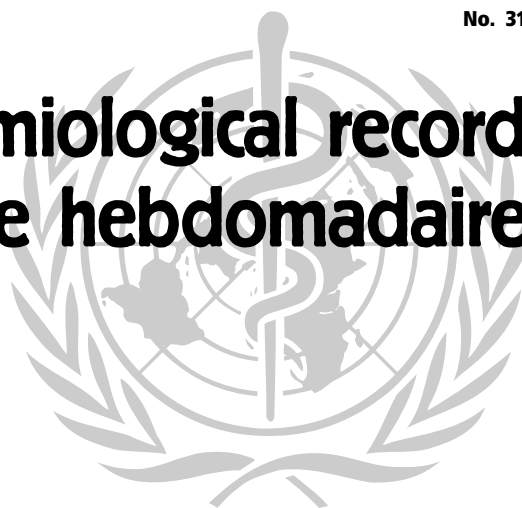


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

4 AUGUST 2000, 75th YEAR / 4 AOÛT 2000, 75^e ANNÉE

No. 31, 2000, 75, 249-256

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

Contents

- 249 Cholera, 1999
- 256 Influenza
- 256 International Health Regulations

Sommaire

- 249 Choléra, 1999
- 256 Grippe
- 256 Règlement sanitaire international

Cholera, 1999

All regions of the world have continued to report cholera caused by *Vibrio cholerae* O1 biotype El Tor, the agent responsible for the seventh cholera pandemic which began in 1961 (*Map 1*). Sixty-one countries have officially notified to WHO a total of 254 310 cases and 9 175 deaths during 1999, which represents a decrease of 13% in officially reported cases compared to the previous year (*Table 1*). The reported overall case-fatality rate (CFR) has remained stable at 3.6%. With a total of 206 746 cases, Africa accounted for 81% of the global total and the CFR for this continent is more or less stable at 4.2%. Asia reported a total of 39 417 cases, which represents a 61% increase compared to 1998. The actual figures are likely to be higher, owing to underreporting and other limitations of surveillance systems.

1999 was marked by the appearance of cholera on the island of Madagascar, which had been free of cholera for decades. On the African continent, major outbreaks occurred in Malawi, Nigeria, Somalia, Zambia and Zimbabwe. In Asia, a major increase in the number of cases was reported from Afghanistan. In the Americas, the total number of cases dropped by 86% from 1998 to 1999, which was due to an important decline in the number of cases in the countries along the west coast of South America. In summary, 1999 saw a slight reduction in the total number of cholera cases globally (*Fig. 1*), with the overall case-fatality rate remaining constant. The Americas reported the greatest decrease in case numbers, whereas the total number of reported cases increased in Asia. The number of cases notified by Africa still exceeds by far the number of cases reported from other continents (*Fig. 2*).

Choléra, 1999

Toutes les régions du monde ont continué à notifier des cas de choléra dus à *Vibrio cholerae* O1 biotype El Tor, l'agent infectieux responsable de la septième pandémie de choléra qui a commencé en 1961 (*Carte 1*). En 1999, 61 pays ont officiellement déclaré à l'OMS un total de 254 310 cas, dont 9 175 mortels, ce qui représente un recul de 13 % du nombre de cas officiellement notifiés par rapport à l'année précédente (*Tableau 1*). Le taux de létalité signalé est resté stable à 3,6%. Avec un total de 206 746 cas, l'Afrique a représenté 81% du total des cas dans le monde et le taux de létalité sur ce continent reste plus ou moins stable à 4,2%. L'Asie a notifié un total de 39 417 cas, soit une augmentation de 61% par rapport à 1998. Il est probable que les chiffres réels sont plus élevés du fait de la sous-notification et d'un certain nombre d'autres insuffisances des systèmes de surveillance.

L'année 1999 a été marquée par l'apparition du choléra sur l'île de Madagascar, qui en était exempte depuis des décennies. Sur le continent africain, d'importantes flambées ont éclaté au Malawi, au Nigéria, en Somalie, en Zambie et au Zimbabwe. En Asie, on a fait état d'une forte augmentation du nombre de cas. Dans les Amériques, le nombre total de cas a diminué de 86% entre 1998 et 1999, recul qui s'explique par une forte diminution de la morbidité dans les pays de la côte ouest de l'Amérique du Sud. En résumé, 1999 a connu une légère réduction du nombre total de cas de choléra dans le monde (*Fig. 1*), mais le taux global de létalité est resté constant. C'est dans les Amériques que l'on a enregistré le recul le plus important du nombre de cas, le nombre total de cas notifiés ayant par contre augmenté en Asie. L'Afrique continue à déclarer beaucoup plus de cas que les autres continents (*Fig. 2*).

