

# Weekly epidemiological record

## Relevé épidémiologique hebdomadaire

6 APRIL 2001, 76th YEAR / 6 AVRIL 2001, 76<sup>e</sup> ANNÉE

No. 14, 2001, 76, 101–108

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

### Contents

- 101 Assessment of elimination of neonatal tetanus, Zimbabwe
- 107 Monitoring of antimicrobial usage in food animals
- 108 Influenza
- 108 International Health Regulations

### Sommaire

- 101 Évaluation de l'élimination du tétanos néonatal, Zimbabwe
- 107 Surveillance de l'utilisation d'antibactériens chez les animaux destinés à l'alimentation
- 108 Grippe
- 108 Règlement sanitaire international

### Assessment of elimination of neonatal tetanus, Zimbabwe

In collaboration with WHO and UNICEF, the Ministry of Health of Zimbabwe has assessed the elimination (defined as <1 case per 1 000 live births) of neonatal tetanus (NT) at district level. A review of nationally reported NT, and of clean delivery (CD) and at least 2 or more doses of tetanus-toxoid (TT2+) coverage among fertile-age women, suggested that Zimbabwe had probably achieved NT elimination. A review of district-level data was done to select districts at highest risk for NT among the 58 districts in the country. A community-based survey was conducted in these highest-risk districts using a combined lot quality assurance-cluster sampling (LQA-CS) procedure. This sample design has previously been used to assess NT elimination in Bangladesh (1994), Indonesia (1995) and India (2000), but has not been used for this purpose in an African setting.

NT, CD and TT2+ data by district were gathered by the Ministry of Health. These data were initially evaluated using the WHO-UNICEF Algorithm for Assessment of NT Elimination – the algorithm (*Fig. 1*). The algorithm specifies minimal performance criteria by district for NT incidence, the sensitivity of surveillance, and levels of coverage for CD (70%) and TT2+ (80%) before undertaking an assessment of NT elimination. *Table 1* shows the reported national incidence of NT and reported coverage with CD and TT2+ for 1998 and 1999, along with additional indicators that were considered pertinent to assess NT risk in each district.

### Evaluation de l'élimination du tétanos néonatal, Zimbabwe

En collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, le Ministère de la santé du Zimbabwe a procédé au niveau des districts à l'évaluation de l'élimination du tétanos néonatal (TN) (définie par la présence d'un nombre de cas <1 pour 1 000 naissances vivantes). D'après les déclarations de TN à l'échelle nationale d'une part et d'autre part la couverture des accouchements médicalisés (AM) et de la vaccination par au moins 2 doses ou plus d'anatoxine tétanique (TT2+) chez les femmes en âge de procréer, le Zimbabwe est probablement parvenu à éliminer le TN. Les données ont été examinées par district, de façon à sélectionner parmi les 58 districts du pays ceux où le risque de TN était maximal. Une enquête en communauté a été réalisée dans ces districts à risque maximal au moyen d'une méthode de sondage en grappes à deux degrés pour le contrôle de la qualité des lots (LQA-CS). Cette méthode a déjà servi pour évaluer l'élimination du TN au Bangladesh (1994), en Indonésie (1995) et en Inde (2000), mais n'avait pas encore été utilisée à cette fin dans le cadre africain.

Les données concernant le TN, l'AM et TT2+ ont été recueillies par district par le Ministère de la santé. Elles ont tout d'abord été évaluées au moyen de l'algorithme OMS-UNICEF pour l'évaluation de l'élimination du TN (*Fig. 1*). L'algorithme indique par district des critères minimaux pour l'incidence du TN, la sensibilité de la surveillance, le niveau de couverture de l'AM (70%) et la couverture par TT2+ (80%), qui doivent être remplis avant de procéder à l'évaluation de l'élimination du TN. Le *Tableau 1* donne pour 1998 et 1999 l'incidence déclarée du TN à l'échelle nationale, ainsi que la couverture déclarée de l'AM et de TT2+ accompagnées d'autres indicateurs considérés comme utiles à l'évaluation du risque de TN dans chaque district.

