 90, le Groupe scientifique consultatif d'experts donnait des avis au programme mondial des vaccins et vaccinations. Maintenant que le département vaccins et autres produits biologiques de l'OMS (VAB) reçoit des avis d'un certain nombre de comités très spécialisés sur des questions techniques spécifiques, il a été jugé nécessaire d'établir un organe chargé de l'orientation générale de toutes les activités en rapport avec les vaccins à l'OMS. Le Groupe stratégique consultatif d'experts (*Strategic Advisory Group of Experts - SAGE*) a donc été établi.

Afin de planifier pour répondre aux besoins futurs, l'OMS a élaboré un plan stratégique pour 2000-2001, couvrant les domaines d'activité suivants: l'innovation, les systèmes de vaccination et l'accélération de la lutte contre la maladie. Dans chaque domaine, un projet prioritaire a été choisi, notamment la mise à disposition accélérée de nouveaux vaccins, la sécurité des vaccins et l'éradication de la poliomyélite.

La première réunion du Groupe, dont les membres ont été choisis sur la base de leurs compétences individuelles et de la représentation géographique, s'est tenue à Genève du 1<sup>er</sup> au 3 novembre 1999, afin de conseiller l'OMS quant aux 3 principaux aspects stratégiques de son programme.

#### Innovation

##### Mise à disposition accélérée de nouveaux vaccins

Il existe déjà de nouveaux vaccins contre les maladies responsables des principaux fardeaux de morbidité et de mortalité, et d'autres seront disponibles dans les 10 prochaines années. Au fur et à mesure de leur mise à disposition, ils sont rapidement adoptés dans les pays industrialisés. Dans les pays en développement, par contre, l'utilisation de nouveaux vaccins est beaucoup plus restreinte. Les facteurs en cause sont les délais encourus dans la démonstration de leur efficacité dans le contexte des pays en développement, le manque d'information concernant le fardeau de morbidité des maladies et le rapport coût/efficacité des vaccins, les problèmes d'approvisionnement et de financement, et le manque d'expertise technique nécessaire à leur introduction. C'est pour relever ce défi que l'OMS a créé le projet prioritaire de mise à disposition accélérée des vaccins. Le Groupe a soutenu les stratégies et éléments principaux de ce projet et a suggéré plusieurs domaines supplémentaires sur lesquels l'accent pourrait être mis. Un engagement accru en faveur de la vaccination en général et des nouveaux vaccins en particulier est déterminant pour améliorer durablement les systèmes de vaccination et mettre à disposition de nouveaux vaccins. Dans le cadre de ce projet, et en collaboration avec d'autres partenaires, l'OMS devrait favoriser l'engagement des pays en développement eux-mêmes en faveur de l'introduction de nouveaux programmes de vaccination. Cela devrait comprendre la sensibilisation au niveau international, et l'appui à la production de matériels de sensibilisation et d'information au niveau des autorités nationales et locales, à l'intention des agents de santé comme du grand public.

Le Groupe a constaté le succès du fonds de roulement de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour faciliter la mise à disposition du vaccin contre *Haemophilus influenzae* type b (Hib) et

(Hib) vaccine and other new vaccines. This model should be considered for use by other regions and country groupings.

When the introduction of new vaccines into developing countries is being considered, not only the reduced disease burden and cost-effectiveness of vaccines should be taken into account, but also the comparative impact of investment on the cost of prevention and treatment. WHO should communicate effectively and frequently with industry on vaccine priorities, epidemiological findings and vaccine formulation preferences.

Additional work is needed to clarify how WHO can facilitate the development and use of vaccines of regional importance, such as group A meningococcal, dengue, yellow fever, rabies, tick-borne encephalitis and Japanese encephalitis vaccines.

SAGE noted the good progress made by the various scientific working groups that had responsibility for developing a specific vaccine or vaccines, bringing together the world's experts in these fields.

### Innovation in research

A strong research programme leading to the introduction of new vaccines, new presentations and new technologies is essential to successful immunization programmes. SAGE commended WHO's research and development programme, which has underlined how modest investment can produce major progress, and urged that it should continue. A number of initiatives were endorsed, including the following.

- *Intercluster vaccine research initiative.* There was support for this initiative and the opportunities it offered for advocacy of selected efforts in research and development. SAGE commended WHO's continuing efforts to consolidate the different vaccine research components into a single, more interactive and efficient Organization-wide activity. Of particular interest was the link with research into vaccines against malaria and HIV/AIDS.
- *Pneumonia.* SAGE endorsed the expanded pneumonia research programme proposed by WHO.
- *Tuberculosis control.* SAGE endorsed the general strategic plan for the development of an improved tuberculosis vaccine and welcomed the efforts undertaken by WHO to maintain a constant dialogue with all the stakeholders in this field.
- *New approaches to the stabilization of vaccines.* SAGE commended WHO's initiative on the development of drying processes aimed at achieving long shelf-life and thermostability of vaccines. Sugar-drying provides one example of the work done in this field. Given the potential impact of thermostable vaccines on delivery systems, especially in developing countries, the cost-benefit, safety and efficacy of these vaccines should be thoroughly assessed and a report on progress should be presented to the next SAGE meeting. SAGE acknowledged that close collaboration with industry was essential if this wide-reaching change in vaccine development and manufacturing was to be fruitful.

d'autres nouveaux vaccins. On devrait envisager d'appliquer ce modèle à d'autres régions ou groupes de pays.

Lorsque l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays en développement est envisagée, il faudrait tenir compte non seulement de la réduction du fardeau de morbidité et du rapport coût/efficacité des vaccins, mais également de l'impact comparé des investissements sur les coûts de prévention par rapport aux coûts de traitement. L'OMS devrait avoir des échanges efficaces et fréquents avec l'industrie en ce qui concerne les priorités de la vaccination, les constatations épidémiologiques et le choix des présentations vaccinales.

Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour préciser la façon dont l'OMS peut faciliter la mise au point et l'utilisation des vaccins importants au niveau régional tels que le vaccin anti-méningococcique groupe A et les vaccins contre la dengue, la fièvre jaune, la rage, l'encéphalite à tiques et l'encéphalite japonaise.

