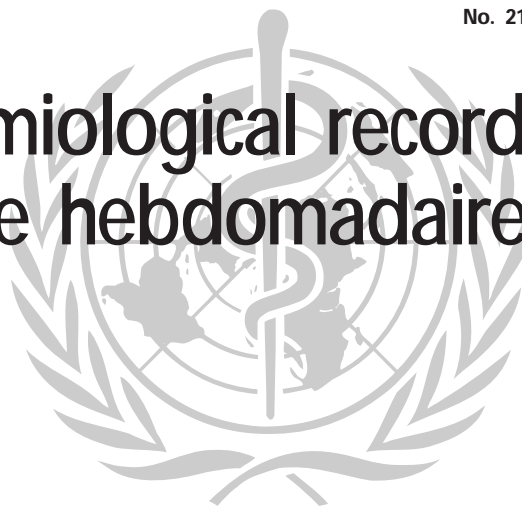


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

24 MAY 2002, 77th YEAR / 24 MAI 2002, 77^e ANNÉE

No. 21, 2002, 77, 169-176

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

Contents

- 169 Accelerated control of rubella and prevention of congenital rubella syndrome, Brazil
- 176 Influenza
- 176 International Health Regulations

Sommaire

- 169 Programme accéléré de lutte contre la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, Brésil
- 176 Grippe
- 176 Règlement sanitaire international

Accelerated control of rubella and prevention of congenital rubella syndrome, Brazil¹

Seroprevalence studies for rubella antibodies conducted in Brazil in the late 1980s and early 1990s laid the groundwork for the implementation of the country's rubella vaccination strategies. Serological testing in Fortaleza in 1997 revealed that the most susceptible group among pregnant and postpartum women were those 15 to 19 years of age (39%).

The introduction of MMR (measles/mumps/rubella) vaccine or the MR (measles/rubella) vaccine to the basic immunization schedule in Brazil's 27 states was initiated in 1992. Technical criteria considered for its introduction included diphtheria-pertussis-tetanus (DPT) and/or measles vaccination coverage, adequate surveillance of vaccine-preventable diseases, rubella and congenital rubella syndrome (CRS) surveillance, and improved prenatal monitoring of pregnant women exposed to rubella virus.

It was, however, with the implementation of the measles eradication plan in Brazil that the magnitude of rubella as a public health problem became known. Between 1993 and 1996, nearly 50% of the cases in which measles was ruled out were subsequently diagnosed as rubella (with approximately 75% of them laboratory-confirmed). In 1992, an incidence of 1.5 per 100 000 population was reported; in 1997, this figure was 20.6 per 100 000, and in 1999-2000, 9.0 per 100 000.

Programme accéléré de lutte contre la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, Brésil¹

Les études de séroprévalence des anticorps anti-rubéoleux menées au Brésil à la fin des années 80 et au début des années 90 ont jeté les bases de la mise en œuvre des stratégies nationales de vaccination antirubéoleuse. Les tests sérologiques réalisés à Fortaleza en 1997 ont révélé que le groupe le plus sensible parmi les femmes enceintes et celles qui venaient d'accoucher était celui des 15-19 ans (39%).

Le vaccin ROR (rougeole/oreillons/rubéole) ou le vaccin RR (rougeole/rubéole) ont été introduits en 1992 dans les programmes de vaccination de base des 27 états brésiliens. Les critères techniques retenus pour l'introduction des vaccins étaient les suivants: couverture par le vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC) et/ou la vaccination antirougeoleuse, surveillance adéquate des maladies évitables par la vaccination, surveillance de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC), et surveillance prénatale améliorée des femmes enceintes exposées au virus de la rubéole.

Mais c'est avec la mise en œuvre du plan d'éradication de la rougeole au Brésil que l'ampleur de la rubéole en tant que problème de santé publique est apparue. Entre 1993 et 1996, près de 50% des cas dans lesquels la rougeole pouvait être éliminée ont été ultérieurement diagnostiqués comme des cas de rubéole (environ 75% d'entre eux étant confirmés en laboratoire). En 1992, une incidence de 1,5 pour 100 000 habitants a été signalée; en 1997, ce chiffre était de 20,6 pour 100 000, et en 1999-2000 de 9 pour 100 000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

6.5001.2002
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ Based on: Expanded Program on Immunization in the Americas. *EPI Newsletter XXIV (2)*: April 2002 (Pan American Health Organization).

¹ D'après *Expanded Program on Immunization in the Americas: EPI Newsletter XXIV(2)*: Avril 2002 (Organisation Panaméricaine de la Santé).

Data from 1997 to 2000 showed a shift in the incidence of rubella by age group. In 1997–1998, with the exception of children under 1 year of age, the highest incidence rate occurred in the 1 to 9-year age group (15.0 per 100 000), followed by children aged 10 to 14 years. In 1999–2000, the incidence rate in the 15 to 29-year age group rose from 7.0 per 100 000 to 13.0, a figure higher than that observed in the 5 to 9 and 10 to 14-year age groups (Fig. 1). This shift in the transmission of the virus towards susceptible young adults is related to the gradual introduction of the MMR vaccine and to the 95% vaccination coverage achieved in the 1 to 11-year age group in most Brazilian states between 1992 and 2000.