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 230.–

6.800 1.2000

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

Map 1. **Countries/areas reporting cholera in 1999**Carte 1. **Pays/territoires ayant notifié des cas de choléra en 1999**

The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Table 1 **Cholera cases and deaths notified to WHO, 1999^a**Tableau 1 **Cas de choléra et décès notifiés à l'OMS, 1999^a**

Country/area – Pays/territoire	Cases Cas	Deaths Décès	Country/area – Pays/territoire	Cases Cas	Deaths Décès
Africa – Afrique			Venezuela	376	4
Benin – Bénin	855	25	Total	8 126	103
Burkina Faso	93	6	Asia – Asie		
Burundi	3 440	63	Afghanistan	24 639 ^b	152
Cameroon – Cameroun	326	35	Brunei Darussalam – Brunéi Darussalam	93	0
Chad – Tchad	217	18	Cambodia – Cambodge	1 711	130
Comoros – Comores	1 180	42	China – Chine	4570	...
Congo	4 814	20	Hong Kong Special Administrative Region of China – Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	18 (11i)	0
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	12 711	783	India – Inde	3 839	6
Ghana	9 432	260	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	1 369	21
Guinea – Guinée	546	44	Iraq	1 985	30
Kenya	11 039	350	Japan – Japon	40	0
Liberia – Libéria	215	0	Malaysia – Malaisie	535	0
Madagascar	9 745	542	Philippines	330	0
Malawi	26 508	648	Singapore – Singapour	11	0
Mali	6	3	Sri Lanka	108	5
Mozambique	44 329	1 194	Viet Nam	169	0
Niger	1 186	85	Total	39 417	344
Nigeria – Nigéria	26 358	2 085	Europe		
Rwanda	217	49	Austria – Autriche	1 i	0
Sierra Leone	834	5	Germany – Allemagne	3 i	0
Somalia – Somalie	17 757	693	Netherlands – Pays-Bas	2 i	0
South Africa – Afrique du Sud	68	2	Russian Federation – Fédération de Russie	8 (5i)	0
Swaziland	7	0	Ukraine	2	0
Tanzania, United Republic of – Tanzanie, République-Unie de ...	11 855	584	Total	16	0
Togo	667	31	Oceania – Océanie		
Uganda – Ouganda	5 169	241	Australia – Australie	4 i	0
Zambia – Zambie	11 535	535	New Zealand – Nouvelle-Zélande	1 i	0
Zimbabwe	5 637	385	Total	5	0
Total I	206 746	8 728	World total – Total mondial	254 310	9 175
Americas – Amériques					
Belize	12	...			
Brazil – Brésil	3 233	83			
Colombia – Colombie	42	...			
Ecuador – Equateur	90	...			
El Salvador	134	...			
Guatemala	2 077	...			
Honduras	56	3			
Mexico – Mexique	9	...			
Nicaragua	545	7			
Peru – Pérou	1 546	6			
United States of America – Etats-Unis d'Amérique	6 i	0			

i = imported. – importé.

^a As at 31 March 2000. – Au 31 mars 2000.^b Includes suspect cases. – Y compris les cas présumés.

Patterns of transmission and outbreaks

Africa

Reporting has increased in recent years due to increased awareness and continuous sensitization. Cases were notified by 28 countries in the region. Nevertheless, some countries still do not report cholera for fear of unjustified trade-related sanctions.

The total number of cholera cases notified in Africa has slightly decreased compared to the previous year. A decrease in the number of cases was noted in central Africa as well as in some countries of western Africa. The number of reported cases remained stable in Mozambique and in the United Republic of Tanzania. However, the reported cumulative number of cholera cases for Malawi, Zambia and Zimbabwe increased by 150% compared to 1998. Cholera is of major concern to the southern African subregion, which reported 52% of all cholera cases occurring in Africa. With climate change, the trends of the disease are changing and outbreak cycles are shortening over time. The majority of cases occurred during the first 4 months of the year.