WORLD HEALTH  
ORGANIZATION  
Geneva

ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ  
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel  
Sw. fr. / Fr. s. 230.–

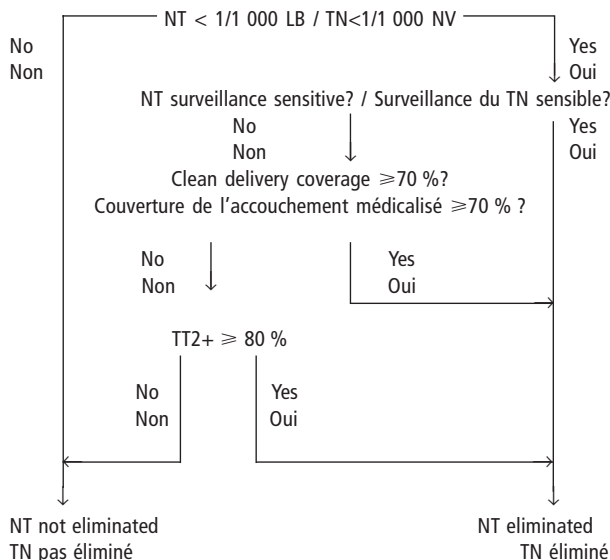
6.500 1.2001  
ISSN 0049-8114  
Printed in Switzerland

In reviewing surveillance performance and sensitivity for NT, certain standard criteria were judged to be acceptable. These were: an adequate number and distribution of reporting sites; the existence of zero reporting; and good reporting completeness (with the exception of 2 newly-formed districts which had failed to report during the preceding 2 years). However, other criteria on surveillance performance were judged unacceptable. These were: inadequate case reports and investigations of suspect neonatal deaths (detected through active surveillance visits for polio); and the lack of systematic annual record reviews in major hospitals to check for unreported NT. Case investigations had been conducted on suspect neonatal deaths detected through active surveillance for polio; however, the number of such reports and investigations was too small to consider surveillance for NT to be adequately sensitive. Moreover, annual record reviews in hospitals to search for additional cases of NT had not been established. Based on this review of surveillance performance and the fact that underreporting of NT tends mostly to occur in areas in which CD services and tetanus toxoid (TT) are not fully and uniformly utilized, NT elimination was not accepted on the basis of the reported low NT incidence rates by district.

Considérant la qualité de la surveillance du TN et sa sensibilité, certains critères classiques ont été jugés acceptables. On peut citer: un nombre suffisant de sites de notification ayant une répartition adéquate, l'existence d'un système de notification négative, des déclarations complètes en général (à l'exception de 2 districts nouvellement constitués qui n'ont fait aucune déclaration pendant les 2 années précédentes). D'autres critères de qualité de la surveillance ont cependant été jugés inacceptables: formulaires de déclaration des décès néonataux suspects mal remplis et investigations insuffisantes (décès identifiés grâce aux visites de surveillance active de la poliomyélite), absence d'examen annuel systématique des dossiers dans les principaux hôpitaux pour rechercher les cas de TN non déclarés. L'investigation des cas a été réalisée à partir de décès néonataux suspects repérés par la surveillance active de la poliomyélite; le nombre des déclarations et des investigations ainsi effectuées était cependant trop faible pour pouvoir estimer que la surveillance du TN avait une sensibilité suffisante. En outre, il n'existait pas d'examen annuel des dossiers dans les hôpitaux pour rechercher d'autres cas de TN. Compte tenu des résultats de l'examen de la surveillance et du fait que la sous-déclaration du TN tend essentiellement à se produire dans les secteurs où l'AM et la vaccination par anatoxine tétanique (TT) ne sont ni généralisées ni uniformes, le faible taux d'incidence de TN par district signalé n'a pas permis d'accepter l'élimination de la maladie.

Fig. 1 **Assessment of neonatal tetanus (NT)<sup>a</sup>**

Fig. 1 **Algorithme pour l'évaluation du tétanos néonatal (TN)<sup>a</sup>**



<sup>a</sup> LB = live births; TT2+ = at least 2 or more doses of tetanus toxoid. – NV = naissances vivantes; TT2+ = au moins 2 doses ou plus d'anatoxine tétanique.

Table 1 **National summary of selected indicators to assess neonatal tetanus (NT) elimination by district, Zimbabwe, 1998-1999**

Tableau 1 **Résumé national des indicateurs sélectionnés pour évaluer l'élimination du tétanos néonatal (TN), par district, Zimbabwe, 1998-1999**

Indicator / Indicateur	1998	1999
Reported cases of NT – Cas de TN déclarés	8 (0.03/1 000 live births) 8 (0.03/1 000 naissances vivantes)	12 (0.04/1 000 live births) 12 (0.04/1 000 naissances vivantes)
Clean delivery <sup>a</sup> – Accouchement médicalisé <sup>a</sup>	83%	81%
TT2+ in pregnant women – TT2+ femmes enceintes	75%	70%
Antenatal care – Soins prénatals	79%	77%
DTP3	75%	77%

<sup>a</sup> In Zimbabwe, clean delivery is defined as delivery in a hospital or health centre. – Au Zimbabwe, l'accouchement médicalisé est un accouchement qui se déroule dans un hôpital ou un centre de santé.