In the 1998–2000 rubella outbreaks reported in several states, São Paulo and Paraná notified most cases and the highest incidence in the 20 to 29-year age group (23 per 100 000) and Rio Grande do Norte the highest proportion of cases (61%) in adolescents and young adults. Two of the states in which these outbreaks occurred adopted the strategy for accelerated rubella control and CRS prevention as a control measure. In Paraná, a campaign in April 1998 targeting 1.7 million women between the ages of 15 and 39 years reached a vaccination coverage of 86%. A campaign in Rio Grande do Norte held in September 2000 with the goal of vaccinating over 750 000 women between the ages of 12 and 49 years reached coverage levels of 72%.

Prior to the introduction of the vaccine in Brazil, a study had reported deafness attributable to CRS in 3% of children under 15 years of age. In another study, during autopsies on cadavers with acute myocarditis, 4% of the cases were attributed to CRS. In 1996, CRS was added to the list of notifiable diseases in Brazil. Following the rubella outbreaks of 1998–2000, a high incidence among young adults was re-

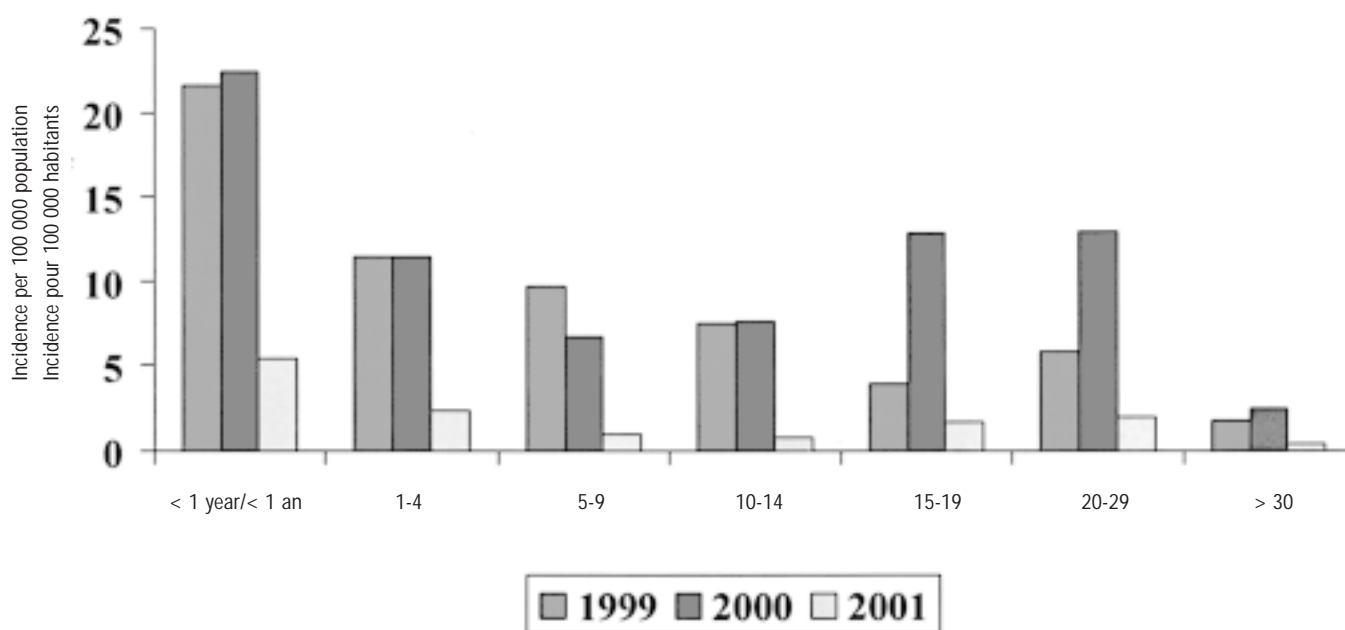
Les données pour 1997 à 2000 ont indiqué une évolution de l'incidence de la rubéole par groupe d'âge. En 1997–1998, à l'exception des enfants de moins de 1 an, l'incidence la plus élevée était observée dans le groupe d'âge 1-9 ans (15,0 pour 100 000), puis dans le groupe d'âge 10-14 ans. En 1999–2000, l'incidence dans le groupe d'âge 15-29 ans est passée de 7,0 pour 100 000 à 13,0, chiffre plus élevé que celui observé dans les groupes d'âge 5-9 ans et 10-14 ans (Fig. 1). Cette évolution de la transmission du virus vers de jeunes adultes sensibles est liée à l'introduction progressive du vaccin ROR et à une couverture vaccinale de 95% atteinte dans le groupe d'âge 1-11 ans dans la plupart des états brésiliens entre 1992 et 2000.

Lors des flambées de rubéole de 1998–2000 observées dans plusieurs états, ce sont les états de São Paulo et du Paraná qui ont notifié la plupart des cas et la plus forte incidence dans la tranche d'âge 20-29 ans (23 pour 100 000), et le Rio Grande do Norte la plus forte proportion de cas (61%) chez les adolescents et les jeunes adultes. Deux des états dans lesquels ces flambées étaient survenues ont adopté la stratégie de lutte antirubéoleuse accélérée et de prévention du SRC comme mesure de lutte. Dans le Paraná, une campagne organisée en avril 1998, visant 1,7 million de femmes âgées de 15 à 39 ans, a permis d'atteindre une couverture vaccinale de 86%. Une campagne organisée dans le Rio Grande do Norte en septembre 2000, en vue de vacciner plus de 750 000 femmes ayant entre 12 et 49 ans, a atteint des niveaux de couverture de 72%.