Le Groupe a noté les progrès obtenus par les divers groupes de travail scientifiques responsables du développement d'un vaccin ou de vaccins spécifiques, qui ont pour ce faire réuni des experts de niveau mondial dans les domaines concernés.

### Innovation dans la recherche

Un programme de recherche solide portant à la fois sur les nouveaux vaccins, les nouvelles présentations et les nouvelles technologies est essentiel au succès des programmes de vaccination. Le Groupe a félicité l'OMS pour son programme de recherche et développement, qui a souligné que de modestes investissements peuvent engendrer des progrès considérables, et a instamment demandé que celui-ci se poursuive. Le Groupe a approuvé à cet égard un certain nombre d'initiatives, dont les suivantes.

- *Initiative inter-groupes de recherche sur les vaccins.* Cette initiative a été entérinée ainsi que les possibilités qu'elle offre de promouvoir certains efforts de recherche/développement. Le Groupe a approuvé les efforts actuellement déployés par l'OMS pour regrouper les différents éléments de la recherche sur les vaccins en une activité unique, plus interactive et plus efficace à l'échelle de l'Organisation. La liaison avec la recherche concernant des vaccins contre le paludisme et le VIH/SIDA a suscité un intérêt particulier.
- *Pneumonie.* Le Groupe a approuvé le programme élargi de recherche sur la pneumonie proposé par l'OMS.
- *Lutte antituberculeuse.* Le Groupe a approuvé le plan stratégique général pour la mise au point d'un vaccin amélioré contre la tuberculose et s'est félicité des efforts entrepris par l'OMS pour maintenir un dialogue constant avec tous les partenaires dans ce domaine.
- *Nouvelles méthodes de stabilisation des vaccins.* Le Groupe a approuvé l'initiative de l'OMS visant à poursuivre la mise au point de méthodes de dessiccation pour obtenir une durée de conservation et une thermostabilité très grandes des vaccins. Un exemple du travail effectué dans ce domaine est la dessiccation de certains glucides. Compte tenu de l'importance qu'il y aurait à pouvoir disposer pour les systèmes de distribution de vaccins thermostables dans tous les pays, mais surtout dans les pays en développement, le rapport coût/avantages, l'innocuité et l'efficacité de ces vaccins devraient être soigneusement évalués et les progrès devraient être présentés à la prochaine réunion du Groupe. Le Groupe a reconnu qu'une collaboration étroite avec l'industrie était indispensable pour mener à bien ce changement de grande envergure dans la mise au point et la fabrication des vaccins.

## Immunization systems

### Immunization safety

While immunization can be enormously beneficial, it can also be harmful if vaccines are not of high quality or are not administered safely. SAGE approved WHO's proactive approach and comprehensive set of activities aimed at ensuring vaccine safety. It acknowledged the importance of advocating safety and of building capacity at national level. It supported the implementation of a series of training activities, the development of a standard set of information documents, and the fostering of collaboration between various interested parties at the national and subnational levels. It was felt desirable to identify regional expertise capable of responding to safety issues.

Two committees have been set up to guide the work of WHO in this area – the Steering Committee on Immunization Safety (providing overall guidance on managing the immunization safety priority project) and the Vaccine Safety Advisory Committee (providing impartial, high-quality scientific advice on specific issues relating to vaccine safety as they arise). While the formation of these committees was endorsed, the need was expressed to harmonize their work with that of SAGE. They should both report to SAGE at least once a year. SAGE fully endorsed all the main recommendations from the recent inaugural meeting of the Steering Committee of the immunization safety priority project.<sup>1</sup>

SAGE commended WHO's initiative in establishing a standing committee as a proactive and coordinated mechanism for reliable and independent scientific assessment of vaccine safety issues. SAGE noted that the Advisory Committee must be acknowledged for its independence, scientific integrity, excellence and efficiency, including its speed of response. It must not be compromised by interference in its decisions by others for reasons of political or other expediency. Decisions regarding vaccine safety issues dealt with by the Committee will be reviewed periodically when and if additional important data become available. SAGE noted with approval that the Committee included all interested parties (including industry) in its review of scientific evidence, strongly encouraged support for regulatory research and stressed the importance of communication and collaboration between the laboratories and the immunization safety priority project.

### Improving access to immunization

Access to immunization services and high coverage for the scheduled routine doses of vaccine are fundamental requirements. Around 80% of the world's children have been reached but the other 20% are hard to reach, and creative ways of providing access to them are needed.

SAGE noted that immunization coverage was very low in several regions, especially in some sub-Saharan countries, and recognized the importance of developing strong health systems as a means of providing immunization services to those most in need, particularly those living in poverty. It recommended that WHO should give special attention to

## Systèmes de vaccination

### Sécurité des vaccins

Si la vaccination présente d'énormes avantages potentiels pour l'humanité, on a constaté depuis longtemps déjà qu'elle peut parfois comporter un risque si les vaccins ne sont pas d'une qualité irréprochable et s'ils ne sont pas administrés dans les conditions de sécurité voulues. Le Groupe a approuvé l'approche active de l'OMS et la série complète des activités visant à assurer la sécurité des vaccins. Il a reconnu l'importance qu'il y avait à promouvoir la sécurité de la vaccination et à développer les capacités au niveau national. Il a soutenu la mise en œuvre d'une série d'activités de formation, l'élaboration d'un ensemble standard de documents d'information et la collaboration entre les parties intéressées aux niveaux national et local. Il faudrait recenser les compétences régionales capables de traiter les questions de sécurité.