Modalités de transmission et flambées

Afrique

Ces dernières années, le nombre de notifications a augmenté en raison d'une prise de conscience accrue et d'une meilleure sensibilisation au problème. Des cas ont été signalés par 28 pays de la région. Néanmoins, certains pays ne déclarent toujours pas leurs cas de choléra par crainte de sanctions injustifiées touchant leurs échanges commerciaux.

Globalement, le nombre total de cas de choléra notifiés a légèrement reculé en Afrique par rapport à l'année précédente. Une baisse a été enregistrée en Afrique centrale ainsi que dans certains pays de l'Afrique occidentale. Le nombre de cas notifiés est resté stable au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie. En revanche, le nombre cumulé de cas de choléra signalés au Malawi, en Zambie et au Zimbabwe a augmenté de 150% par rapport à 1998. Le choléra est un sujet de préoccupation majeur dans la sous-région d'Afrique australe, où sont notifiés 52% de l'ensemble des cas du continent africain. L'évolution du climat entraîne une modification des tendances de la maladie et les cycles épidémiques se raccourcissent peu à peu. La plupart des cas se sont déclarés au cours des 4 premiers mois de l'année.

With a reported number of 17 757 cholera cases, a fourfold increase occurred in Somalia compared to 1998 and new areas were affected compared to previous years.

In western Africa the number of notified cases increased in Benin (855), Ghana (9 432), Niger (1 186) and Nigeria (26 358).

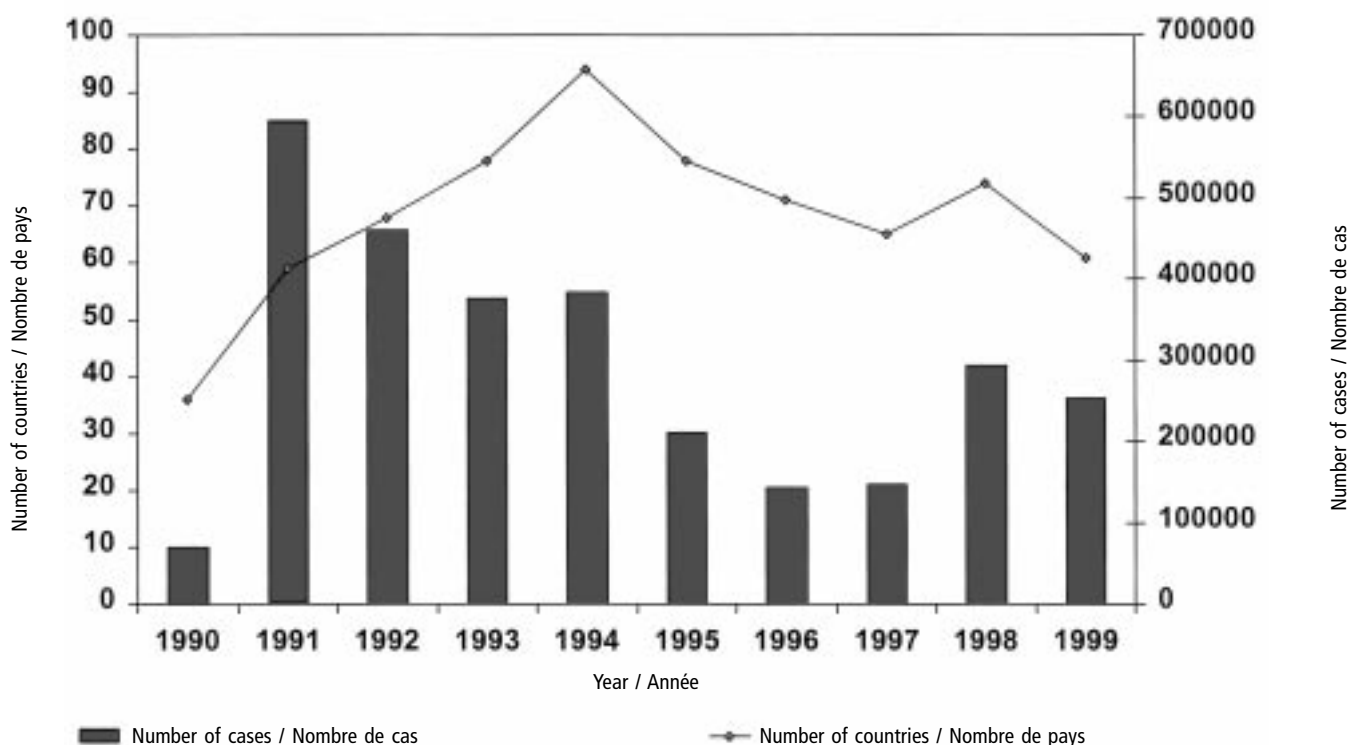
Madagascar, which had been free of cholera for decades, was affected by *V. cholerae* for the first time in March 1999. By the end of the year a total of 9 745 cases and 542 deaths had been officially notified to WHO, mainly in 3 provinces. During the last week of the year more cases were registered than during the peak of the first wave in April 1999. The global CFR for 1999 was 5.6%.