CD at the national level surpassed the minimum of 70% specified in the algorithm, but 15 districts reported CD lower than 70%, and 2 reported CD lower than 50% during the 2-year period. The national estimates of coverage with TT2+ were lower than the 80% specified in the algorithm, but administrative estimates of TT coverage can be lower than actual coverage and/or protective levels of antitoxin in pregnant or fertile-age women, especially where routine immunization with TT has been established for a long time. Since the Ministry of Health has a policy that TT status be evaluated and TT be given if needed during antenatal care, antenatal care was added to the list of indicators. Coverage with 3 doses of diphtheria-tetanus-pertussis (DTP3) was also added to the list of indicators as it is a better indicator of routine immunization activity than other antigen doses. Data on neonatal mortality by district were requested, but were not available for the review. Lists of perinatal and infant mortality were obtained, but they were not found to be useful in the available format.

Lists (by district) of values of each indicator for 1998 and 1999 were reviewed, in order to identify the lowest 10 values (i.e. performance rankings) for each indicator and year. A list of districts with the 10 lowest performance rankings for any of the indicators was compiled. The list of districts with low rankings was reviewed to identify districts with multiple low rankings and/or low ranking for specific indicators. This step involved returning to the individual indicator lists to ensure that districts with particularly low values for a particular indicator were not marginal for other indicators. Seven districts were identified for consideration for the LQA-CS survey (Table 2). Three districts (Uzumba Maramba Pfungwe, Mutoko and Goromonzi) were selected, with financial and logistical constraints in mind.

The central statistical office provided printouts of the population by ward and census enumeration unit (CEU) for the 3 districts and 150 CEUs were systematically selected to obtain starting locations for clusters of 20 live births each. Fifty CEUs were systematically selected from the 150 for the first sample (1 000 live births) of the double-sample LQA-CS design. With this sample design, if no NT cases are identified among the first 1 000 live births, the survey is halted and NT is accepted as eliminated. If 4 cases of NT are identified in the first sample, the survey is halted with a decision that NT has not been eliminated. However if 1, 2 or 3 cases of NT are identified in the first sample, survey of the second sample begins. If a total of 3 or fewer NT cases are found in the combined first and second samples (3 000 live births), NT elimination is accepted. However, if at any time during the second sample, the total of identified NT cases exceeds 3, the survey is stopped, and NT is considered not eliminated.

An additional objective in the first sample was to measure TT coverage among mothers who gave birth 1-13 months

Au niveau national, l'AM dépasse le seuil minimal de 70% prévu par l'algorithme; le pourcentage déclaré était toutefois inférieur à 70% dans 15 districts et inférieur à 50% dans 2 districts au cours des 2 années. L'estimation de la couverture nationale par TT2+ était inférieure au seuil de 80% spécifié dans l'algorithme, mais les estimations par l'administration de la couverture de TT peuvent être inférieures à la couverture réelle et/ou au niveau protecteur des antitoxines chez la femme enceinte ou en âge de procréer, en particulier quand la vaccination systématique avec TT est appliquée depuis longtemps. Dans la mesure où le Ministère de la santé a pour politique d'évaluer la situation vaccinale par TT et d'administrer TT si nécessaire pendant les soins prénatals, ceux-ci ont été inclus dans la liste des indicateurs. La couverture par 3 doses de vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) figure également dans la liste des indicateurs vu que c'est un meilleur indicateur des activités de vaccination systématique que l'administration des autres antigènes. Les données de la mortalité néonatale par district ont été demandées mais n'étaient pas disponibles. On a obtenu des listes indiquant la mortalité périnatale et infantile, lesquelles n'ont cependant pas pu être utilisées en raison de leur présentation.

On a examiné les chiffres (par district) de chaque indicateur pour 1998 et 1999 afin d'identifier les 10 valeurs les plus faibles, par indicateur et par année (classement par rangs en fonction de la performance). Une liste des districts occupant les 10 derniers rangs pour l'un quelconque des indicateurs a été dressée. La liste a été revue pour identifier les districts ayant un faible rang pour plusieurs indicateurs et/ou un faible rang pour certains indicateurs. Cette étape a obligé à revenir à la liste individuelle des indicateurs, pour vérifier que les districts où les valeurs étaient particulièrement faibles pour un indicateur donné ne se situaient pas à la marge pour les autres indicateurs. Sept districts ont été présélectionnés pour l'enquête par la méthode LQA-CS (Tableau 2), parmi lesquels 3 districts (Uzumba Maramba Pfungwe, Mutoko et Goromonzi) ont été sélectionnés, en tenant compte des contraintes logistiques et financières.