Deux comités ont été créés pour orienter les travaux de l'OMS dans ce domaine – le Comité d'orientation sur la sécurité des vaccins (dont le but est de fournir des orientations générales sur la gestion du projet prioritaire) et le Comité consultatif pour la sécurité des vaccins (dont le but est de fournir des avis scientifiques impartiaux et de qualité sur des questions particulières ayant trait à la sécurité des vaccins lorsqu'elles se posent). Si la constitution de ces comités a été approuvée, il a été jugé nécessaire d'harmoniser leurs travaux avec ceux du Groupe. Ils rendront tous deux compte au SAGE au moins une fois par an. Le Groupe a pleinement approuvé les principales recommandations de la récente réunion inaugurale du Comité d'orientation du projet prioritaire Sécurité des vaccins.<sup>1</sup>

Le Groupe a félicité l'OMS pour son initiative consistant à établir un comité permanent aux fins d'avoir un mécanisme actif et coordonné pour obtenir une évaluation scientifique fiable et indépendante des questions de sécurité des vaccins. Le Groupe a estimé qu'il convenait de reconnaître l'intégrité scientifique, l'excellence et l'efficacité du Comité consultatif pour la sécurité des vaccins, et notamment sa rapidité d'action. Cette action ne doit donc pas être compromise par une ingérence d'autres parties dans ses décisions pour des raisons politiques ou autres. Les décisions concernant les questions de sécurité des vaccins prises par le Comité seront régulièrement passées en revue dès que de nouvelles données importantes seront disponibles. Le Groupe a noté avec satisfaction que le Comité avait associé toutes les parties intéressées, y compris l'industrie, à l'examen des données scientifiques, et a vivement incité à appuyer la recherche en matière de réglementation. En outre, la communication et la collaboration entre les laboratoires et le projet prioritaire OMS sur la sécurité des vaccins ont été jugées essentielles.

### Améliorer l'accès à la vaccination

Il est fondamental d'assurer l'accès aux services de vaccination et d'obtenir une couverture élevée par la vaccination systématique selon les calendriers prévus. Si l'on est déjà parvenu à atteindre de façon satisfaisante près de 80% des enfants, les 20% restants sont difficiles à atteindre, et pour ceux-ci, l'accès à la vaccination exigera des solutions novatrices.

Le Groupe a pris acte du très faible taux de couverture vaccinale dans plusieurs régions, notamment dans certains pays subsahariens, et a reconnu qu'il était important de mettre en place des systèmes de santé solides afin d'améliorer les services de vaccination pour ceux qui en ont le plus besoin, et notamment les populations défavorisées. Il a recommandé que l'OMS s'attache en priorité à

<sup>1</sup> A full report is available from VAB documentation centre, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

<sup>1</sup> Pour obtenir le texte intégral du rapport, s'adresser au Centre de documentation VAB, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

strengthening the ability of health systems to deliver priority programmes.

SAGE noted that the strategy of providing sustained outreach services (SOS), aimed at reaching the unreached, was heavily resource-dependent but did attempt to improve equity of access to essential health services and immunization in poor countries. SAGE endorsed the introduction of SOS in a number of African countries as one of several interventions needed to strengthen immunization systems.

SAGE supported the concept of linking successful components of immunization programmes and making the availability of external funding contingent on demonstrating the capacity to use it efficiently, safely and in a sustainable way. SAGE commended the proposal to link financial inputs to successful performance as revealed by indicators. The matching of finance to performance at district level has proved successful in several national immunization programmes.

SAGE recognized that an improvement in management skills was essential for progress. The management of immunization programmes must take into account their changing environment, while maintaining essential functions. Assessment and country planning should include concrete plans for improving management in all countries. SAGE encouraged WHO to produce tools that would help disadvantaged regions to strengthen immunization management. SAGE noted that health sector reform was a potent agent for change in many countries at present, and that its effects are not always positive. Countries should preserve at the central level essential features of immunization programmes such as vaccine procurement and regulation.

*Autodisable (AD) syringes.* SAGE noted the important activities undertaken to improve the safety of injection devices, especially in the field of AD syringes, endorsed the transition to AD syringes for all immunization activities by 2003, and supported WHO's role in developing a joint WHO/UNICEF statement on the safety of all injections related to immunization. SAGE urged WHO to consider whether a similar statement should be developed to cover all injections, irrespective of whether they were given in the immunization setting.

WHO should provide guidance to national regulatory authorities (NRAs) on matters relating to injection technology. SAGE recommended that a working group be asked to develop guidelines that would assist NRAs in regulating injection equipment, and to further analyse the role that WHO might play in monitoring the quality of injection equipment supplied through UN purchasing agencies. A report on the outcome of this analysis should be presented to SAGE in 2000.

*Dealing with the media.* It was recognized that increased public interest in adverse events had altered the environment in which programme managers operated. There was strong support for the proactive media training workshops recently held in WHO's Eastern Mediterranean Region.

renforcer les systèmes de santé pour l'exécution des programmes prioritaires.

Le Groupe a noté que la stratégie de renforcement des services de proximité, qui vise à atteindre les populations non desservies, exigeait énormément de ressources, mais s'efforçait d'améliorer l'équité d'accès aux services de santé essentiels et de vaccination dans les pays pauvres. Le Groupe a approuvé la mise en œuvre de cette stratégie dans plusieurs pays d'Afrique, comme l'une des interventions nécessaires pour renforcer les systèmes de vaccination.

Le Groupe a approuvé le concept consistant à évaluer les éléments efficaces des programmes de vaccination et à subordonner le financement extérieur à la capacité avérée des programmes d'utiliser les ressources de façon efficiente, sans risque et durable. Le Groupe s'est félicité de l'approche qui se propose de lier les contributions financières à des résultats efficaces sur la foi d'indicateurs. La subordination du financement aux résultats au niveau du district est une approche qui s'est révélée utile et efficace dans le cadre de plusieurs programmes nationaux de vaccination.

Le Groupe a reconnu que l'amélioration des compétences gestionnaires constituait l'une des principales conditions de l'évolution. La gestion des programmes de vaccination doit tenir compte des changements intervenus dans l'environnement des programmes de vaccination, tout en maintenant les fonctions essentielles. L'évaluation et la planification au niveau des pays devraient s'appuyer sur des plans concrets d'amélioration de la gestion dans tous les pays. Le Groupe a encouragé l'OMS à produire des outils permettant d'aider les régions dont les ressources sont limitées à renforcer la gestion de la vaccination. Le Groupe a noté que la réforme du secteur de la santé était actuellement un puissant facteur de changement dans de nombreux pays, et que ses effets ne sont pas toujours positifs. Les pays devraient maintenir au niveau central les éléments essentiels des programmes de vaccination tels que l'approvisionnement et la réglementation.

