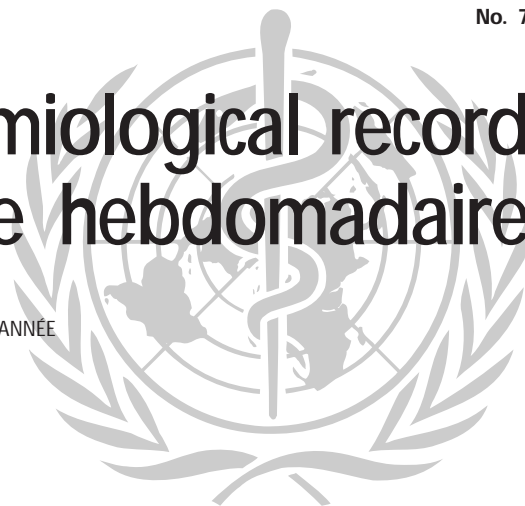


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

14 FEBRUARY 2003, 78th YEAR / 14 FÉVRIER 2003, 78^e ANNÉE

No. 7, 2003, 78, 41-48

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

Contents

- 41 Outbreak news
 - Suspected acute haemorrhagic fever syndrome, Congo
 - Acute respiratory syndrome, China
- 42 Global status of immunization safety: a report based on the WHO/UNICEF Joint Reporting Form
- 48 Influenza
- 48 International Health Regulations

Sommaire

- 41 Le point sur les épidémies
 - Syndrome de la fièvre hémorragique aiguë présumée, Congo
 - Syndrome respiratoire aigu, Chine
- 42 La sécurité vaccinale dans le monde: bilan d'après le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF
- 48 Grippe
- 48 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 334.-

6.500.2.2003
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Suspected acute haemorrhagic fever syndrome, Congo

As of 12 February 2003, a total of 61 suspected cases of acute haemorrhagic fever syndrome has been reported in the districts of Mbomo (7 cases, 4 deaths) and Kellé (54 cases, 44 deaths) in Cuvette Ouest Region. A team is in the field and clinical samples have been collected. These will be tested by the Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), Gabon. Volunteers from the national Red Cross Society are informing and mobilizing communities in the region. A National Coordination Committee to contain the outbreak has been established in Brazzaville under the Direction Générale de la Santé, assisted by WHO and other international partners.

Acute respiratory syndrome, China

Health officials from Guangdong Province have reported a total of 305 cases and 5 deaths of acute respiratory syndrome between 16 November and 9 February 2003. A team from the Chinese Ministry of Health is working with Guangdong health officials to investigate the outbreak and collect samples for laboratory analysis. To date, virus isolation for influenza has been negative. Cases have been reported from 6 municipalities in Guangdong Province: Foshan, Guangzhou, Heyuan, Jiangmen, Shenzhen and Zhongshan. No new cases have been reported in Foshan, Heyuan and Zhongshan during the first week of February and the number of new cases is decreasing in Guangzhou, Jiangmen and Shenzhen municipalities. ■

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Syndrome de la fièvre hémorragique aiguë présumée, Congo

Au 12 février 2003, un total de 61 cas de syndrome de fièvre hémorragique aiguë présumée a été signalé dans les districts de Mbomo (7 cas, 4 décès) et de Kellé (54 cas, 44 décès), situés dans la Cuvette Ouest de la région. Une équipe est sur le terrain et des échantillons cliniques ont été recueillis. Ils seront testés par le Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), Gabon. Des volontaires de la Société de la Croix-Rouge renseignent et mobilisent les communautés de la région. Un Comité national de coordination a été créé à Brazzaville sous l'égide de la Direction Générale de la Santé afin de limiter la propagation de la flambée et il est assisté par l'OMS et d'autres partenaires internationaux.

Syndrome respiratoire aigu, Chine

Les fonctionnaires de santé de la Province de Guangdong ont signalé 305 cas et 5 décès dus au syndrome respiratoire aigu, entre le 16 novembre 2002 et le 9 février 2003. Une équipe du Ministère de la santé chinois collabore avec les fonctionnaires de santé de Guangdong afin de mener l'enquête sur cette flambée et collecter des échantillons pour analyses en laboratoire. A ce jour, aucun virus grippal n'a été isolé. Des cas ont été signalés dans 6 municipalités de la Province de Guangdong: Foshan, Guangzhou, Heyuan, Jiangmen, Shenzhen et Zhongshan. Aucun nouveau cas n'a été signalé dans les villes de Foshan, Heyuan et Zhongshan au cours de la première semaine de février et le nombre de nouveaux cas est en baisse à Guangzhou, Jiangmen et Shenzhen. ■

Global status of immunization safety: a report based on the WHO/UNICEF Joint Reporting Form

Introduction

Immunization safety – ensuring and monitoring the safety of all aspects of immunization, including vaccine quality, vaccine administration, and the disposal of used immunization injection equipment – remains one of the challenges of national immunization programmes. Adverse events or rumours of adverse events following immunization are often poorly managed. If not rapidly and effectively dealt with, these events can undermine public confidence in immunization, and ultimately result in reduced immunization coverage and increased disease incidence. Several studies and reports show that unsterile injection practices in immunization and curative services can carry the potential for bloodborne transmission of diseases to injection recipients and health care providers.