Avec un nombre total de cas notifiés de 17 757, la Somalie a connu un quadruplement de sa morbidité cholérique par rapport à 1998 et des régions encore indemnes les années précédentes ont été touchées à leur tour.

En Afrique occidentale, le nombre de cas notifiés s'est accru au Bénin (855), au Ghana (9 432), au Niger (1 186) et au Nigéria (26 358).

Madagascar, qui était exempte de choléra depuis des décennies, a été touchée par *V. cholerae* pour la première fois en mars 1999. A la fin de l'année un total de 9 745 cas, dont 542 mortels – principalement localisés dans 3 provinces – ont été officiellement notifiés à l'OMS. Au cours de la dernière semaine de l'année, on a enregistré davantage de cas que pendant le sommet de la première vague de la maladie en avril 1999. En 1999, le taux de létalité global a été de 5,6%.

Fig. 1 **Countries/areas reporting cholera and cases reported, by year, 1990-1999^a**
Pays/territoires notifiant des cas de choléra et nombre de cas notifiés, par année, 1990-1999^a



^a 1998 figures may be amended due to late reporting. – Les chiffres pour 1998 ont pu être corrigés suite à des notifications tardives.

Americas

Cholera incidence has decreased considerably throughout 1999. The number of cases had been declining in the region up to 1997, but there was a resurgence in 1998. A total of 8 126 cases and 103 deaths was reported to WHO in 1999. The largest decrease was reported from Colombia, Ecuador and Peru. However, an increase in the number of cases was reported from Brazil and El Salvador. In all, cholera cases were notified by 12 countries compared to 16 during 1998, of which the United States notified a few imported cases.

Amériques

L'incidence du choléra a fortement baissé tout au long de 1999. Le nombre de cas avait reculé dans la région jusqu'en 1997, mais il y a eu une résurgence en 1998. En 1999, ce sont 8 126 cas, dont 103 mortels, qui ont été notifiés à l'OMS. Ce sont la Colombie, l'Equateur et le Pérou qui ont signalé les baisses les plus sensibles. En revanche, le nombre de cas est en augmentation au Brésil et en El Salvador. Au total, des cas de choléra ont été notifiés par 12 pays contre 16 en 1998, avec quelques cas importés pour les Etats-Unis.

Although the epidemic levels have much decreased since cholera first appeared in the Americas in 1991, the strong regional commitment to the surveillance, prevention and control of the disease should be maintained.

Asia

Although not all figures from this region have been officially notified to WHO to date, the number of cholera cases reported is continuing to increase. A total of 39 417 cases and 344 deaths was reported to WHO in 1999, compared to 24 212 cases and 172 deaths in 1998, an increase of 61% compared to 1998. The number of deaths notified to WHO has doubled; however, the CFR was below 1%.

Afghanistan, which reported 24 639 cases, accounted for more than 60% of the total and showed an increase of 150% compared to 1998 and a sixfold increase compared to 1997. As in previous years, cholera cases occurred mainly in Kaboul province of the central region. Other countries reporting cases were Cambodia (1 711), China (4 570), India (3 839), Iraq (1 985) and the Islamic Republic of Iran (1 369). *V. cholerae* O139, which emerged in the Bay of Bengal at the end of 1992, has since been detected in 10 countries. This new strain continues to be confined to South-East Asia. *V. cholerae* O139 accounts for approximately 17% of laboratory-confirmed cholera cases in a cholera-endemic country of Asia. No evidence is currently available to indicate whether or not this strain could become a new threat.