Le bureau central des statistiques a fourni les listages de la population par service et par unité de recensement (UR) pour les 3 districts, et 150 UR ont été sélectionnées systématiquement pour définir le point de départ de la constitution de grappes de 20 naissances vivantes chacune. Le premier échantillon est constitué de 50 UR (soit 1 000 naissances vivantes) sélectionnées systématiquement parmi les 150 UR conformément au protocole de sondage à 2 degrés LQA-CS. Avec ce mode d'échantillonnage, si aucun cas de TN n'est identifié parmi les 1 000 premières naissances vivantes, l'enquête est interrompue et l'hypothèse de l'élimination du TN est acceptée. Si 4 cas de TN sont identifiés dans le premier échantillon, l'enquête est interrompue, et la décision prise est que le TN n'a pas été éliminé. Cependant si 1, 2 ou 3 cas de TN sont identifiés dans le premier échantillon, on poursuit l'enquête et on examine le deuxième échantillon. Si au total 3 cas ou moins de TN sont observés dans l'ensemble des 2 échantillons (soit 3 000 naissances vivantes), l'hypothèse de l'élimination du TN est acceptée. Si, à un moment quelconque pendant l'examen du deuxième échantillon, le nombre total de cas de TN identifiés dépasse 3, l'enquête est interrompue et le TN considéré comme n'ayant pas été éliminé.

Le premier échantillon sert en outre à mesurer la couverture de TT chez les mères ayant donné naissance à un enfant 1-13 mois avant le

before the start of the survey and women aged 15-49 (the target age group of the Ministry of Health). These measurements were made on a systematic subsample (200) of the mothers of liveborn children and of 400 fertile-age women residing in households in which live births had not occurred.

début de l'enquête et chez les femmes de 15-49 ans (classe d'âge ciblée par le Ministère de la santé). La mesure a été faite sur un sous-échantillon systématique de 200 mères ayant donné naissance à un enfant vivant et de 400 femmes en âge de procréer faisant partie de ménages où aucune naissance vivante n'a eu lieu.

Table 2 **Districts identified as being at highest risk for neonatal tetanus (NT)<sup>a</sup>**

Tableau 2 **Districts identifiés comme étant exposés au risque maximal de tétanos néonatal (TN)<sup>a</sup>**

District	NT reported TN déclaré		Clean delivery Accouchement médicalisé		TT2 + coverage Couverture par TT2+		Antenatal care Soins prénatals		DTP3 coverage Couverture par DTC3	
	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
	Uzumba Maramba Pfungwe	NR	0	NR	35%	NR	87%	NR	68%	NR
Goromonzi	0	0	76%	68%	35%	103%	26%	58%	26%	129%
Lupane	0	0	58%	57%	49%	54%	76%	71%	65%	65%
Umguza	0	0	59%	62%	71%	42%	38%	48%	36%	34%
Umzing	0	0	58%	55%	53%	49%	64%	62%	61%	64%
Mutoko	0	0	88%	85%	24%	61%	36%	79%	24%	97%
Gweru	0	0	82%	83%	53%	47%	57%	56%	52%	52%

<sup>a</sup> Reported values for selected indicators: NT = number of cases; all others are percentages; NR = no report received. – Valeurs notifiées de quelques indicateurs: TN: nombre de cas; les autres chiffres représentent des pourcentages; ND: non déclaré.

The selected CEUs were plotted on maps of the 3 districts, and individual maps and instructions for locating each CEU were photocopied and provided for each cluster. The basic interview form was designed to record numbers and sizes of households visited, identify households in which live births and TT histories of fertile-age women were recorded. The form was also used to record information on eligible live births which had occurred between 13 months and 1 month preceding the survey, neonatal deaths among those births, and TT histories of every fifth mother of eligible liveborn children. A supplementary form was used to record the TT status of 8 fertile-age women per cluster encountered in the first sample of 50 clusters. The form for the second sample was identical to the first form described above, excluding the section on the immunization status of mothers. A separate form was used to record information on each neonatal death among eligible live births; the information on conditions at birth, the mother's TT status, care of the umbilical stump, signs preceding death and other pertinent information were used to diagnose, or exclude, NT as the cause of death.