In the past four years, the WHO Department of Vaccines and Biologicals has focused increasingly on ensuring the safety of all immunizations given by national immunization programmes. This is being achieved through several activities, including (a) preventing unsafe immunizations by ensuring safe and effective systems for vaccine delivery and safe management of sharps; and (b) the early management of risks by establishing efficient mechanisms that involve national regulatory authorities, immunization managers, and vaccine producers, for the timely detection of and prompt response to serious or potentially serious adverse events following immunization (AEFI).

The 1999 WHO–UNICEF–UNFPA¹ joint statement on injection safety called on countries to take action to use only auto-disable (AD) syringes for immunization injections by the end of 2003. The joint statement also urged countries to implement a “bundling” policy whereby good-quality vaccines, AD syringes, and safety boxes are considered as three critical components of supply for immunization programmes. This statement is now endorsed by more than 10 major donors and partner agencies, including the World Medical Association and the International Council of Nurses. It is estimated that 220 million AD syringes (and 2.2 million safety boxes) were distributed through UNICEF in 2001 and an additional 400 million through direct procurement by countries. By some projections, the yearly distribution of AD syringes for immunization programmes will increase beyond 1.5 billion after the year 2003.

Indicators of immunization safety

To describe the global status of immunization safety, data reported by WHO Member States were analysed for 2000 and 2001. Those and other immunization data (immunization schedules, coverage, and other performance indicators) are reported annually to WHO and UNICEF through a common reporting process using a standardized WHO/

¹ WHO–UNICEF–UNFPA* joint statement on the use of auto-disable syringes in immunization services (WHO/V&B/99.25).

* (World Health Organization–United Nations Children's Fund–United Nations Population Fund).

La sécurité vaccinale dans le monde: bilan d'après le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF

Introduction

La sécurité vaccinale, qui consiste à prendre les mesures de sécurité nécessaires et à vérifier leur application à tous les stades de la vaccination (qualité des vaccins, administration et élimination du matériel d'injection usagé), demeure un problème dans les programmes nationaux de vaccination. L'attitude adoptée en cas de manifestations post-vaccinales indésirables ou de rumeurs à ce sujet est souvent mal adaptée. Si elles ne sont pas prises en charge rapidement et efficacement, ces manifestations peuvent discréditer la vaccination aux yeux du public, avec pour conséquences une baisse du taux de couverture vaccinale et une augmentation du taux d'incidence de la maladie. Plusieurs études et observations mettent en évidence un risque de transmission de maladies hématogènes aux patients et au personnel de santé lorsque les injections sont pratiquées en conditions non stériles par les services de vaccination ou de soins.

Depuis quatre ans, le Département de l'OMS Vaccins et produits biologiques se préoccupe de plus en plus de la sécurité de toutes les vaccinations effectuées dans le cadre des programmes nationaux et s'emploie notamment à a) instaurer des systèmes sûrs et efficaces d'administration des vaccins et d'élimination des objets piquants ou tranchants; et b) parer aux risques en mettant en place des mécanismes performants faisant intervenir les autorités nationales de réglementation, les responsables de la vaccination et les fabricants de vaccins pour déceler sans retard les manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) graves ou potentiellement graves et prendre rapidement les mesures qui s'imposent.

Dans leur déclaration conjointe de 1999 sur la sécurité des injections, l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP¹ ont instamment demandé aux pays de prendre des dispositions pour utiliser uniquement des seringues autobloquantes pour les vaccinations avant la fin de 2003 et d'appliquer le principe d'approvisionnement des programmes de vaccination sous forme de lot incluant: des vaccins de qualité, des seringues autobloquantes et des conteneurs de sécurité. Cette déclaration a été approuvée par plus de 10 de plus importants donateurs et organismes partenaires, dont l'Association médicale mondiale et le Conseil international des Infirmières. On estime que l'UNICEF a distribué 220 millions de seringues autobloquantes (et 2,2 millions de conteneurs de sécurité) en 2001 et que les pays en ont directement acheté 400 millions supplémentaires. D'après certaines projections, le nombre de seringues autobloquantes distribuées chaque année aux programmes de vaccination sera supérieur à 1,5 milliard après 2003.

Indicateurs de la sécurité vaccinale

Les données communiquées par les Etats Membres de l'OMS pour 2000 et 2001 ont été analysées afin de dresser un bilan de la sécurité vaccinale dans le monde. Tous les ans, les pays transmettent à l'OMS et à l'UNICEF des données à ce sujet ainsi que d'autres informations sur la vaccination (calendriers vaccinaux, couverture et autres indicateurs de performance) selon un système commun

¹ Déclaration conjointe OMS-UNICEF-FNUAP* sur l'emploi de seringues autobloquantes dans les services de vaccination (WHO/V&B/99.25).

* (Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Fonds des Nations Unies pour la Population).

UNICEF Joint Reporting Form, in an effort to minimize the reporting burden on countries.² The content of the Joint Reporting Form has been developed through a consensus process among staff from UNICEF, WHO and selected ministries of health. The indicators reported in this paper are: (a) the proportion of countries with national safe injection plans, including safe immunization strategies and a sharps waste management component detailed down to district level, as part of their national immunization plans; (b) the proportion of countries using AD syringes (with or without other types of injection equipment) for routine immunizations; (c) the proportion of countries distributing sharps boxes routinely with all vaccine deliveries to the peripheral level; (d) the method(s) of sharps waste management recommended by national policy; and (e) the proportion of countries with a monitoring system for AEFIs.