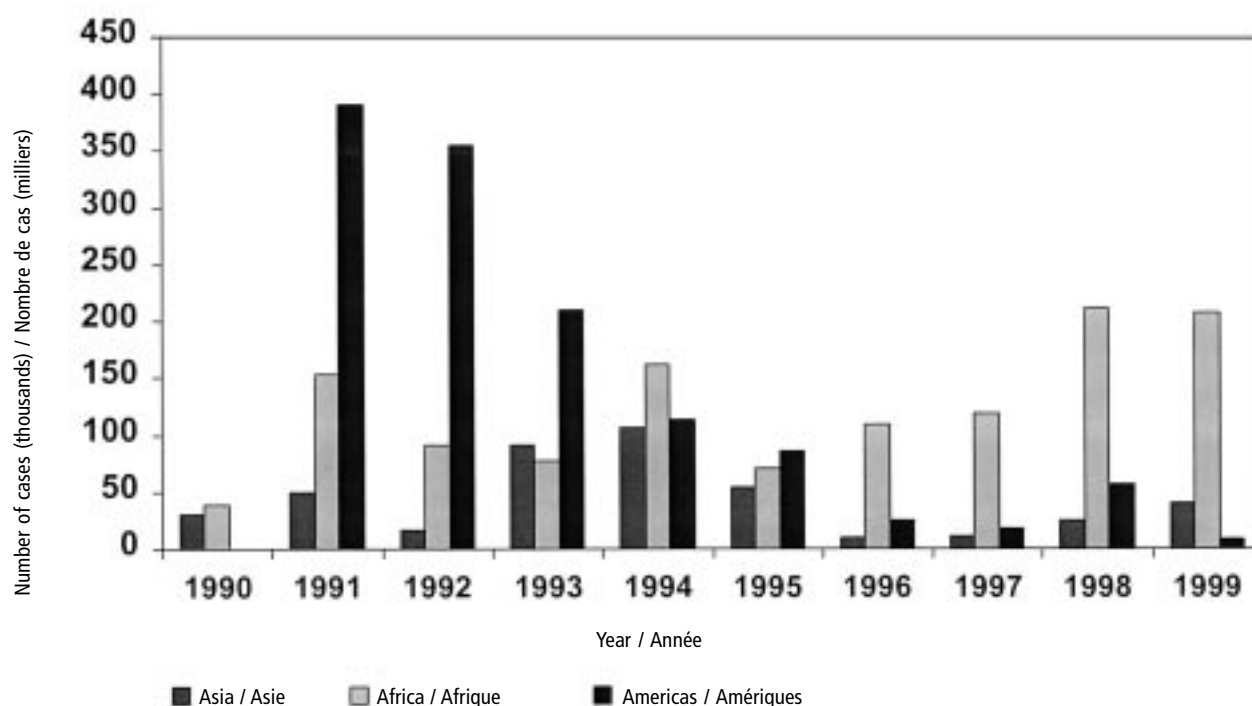
Même si, depuis l'apparition du choléra dans les Amériques en 1991, les épidémies sont beaucoup moins intenses, il convient de ne pas relâcher l'effort régional en matière de surveillance, de prévention et de lutte contre le choléra.

Asie

Bien que tous les chiffres concernant la région n'aient pas encore été communiqués officiellement à l'OMS, il apparaît d'ores et déjà que le nombre de cas de choléra notifiés continue à augmenter. Un total de 39 417 cas, dont 344 mortels, ont été notifiés à l'OMS en 1999, contre 24 212, dont 172 mortels, en 1998. Cela correspond à une augmentation de 61% par rapport à 1998. Le nombre de décès notifiés à l'OMS a doublé, encore que le taux de létalité soit resté inférieur à 1%.

Avec 24 639 cas notifiés, l'Afghanistan a représenté plus de 60% du total et accuse une augmentation de 150% par rapport à 1998 et un sextuplement par rapport à 1997. Comme les années précédentes, les cas se sont principalement produits au centre du pays, dans la province de Kaboul. Des cas ont été signalés dans d'autres pays comme le Cambodge (1 711), la Chine (4 570), l'Inde (3 839), l'Iraq (1 985) et la République islamique d'Iran (1 369). *V. cholerae* O139, qui a fait son apparition dans le golfe du Bengale fin 1992, a été mis en évidence depuis lors dans 10 pays. Cette nouvelle souche reste pour l'instant confinée à l'Asie du Sud-Est. Dans un des pays d'Asie où le choléra subsiste à l'état endémique, *V. cholerae* O139 est impliqué dans environ 17% des cas de choléra confirmés en laboratoire. Rien ne permet de dire actuellement si cette souche est capable ou non de constituer une nouvelle menace.