Avant l'introduction du vaccin au Brésil, une étude avait fait état de cas de surdité imputables au SRC chez 3% des enfants de moins de 15 ans. Dans une autre étude bas e sur des autopsies de sujets souffrant de myocardite aiguë, 4% des cas étaient attribués au SRC. En 1996, le syndrome de rubéole congénitale a été ajout e à la liste des maladies à déclaration obligatoire au Brésil. Suite aux flambées de rubéole de 1998–2000, une incidence  lev e chez les jeunes adultes

Fig. 1 Rubella incidence by age group, Brazil, 1999–2000

Fig. 1 Incidence de la rubéole par groupe d'âge, Brésil, 1999–2000



Source: SINAN/CGVEP/CENEPI.

ported and an increase in the incidence of CRS was observed. From 1997 to 2000, 876 suspected cases of CRS were reported, and 132 were confirmed during that same period. The number of CRS cases rose from 38 in 1999 to 78 in 2000 (Fig. 2). Given the underreporting of such cases, these numbers continue to represent only a small proportion of the real incidence of the disease.

Based on epidemiological analyses of rubella and CRS, Brazil developed a two-phase vaccination plan using MR vaccine (Edmonston-Zagreb and AR 27/3 strains) to accelerate the prevention of CRS. The first phase undertaken in 13 states during the month of November targeted over 15 million women of childbearing age (Acre, Amazonas, Goiás, Halagaos, Marrano, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rondônia, Santo Espírito, São Paulo and Sergipe). Each state determined the age group to vaccinate using four variables: (i) vaccination coverage and year of MMR or MR introduction; (ii) vaccination coverage achieved during measles follow-up vaccination campaigns (as part of the measles eradication initiative) that had utilized the double or triple vaccine; (iii) analysis of rubella incidence by age group and among pregnant women between 1997 and 2000; and (iv) proportion of live births by age of the mother.

The decision of age groups to be targeted for vaccination included the participation of all immunization coordinators of each of the 13 states, with the participation of the National Technical Committee on Immunization. Overall, the age group targeted for vaccination was set between 12 and 39 years of age. However, some states have adjusted the target age group, using measles and rubella (MR) vaccine.

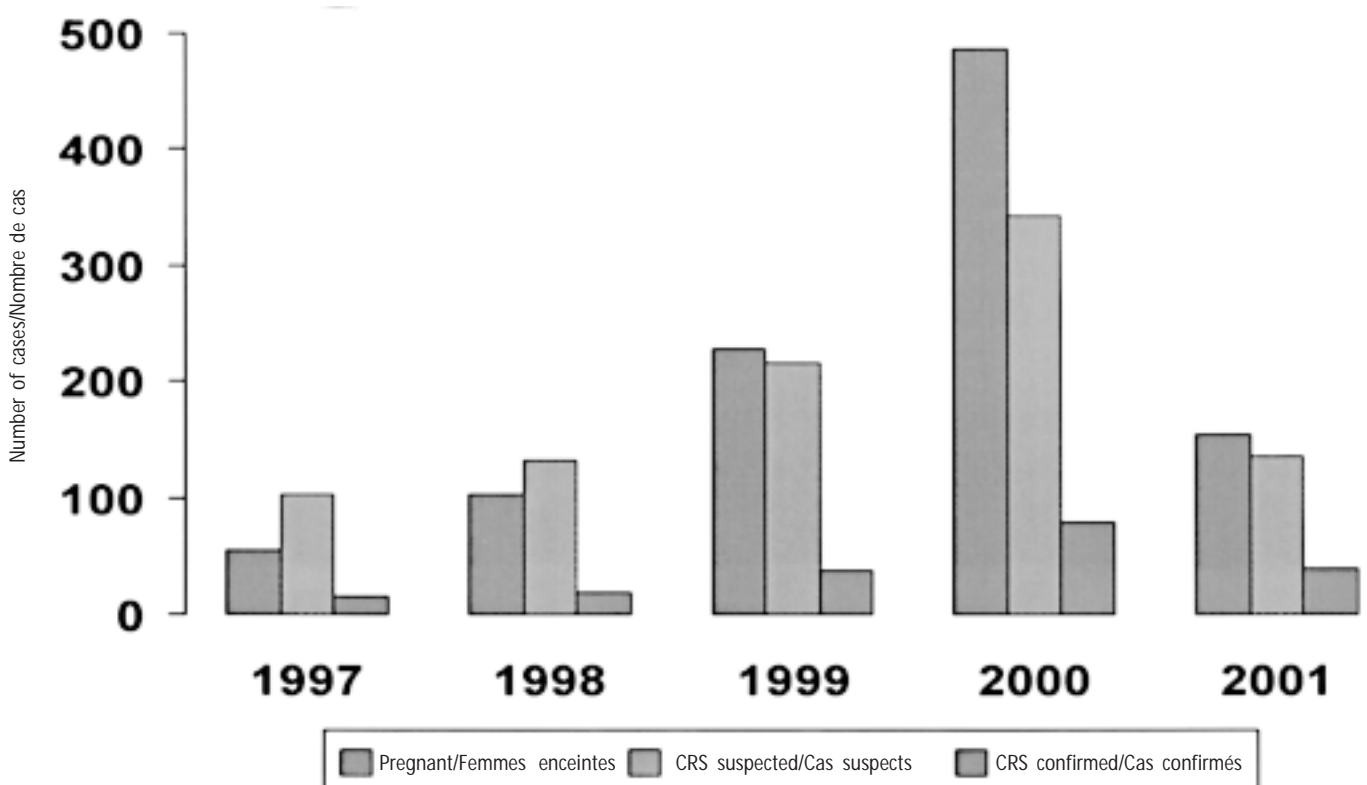
a été notifiée et un accroissement de l'incidence du SRC a été observé. De 1997 à 2000, 876 cas suspects de SRC ont été signalés et 132 ont été confirmés. Le nombre de cas de SRC est passé de 38 en 1999 à 78 en 2000 (Fig. 2). Compte tenu de la sous-notification des cas, ces chiffres continuent de ne représenter qu'une petite proportion de l'incidence réelle de la maladie.