Estimates for 2000 and 2001 are reported in this paper for 191 Member States of WHO. Where no data were reported for a particular variable, a negative value has been assumed. Because the greatest gaps in injection safety are seen in non-industrialized countries³ and because relatively more complete data are available from those countries through the Joint Reporting Form, the data relating to injection safety are reported here for those countries only. Data relating to a monitoring system for AEFI are reported for all Member States.

Injection safety indicators

The proportion of non-industrialized countries reporting that they had a national safe injection plan increased from 50% in 2000 to 65% in 2001 (*Table 1*). The biggest increase was observed in the European Region (where the proportion almost doubled from 35% to 67%), the African Region (44% to 61%) and the Region of the Americas (39% to 58%). These increases were due partly to better reporting by Member countries. For example, in the European Region, 10 of the countries that reported a safe injection plan in 2001 had previously not reported any data for 2000.

The proportion of non-industrialized countries reporting the use of AD syringes for routine immunizations remains low at 42% in 2001 compared with 34% in 2000 (*Fig. 1*). An improvement was seen in three of the six regions, namely the African Region (39% to 59%), the Western Pacific Region (38% to 46%) and the Region of the Americas (27% to 36%). As with the previous indicator, the improvement was due in part to more complete reporting of data on the type of injection equipment; overall, 30% of non-industrialized Member countries did not report such data for 2000 compared with 19% for 2001. The trend in use of AD syringes was more difficult to interpret in the other three regions because of missing data. Some 52% of countries still reported using standard disposable equipment in 2001, although UNICEF terminated procurement service contracts for standard disposables as of 1 January 2001 and the joint statement urged that they should no longer be used for immunization by the end of 2001.

de notification, le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF, ayant été conçu pour leur simplifier la tâche.² Ce formulaire est le fruit d'un consensus entre le personnel de l'UNICEF, de l'OMS et de plusieurs ministères de la santé. Les indicateurs dont il est fait état ici sont: a) la proportion de pays qui ont inclus dans leurs plans nationaux de vaccination des plans de sécurité des injections, y compris des stratégies de sécurité vaccinale et un volet sur l'élimination des objets piquants ou tranchants qui donnent des instructions détaillées au niveau du district; b) la proportion de pays qui utilisent des seringues autobloquantes (et d'autres types de matériel d'injection ou non) pour les vaccinations systématiques; c) la proportion de pays qui distribuent systématiquement des conteneurs de sécurité avec toutes les livraisons de vaccins au niveau périphérique; d) la ou les méthodes d'élimination des objets piquants ou tranchants recommandées par la politique nationale; et e) la proportion de pays qui ont un système de surveillance des MAPI.

Les estimations données ici concernent 191 Etats Membres de l'OMS et portent sur les années 2000 et 2001. Lorsqu'aucune donnée n'a été communiquée pour l'une des variables, on a considéré que la valeur était négative. Etant donné que les pays non industrialisés ont davantage de problèmes de sécurité des injections³ et que le formulaire conjoint de déclaration permet d'obtenir d'eux des informations relativement plus complètes, les chiffres présentés ici sur la sécurité des injections ne concernent que ces pays. En revanche, les données relatives au système de surveillance des MAPI concernent tous les Etats Membres.

Indicateurs de la sécurité des injections

La proportion de pays non industrialisés qui déclarent avoir un plan national de sécurité des injections est passée de 50% en 2000 à 65% à 2001 (*Tableau 1*). La progression est particulièrement sensible dans la Région européenne (où elle a presque doublé, passant de 35% à 67%), dans la Région africaine (de 44% à 61%) et dans la Région des Amériques (de 39% à 58%). Elle est en partie due à une meilleure notification de la part des Etats Membres. Dans la Région européenne par exemple, 10 des pays qui ont déclaré avoir un plan de sécurité des injections en 2001 n'avaient rien signalé pour l'an 2000.

La proportion de pays non industrialisés qui déclarent utiliser des seringues autobloquantes pour les vaccinations systématiques demeure faible: 42% en 2001, contre 34% en 2000 (*Fig. 1*). On constate une amélioration dans 3 des 6 Régions, la Région africaine (de 39% à 59%), la Région du Pacifique occidental (de 38% à 46%) et la Région des Amériques (de 27% à 36%). Comme pour le précédent indicateur, ces progrès sont en partie dus à l'obtention de renseignements plus complets sur le type de matériel d'injection; globalement, 30% des Etats Membres non industrialisés n'ont rien fait savoir sur ce point en 2000; ils n'étaient plus que 19% en 2001. La tendance concernant l'utilisation des seringues autobloquantes dans les trois autres Régions est plus difficile à interpréter en raison du manque de données. Quelque 52% des pays déclaraient utiliser encore du matériel jetable classique en 2001, alors que l'UNICEF a mis fin aux contrats d'approvisionnement pour l'acquisition de ce type de matériel le 1^{er} janvier 2001 et qu'il est précisé dans la déclaration que, dès la fin de 2001, il ne doit plus être utilisé pour des vaccinations.

² WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system: 2002 global summary. WHO/V&B/02.20

³ Définis, dans l'étude des Nations Unies sur la situation économique et sociale dans le monde, comme les pays les moins avancés, les pays en développement et les pays en transition.

² WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system: 2002 global summary. WHO/V&B/02.20.

³ Définis, dans l'étude des Nations Unies sur la situation économique et sociale dans le monde, comme les pays les moins avancés, les pays en développement et les pays en transition.