Fig. 2 **Cases of cholera reported to WHO, by continent and by year, 1990-1999**
Cas de choléra notifiés à l'OMS, par continent et par année, 1990-1999



Europe

Europe has shown a decrease in the number of cholera cases compared to 1998, and has notified a similar number of cases as in 1997. Only 16 cases and no deaths have been reported to WHO and nearly all cases were imported. Two countries only reported local cases; the Russian Federation notified 3 local cases (and 5 imported cases) and Ukraine 2 cases. Other imported cases were notified by Austria, Germany and the Netherlands. Five countries reported cholera, compared to 10 in 1998 (6 in 1997).

Oceania

Oceania reported 5 cases in 1999, all of which were imported. Australia notified 4 cases, and 1 case was reported from New Zealand.

Cholera vaccines update

Background

To date 3 oral cholera vaccines are available, which have been shown to be safe, immunogenic and effective. These vaccines have been licensed in some countries and are mainly used by travellers. Oral cholera vaccines are now under consideration for use in public health.

One vaccine consists of killed whole-cell *V. cholerae* O1 with purified recombinant B-subunit of cholera toxin (WC/rBS). Field trials in Bangladesh, Colombia, Peru and Sweden have shown that this vaccine is safe and confers 85%-90% protection after administration of 2 doses, 1 week apart. In Bangladesh, protection declined rapidly after 6 months in young children, but was still about 60% in older children and adults after 2 years. Protection of 50% was still present in all age groups after 3 years of follow-up.

As a result of technology transfer, a variant of the WC/rBS vaccine containing no recombinant B-subunit has been produced and tested in Viet Nam. It is administered in 2 doses, 1 week apart. A field trial conducted in 1992-1993 in Viet Nam showed an efficacy of 66% at 8 months in all age groups. The vaccine is licensed only in Viet Nam.

Another vaccine consists of an attenuated live oral genetically modified *V. cholerae* O1 strain (CVD 103-HgR). Placebo-controlled trials in a number of countries have shown the safety and immunogenicity of a single dose of CVD 103-HgR. The efficacy of this vaccine has been investigated in adult volunteers in the United States, where it has been found that a single dose of this oral vaccine confers high protection (95%) against *V. cholerae* Classical and 65% against *V. cholerae* El Tor 3 months after administration. A large field trial performed in Indonesia has not shown convincing protection in a population exposed to cholera a long time after immunization.

Europe

Par rapport à 1998, le nombre de cas de choléra est en recul en Europe et le nombre de cas notifiés est sensiblement égal à celui de 1997. Seuls 16 cas, dont aucun mortel, ont été notifiés à l'OMS et presque tous étaient importés. Il n'y a que 2 pays à avoir signalé des cas locaux; la Fédération de Russie, qui en a notifié 3 (plus 5 cas importés) et l'Ukraine, 2. D'autres cas importés ont été notifiés par l'Allemagne, l'Autriche et les Pays-Bas. Des cas de choléra ont été notifiés par 5 pays, contre 10 en 1998 (6 en 1997).

Océanie

L'Océanie a notifié 5 cas en 1999, tous importés. L'Australie en a notifié 4 et la Nouvelle-Zélande 1.

Les dernières tendances en matière de vaccins

Considérations générales

On dispose actuellement de 3 vaccins anticholériques par voie orale qui se sont révélés sans danger, immunogènes et efficaces. Ces vaccins sont homologués dans un certain nombre de pays et principalement utilisés par les voyageurs. L'utilisation de vaccins anticholériques par voie orale est actuellement à l'étude comme outil de santé publique.