Sur la base d'analyses épidémiologiques de la rubéole et du SRC, le Brésil a mis au point un plan de vaccination comprenant deux volets utilisant le vaccin RR (souches Edmonston-Zagreb et AR 27/3) pour accélérer la prévention du SRC. La première phase a été mise en œuvre dans 13 états pendant le mois de novembre et visait plus de 15 millions de femmes en âge de procréer (Acre, Amazonas, Goiás, Halagaos, Marrano, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rondônia, Santo Espírito, São Paulo et Sergipe). Chaque état a déterminé le groupe à vacciner au moyen de quatre variables: i) la couverture vaccinale et l'année d'introduction du ROR ou du RR; ii) la couverture vaccinale atteinte au cours des campagnes de vaccination antirougeoleuse de suivi (dans le cadre de l'initiative pour l'éradication de la rougeole) qui avaient utilisé le vaccin double ou triple; iii) l'analyse de l'incidence de la rubéole par groupe d'âge et parmi les femmes enceintes entre 1997 et 2000; et iv) la proportion de naissances vivantes selon l'âge de la mère.

Le choix des groupes d'âge à vacciner a été fait avec la participation de l'ensemble des coordonnateurs de la vaccination de chacun des 13 états et avec la participation du Comité technique national de la Vaccination. Dans l'ensemble, le groupe d'âge visé était fixé entre 12 et 39 ans. Toutefois, certains états ont ajusté ce groupe d'âge en utilisant le vaccin rougeole-rubéole (RR).

Fig. 2 Number of pregnant women reporting rubella infection and subsequent CRS status of offspring, Brazil, 1997–2001

Fig. 2 Nombre de femmes enceintes signalant une infection à la rubéole et statut ultérieur du SRC de la progéniture, Brésil, 1997–2001



Campaign for rubella vaccination, phase I

Planning. Estimates of the target population were developed by examining institutions and places with large concentrations of people, such as universities, institutes, factories, stores, shopping centres, businesses, hotels, recreation and tourist centres, banks, state secretariats, municipal secretariats and public institutions. Another listing was devised in those areas where a programme of community health agents (PACS) and a family health programme (PSF) are being implemented. Potential urban and rural target population groups were also identified. Based on the population of the municipal area of influence and transient population, every locality established its own timetable and vaccination tactic.

Social mobilization. Considered a key component for the success of a vaccination campaign targeting adults, social mobilization and public awareness committees were set up in each state. These comprised the municipal and state health secretariats, the secretariat of education, the federal commission of medicine and its regional chapters, the Brazilian Society of Pediatrics, the Brazilian Society of Gynecology and Obstetrics, state chapters of the National Commission of Nurses, the Communication Advisory and the National Foundation of Health/FUNASA. Among their first tasks was that of raising awareness, ensuring that the campaign's objectives were understood, and rallying for political support with state and municipal governments.

A technical arm of these committees included regional advisers on exanthematic diseases and technical staff from the areas of immunization, epidemiological surveillance, women's health, the PACS/PSF, representatives of national reference laboratories and the associations representing the physically disabled. Together with the municipal secretaries, this team closely monitored the campaign's plan to ensure a high vaccination coverage. Critical were the campaign's intersectorial activities. The National Confederacy of Women, nongovernmental organizations, social clubs such as the Lions Club and Rotary Club, the federation of industries, the state chambers of commerce and unions collaborated in this effort.

Public awareness campaign. A major challenge was the preparation of a public awareness campaign that would effectively persuade, inform and guide the adult population, which had little knowledge of CRS, its relation to rubella virus, the existing high rubella infection rate and the severity of the disease. Another objective of the public awareness campaign was to convince women who had deferred pregnancy to get immunized in order to protect the health of other women. In this regard, the mass media played an important role and their efforts throughout the campaign have been monitored to determine the impact. Other media used to raise public awareness among the population included messages on paychecks, automatic teller machines, as well as messages on water, electricity and telephone bills.

Public awareness messages were developed to clearly point to the location and time of the campaign and to inform the public to carry their vaccination cards during the month of the campaign to avoid re-vaccination. Health

La campagne de vaccination antirubéoleuse, phase I

Planification. Des estimations de la population cible ont été effectuées après étude des établissements et des lieux à forte concentration de personnes, tels que les universités, instituts, usines, magasins, centres commerciaux, entreprises, hôtels, centres de loisirs et centres touristiques, banques, secrétariats d'Etat, secrétariats municipaux et établissements publics. Une autre liste a également été établie dans les zones où sont mis en œuvre les programmes d'agents de santé communautaires (PACS) et de santé familiale (PSF). Des groupes de population urbains et ruraux pouvant également être visés ont été définis. Sur la base de la population de la zone municipale de compétence et de la population de passage, chaque localité a établi son propre calendrier et sa tactique de vaccination.