Les UR sélectionnées ont été reportées sur des cartes des 3 districts, et des cartes et des instructions individuelles pour la localisation de chaque UR ont été photocopiées et fournies pour chaque grappe. Le questionnaire de base a été conçu pour pouvoir enregistrer le nombre de ménages visités et leur taille, et identifier les ménages où des naissances vivantes et des vaccinations par TT chez les femmes en âge de procréer ont été enregistrées. Le questionnaire a également servi à noter les données concernant les naissances vivantes conformes aux critères de l'enquête survenues entre 1 et 13 mois avant l'enquête, les décès néonataux parmi ces enfants, et les antécédents de vaccination par TT des mères des enfants nés vivants déclarés bons pour l'enquête (1 mère sur 5). Un questionnaire complémentaire a été utilisé pour noter la situation vaccinale par TT de 8 femmes en âge de procréer pour chaque grappe appartenant aux 50 grappes du premier échantillon. Le questionnaire utilisé pour le deuxième échantillon était identique à celui du premier échantillon décrit plus haut, à l'exception de la partie concernant la situation vaccinale des mères. Un questionnaire séparé a été utilisé pour enregistrer les données concernant chacun des décès néonataux parmi les naissances vivantes bonnes pour l'enquête. Les données recueillies, notamment sur l'état de l'enfant à la naissance, la situation vaccinale de la mère vis-à-vis de TT, les soins du cordon ombilical, les signes précédant la mort, ont été utilisées pour porter ou exclure un diagnostic de TN en tant que cause du décès.

Thirty-six public health nurses were recruited from all parts of the country to serve as interviewers. During training sessions for these nurses, demonstrations and practice on completion of each of the survey forms was provided. In addition to demonstrations and supervised practice, printed guidelines were provided on how to ask lead-in questions about past pregnancies and signs of life at birth to increase the sensitivity of detecting and recording live births which occurred during the period of eligibility for the survey. Demonstrations on how to elicit and record information from respondents about neonatal deaths were also emphasized during training. The characteristic pattern of signs associated with the development of NT was described and discussed to ensure that the sensitivity and specificity of diagnosis of NT by verbal autopsy would be optimal. Following training and practice, the public health nurses were assigned to 5 field supervisors, 4 of whom participated in the initial review and planning for the survey.

Among the 1 000 live births recorded in the first sample, 9 neonatal deaths were recorded. Of those deaths, 1 was attributable to NT. Because a decision could not be made from the results of the first sample, the second sample was surveyed. No deaths attributable to NT were found in the second sample of 2 000 live births. The point estimate for NT from the survey was below the elimination threshold; for the 3 districts the point estimate was 0.3 per 1 000 live births (95% confidence interval, 0.02 per 1 000 to 1.6 per 1 000).

The survey results on TT coverage (*Table 3*) support the assumption that the combination of TT administered through routine immunization and during antenatal care visits produced levels of TT coverage in the 3 districts which met the criteria of the algorithm for NT elimination.

The review of Zimbabwe's sustained performance, the assessment of that performance based on the algorithm and

Trente-six infirmières de santé publique ont été recrutées comme enquêtrices dans tout le pays. Pendant leur formation, elles ont pu assister à des démonstrations sur le recueil des données avec chacun des questionnaires de l'enquête et pratiquer. À côté des démonstrations et de la pratique sous supervision, des guides imprimés leur ont été fournis sur la manière de poser les questions introductives sur les grossesses passées et les signes de vie à la naissance afin d'augmenter la sensibilité de la détection et de l'enregistrement des naissances vivantes survenues pendant la période concernée par l'enquête. La formation a également insisté sur les démonstrations montrant comment obtenir et enregistrer les informations des répondants sur les décès néonataux. Le tableau caractéristique associé à la survenue du TN a été décrit et discuté pour faire en sorte que la sensibilité et la spécificité du diagnostic de TN par autopsie verbale soient maximales. Après la formation et la pratique, les infirmières de santé publique ont été placées sous la responsabilité de 5 superviseurs de terrain, dont 4 ont participé à l'examen initial et à la planification de l'étude.

Sur les 1 000 naissances vivantes sélectionnées dans le premier échantillon, 9 décès néonataux ont été enregistrés. Parmi ces décès, 1 était attribuable au TN. Aucune décision n'ayant pu être prise après examen du premier échantillon, on a donc procédé à l'examen du deuxième échantillon. Aucun décès attribuable au TN n'a été observé dans ce second échantillon de 2 000 naissances vivantes. L'estimation ponctuelle à partir de l'enquête concernant le TN se situait en-dessous du seuil défini pour l'élimination; dans les 3 districts, l'estimation ponctuelle est de 0,3 pour 1 000 naissances vivantes (intervalle de confiance à 95%: 0,02 pour 1 000 à 1,6 pour 1 000).