L'un de ces vaccins est constitué de bactéries entières tuées (*V. cholerae* O1) et de la sous-unité B de la toxine cholérique purifiée obtenue par génie génétique (WC/rBS). Des essais effectués sur le terrain au Bangladesh, en Colombie, au Pérou et en Suède ont montré que ce vaccin était sans danger et qu'il conférait une protection de 85%-90% après administration de 2 doses à intervalle d'une semaine. Au Bangladesh, la protection a rapidement décliné au bout de 6 mois chez les enfants en bas âge, mais elle était encore d'environ 60% chez les enfants plus âgés et les adultes au bout de 2 ans. Après 3 ans de suivi, on constatait encore une protection de 50% dans tous les groupes d'âge.

Grâce à des transferts de technologies, un variant du vaccin WC/rBS ne contenant pas de sous-unité-B produite par génie génétique a été préparé et expérimenté au Viet Nam. Il est administré en 2 doses à 1 semaine d'intervalle. Un essai effectué sur le terrain au Viet Nam en 1992-1993 a montré que son efficacité était de 66 % au bout de 8 mois dans tous les groupes d'âge. Ce vaccin n'est homologué qu'au Viet Nam.

Il existe un autre vaccin par voie orale qui contient une souche de *V. cholerae* O1 atténuée vivante et génétiquement modifiée (CVD 103-HgR). Les essais avec groupe placebo qui ont été menés dans un certain nombre de pays ont montré qu'administré en une seule dose, ce vaccin était immunogène et sans danger. L'efficacité en a également été étudiée aux Etats-Unis sur des volontaires adultes et il a été montré qu'une dose unique de ce vaccin conférait une protection élevée (95%) contre *V. cholerae* classique et de 65% contre *V. cholerae* El Tor 3 mois après avoir été administré. En revanche, un essai de grande envergure mené en Indonésie n'a pas mis en évidence de protection convaincante chez une population exposée au choléra longtemps après la vaccination.

WHO cholera information sources – Sources d'information OMS sur le choléra

Documents

Management of the patient with cholera, 1991.

WHO/CDD/SER/91.15

(<http://www.who.int/emc-documents/cholera/whocddser9115c.html>)

WHO guidance on formulation of national policy on the control of cholera, 1992.

WHO/CDD/SER/92.16

(<http://www.who.int/emc-documents/cholera/whocddser9216c.html>)

Guidelines for the control of epidemics due to Shigella dysenteriae type 1, 1994.

WHO/CDR/95.4

(<http://www.who.int/emc-documents/cholera/whocdr954c.html>)

Cholera and other epidemic diarrhoeal diseases control – Technical cards on environmental sanitation, 1997.

WHO/EMC/DIS/97.6

(<http://www.who.int/emc-documents/cholera/whoemcdis976c.html>)

Epidemic diarrhoeal disease preparedness and response – Training and practice, 1998. (Participant's manual)

Préparation et réponse aux épidémies de maladies diarrhéiques – Formation et pratique, 1998. (Manuel du participant)

WHO/EMC/DIS/97.3 Rev.1

(<http://www.who.int/emc-documents/cholera/whoemcdis973c.html>)

Epidemic diarrhoeal disease preparedness and response – Training and practice, 1998. (Facilitator's guide)

Préparation et réponse aux épidémies de maladies diarrhéiques – Formation et pratique, 1998. (Guide du modérateur)

WHO/EMC/DIS/97.4 Rev.1

(<http://www.who.int/emc-documents/cholera/whoemcdis974c.html>)

Publications

Guidelines for cholera control. Geneva, WHO, 1993.

Guide pour la lutte contre le choléra. Genève, OMS, 1993.

(<http://www.who.int/dsa/cat98/diarr8.htm>)

Videos

Protecting ourselves and our communities from cholera, 2000 (41 min).
Le choléra: comment nous en protéger et protéger notre communauté, 2000 (41 min).

Cholera: the unnecessary disease. (31 min)

A new time for cholera (*Vibrio cholerae* O139). (24 min)

(<http://www.who.int/emc/diseases/cholera/videos.html>)

Fact sheets – Aides-mémoire

Cholera – Le choléra

(<http://www.who.int/inf-fs/en/fact107.html> – English)

(<http://www.who.int/inf-fs/fr/am107.html> – Français)

Epidemic dysentery – Dysenterie épidémique

(<http://www.who.int/inf-fs/en/fact108.html> – English)

(<http://www.who.int/inf-fs/fr/am108.html> – Français)

Internet only – Internet seulement

Some frequently asked questions about cholera

(<http://www.who.int/diseases/cholera/questionsaboutcholera.html>)