Mobilisation sociale. Considérées comme un élément clé du succès d'une campagne de vaccination visant les adultes, la mobilisation sociale et la sensibilisation du public ont été privilégiées, des comités étant institués dans chaque état. Ceux-ci étaient composés des secrétariats d'Etat à la santé, des secrétariats municipaux, du Secrétariat à l'éducation, de la Commission fédérale de médecine et de ses sections régionales, de l'Association brésilienne de pédiatrie, de l'Association brésilienne de gynécologie-obstétrique, des sections pour chaque état de la Commission nationale des infirmières, du Conseil de la communication et de la Fondation nationale pour la Santé/FUNASA. L'une des premières tâches a consisté en une opération de sensibilisation pour vérifier que les gens comprenaient bien les objectifs de la campagne et s'assurer le soutien politique des autorités étatiques et municipales.

La composante technique de ces comités regroupait des conseillers régionaux pour les maladies exanthématiques et du personnel technique chargé de la vaccination, de la surveillance épidémiologique, de la santé des femmes, du PACS/PSF, des représentants des laboratoires nationaux de référence, et des associations représentant des handicapés. Avec les secrétaires municipaux, cette équipe a suivi de près le plan de campagne afin d'assurer une couverture vaccinale élevée. Les activités intersectorielles de la campagne ont été déterminantes. La Confédération nationale des femmes, des organisations non gouvernementales, des associations comme le Lions Club et le Rotary Club, la Fédération des industries, les chambres de commerce et les syndicats, ont tous collaboré à cet effort.

Campagne de sensibilisation. L'un des principaux enjeux était la préparation d'une campagne de sensibilisation visant à persuader, informer et orienter efficacement la population adulte, qui connaissait mal le SRC, en l'informant sur sa relation avec le virus de la rubéole, le taux d'infection élevé et la gravité de la maladie. Il s'agissait également de convaincre les femmes qui avaient remis à plus tard une grossesse de se faire vacciner pour protéger la santé des autres femmes. A cet égard, les médias ont joué un rôle important et leurs efforts ont été suivis tout au long de la campagne afin d'en déterminer l'impact. Parmi les autres moyens de sensibilisation de la population, on a utilisé des messages sur des chèques bancaires, sur les distributeurs automatiques de billets, ainsi que des messages sur les factures d'eau, d'électricité et de téléphone.

Les messages d'information ont été élaborés afin d'indiquer clairement le lieu et la date de la campagne et d'avertir les gens de bien porter sur eux leur carnet de vaccination pendant tout le mois de la campagne afin d'éviter d'être revaccinés. Les professionnels de san-

professionals who are known and respected opinion-makers in the country were used for clarification and in case of problems. With the collaboration of the communications staff of FUNASA, a rapid response plan was also developed to address any crisis situation.

An information hotline was set up for the public. The most frequently asked questions included where to go for vaccination (36%), what to do if a pregnant woman was inadvertently vaccinated (14%) and about adverse events (10%). A national teleconference was also held at every stage of the initiative to clarify the campaign's objectives, as well as technical and organizational aspects, issues related to vaccine safety, and queries of health workers and health professionals.

Vaccination tactics. Outreach vaccination activities (mobile clinics and fixed posts) were carried out during the first two weeks of the campaign and targeted the population at public and private schools, government institutions, factories and businesses, as well as supermarkets, shopping centres, bus and train stations, ports and major highways. In the last two weeks of the campaign, house-to-house visits targeted women of childbearing age during hours when they were most likely to be at home. At the same time, in areas where the PSF was operating, vaccination in rural areas was conducted by summoning people to a central point or door-to-door.

Monitoring and evaluation. The campaign took into consideration the difficulties in identifying population groups in large urban centres that had not been vaccinated through house-to-house visits. In order to ensure vaccination coverage of over 95%, a rapid assessment guide was developed to identify the main obstacles and population groups that had not been vaccinated. The findings of the assessment allowed for the re-definition of strategies of the campaign, placing greater emphasis on public awareness campaigns, participation of managers at the different levels, and rapid monitoring of coverage to guarantee its homogeneity. Criteria used for monitoring vaccination coverage included neighbourhoods in large cities, major work centres, remote areas with poor access to vaccination services (indigenous areas, makeshift settlements), border areas and small municipalities with persistent low coverage. Vaccination was carried out simultaneously with monitoring of coverage.

Once the campaign was over, health authorities used the rapid assessment guides to determine population groups that had not been vaccinated and to design effective means of reaching them. Emphasis was also placed on municipalities that had failed to obtain 95% vaccination coverage. This painstaking local effort during the final phase of the campaign boosted coverage by approximately 10%.

Safety of the vaccine. A rapid response system for the population was set up for the notification of adverse events. Similarly, to reduce the risks of blood borne infections due to accidental needle stick injuries among health workers and the community, a disposal system was developed for the safe collection and final disposal of syringes and needles. A protocol was also implemented to follow-up on

té, qui sont des leaders d'opinion connus et respectés dans le pays, ont joué un rôle tant en apportant des précisions qu'en cas de problèmes. Avec la collaboration du personnel chargé de la communication à la FUNASA, un plan d'intervention rapide a également été établi pour faire face à toute situation de crise.

Un numéro téléphonique d'information a été créé pour le grand public. Les questions le plus souvent posées étaient les suivantes: où se faire vacciner (36%), que faire si une femme enceinte était vaccinée par inadvertance (14%) et des questions au sujet des manifestations indésirables (10%). Une téléconférence nationale a été organisée à chaque stade de l'initiative pour clarifier les objectifs de la campagne, expliquer également les aspects techniques et organisationnels, et répondre à des questions sur la sécurité des vaccins et à des questions posées par des agents de santé ou des professionnels du secteur.