*Seringues autobloquantes.* Le Groupe a noté les activités importantes entreprises pour améliorer la sécurité des dispositifs d'injection, notamment en ce qui concerne les seringues autobloquantes, et a approuvé le passage aux seringues autobloquantes dans toutes les activités de vaccination d'ici 2003 et le rôle de l'OMS dans l'élaboration d'une déclaration conjointe OMS/UNICEF sur la sécurité des injections liées à la vaccination. Le Groupe a invité l'OMS à se demander si l'on ne devrait pas rédiger une déclaration similaire portant sur toutes les injections, qu'elles soient administrées à des fins de vaccination ou non.

L'OMS devrait conseiller les autorités nationales de réglementation pour les questions relatives aux techniques d'injection. Le Groupe a recommandé à cet égard de réunir un groupe de travail chargé d'élaborer des principes directeurs pour aider les autorités nationales en matière de réglementation du matériel d'injection et de continuer à analyser le rôle éventuel que l'OMS pourrait jouer dans la surveillance de la qualité du matériel d'injection fourni par l'intermédiaire des organismes d'achat des Nations Unies. Un rapport faisant état des résultats de cette analyse devra être présenté au Groupe en 2000.

*Rapports avec les médias.* Il est maintenant reconnu que l'intérêt nouveau que suscitent dans l'opinion publique les manifestations indésirables a modifié le climat dans lequel doivent travailler les administrateurs de programme. Les ateliers de formation dans ce domaine récemment organisés dans la Région OMS de la Méditer-

Further workshops should be considered in all WHO regions in 2000-2001.

### **Monitoring trends**

SAGE recognized that implementation of effective monitoring/surveillance systems for national immunization programmes required resources and should be included in all immunization financing packages. SAGE endorsed the concept of core information components for managing immunization programmes, and also endorsed the 4 major areas of WHO's work (standards and policies; materials, methods and development; technical support; coordination/consensus) in strengthening monitoring/surveillance systems.

### **Setting high standards of vaccine quality**

SAGE recommended that WHO should provide additional support to NRAs for the evaluation and licensing of newly developed vaccines. This would include providing guidance and support for the interchange of information on national licensing decisions, and developing a mechanism that would help to provide working standards of high quality for use by NRAs. These should cover vaccines and other biological materials in use as well as those under development. Furthermore, SAGE considered that WHO had a responsibility to ensure that products used in WHO-sponsored clinical trials were subject to competent and independent regulatory oversight.

### **Promoting immunization**

Recognizing the importance of the rights of the child, SAGE supported the concept of immunization as a means of promoting equality among children. It was recommended that WHO should assess the cost implications and the practicality of holding a "World Immunization Day" and should return to SAGE with proposals at a later date.

### **Accelerated disease control**

#### **Polio eradication**

The polio eradication initiative is poised to enter its final phase. SAGE strongly endorsed the efforts to eradicate polio and urged Member States, donor agencies, UN agencies and other partners to give the greatest possible support during this stage of the initiative, commending WHO, UNICEF and the UN on their efforts in this field, especially regarding the "days of tranquillity" that have allowed immunization campaigns to be conducted in countries in conflict.

SAGE noted in particular the urgency of accelerating the polio eradication initiative during the last months leading up to the target date. It is essential that countries and partner agencies do not underestimate the importance of meeting the target date for polio eradication. The longer that intense poliovirus transmission continues in sub-Saharan Africa and southern Asia, the higher is the risk of re-infecting areas that are now polio-free. Major outbreaks in Angola and Iraq in 1999 demonstrated the fragility of the progress that has been made.

A delay in achieving the polio eradication target would increase the cost of the initiative by as much as US\$ 100

millions in the Eastern Mediterranean Region. Other workshops should be considered in all WHO regions in 2000-2001.

### **Tendances de la surveillance**

Le Groupe a reconnu que la mise en œuvre de systèmes efficaces de surveillance des programmes nationaux de vaccination exigeait des ressources et devrait être inscrite dans tous les projets de financement d'activités de vaccination. Il a approuvé la notion d'éléments d'information essentiels pour la gestion des programmes de vaccination. Le Groupe a entériné le concept des éléments d'information fondamentaux et les 4 principaux domaines d'activité de l'OMS (normes et politiques; matériels, méthodes et mise au point; soutien technique; coordination/consensus) pour renforcer les systèmes de contrôle/surveillance.

### **Fixation de normes élevées pour la qualité des vaccins**

Le Groupe a recommandé à l'OMS de fournir un appui accru aux autorités nationales de réglementation pour l'évaluation et l'octroi de licences pour les vaccins récemment développés. Cela comprendrait la provision de lignes directrices et de soutien dans l'échange d'informations sur les décisions nationales dans ce domaine, ainsi que le développement d'un mécanisme qui pourrait établir des normes de travail de très haute qualité pour les autorités nationales de réglementation. Ces normes devraient porter à la fois sur les vaccins et autres matériaux biologiques existants et sur ceux actuellement mis au point. En outre, le Groupe a estimé que l'OMS était responsable d'assurer que les produits utilisés pendant les essais cliniques soutenus par l'Organisation avaient été soumis à un examen de réglementation compétent et indépendant.

### **Promouvoir la vaccination**

Conscient de l'importance des droits de l'enfant, le Groupe a soutenu le concept de vaccination comme moyen de promouvoir l'égalité pour tous les enfants. Il a recommandé que l'OMS évalue la faisabilité en matière de coûts et sur le plan pratique de la tenue d'une «journée mondiale de la vaccination» et lui présente des propositions ultérieurement.

### **Accélération de la lutte contre la maladie**

#### **Eradication de la poliomyélite**

L'initiative pour l'éradication de la poliomyélite va entrer dans sa phase finale. Le Groupe s'est félicité des efforts déployés pour éradiquer la poliomyélite et a invité instamment les Etats Membres, les organismes donateurs, les institutions des Nations Unies et autres partenaires à apporter un soutien total au cours de cette phase de l'initiative, félicitant l'OMS, l'UNICEF et les Nations Unies de leurs efforts sur le terrain, surtout pour les «journées de tranquillité» qui ont permis aux campagnes de vaccination d'avoir lieu dans les pays en proie à des conflits.