The analysis of the distribution of sharps boxes was based on countries reporting use of standard disposable and/or AD syringes. Among 95 such countries in 2000 and 124 in 2001, 58% and 67% respectively reported routine distribution of sharps boxes with vaccine supplies to the peripheral level (*Table 1*). Notable increases were recorded for the African Region (from 48% in 2000 to 78% in 2001) and the Region of the Americas (64% to 80%). In the remaining regions, the data suggest that, while the number using standard disposable and/or AD syringes has increased, the number of countries in which sharps boxes are routinely provided has not increased proportionally. It is worth noting that the completeness of reporting for these data was much higher (only 4 and 6 countries with missing data for 2000 and 2001 respectively) than the other safety data reported. Hence the improvements observed can be considered more valid and less likely to be due simply to better reporting.

L'analyse de la distribution des conteneurs de sécurité concerne les pays qui déclarent utiliser un matériel jetable standard et/ou une seringue autobloquante. Au nombre de 95 en 2000 et de 124 en 2001, ils étaient respectivement 58% et 67% à déclarer distribuer systématiquement des conteneurs de sécurité avec les livraisons de vaccins au niveau périphérique (*Tableau 1*). La progression est notable dans la Région africaine (de 48% en 2000 à 78% en 2001) et dans la Région des Amériques (de 64% à 80%). Dans les autres Régions, les données semblent indiquer que, bien que les pays soient plus nombreux à employer du matériel jetable classique et/ou une seringue autobloquante, le nombre de pays qui fournissent systématiquement des conteneurs de sécurité n'a pas augmenté proportionnellement. Il convient de noter que les informations communiquées à ce sujet sont bien plus complètes (seuls 4 pays n'ont rien déclaré en 2000 et 6 en 2001) que les autres données sur la sécurité. On peut donc considérer que les progrès constatés sont moins le fait d'une meilleure notification que d'une amélioration réelle.

Table 1. **Percentage of Member countries meeting selected indicators, based on WHO/UNICEF Joint Reporting Form**
 Tableau 1. **Pourcentage d'Etats Membres qui satisfont aux indicateurs sélectionnés, d'après le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF**

	Total countries Total pays	African Region Région africaine	Region of the Americas Région des Amériques	Eastern Mediterranean Region Région de la Méditerranée orientale	European Region Région européenne	South-East Asia Region Région de l'Asie du Sud-Est	Western Pacific Region Région du Pacifique occidental	
Non-industrialized countries ^a with a national safe injection plan – Pays non industrialisés ^a qui ont un plan national de sécurité des injections								
Denominator – Dénominateur	165	46	33	22	30	10	24	
Proportion of countries								
2000	50.0	43.5	39.4	63.6	34.5	60.0	79.2	
2001	64.2	60.9	57.6	63.6	66.7	60.0	79.2	
Non-industrialized countries ^b reporting routine distribution of sharps boxes – Pays non industrialisés ^b qui déclarent distribuer systématiquement des conteneurs de sécurité								
Denominator								
Dénominateur	2000	95	27	14	17	16	5	16
Proportion of countries								
Proportion de pays		57.9	48.1	64.3	76.5	31.3	40.0	81.3
Denominator								
Dénominateur	2001	124	37	20	15	27	6	19
Proportion of countries								
Proportion de pays		66.9	78.4	80.0	66.7	40.7	33.3	78.9
Countries reporting an AEFI monitoring system – Pays qui déclarent avoir un système de surveillance des MPI								
Denominator – Dénominateur	191	46	35	22	51	10	27	
Proportion of countries								
Proportion de pays	2000	44.5	32.6	45.7	54.5	39.2	70.0	55.6
	2001	53.4	41.3	48.6	59.1	62.7	60.0	55.6

^a Defined as least-developed countries, developing countries and economies in transition according to the United Nations World Economic and Social Survey. – Définis, dans l'étude des Nations Unies sur la situation économique et sociale dans le monde, les pays les moins avancés, comme les pays en développement et les pays en transition.

^b Among countries reporting use of standard disposable and/or AD syringes (denominators as shown). – Parmi les pays qui déclarent utiliser des seringues jetables standards et/ou des seringues autobloquantes (dénominateurs selon indication).

Approximately 65% and 69% of countries using standard disposable and/or AD syringes in 2000 and 2001 respectively reported incineration as the national policy or recommended practice for sharps waste management. Another 41% in 2000 and 48% in 2001 reported open burning as the recommended method, while 27% in 2000 and 38% in 2001 reported burial as the recommended method. Overall, 47% of countries in 2000 and 60% in 2001 reported at least

Environ 65% et 69% des pays qui, en 2000 et 2001 respectivement, utilisaient un matériel jetable standard et/ou une seringue autobloquante ont indiqué que l'incinération était la politique nationale ou la pratique recommandée pour l'élimination des objets piquants ou tranchants. Ils étaient 41% en 2000 et 48% en 2001 à recommander le brûlage à l'air libre, tandis que 27% en 2000 et 38% en 2001 préconisaient l'enfouissement. Sur l'ensemble, 47% des pays en 2000 et 60% en 2001 recommandaient au moins deux