Les résultats de l'enquête sur la couverture par TT (*Tableau 3*) sont conformes à l'hypothèse que l'association de la vaccination systématique et de la vaccination lors des visites prénatales donne un niveau de couverture par TT conforme aux critères de l'algorithme pour l'élimination du TN dans les 3 districts.

Les bons résultats obtenus par le Zimbabwe et leur persistance, leur évaluation par l'algorithme et les conclusions de l'en-

Table 3. Estimated card retention<sup>a</sup> and TT coverage from a community-based survey in 3 high-risk districts, Zimbabwe, November 2000

Tableau 3 Taux estimé de conservation de la carte<sup>a</sup> et de couverture par TT dans une enquête en communauté réalisée dans 3 districts à haut risque, Zimbabwe, novembre 2000

	With card / Avec carte	TT1	TT2	TT3	TT4	TT5
Mothers – Mères	28% (20%-37%)	96% (91%-97%)	83% (76%-89%)	49% (40%-57%)	27% (21%-33%)	14% (10%-19%)
Women aged 15-49/ Femmes âgées de 15-49 ans	13% (9%-17%)	89% (84%-93%)	78% (71%-82%)	48% (42%-55%)	26% (21%-31%)	13% (10%-17%)

a Percentage of women who had an immunization card at the time of the survey. – Pourcentage de femmes ayant une carte de vaccination au moment de l'enquête.

the results of the survey suggest that Zimbabwe has achieved NT elimination.

**Editorial note.** Although Zimbabwe has been judged to have achieved NT elimination, it should be remembered that NT cannot be eradicated and elimination status needs to be maintained through continuous provision of antenatal care, clean delivery services and TT for child-bearing women.

Financial problems hampered field supervision during the survey. In addition to increasing the cost, timely monitoring of data collected in the field was not possible. For example, recording of household size was inconsistent among the interview teams. In previous surveys, average household size and the crude birth rate have been estimated from survey results for comparison with data from other sources. Although inconsistent recording of household size was identified as a problem during the first sample, the problem persisted.

Underrecording of neonatal deaths has been continually observed during these surveys. The usual explanations offered by local authorities are reticence to report a live birth which resulted in neonatal death, or to consider early neonatal deaths as stillbirths; in either situation, the live birth would not be recorded with the current questionnaire. In this survey, the lead-in question to identify eligible live births was whether any woman in the household had been pregnant during the preceding 2 years, if the delivery occurred during the 12-month period of eligibility, and whether there was any cry, movement or gasp/breath. In future surveys, it may be useful to expand the questionnaire to identify and record all eligible pregnancies and their outcomes – e.g. ask probing questions to identify unacknowledged pregnancies if the youngest child is  $\geq 30$  months of age and to record the outcomes of all pregnancies which, if carried to term, could have resulted in an eligible live birth. ■

quête laissent penser que le Zimbabwe est parvenu à éliminer le TN.

**Note de la rédaction.** Si l'on estime que le Zimbabwe est parvenu à éliminer le TN, il faut cependant ne pas oublier que le TN ne peut pas être éradiqué et que l'élimination a besoin d'être entretenue par la pratique ininterrompue des soins prénatals, la présence de services d'accouchement médicalisé et la vaccination par TT des femmes enceintes.

Pendant l'enquête, la supervision sur le terrain a souffert de difficultés financières. Non seulement le coût a augmenté, mais le contrôle en temps voulu des données recueillies sur le terrain n'a pas été possible. Par exemple, les données concernant la taille des ménages ne concordaient pas d'une équipe d'enquêteurs à l'autre. Dans les enquêtes antérieures, la taille moyenne des ménages et le taux brut de natalité ont été estimés à partir des enquêtes et comparés avec les données tirées d'autres sources. La non-concordance des enregistrements concernant la taille des ménages est un problème qui a été identifié dès le premier sondage, mais qui a persisté.

La sous-déclaration des décès néonataux est systématiquement observée au cours de ces enquêtes. Les explications habituellement proposées par les autorités locales sont la réticence à déclarer une naissance vivante qui s'est soldée par un décès néonatal et la tendance à considérer que les décès néonataux précoces sont des mortinaissances; dans un cas comme dans l'autre, une naissance vivante n'est pas enregistrée comme telle dans le questionnaire actuel. Dans cette enquête, la question introductive destinée à identifier les naissances vivantes conformes aux critères de l'enquête était de savoir si, dans le ménage, une femme avait été enceinte au cours des 2 années précédentes, si l'accouchement avait eu lieu pendant les 12 mois concernés par l'enquête et si l'enfant avait crié, bougé ou respiré/suffoqué. Dans les futures enquêtes, il pourrait être utile de développer le questionnaire pour pouvoir identifier et enregistrer toutes les grossesses bonnes pour l'enquête et leur issue – à savoir poser des questions qui permettent de valider les réponses, pour pouvoir identifier les grossesses méconnues si l'enfant le plus jeune a  $\geq 30$  mois et enregistrer l'issue de toutes les grossesses qui, si elles avaient été menées à terme, auraient pu avoir pour issue une naissance vivante relevant des critères de l'enquête. ■