Le Groupe a noté en particulier qu'il était urgent d'accélérer l'initiative en faveur de l'éradication dans les derniers mois précédant la date butoir. Il est essentiel que les pays et les institutions partenaires ne sous-estiment pas l'importance du respect de la date cible pour l'éradication de la poliomyélite. Plus la transmission du poliovirus se poursuivra en Afrique subsaharienne et en Asie méridionale, plus le risque de réinfecter des zones désormais indemnes sera grand. Les flambées importantes qui se sont produites en Angola et en Iraq en 1999 témoignent de la fragilité des progrès accomplis.

Un retard dans la réalisation du but de l'éradication de la poliomyélite risque d'accroître le coût total de l'initiative de US\$ 100 millions

million per year. In addition it would be very difficult to sustain current funding levels for more than 24-36 months, a crucial point for those polio-free countries that would need to continue holding national immunization days beyond the target date in order to assure freedom from wild poliovirus.

### Global targets

SAGE recognized the importance of global targets and recommended that future or revised immunization targets should not only be set globally but should also be disaggregated by countries/regions so that local successes and failures become more apparent. Such targets should be sustainable and aimed at promoting equity of access to immunization services within countries. ■

## Influenza

**Belgium** (10 January 2000).<sup>1</sup> Influenza activity has been at its peak since the third week of December, associated with influenza A(H3N2) virus.

**Canada** (10 January 2000).<sup>2</sup> Influenza activity has continued to increase. During the last week of December, 10 influenza surveillance regions reported widespread influenza activity: all 5 regions of Ontario, all 3 regions of Saskatchewan, and 2 of the 4 regions of British Columbia (South-East and Lower Mainland). During the same week, sentinel physicians reported 166 cases of influenza-like illness per 1 000 patient-visits, an almost 3-fold increase compared to the previous week. Most of the viruses isolated were influenza A.

**Czech Republic** (10 January 2000).<sup>2</sup> During the first week of December, 3 cases of influenza A(H3N2) were detected by serology and 1 case was confirmed by virus isolation. Total morbidity remained just below the expected seasonal level, but the number of acute respiratory infections has increased, especially in the eastern and northern parts of Bohemia, and in Prague. The beginning of an epidemic was reported in Prague during the first week of January, with local outbreaks of influenza A(H3N2), especially in western Bohemia. To date, 4 influenza viruses have been isolated, 3 identified as influenza A(H3N2).

**Denmark** (10 January 2000).<sup>3</sup> Local outbreaks of influenza were reported during the last 2 weeks of December, when the influenza-like illness rate rose to 4.3%. Influenza A(H3N2) viruses were isolated and some were identified to be A/Sydney/5/97 (H3N2) and/or A/Moscow/10/99 (H3N2) strains similar to those used in the current vaccine.

**Finland** (18 January 2000).<sup>2</sup> Scattered low-intensity local outbreaks of influenza A were reported, mostly in the southern part of the country during the third week of December. Up to the end of December, influenza A etiology was virologically confirmed from more than 20 localities all over the country. Influenza activity reached regional or widespread levels with low to moderate intensity for influ-

par an. De plus, il sera très difficile de maintenir le niveau de financement actuel pendant plus de 24 à 36 mois, alors qu'il s'agit là d'un point essentiel pour les pays indemnes, qui devront poursuivre les journées nationales de vaccination au-delà de cette période pour rester exempts du poliovirus sauvage.

### Cibles mondiales

Le Groupe a reconnu l'importance qu'il y avait à fixer des cibles mondiales de vaccination et a recommandé non seulement de fixer des cibles futures ou révisées au niveau mondial, mais aussi de les ventiler par région/pays de façon à mieux rendre compte des réussites ou échecs locaux. Ces cibles devront être durablement atteintes et viser à promouvoir l'équité à l'intérieur des pays. ■

## Grippe

**Belgique** (10 janvier 2000).<sup>1</sup> L'activité grippale a atteint son apogée depuis la troisième semaine de décembre. Le virus grippal A(H3N2) est en cause.

**Canada** (10 janvier 2000).<sup>2</sup> L'activité grippale a continué sa progression. Pendant la dernière semaine de décembre, 10 régions de surveillance de la grippe ont signalé une activité grippale générale: les 5 régions de l'Ontario, les 3 régions du Saskatchewan, et 2 des 4 régions de Colombie-Britannique (South-East et Lower Mainland). Pendant la même semaine, les médecins sentinelles ont signalé 166 cas de syndromes grippaux pour 1 000 consultations, une augmentation de près du triple par rapport à la semaine précédente. La plupart des virus isolés étaient de type A.

**République tchèque** (10 janvier 2000).<sup>2</sup> Pendant la première semaine de décembre, 3 cas de grippe A(H3N2) ont été dépistés par sérologie, et 1 cas a été confirmé par isolement du virus. La morbidité totale est restée juste en dessous du niveau saisonnier attendu, mais le nombre d'infections respiratoires aiguës a augmenté, surtout dans les parties orientale et septentrionale de la Bohême, et à Prague. Un début d'épidémie a été signalé à Prague pendant la première semaine de janvier, avec des flambées locales de grippe A(H3N2), surtout en Bohême occidentale. A ce jour, 4 virus grippaux ont été isolés, 3 d'entre eux étant de type A(H3N2).

**Danemark** (10 janvier 2000).<sup>3</sup> Des flambées locales de grippe ont été signalées pendant les 2 dernières semaines de décembre, lorsque le taux de syndromes grippaux s'est élevé à 4,3%. Des virus grippaux A(H3N2) ont été isolés et certains ont été identifiés comme étant de souches A/Sydney/5/97 (H3N2) et/ou A/Moscou/10/99 (H3N2) analogues à celles utilisées pour le vaccin actuel.

**Finlande** (18 janvier 2000).<sup>2</sup> Des flambées locales éparses de grippe A de faible intensité ont été signalées, surtout dans la partie méridionale du pays, pendant la troisième semaine de décembre. A fin décembre, l'étiologie de la grippe A avait été confirmée par virologie dans plus de 20 localités dans tout le pays. L'activité grippale a atteint des niveaux régionaux ou généraux avec une intensité faible à modérée pour la grippe A(H3N2) pendant la première semaine de

<sup>1</sup> See No. 51/52, 1999, p. 446.