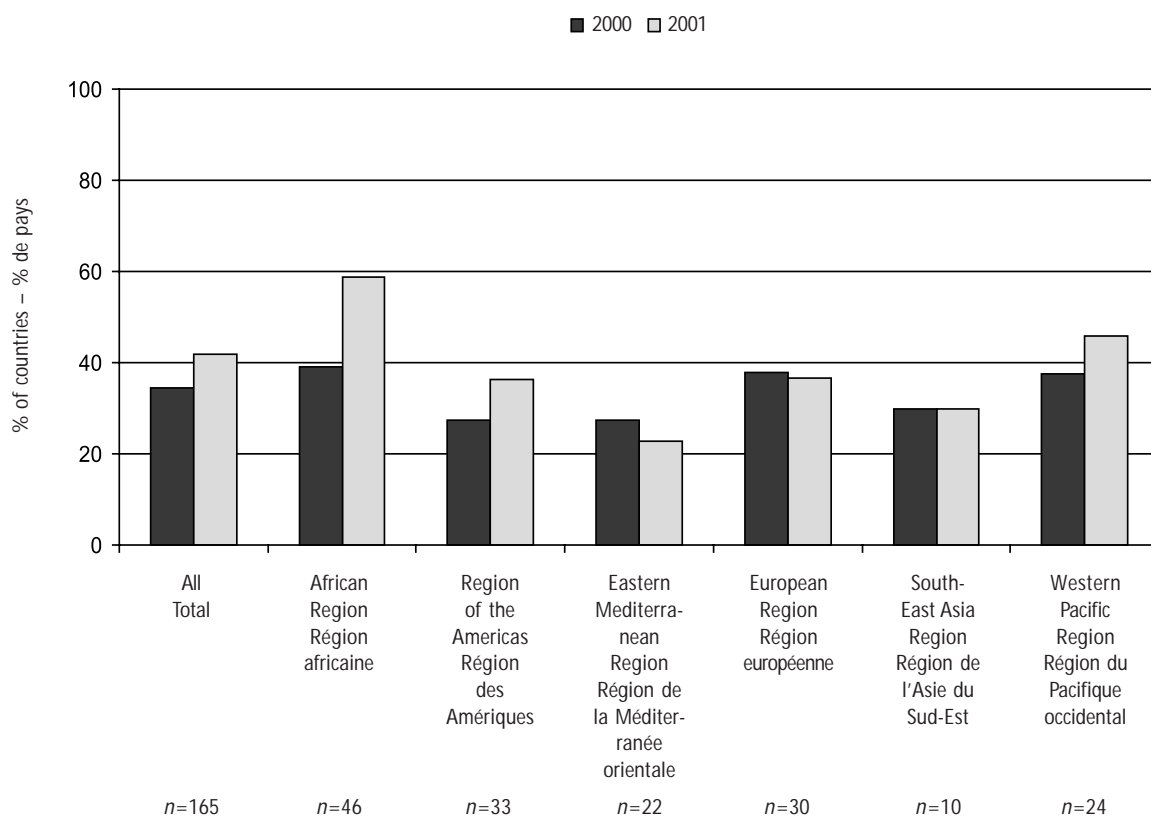
two (non-mutually exclusive) methods as the recommended practice. These data are difficult to interpret as the quality of the reported data is not certain. Further, these data were reported with regard to policy and do not necessarily reflect the appropriate use of incineration (defined in the Joint Reporting Form as “closed methods of burning that ensure complete combustion of the waste material”) or actual use of any of the other reported method(s) of waste management. Indeed, observations from injection safety assessments and observations during mass immunization campaigns or visits to health facilities providing routine immunization have shown that structures described as “incinerators” are sometimes substandard with respect to the capacity for complete combustion of waste at recommended temperatures (>800 °C).

Moderate to high improvement has been achieved in the various immunization safety indicators reported above. In some instances this is due to more complete reporting of data by countries, reflecting recent efforts by WHO-UNICEF and other stakeholders to improve the reporting tool itself and thereby the quality of the reported data. In turn, countries have responded with better reporting as evidenced by the available data.

méthodes (ne s'excluant pas mutuellement); ces chiffres sont difficiles à interpréter car la qualité des données communiquées est incertaine. En outre, il s'agit de la politique préconisée et les données ne prouvent pas nécessairement que l'incinération est effectuée comme il faut (c'est-à-dire d'après le formulaire conjoint de déclaration, selon des «méthodes d'incinération en milieu fermé qui garantissent la complète combustion des déchets») ni qu'aucune des autres méthodes d'élimination des déchets signalées est réellement utilisée. Il ressort d'ailleurs d'observations faites lors de contrôles de la sécurité des injections, lors de campagnes de vaccination de masse ou d'inspections des établissements de santé qui assurent la vaccination régulière que, parfois, les installations décrites comme des «incinérateurs» ne garantissent pas la combustion complète des déchets aux températures recommandées (>800 °C).

Les différents indicateurs de la sécurité vaccinale dont il est fait état plus haut ont connu une amélioration forte à modérée, parfois due au fait que les pays ont fourni des renseignements plus complets grâce aux efforts récemment entrepris par l'OMS-UNICEF et d'autres parties prenantes pour améliorer l'outil de notification et, ce faisant, la qualité des données. De leur côté, les pays ont montré plus d'application dans le retour d'information, ainsi qu'il ressort des données obtenues.

Fig. 1. Non-industrialized countries^a reporting use of AD syringes for routine immunizations, 2000–2001
 Fig. 1. Pays non industrialisés^a déclarant utiliser des seringues autobloquantes pour les vaccinations systématiques, 2000-2001



^a Least-developed countries, developing countries and economies in transition. – Pays les moins avancés, pays en développement et pays en transition.