### Where to obtain the WER through Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) E-MAIL LIST: An automatic service is available for receiving notification of the contents of the WER and short epidemiological bulletins. To subscribe, send an e-mail message to [majordomo@who.ch](mailto:majordomo@who.ch). The subject field may be left blank and the body of the message should contain only the line **subscribe wer-reh**. Subscribers will be sent a copy of the table of contents of the WER automatically each week, together with other items of interest.

### Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Par courrier électronique: Un service automatique de distribution du sommaire du REH et de brefs bulletins épidémiologiques est disponible par courrier électronique. Pour s'abonner à ce service, il suffit d'envoyer un message à l'adresse suivante: [majordomo@who.ch](mailto:majordomo@who.ch). Le champ «Objet» peut être laissé vide et, dans le corps du message, il suffit de taper **subscribe wer-reh**. Les abonnés recevront chaque semaine une copie du sommaire du REH, ainsi que d'autres informations susceptibles de les intéresser.

## Monitoring of antimicrobial usage in food animals

WHO has called for data on the monitoring of antimicrobial usage in food animals, in the context of a meeting on this issue which is planned to take place on 10-13 September 2001 in Oslo (Norway).

Abstracts covering the subjects outlined below should be submitted to WHO by 30 April 2001 (to [okeroj@who.int](mailto:okeroj@who.int) <<mailto:okeroj@who.int>> or fax: +41 22 791 4893). Please quote the reference "call for data on antimicrobial usage in food animals":

- Extent and use of antimicrobials (for both growth promotion, prophylaxis and therapeutics) in developing countries.
- National or regional data on antimicrobial usage in food animals from surveys/results of monitoring programmes or similar studies.
- Description and analysis of methods and systems (regional/national) for monitoring of antimicrobial usage in food animals, including data-source assessment.
- Experiences from implementing monitoring systems for antimicrobial usage in food animals.

Further details on the call for data and selection of experts for the WHO consultation can be obtained from: <http://www.who.int/emc/diseases/zoo/antimicrobial.html> or from the email and fax number given above.

## Surveillance de l'utilisation d'antibactériens chez les animaux destinés à l'alimentation

L'OMS est en quête de données sur la surveillance de l'utilisation d'antibactériens chez les animaux destinés à l'alimentation, dans le cadre d'une réunion à ce sujet qui est prévue pour les 10-13 septembre 2001 à Oslo (Norvège).

Des résumés traitant des sujets ci-dessous peuvent être soumis à l'OMS avant le 30 avril 2001 (à [okeroj@who.int](mailto:okeroj@who.int) <<mailto:okeroj@who.int>> ou par fax: +41 22 791 4893). Prière de citer en référence «appel de données sur l'utilisation des antibiotiques chez les animaux destinés à l'alimentation»:

- Etendue et utilisation d'antibactériens (pour la croissance, la prophylaxie et la thérapeutique) dans les pays en développement.
- Données nationales ou régionales sur l'utilisation d'antibactériens chez les animaux destinés à l'alimentation émanant d'études/de résultats de programmes de surveillance ou autres études similaires.
- Description et analyse de méthodes ou de systèmes (régionaux/nationaux) pour la surveillance de l'utilisation d'antibactériens chez les animaux destinés à l'alimentation, y compris une évaluation de l'origine des données.
- Expérience de la mise en œuvre de systèmes de surveillance pour l'utilisation d'antibactériens chez les animaux destinés à l'alimentation.

Des informations supplémentaires concernant l'appel de données et la sélection d'experts pour la consultation OMS sont disponibles à <http://www.who.int/emc/diseases/zoo/antimicrobial.html> ou à l'adresse e-mail et au numéro de fax indiqués ci-dessus.