<sup>2</sup> See No. 49, 1999, pp. 424-425.

<sup>3</sup> See No. 48, 1999, p. 415.

<sup>1</sup> Voir N° 51/52, 1999, p. 446.

<sup>2</sup> Voir N° 49, 1999, pp. 424-425.

<sup>3</sup> Voir N° 48, 1999, p. 415.

enza A(H3N2) during the first week of January. Most virus isolates were influenza A non-subtyped. Clinical influenza is increasing in Helsinki.

**France** (10 January 2000).<sup>4</sup> The epidemic of influenza A(H3N2) expanded during the third week of December, remaining moderate but affecting all age groups. By the last week of 1999, the influenza A(H3N2) epidemic had reached its peak, affecting all the regions of the country. As of the first week of January, weekly incidence was 861 cases per 100 000 population, well above the epidemic threshold of 58 per 100 000 for the fourth time. During the last 5 weeks of the epidemic, more than 1.4 million patients consulted their general practitioner for clinical influenza. Among them, 0.6% were hospitalized. The current epidemic resembles the 1989 epidemic in which almost 5 million people were affected over a period of 3 months.

**Germany** (10 January 2000).<sup>1</sup> During the third week of December, the number of influenza cases increased considerably. The southern part of the country has been particularly affected. A further increase of influenza A(H3N2) activity in all regions, particularly in the southern and central parts of the country, was noted the following week.

**Hungary** (4 January 2000). There has been a significant increase in the frequency of influenza-like illness reports during December. One case of influenza A (H3N2) was confirmed during the first week of the month.

**Iceland** (10 January 2000).<sup>3</sup> Regional outbreaks of influenza A were reported during the first week of December, progressing to widespread activity during the following week. All age groups were affected. Influenza activity remained widespread up to the first week of January.

**Ireland** (10 January 2000).<sup>1</sup> Regional outbreaks of influenza have been reported since the last week of November, mainly due to influenza A(H3N2).

**Israel** (10 January 2000).<sup>4</sup> A local outbreak of influenza A(H3N2) was reported during the third week of December, progressing to a regional level as of the first week of January.

**Italy** (10 January 2000).<sup>4</sup> After several localized outbreaks of influenza A during the third week of December, influenza activity reached regional epidemic levels the following week, affecting most of the cities and provinces in the central northern part of the country. Influenza A viruses isolated were of subtype A(H3N2).

**Latvia** (7 January 2000).<sup>2</sup> Local outbreaks of influenza A were reported during the last week of December. The following week, influenza activity had reached epidemic levels in Riga and in the neighbouring counties. Activity was due to the influenza A/Moscow/10/99 (H3N2) strain.

**Netherlands** (10 January 2000).<sup>5</sup> The number of influenza virus isolates increased during the third week of November, and influenza activity was at regional epidemic levels by the last 2 weeks of December. Influenza-like illness increased to 18.4 per 10 000 population from 3.9 during the first week of the month. The number of influenza virus iso-

janvier. La plupart des isolements de virus étaient de type A non sous-typé. La grippe clinique est en augmentation à Helsinki.

**France** (10 janvier 2000)<sup>4</sup> L'épidémie de grippe A(H3N2) a pris de l'ampleur pendant la troisième semaine de décembre, restant modérée mais touchant tous les groupes d'âge. Pendant la dernière semaine de 1999, l'épidémie de grippe A(H3N2) avait atteint son apogée, touchant toutes les régions du pays. Au cours de la première semaine de janvier, l'incidence hebdomadaire était de 861 cas pour 100 000 habitants, au-dessus du seuil épidémique de 58 pour 100 000 pour la quatrième fois. Pendant les 5 dernières semaines de l'épidémie, plus de 1,4 million de patients ont consulté leur médecin généraliste pour grippe clinique. Parmi eux, 0,6% ont été hospitalisés. L'épidémie actuelle ressemble à celle de 1989, au cours de laquelle près de 5 millions de personnes ont été touchées en 3 mois.

**Allemagne** (10 janvier 2000).<sup>1</sup> Pendant la troisième semaine de décembre, le nombre de cas de grippe a considérablement augmenté. La partie méridionale du pays a été particulièrement touchée. L'activité grippale A(H3N2) s'est encore accrue la semaine suivante dans toutes les régions, mais surtout dans le sud et le centre du pays.

**Hongrie** (4 janvier 2000). La fréquence des rapports de syndromes grippaux a considérablement augmenté pendant le mois de décembre. Un cas de grippe A(H3N2) a été confirmé pendant la première semaine du mois.

**Islande** (10 janvier 2000).<sup>3</sup> Des flambées régionales de grippe A ont été signalées pendant la première semaine de décembre, progressant la semaine suivante pour atteindre un niveau d'activité général. Tous les groupes d'âge ont été touchés. L'activité grippale est restée générale jusqu'à la première semaine de janvier.

**Irlande** (10 janvier 2000).<sup>1</sup> Des flambées régionales de grippe ont été signalées depuis la dernière semaine de novembre, surtout causées par la grippe A(H3N2).

**Israël** (4 janvier 2000).<sup>4</sup> Une flambée locale de grippe A(H3N2) a été signalée pendant la troisième semaine de décembre atteignant un niveau régional la première semaine de janvier.

**Italie** (10 janvier 2000).<sup>4</sup> Après plusieurs flambées de grippe A localisées pendant la troisième semaine de décembre, l'activité grippale a atteint des niveaux épidémiques régionaux la semaine suivante, touchant la plupart des villes et provinces de la partie centre-nord du pays. Les isolements de virus A étaient de sous-type A(H3N2).

**Lettonie** (7 janvier 2000).<sup>2</sup> Des flambées locales de grippe A ont été signalées pendant la dernière semaine de décembre. La semaine suivante, l'activité grippale avait atteint des niveaux épidémiques à Riga et dans les régions voisines. L'activité était due à la souche grippale A/Moscou/10/99 (H3N2).