Source: WHO/UNICEF Joint Reporting Form, 2000-2001.

An increasing number of countries report having a safe injection plan. However, these data do not offer an assessment of the quality of the plans, particularly specific strategies to address immunization safety, including sharps waste management. In addition, despite efforts to improve on data quality by recent revisions in the Joint Reporting Form, it is unclear whether all countries that report having a plan have one that is detailed to the district level.

The availability of AD syringes has been helped by the creation of the Vaccine Fund by the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) as a financing instrument for the lowest-income countries, and inclusion of AD syringes with all new vaccines supplied by the Fund. The GAVI Vaccine Fund also provides specific support for injection safety, with current commitments in excess of US \$61 million. A process of technology transfer for the local production of AD syringes in selected countries is also helping to ensure adequate supply of AD syringes at reduced cost. With the increased use of AD syringes, the reuse of non-sterile injection equipment for immunizations is being largely prevented in many countries. However, despite the increasing number of countries reporting use of AD syringes for immunizations, safety remains a problem in some countries as the change of injection technology represents a major challenge particularly in the area of sharps waste management. The data presented, further supported by independent data from injection safety assessments in a limited number of countries, show that safety boxes are not yet systematically distributed with vaccines and injection equipment as recommended in the WHO-UNICEF-UNFPA joint statement. Few countries are implementing recommended sharps waste technology or methods. WHO, UNICEF and other partners are actively promoting the phased introduction of AD syringes and their safe disposal, and supporting countries in achieving these new standards. Several documents have been published by WHO and other partners to help the transition, including a recently published guide to assist countries with the introduction of AD syringes,⁴ aides-mémoire on the safety of mass immunization campaign, on safe health care waste management, and on waste management during mass immunization campaigns, and other documents related to the introduction of AD syringes.

A separate analysis was done for the proportion of countries with *sterile immunization injection practices* as a critical indicator of immunization safety. This was based on an algorithm developed by WHO using the Joint Reporting Form data and data from injection safety assessments, for those countries that have conducted an assessment using the standard WHO/BASICS *Tool for the assessment of injection safety*.⁵ The algorithm was based on the report of a national policy, plan and/or budget for injection safety, 100% of health facilities surveyed in an injection safety assessment observed using a sterile needle and syringe for each immunization, and – for countries still using steri-

Un nombre croissant de pays déclarent avoir un plan de sécurité des injections. Cette affirmation ne fournit cependant aucun renseignement sur la qualité du plan, et notamment sur les stratégies concrètes de sécurité vaccinale, y compris l'élimination des objets piquants ou tranchants. De plus, malgré les modifications récemment apportées au formulaire conjoint de déclaration pour obtenir des données de meilleure qualité, on ignore si les plans que les pays disent avoir sont tous détaillés au niveau du district.

Les seringues autobloquantes sont devenues plus facilement disponibles depuis que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a créé le Fonds pour les vaccins, qui sert d'instrument de financement aux pays à faible revenu et depuis qu'elles sont jointes à tous les nouveaux vaccins fournis par le Fonds. Celui-ci verse également des aides pour la sécurité des injections qui se montent actuellement à plus de US \$61 millions. Le transfert de technologie pour la production locale de seringues autobloquantes dans certains pays contribue également à un approvisionnement suffisant et à prix réduit. Dans de nombreux pays, l'utilisation de plus en plus répandue des seringues autobloquantes évite généralement que les vaccinations ne soient pratiquées avec du matériel d'injection non stérile. Toutefois, bien qu'un nombre croissant de pays déclarent utiliser des seringues autobloquantes pour les vaccinations, la sécurité demeure un problème dans certains d'entre eux, l'adoption de ce nouveau matériel présentant des difficultés importantes, notamment en ce qui concerne l'élimination des déchets piquants ou tranchants. Les données présentées, corroborées par d'autres recueillies lors d'évaluations indépendantes de la sécurité des injections dans un petit nombre de pays, révèlent que les vaccins et le matériel d'injection ne sont pas encore systématiquement distribués avec des conteneurs de sécurité, ainsi qu'il est recommandé dans la déclaration conjointe OMS-UNICEF-FNUAP. Quelques pays seulement appliquent les techniques ou méthodes d'élimination des déchets recommandées. L'OMS, l'UNICEF et d'autres partenaires encouragent activement l'adoption progressive des seringues autobloquantes et leur élimination en toute sécurité, et aident les pays à se conformer aux nouvelles normes. L'OMS et d'autres partenaires ont publié plusieurs documents pour faciliter cette transition, dont un guide sur les seringues autobloquantes paru récemment,⁴ des aide-mémoire sur la sécurité des campagnes de vaccination de masse, sur la gestion sans risque des déchets produits par les soins de santé, sur la gestion des déchets lors des campagnes de vaccination de masse, ainsi que d'autres documents concernant l'introduction des seringues autobloquantes.