Tactique de vaccination. Des activités de vaccination de proximité (dispensaires mobiles et postes fixes) ont été entreprises au cours des deux premières semaines de la campagne, visant la population des écoles publiques et privées, des établissements publics, des usines ou des entreprises, ainsi que les supermarchés, les centres commerciaux, les gares routières et ferroviaires, les ports et les principales autoroutes. Au cours des deux dernières semaines de la campagne, des visites domiciliaires ont été effectuées auprès de femmes en âge de procréer aux heures où elles étaient le plus susceptibles de se trouver chez elles. Parallèlement, dans les zones couvertes par le PSF, des vaccinations en zones rurales étaient effectuées soit en convoquant les gens en un point central ou bien en faisant du porte à porte.

Suivi et évaluation. La campagne a pris en considération les difficultés que pose le repérage des groupes de population des grands centres urbains qui n'avaient pas fait l'objet de visites porte à porte. Afin d'assurer une couverture vaccinale supérieure à 95% un guide d'évaluation rapide a été élaboré pour permettre de repérer les principaux obstacles et les groupes de population non vaccinés. Les conclusions de l'évaluation ont permis de redéfinir les stratégies de la campagne en insistant davantage sur les campagnes de sensibilisation, la participation des administrateurs aux différents niveaux et la surveillance rapide de la couverture afin d'en garantir l'homogénéité. Les critères appliqués pour contrôler la couverture vaccinale étaient les suivants: quartiers des grandes villes, grands centres d'emploi, zones éloignées ayant difficilement accès aux services de vaccination (zones de peuplement autochtone, habitat précaire), zones frontalières et petites communes enregistrant de manière persistante une couverture faible. La surveillance de la couverture a été effectuée en même temps que la vaccination.

Une fois la campagne terminée, les autorités sanitaires ont utilisé les guides d'évaluation rapide afin de repérer les groupes de population qui n'avaient pas été vaccinés et mettre au point des moyens efficaces pour les atteindre. L'accent a été mis sur les municipalités qui n'avaient pas obtenu une couverture vaccinale de 95%. Cet effort local rigoureux au cours de la phase finale de la campagne a permis d'augmenter encore la couverture d'environ 10%.

Sécurité des vaccins. Un système de réponse rapide a été mis en place pour la notification des réactions indésirables. De même, afin de réduire les risques d'infections transmises par le sang dues à des piqûres accidentelles par des aiguilles pour les agents de santé et la communauté, un système d'élimination a été mis au point pour permettre la collecte et l'élimination hygiéniques des seringues et aiguilles. Un protocole a également été mis en place pour assurer le

women who were inadvertently vaccinated while they were pregnant. During the first phase of the campaign, there were 6 634 pregnant women registered who had been vaccinated. Of these, 1 037 were susceptible during the time of vaccination and 566 were pending laboratory results.

Initial campaign results

Preliminary reports indicate that Brazil's rubella vaccination campaign carried out in 13 states reached a coverage of 93% of the target population of 15 million women of childbearing age. Municipalities that failed to reach coverage over 95% have continued with mop-up vaccination among unvaccinated groups that were identified through rapid monitoring of coverage. Women who were pregnant (1 126 585) during the campaign will be vaccinated immediately after they have given birth.

Phase II

During the second phase of the initiative, over 12 million women of childbearing age between the ages of 12 to 39 years will be vaccinated with MR vaccine in 11 states (Amapá, Bahia, Ceará, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Piauí, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina and Tocantins). The campaign is scheduled to take place between 15 June and 5 July 2002 and will include the vaccination of more than 370 000 susceptible indigenous populations (Fig. 3).

suivi des femmes vaccinées par inadvertance alors qu'elles étaient enceintes. Pendant la première phase de la campagne, on a enregistré 6 634 femmes enceintes vaccinées, dont 1 037 étaient sensibles au moment de la vaccination et 566 en attente de résultats de laboratoire.

Premiers résultats de la campagne

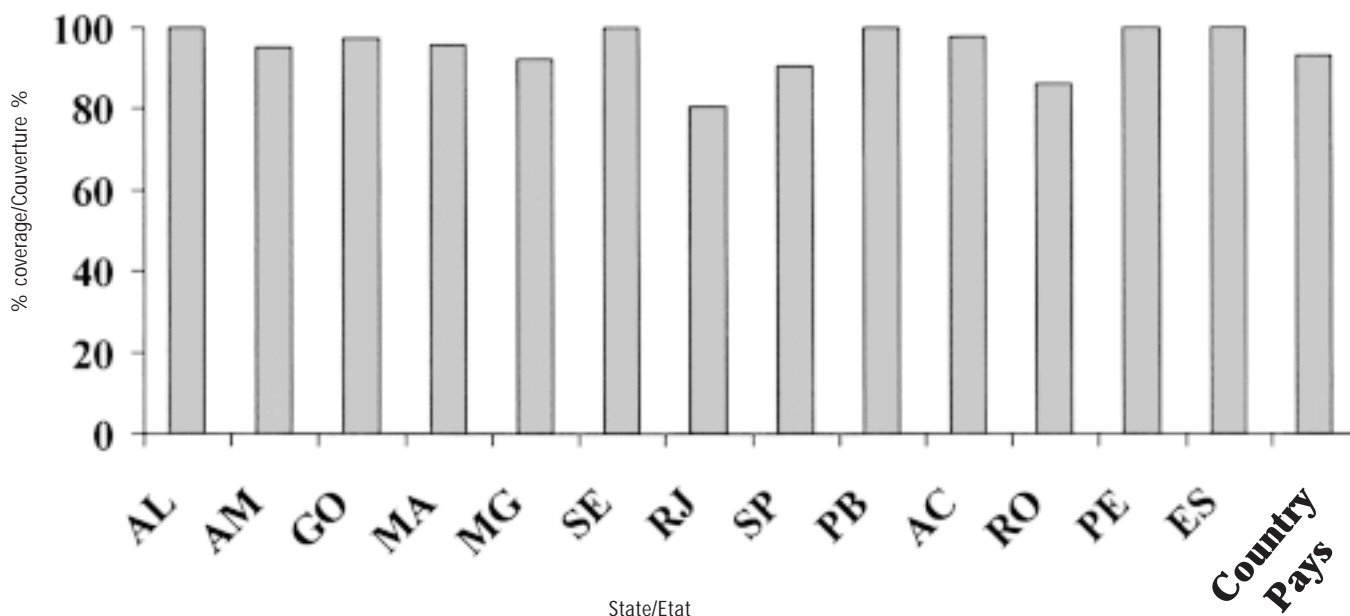
Les premiers rapports indiquent que la campagne de vaccination antirubéoleuse menée au Brésil dans 13 états a permis d'obtenir une couverture de 93% de la population cible de 15 millions de femmes en âge de procréer. Les municipalités qui n'avaient pas atteint une couverture supérieure à 95% ont poursuivi des vaccinations de rattrapage parmi les groupes non vaccinés répertoriés à travers une surveillance rapide. Les femmes enceintes (1 126 585) pendant la campagne seront vaccinées immédiatement après leur accouchement.