**Pays-Bas** (10 janvier 2000).<sup>5</sup> Le nombre d'isolements de virus grippaux a augmenté pendant la troisième semaine de novembre, et l'activité grippale avait atteint des niveaux épidémiques régionaux les 2 dernières semaines de décembre. Les syndromes grippaux ont atteint un taux de 18,4 pour 10 000 habitants, comparé à 3,9 pendant la première semaine du même mois. Le nombre d'isolements de vi-

<sup>4</sup> See No. 50, 1999, pp. 439-440.

<sup>5</sup> See No. 46, 1999, p. 398.

<sup>4</sup> Voir N° 50, 1999, pp. 439-440.

<sup>5</sup> Voir N° 46, 1999, p. 398.

lates has been increasing, and all virus isolates so far are influenza A(H3N2), related to the A/Sydney/5/97 (H3N2) vaccine strain.

**Norway** (10 January 2000).<sup>4</sup> The weekly incidence of influenza-like illness continued to rise, and is now at 9.7%, exceeding the tentative epidemic threshold of 2% since the second week of December. Laboratory-confirmed cases were reported in all regions of the country, with widespread activity for the past 2 weeks due to influenza A(H3N2) virus.

**Poland** (4 January 2000).<sup>4</sup> During the last 2 weeks of December, the number of cases of influenza and influenza-like illness was 2.2 times higher than during the first 2 weeks of the month. The highest number of cases was registered in the south-western part of the country. Two cases of influenza A(H3N2) were confirmed, both living in Warsaw.

**Slovakia** (4 January 2000).<sup>4</sup> Local outbreaks of influenza were reported during the last 3 weeks of December.

**Spain** (10 January 2000).<sup>4</sup> The influenza epidemic is in its fifth week in Castilla y León. Most of the provinces have experienced outbreaks, with isolations of influenza A(H3N2) viruses similar to the most recent strains – A/Moscow/10/99 (H3N2) and A/Panama/2007/99. The weekly incidence rate reached 350 cases per 100 000 population during the last week of December.

**Sweden** (10 January 2000).<sup>3</sup> A total of 255 cases of influenza A and 4 of influenza B have been laboratory-verified during the third week of December from local outbreaks, which is high for the time of the year. All age groups were represented among the diagnosed cases. All influenza A isolates were of subtype (H3N2). Influenza activity peaked to a widespread level in the following 2 weeks, mainly among adults and the elderly, particularly those hospitalized.

**Switzerland** (10 January 2000).<sup>2</sup> The first sign of epidemic influenza was detected when a local outbreak of influenza was reported during the third week of December. During the first week of January, a sharp increase in consultations for influenza-like illness (6.3%) was observed. Influenza activity has been widespread for the past 2 weeks, due to influenza A(H3N2) virus. Those influenza virus isolates that were characterized were antigenically related to A/Sydney/5/97 (H3N2) and/or to A/Moscow/10/99 (H3N2).

**United Kingdom** (10 January 2000).<sup>1</sup> During the last 2 weeks of December, influenza activity was above baseline levels, with further regional outbreaks. By the first week of January, influenza activity was at levels higher than expected. Influenza A(H3N2) viruses, similar to those seen in recent years and also to the strain included in this year's vaccine, were responsible for all the confirmed infections. The first influenza B virus isolate of the season was reported (B/Yamanashi/166/98-like).

**United States of America** (10 January 2000).<sup>1</sup> State and territorial epidemiologists reported widespread or regional influenza activity in an increasing number of states since

rus grippaux est en augmentation, et tous les isolements de virus à ce jour sont de grippe A(H3N2), d'une souche analogue à celle du vaccin A/Sydney/5/97.

**Norvège** (10 janvier 2000).<sup>4</sup> L'incidence hebdomadaire de syndromes grippaux a continué de progresser, et a désormais atteint 9,7%, passant au-dessus du seuil épidémique provisoire de 2% depuis la deuxième semaine de décembre. Des cas confirmés en laboratoire ont été signalés dans toutes les régions du pays, avec une activité générale depuis 2 semaines, causée par le virus grippal A(H3N2).

**Pologne** (4 janvier 2000).<sup>4</sup> Pendant les 2 dernières semaines de décembre, le nombre de cas de grippe et de syndromes grippaux était de 2,2 fois supérieur à celui enregistré pendant les 2 premières semaines du mois. Le nombre le plus élevé de cas a été enregistré dans le sud-ouest du pays. Deux cas de grippe A(H3N2) ont été confirmés, tous deux résidant à Varsovie.

**Slovaquie** (4 janvier 2000).<sup>4</sup> Des flambées locales de grippe ont été signalées pendant les 3 dernières semaines de décembre.

**Espagne** (10 janvier 2000).<sup>4</sup> L'épidémie de grippe est en cinquième semaine en Castille y León. La plupart des provinces ont connu des flambées, avec des isolements de virus grippaux A(H3N2) analogues aux souches les plus récentes – A/Moscou/10/99 (H3N2) et A/Panama/2007/99. Le taux d'incidence hebdomadaire a atteint 350 cas pour 100 000 habitants pendant la dernière semaine de décembre.

**Suède** (10 janvier 2000).<sup>3</sup> Un total de 255 cas de grippe A et 4 de grippe B ont été confirmés en laboratoire pendant la troisième semaine de décembre suite à des flambées locales, un chiffre élevé pour cette époque de l'année. Tous les groupes d'âge étaient représentés parmi les cas pour lesquels un diagnostic a été fait. Tous les isolements de grippe A étaient de sous-type A(H3N2). L'activité grippale a culminé à des niveaux généralisés pendant les 2 semaines suivantes, surtout parmi les adultes et les personnes âgées, en particulier ceux qui étaient hospitalisés.

**Suisse** (10 janvier 2000).<sup>2</sup> Les premiers signes de grippe épidémique ont été dépistés lorsqu'une flambée locale de grippe a été signalée pendant la troisième semaine de décembre. Pendant la première semaine de janvier, une augmentation subite des consultations a été observée (6,3%) pour syndromes grippaux. L'activité grippale a été générale pendant les 2 semaines passées, causée par le virus grippal A(H3N2). Les isolements de virus grippaux qui ont été caractérisés étaient antigéniquement analogues à A/Sydney/5/97 et/ou à A/Moscou/10/99 (H3N2).