On a fait une analyse distincte pour calculer la proportion de pays qui vaccinent selon des pratiques d'injection stériles, indicateur crucial de la sécurité vaccinale. Pour cela, on a appliqué un algorithme mis au point par l'OMS aux données extraites du formulaire conjoint de déclaration et des évaluations de la sécurité des injections faites par certains pays à l'aide de l'*Outil pour l'évaluation de la sécurité des injections* conçu par l'OMS et BASICS.⁵ Les critères pris en compte dans l'algorithme étaient l'existence déclarée d'une politique, d'un plan et/ou d'un budget national pour la sécurité des injections, une évaluation de la sécurité des injections révélant que 100% des établissements de santé observés utilisent une aiguille et une seringue stériles pour chaque vaccination et, pour les pays qui

⁴ "First, do no harm." *Introducing auto-disable syringes and ensuring injection safety in immunization systems of developing countries*. Geneva, World Health Organization, 2002 (document WHO/V&B/02.26; available to order from condema@who.int).

⁵ *Tool for the assessment of injection safety*. Geneva, World Health Organization, 2001 (document WHO/V&B/01.30 or WHO/BCT/01.02; available to order from condema@who.int).

⁴ «First, do no harm». *Introducing auto-disable syringes and ensuring injection safety in immunization systems of developing countries*. Geneva, World Health Organization, 2002 (document WHO/V&B/02.26 . Disponible sur commande à l'adresse condema@who.int); traduction en cours).

⁵ *Outil pour l'évaluation de la sécurité des injections*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (document WHO/V&B/01.30 ou WHO/BCT/01.02; disponible sur commande à l'adresse condema@who.int).

lizable injection equipment – 100% of health facilities surveyed having a functioning sterilizer(s) with no leaks and a complete updated register for logging “TST” (Time–Steam–Temperature) spot indicators. The global estimate of countries with sterile immunization injection practices is 22% for both 2000 and 2001. While this appears extremely low, and indicates that much progress remains to be made, it should not be assumed that there are major breaches in safety in the majority of countries. Indeed, the bar was set at 100% guaranteed sterile injections because of the importance of ensuring safety to each injection recipient and health worker. However, not meeting that target does not necessarily mean that there is direct reuse of syringes and needles for immunizations. The data needed for this assessment are currently unavailable and more countries need to objectively assess injection practices to assist with providing data.

Monitoring adverse events following immunization

In 2001, 53% of all Member countries reported having a national AEFI monitoring system compared with 45% in 2000 (*Table 1*). The proportion ranged from 33% in the African Region to 70% in the South-East Asia Region in 2000, and from 41% in the African Region to 63% in the European Region in 2001. The apparent increase in the proportion of countries is once again partly explained by improved reporting (63 countries did not report any AEFI-related data for 2000 compared with only 38 countries for 2001) and does not completely reflect an increase in the number of countries having established an AEFI monitoring system in a 12-month period. Nonetheless, moderate gains have been made by countries in establishing AEFI monitoring systems, or strengthening existing systems to a functional level. A more objective measure of the existence of a functional AEFI monitoring system is provided by the assessments of national regulatory authorities by WHO. Guidelines and background documents on adverse events, and training activities, have been made available by WHO at the country level. WHO has invested in the training of immunization managers and staff of national regulatory authorities in its Global Training Network course on AEFI. Furthermore, WHO is providing technical assistance to countries to establish or strengthen AEFI monitoring systems, in the context of both mass immunization campaigns and routine programmes.

While this report shows an improvement in the completeness of safety data reported through the Joint Reporting Form for 2000 and 2001, there are gaps in data for specific variables. Much improvement is still needed to provide better-quality data to monitor the global progress towards achieving the standards for immunization safety. Overall, there has been an increase in the quality and completeness of data from the Joint Reporting Form. This is partly due to gains in the past two years in consensus-building with regions regarding the type and scope of information to be reported, and consequently increased ownership of the data. ■

emploient encore du matériel d'injection stérilisable, une enquête indiquant que 100% des établissements de santé ont un ou plusieurs stérilisateurs en bon état de marche, sans fuites, et tiennent un registre complet où sont consignés les témoins TST (temps, vapeur et température). La proportion globale de pays qui suivent des pratiques d'injection stériles pour la vaccination est estimée à 22% pour 2000 et 2001. Même si ce chiffre paraît très faible et indique qu'il reste encore beaucoup à faire, il ne faut pas en conclure pour autant que la sécurité est précaire dans la plupart des pays. La barre a été fixée à 100% d'injections stériles garanties, car il importe que la sécurité de chaque patient et de chaque agent de santé soit garantie. Toutefois, un chiffre inférieur ne signifie pas nécessairement que les seringues et les aiguilles sont directement réutilisées pour les vaccinations. On ne dispose pas à l'heure actuelle des données nécessaires pour élucider ce point; il faudrait pour cela que les pays soient plus nombreux à évaluer objectivement les pratiques d'injection.

Surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables

En 2001, 53% des Etats Membres ont déclaré avoir un système national de surveillance des MAPI, contre 45% en 2000 (*Tableau 1*). La proportion oscillait entre 33% dans la Région africaine et 70% dans la Région de l'Asie du Sud-Est en 2000, et entre 41% dans la Région africaine et 63% dans la Région européenne en 2001. L'augmentation apparente de cette proportion découle à encore en partie d'une meilleure notification (seuls 38 pays n'ont pas communiqué de données relatives aux MAPI en 2001 contre 63 en 2000) et elle n'est pas entièrement due au fait que certains pays ont instauré un système de surveillance des MAPI en l'espace de 12 mois. Les pays ont néanmoins fait quelques progrès, soit en mettant en place des systèmes de surveillance des MAPI, soit en les renforçant pour les rendre fonctionnels. L'OMS a fait une évaluation des autorités nationales de réglementation qui donne des indications plus objectives sur l'existence ou non d'un système fonctionnel. Elle a mis à la disposition des pays des principes directeurs et des documents de base sur les manifestations indésirables et a organisé des activités de formation. Elle a investi dans la formation des responsables de la vaccination et du personnel des autorités nationales de réglementation en donnant un cours sur les MAPI dans le cadre de son réseau mondial de formation. Par ailleurs, elle offre un soutien technique aux pays pour les aider à mettre en place ou à renforcer leur système de surveillance des MAPI, tant pour les campagnes de vaccination de masse que pour les programmes réguliers.