Phase II

Pendant la deuxième phase de l'initiative, plus de 12 millions de femmes de 12 à 39 ans et en âge de procréer seront vaccinées avec le vaccin RR dans 11 états (Amapá, Bahia, Ceará, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Piauí, Rio Grande do Sul, Roraima, Santa Catarina, et Tocantins). La campagne doit avoir lieu entre le 15 juin et le 5 juillet 2002 et il est prévu de vacciner plus de 370 000 personnes sensibles appartenant aux populations autochtones (Fig. 3).

Fig. 3 Rubella vaccination campaign among women of childbearing age by state, Brazil, 2001

Fig. 3 Campagne de vaccination antirubéoleuse chez les femmes en âge de procréer par état, Brésil, 2001



Editorial note. In 1996, an enhanced surveillance system for measles was developed in support of the regional goal of measles eradication established by all countries in the Americas in 1994. Information generated by this system showed widespread circulation of rubella virus in several countries in the Americas. This epidemiological situation has made rubella and CRS a serious public health problem in the Americas.

Note de la rédaction. En 1996, un système de surveillance renforcée de la rougeole a été mis au point afin de soutenir le but régional d'éradication de la rougeole fixé par l'ensemble des pays des Amériques en 1994. Les informations fournies par ce système ont fait apparaître une circulation généralisée du virus de la rubéole dans plusieurs pays des Amériques. Cette situation épidémiologique a fait de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale un grave problème de santé publique dans les Amériques.

Based on these data and the fact that there were safe, effective and inexpensive vaccines, the Pan American Health Organization (PAHO) Technical Advisory Committee for Vaccine Preventable Diseases recommended in 1997 the implementation of a regional initiative to strengthen rubella and CRS prevention efforts. This initiative called on the one hand for the reduction of the number of susceptible women of childbearing age (WCBA) and, on the other hand, for supporting countries in the development of integrated surveillance systems for measles and rubella, and the implementation of CRS surveillance using adequate techniques to carry out laboratory diagnosis and isolate etiological agents.

Of the 44 countries and territories in the western hemisphere, 40 have already introduced routine childhood rubella programmes, and several have embarked on the accelerated control of rubella and prevention of CRS. The principal goal of a rubella control strategy in the Americas is to prevent the occurrence of CRS. Most countries in the region have already implemented routine childhood rubella vaccination, and this schedule is protecting children as they reach their first year of life. Nevertheless, this vaccination strategy will likely take over 20 years to control CRS as several cohorts of women of childbearing age will remain susceptible to rubella virus. PAHO, therefore, has been actively engaged during the past two years in supporting country efforts to accelerate the control of rubella through the implementation of a one-time adult mass vaccination campaign. This strategy would achieve a more rapid decrease of rubella cases and of infants born with CRS. An accelerated rubella control strategy would also prevent the occurrence of the approximately 20 000 CRS cases per year in the Americas and result in substantial savings from disability costs associated with this severe condition.

The English-speaking countries of the Caribbean and Brazil, Chile, Costa Rica and Cuba have already implemented accelerated control of rubella and CRS prevention. These initiatives are providing useful knowledge and experience of the implementation of adequate vaccination strategies, as well as on lessons learned in mass vaccination campaigns of adult populations that will greatly aid in the implementation of similar campaigns in the region and worldwide. ■

Sur la base de ces données et du fait qu'il existe des vaccins sûrs, efficaces et peu coûteux, le Comité consultatif technique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour les maladies évitables par la vaccination a recommandé en 1997 la mise en œuvre d'une initiative régionale visant à renforcer les efforts de prévention de la rubéole et du SRC. L'initiative visait d'une part à réduire le nombre de femmes en âge de procréer sensibles, et d'autre part à aider les pays à mettre en place des systèmes de surveillance intégrés pour la rougeole et la rubéole, ainsi qu'une surveillance du SRC au moyen de techniques adéquates afin de permettre le diagnostic au laboratoire et l'isolement des agents étiologiques.