**Royaume-Uni** (10 janvier 2000).<sup>1</sup> Pendant les 2 dernières semaines de décembre, l'activité grippale était au-dessus des niveaux de base, et il y a eu de nouvelles flambées régionales. A la première semaine de janvier, l'activité grippale avait atteint des niveaux plus élevés que prévu. Des virus grippaux A(H3N2), analogues à ceux dépistés ces dernières années et aussi à la souche contenue dans le vaccin de cette année, étaient responsables de toutes les infections confirmées. Le premier isolement de virus grippal B de la saison a été signalé (analogue à B/Yamanashi/166/98)

**Etats-Unis d'Amérique** (10 janvier 2000).<sup>1</sup> Les épidémiologistes des états et territoires ont signalé une activité grippale générale ou régionale dans un nombre croissant d'états depuis la deuxième se-

the second week of December. During the last week of 1999, the percentages of patient visits to sentinel physicians were already above baseline levels in all 9 regions. Of the specimens tested during the past 2 weeks, 31% were positive for influenza A, mostly subtype A(H3N2), an increase from the 24% recorded previously.

**Other reports.** Influenza activity remains sporadic or at non-epidemic levels in: Australia,<sup>6</sup> Austria,<sup>4</sup> Belarus,<sup>4</sup> Brazil,<sup>4</sup> Bulgaria,<sup>4</sup> Croatia,<sup>4</sup> Federal Republic of Yugoslavia, Greece, Malaysia,<sup>6</sup> Portugal,<sup>5</sup> Russian Federation and South Africa.<sup>3</sup> Albania, India and Romania<sup>4</sup> have detected no influenza activity since October. Senegal reported sporadic isolations of influenza A(H3N2) virus in October and November, but no influenza activity in December. ■

<sup>6</sup> See No. 44, 1999, p. 376.

maine de décembre. Pendant la dernière semaine de 1999, le pourcentage de consultations chez les médecins sentinelles était déjà au-dessus des niveaux de base dans la totalité des 9 régions. Parmi les échantillons testés pendant les 2 semaines passées, 31% étaient positifs pour la grippe A, surtout de sous-type A(H3N2), une augmentation par rapport aux 24% signalés précédemment.

**Autres rapports.** L'activité grippale est restée sporadique ou à des niveaux non épidémiques en: Australie,<sup>6</sup> Autriche,<sup>4</sup> Bélarus,<sup>4</sup> Brésil,<sup>4</sup> Bulgarie,<sup>4</sup> Croatie,<sup>4</sup> République fédérale de Yougoslavie, Grèce, Malaisie,<sup>6</sup> Portugal,<sup>5</sup> Fédération de Russie et Afrique du Sud.<sup>3</sup> Il n'y a eu aucune activité grippale depuis le mois d'octobre en Albanie, Inde et Roumanie.<sup>4</sup> Le Sénégal a signalé des isolements sporadiques de virus grippal A(H3N2) entre octobre et novembre, mais aucune activité grippale en décembre. ■

<sup>6</sup> Voir N° 44, 1999, p. 376.

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.

Health administrations are reminded that under the provisions of Article 3 of the International Health Regulations they should notify the Organization *within 24 hours* of being informed that the first case of a disease subject to the Regulations has occurred in their territory. The infected area should be notified within the subsequent 24 hours if not already communicated.

Il est rappelé aux administrations sanitaires qu'aux termes de l'article 3 du Règlement sanitaire international elles doivent adresser une notification à l'Organisation *dans les 24 heures*, dès qu'elles sont informées qu'un premier cas d'une maladie soumise au Règlement a été signalé dans une zone de leur ressort. Dans les 24 heures qui suivent, elles adressent notification de la zone infectée si elle n'a pas encore été communiquée.

## INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

### Notifications of diseases received from 14 to 20 January 2000 / Notifications de maladies reçues du 14 au 20 janvier 2000

#### Cholera / Choléra

	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
<b>Africa / Afrique</b>		<b>Niger</b>	1.XI-31.XII
<b>Benin / Bénin</b>	22.VIII-7.XI		89
.....	52	0	
<b>Burundi</b>	14.I <sup>1</sup>	<b>Uganda / Ouganda</b>	6-12.XII
.....	560	255	14
<b>Comoros / Comores</b>	14.I <sup>1</sup>	<b>Zimbabwe</b>	14.XI-4.XII
.....	72	170	2
<b>Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo</b>	24.X-18.XII		
.....	4 575	257	
<b>Mozambique</b>	8.XI-18.XII		
.....	434	7	

#### Newly infected areas / Zones nouvellement infectées

##### Yellow fever / Fièvre jaune

##### Americas / Amériques Brazil / Brésil

Amazonas State  
Boca do Acre Município  
Nova Airão Município  
Itacoatira Município  
Goias State  
Alta Paraíso Município  
Minaçu Município  
Niquelândia Município

Mato Grosso State  
Nova Guarita Município  
Peixoto de Azevedo Município  
Pará State  
Conceição do Araguaia Município  
Santa Maria da Barreira Município  
Roraima State  
Cantá Município  
Uiramutã Município  
Tocantins State  
Ananas Município

##### Yellow fever / Fièvre jaune

	Cases / Deaths Cas / Décès
<b>Americas / Amériques</b>	
<b>Brazil / Brésil</b>	13.I <sup>2</sup>
Federal District <sup>3</sup> .....	2
Rio de Janeiro State <sup>3</sup> .....	1
	0

<sup>1</sup> Date of notification – 1999 / Date de la notification – données pour 1999.

<sup>2</sup> Date of confirmation – see note on page 17 / Date de la confirmation – voir note à la page 17.

<sup>3</sup> Infection acquired in Goiás State / L'infection a été contractée dans l'état de Goiás.

Campos Lindos Município  
Figueirópolis Município  
Guarai Município  
Paraná Município  
Pedro Afonso Município  
Recursolândia Município  
**Ecuador / Equateur**  
Orellana Province  
Orellana District