Les données sur la sécurité recueillies au moyen du formulaire conjoint de déclaration semblent être plus complètes pour 2001 que pour 2000, mais elles présentent des lacunes pour certaines variables. La qualité des données doit encore être améliorée afin que l'on puisse mesurer les progrès accomplis au niveau mondial dans l'application des normes de sécurité vaccinale. Dans l'ensemble, les données obtenues à l'aide du formulaire conjoint de déclaration sont de meilleure qualité et plus complètes, notamment grâce au consensus auquel on est parvenu ces deux dernières années avec les Régions concernant le type et l'étendue des informations à communiquer, et qui incite les pays à s'investir davantage dans la collecte des données. ■

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.

Influenza

Czech Republic (1 February 2003).¹ The rate of influenza-like illness increased by 15.5% compared with the previous week when the first outbreak was reported. Influenza B viruses continued to be isolated, all from schoolchildren. Most viruses were closely related to the current vaccine strain.

Finland (8 February 2003).¹ Epidemic activity of influenza continued for the second consecutive week mainly due to influenza B virus. Outbreaks were reported to be more severe among children than among adults; elderly people have been the least affected.

France (1 February 2003).² Influenza activity increased during the last week of January in 3 regions in the south of the country. The outbreaks were associated mainly with influenza B. Influenza A(H1N1) and A(H3N2) viruses were isolated from sporadic cases.

Germany (1 February 2003).³ Outbreaks of influenza continued for the second consecutive week. Both influenza A and B viruses have been isolated. Of the influenza A viruses isolated since the start of the season, only influenza subtype A(H3N2) has been detected.

Russian Federation (1 February 2003).¹ The number of cities that exceeded epidemic threshold increased from 7 to 10. Influenza A(H1N1), A(H3N2) and B viruses were isolated but most were A(H3N2). Both influenza A(H1N1) and A(H3N2) co-circulated in a number of regions.

Switzerland (1 February 2003).³ The rate of influenza-like illness reached epidemic threshold in 5 of the 23 cantons of the country. Both influenza A(H3N2) and B viruses have been isolated since the start of the season. ■

¹ See No. 6, 2003, p. 39.

² See No. 3, 2003, p. 16.

³ See No. 4, 2003, p. 24.

Grippe

République tchèque (1^{er} février 2003).¹ Le taux de syndromes grippaux a augmenté de 15.5% par rapport à la semaine dernière, lorsque la première flambée a été signalée. On a continué à isoler des virus grippaux de type B, tous chez des écoliers. La plupart des virus étaient étroitement liés à la souche vaccinale du moment.

Finlande (8 février 2003).¹ L'activité épidémique de la grippe a continué pour la deuxième semaine consécutive, principalement due au virus grippal B. Les flambées ayant été signalées se sont avérées plus graves chez les enfants que chez les adultes; ce sont les personnes âgées qui ont été les moins touchées.

France (1^{er} février 2003).² L'activité grippale a augmenté au cours de la dernière semaine de janvier dans 3 régions du sud de la France. Les flambées ont été principalement associées à la grippe B. Les virus grippaux A(H1N1) et A(H3N2) ont été isolés chez des cas sporadiques.

Allemagne (1^{er} février 2003).³ Les flambées ont continué pour la deuxième semaine consécutive. Les virus grippaux A et B ont tous deux été isolés. Sur les virus grippaux de type A isolés depuis le début de la saison, seul un virus grippal de sous-type A(H3N2) a été dépisté.

Fédération de Russie (1^{er} février 2003).¹ Le nombre de villes ayant dépassé le seuil épidémique est passé de 7 à 10. Des virus grippaux A(H1N1), A(H3N2) et B ont été isolés mais la plupart étaient de type A(H3N2). Les virus A(H1N1) et A(H3N2) ont co-circulé dans un certain nombre de régions.

Suisse (1^{er} février 2003).³ Le taux de syndromes grippaux a atteint le seuil épidémique dans 5 des 23 cantons que compte le pays. Les virus grippaux A(H3N2) et B ont été isolés depuis le début de la saison. ■

¹ Voir N° 6, 2003, p. 39.

² Voir N° 3, 2003, p. 16.

³ Voir N° 4, 2003, p. 24.

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.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 7 to 13 February 2003 / Notifications de maladies reçues du 7 au 13 février 2003

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès	Yellow Fever / Fièvre jaune	Cases / Deaths Cas / Décès
Asia / Asie		Americas / Amériques	
India/Inde	1.IX-21.XII.2002	Brazil/Brésil	20.I-2.II
.....	776	32
Iraq	1.I-30.VIII.2002	Colombia/Colombie	27.I-2.II
.....	718	1
		Peru/Pérou	30.XII.2002-5.I
		1