Sur les 44 pays et territoires de l'hémisphère occidental, 40 avaient déjà mis en place des programmes systématiques de lutte contre la rubéole chez l'enfant, et plusieurs avaient déjà entamé des programmes de lutte accélérée contre la rubéole et de prévention du SRC. Le principal objectif de la stratégie de lutte antirubéoleuse dans les Amériques consiste à prévenir la survenue du SRC. La plupart des pays de la Région appliquent déjà la vaccination antirubéoleuse systématique de l'enfant, ce qui permet de protéger les enfants au moment où ils atteignent leur première année de vie. Néanmoins, avec cette stratégie de vaccination, il faudra vraisemblablement plus de 20 ans pour maîtriser le SRC, car plusieurs cohortes de femmes en âge de procréer resteront sensibles au virus de la rubéole. L'OPS s'est donc engagée activement depuis deux ans afin d'aider les pays à accélérer la lutte antirubéoleuse en organisant une campagne de vaccination de masse unique chez les adultes. Cette stratégie devrait permettre d'obtenir une diminution plus rapide du nombre de cas de rubéole et du nombre de nourrissons nés avec le syndrome de rubéole congénitale. Une stratégie accélérée de lutte contre la rubéole éviterait également la survenue de quelque 20 000 cas de SRC par an dans les Amériques et se traduirait par des économies substantielles sur les dépenses liées aux incapacités associées à cette affection grave.

Les pays anglophones des Caraïbes, ainsi que le Brésil, le Chili, le Costa Rica et Cuba ont déjà mis en place des programmes de lutte antirubéoleuse accélérée de prévention du SRC. Ces initiatives fournissent des connaissances et des données d'expérience utiles sur la mise en œuvre des stratégies de vaccination adéquates, ainsi que des enseignements sur la vaccination de masse de la population adulte, qui faciliteront considérablement la réalisation de campagnes analogues dans la Région et ailleurs dans le monde. ■

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. 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. 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.

Influenza

Australie (18 May 2002).¹ An outbreak of influenza was detected in a secondary school where more than 100 students were affected. Two out of 6 students were tested positive for influenza B. Previous outbreaks in January and February were due to influenza A.

New Caledonia (5 May 2002).² Local outbreaks of influenza A continued to be detected. Most of the confirmed cases were infants in intensive care units. To date, of 146 confirmed cases, 74 were reported from the sentinel network. Most of the virus isolates were detected during the third week of April. Confirmed cases in the northern province of Koné show that the virus has spread to all of the territory.

United States of America (5 May 2002).³ The overall proportion of consultations with sentinel physicians for influenza-like illness has been below the national baseline since the third week of March. The proportion of deaths attributed to pneumonia and influenza has remained below the epidemic threshold since the first week of April. Influenza A virus has predominated over influenza B virus since the beginning of the season and during most of the outbreaks. Most of the influenza A viruses were subtype A(H3N2). The percentage of type B influenza isolates increased from 3% during the last week of February to 90% during the first week of May. Influenza B viruses have been more frequently reported than influenza A viruses for each week since the end of March. ■

¹ See No. 13, 2002, p. 107.

² See No. 18, 2002, p. 155.

³ See No. 8, 2002, p. 67.

Grippe

Australie (18 mai 2002).¹ Une flambée de grippe a été dépistée dans un lycée où plus de 100 élèves ont été touchés. Deux élèves sur 6 se sont avérés positifs au virus grippal B. Les précédentes flambées de janvier et de février ont été causées par le virus grippal A.

Nouvelle-Calédonie (5 mai 2002).² On a continué à détecter des flambées locales de grippe A. La plupart des cas confirmés étaient des enfants en bas âge placés dans des unités de soins intensifs. A ce jour, sur 146 cas confirmés, 74 ont été signalés au réseau sentinelle. La majorité des cas a été détectée au cours de la troisième semaine d'avril. Des cas confirmés à Koné, une province du nord, montrent que le virus s'est propagé dans tout le territoire.

Etats-Unis d'Amérique (5 mai 2002).³ La proportion globale pour syndromes grippaux auprès des médecins-sentinelles s'est maintenue au-dessous du seuil épidémique depuis la troisième semaine de mars. La proportion de décès attribués à la pneumonie et à la grippe est restée en dessous du seuil épidémique depuis la première semaine d'avril. Depuis le début de la saison et pendant la plupart des flambées, les virus grippaux A ont prédominé sur les virus grippaux B. La plupart des virus grippaux étaient sous-typés A(H3N2). Le pourcentage d'isolements grippaux de type B a augmenté de 3% au cours de la dernière semaine de février et de 90% pendant la première semaine de mai. Chaque semaine depuis la fin du mois de mars, on a plus souvent signalé des virus grippaux B que des virus grippaux A. ■

¹ Voir N° 13, 2002, p. 107.

² Voir N° 18, 2002, p. 155.

³ Voir N° 8, 2002, p. 67.

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 17 to 23 May 2002 / Notifications de maladies reçues du 17 au 23 mai 2002

Cholera / Choléra		Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès		
Africa / Afrique						
Malawi	1.I-7.IV			Uganda / Ouganda	15-21.IV	
.....	3 710	101		13	1
Somalia / Somalie	12.III-10.V			Asia / Asie		
.....	881	72		India / Inde	1.I-16.III	
South Africa / Afrique du Sud	1.I-18.IV			288	0
.....	705	64				

WWW access • <http://www.who.int/wer>

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

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

Contact: wantzc@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

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

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

Contact: wantzc@who.int