### Web addresses for selected diseases/ Adresses internet pour certaines maladies

<b>Surveillance (full report / rapport complet)</b>	<a href="http://www.who.int/emc/surveill">http://www.who.int/emc/surveill</a>
<b>African trypanosomiasis / Trypanosomiase africaine</b>	<a href="http://www.who.int/emc/diseases/tryps">http://www.who.int/emc/diseases/tryps</a>
<b>Cholera / Choléra</b>	<a href="http://www.who.int/emc/diseases/cholera">http://www.who.int/emc/diseases/cholera</a>
<b>Dengue/DHF / Dengue/dengue hémorragique</b>	<a href="http://www.who.int/emc/diseases/ebola">http://www.who.int/emc/diseases/ebola</a>
<b>HIV/AIDS / VIH/SIDA</b>	<a href="http://www.who.int/emc/diseases/hiv">http://www.who.int/emc/diseases/hiv</a>
<b>Influenza / Grippe</b>	<a href="http://www.who.int/emc/diseases/flu">http://www.who.int/emc/diseases/flu</a>
<b>Leishmaniasis and <i>Leishmania</i>/HIV co-infection /Leishmaniose et co-infection <i>Leishmania</i>/VIH</b>	<a href="http://www.who.int/emc/diseases/leish">http://www.who.int/emc/diseases/leish</a>
<b>Meningococcal disease / Méningococcie</b>	<a href="http://www.who.int/emc/diseases/meningitis">http://www.who.int/emc/diseases/meningitis</a>
<b>Plague / Peste</b>	<a href="http://www.who.int/emc/diseases/plague">http://www.who.int/emc/diseases/plague</a>
<b>Yellow fever / Fièvre jaune</b>	<a href="http://www.who.int/emc/diseases/yellow_fever">http://www.who.int/emc/diseases/yellow_fever</a>

## Influenza

**Romania** (31 March 2001).<sup>1</sup> Influenza activity has declined and was reported to be sporadic in 7 districts of the country. During the past 2 weeks, the number of influenza B virus isolates was more than double the number of influenza A isolates.

**Sweden** (31 March 2001).<sup>2</sup> The number of reported influenza virus isolates as well as the rate of influenza-like illnesses and of absenteeism have been stationary compared to the previous week, but influenza B viruses have been the most predominant. ■

<sup>1</sup> See No. 13, 2001, p. 99.

<sup>2</sup> See No. 7, 2001, p. 56.

## Grippe

**Roumanie** (31 mars 2001).<sup>1</sup> L'activité grippale a baissé et a été signalée de façon sporadique dans 7 districts du pays. Au cours des 2 dernières semaines, le nombre d'isolements de virus grippaux B a été plus de 2 fois supérieur à celui des virus grippaux A.

**Suède** (31 mars 2001).<sup>2</sup> Le nombre d'isolements signalés ainsi que les taux de syndromes grippaux et d'absentéisme ont été stationnaires par rapport à la semaine précédente mais les virus grippaux B ont prédominé. ■

<sup>1</sup> Voir N° 13, 2001, p. 99.

<sup>2</sup> Voir N° 7, 2001, p. 56.

### Note on geographical areas

The form of presentation in the *Weekly epidemiological record* does not imply official endorsement or acceptance by the World Health Organization of the status or boundaries of the territories as listed or described. It has been adopted solely for the purpose of providing a convenient geographical basis for the information herein. The same qualification applies to all notes and explanations concerning the geographical units for which data are provided.

### Note sur les unités géographiques

Il ne faudrait pas conclure de la présentation adoptée dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* que l'Organisation mondiale de la Santé admet ou reconnaît officiellement le statut ou les limites des territoires mentionnés. Ce mode de présentation n'a d'autre objet que de donner un cadre géographique aux renseignements publiés. La même réserve vaut également pour toutes les notes et explications relatives aux pays et territoires qui figurent dans les tableaux.

**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 30 March to 5 April 2001 / Notifications de maladies reçues du 30 mars au 5 avril 2001

#### Cholera / Choléra

	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
<b>Africa / Afrique</b>		<b>Asia / Asie</b>		<b>Singapore / Singapour</b>	
South Africa / Afrique du Sud	26.II-22.III	India / Inde	16.IX-30.XI.2000		24.II
.....	20 019	.....	937	.....	1
Zambia / Zambie	19.II-4.III	.....	1.I-27.I	.....	0
.....	442	.....	32	.....	0

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message [subscribe\\_wer-reh](mailto:subscribe_wer-reh@who.int) to [majordomo@who.int](mailto:majordomo@who.int)

Fax: (+41-22) 791 48 21/791 42 85

Editor: [vallanjonm@who.int](mailto:vallanjonm@who.int)

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message [subscribe\\_wer-reh](mailto:subscribe_wer-reh@who.int) à [majordomo@who.int](mailto:majordomo@who.int)

Fax: (+41-22) 791 48 21/791 42 85

Rédactrice: [vallanjonm@who.int](mailto:vallanjonm@who.int)