Cholera: basic facts for travellers

(<http://www.who.int/emc/diseases/cholera/factstravellers.html>)

Disease outbreak news index – cholera (*updated regularly – mis à jour régulièrement*) (http://www.who.int/emc/outbreak_news/disease_indices/chol_index.html)

Tables – Tableaux

Cholera cases reported to WHO, by country, 1998 (annual) –

Cas de choléra notifiés à l'OMS, par pays, 1998 (pour l'année)

(<http://www.who.int/emc/diseases/cholera/choltbl1998.html>)

Cholera cases reported to WHO, by country, 1999 (monthly) –

Cas de choléra notifiés à l'OMS, par pays, 1999 (mensuel)

(<http://www.who.int/emc/diseases/cholera/choltbl1999.html>)

Potential use in emergency situations

In May 1999, WHO convened a meeting of experts to discuss the potential use of oral cholera vaccines in emergency situations. Conventional recommendations focusing upon basic sanitary and hygiene measures are efficient when properly applied, but it is also recognized that they are often difficult to implement fully. It is therefore important to look for new strategies complementing traditionally recommended preventive measures against cholera. In light of the progress made in the development and evaluation of oral cholera vaccines since 1995 and new data available on feasibility and accountability of these vaccines, the group of experts made the following recommendations:

- The oral WC/rBS cholera vaccine should be considered among the tools to prevent cholera in populations believed to be at risk of a cholera epidemic within 6 months and not experiencing a current epidemic. Such high-risk populations may include, but are not limited to, refugees and urban slum residents.
- A stock of at least 2 million doses of oral WC/rBS cholera vaccine should be established to be used in high-risk populations. Vaccine used from the stock needs to be replenished in a timely fashion. Potential donors should be approached for financial support to establish and maintain the stock.

Possibilité d'utilisation en situation d'urgence

En mai 1999, l'OMS a organisé une réunion d'experts chargés d'étudier les possibilités d'utilisation du vaccin anticholérique par voie orale en situation d'urgence. Les recommandations classiques fondées sur des mesures d'hygiène et d'assainissement de base sont efficaces lorsqu'elles sont convenablement appliquées, mais il faut reconnaître qu'elles sont souvent difficiles à mettre intégralement en œuvre. Il importe donc de rechercher de nouvelles stratégies qui viennent compléter les mesures de prévention traditionnelles. Au vu des progrès réalisés depuis 1995 dans la mise au point et l'évaluation des vaccins anticholériques par voie orale et des nouvelles données relatives à la faisabilité et à la fiabilité de ces vaccins, le groupe d'experts a fait les recommandations suivantes:

- On peut envisager d'utiliser le vaccin anticholérique par voie orale WC/rBS comme un moyen de prévenir le choléra dans des populations qui pourraient être exposées à un risque de choléra dans les 6 mois et qui ne connaissent pas actuellement d'épidémie. Ces populations à haut risque peuvent être constituées de réfugiés ou d'habitants de bidonvilles, mais pas exclusivement.
- Il conviendrait de constituer un stock d'au moins 2 millions de doses de vaccin anticholérique par voie orale WC/rBS destinées à la vaccination de populations à haut risque. Ce stock devra être reconstitué au fur et à mesure de son utilisation. Il conviendrait de prendre contact avec d'éventuels donateurs en vue d'obtenir le soutien financier nécessaire à la constitution et au maintien de ce stock.

- An advisory group within the WHO secretariat should be responsible for the management of the cholera vaccine stock. Functions of the advisory group will include a case-by-case evaluation of requests by countries and by agencies to make use of the cholera vaccine stock, and interaction with manufacturers of the cholera vaccine.
- The use of the cholera vaccine from the stock should be linked to an evaluation of its public health impact.

(This report was compiled on the basis of data provided by WHO regional offices.) ■

- Il faudrait désigner au sein du secrétariat de l'OMS un groupe consultatif chargé de la gestion du stock de vaccin anticholérique. Ce groupe consultatif serait notamment chargé d'évaluer au cas par cas les demandes des pays et des organisations en vue de l'utilisation de la réserve et il serait également l'interlocuteur des fabricants de vaccins.
- L'utilisation de vaccins anticholériques prélevés dans le stock devra être soumise à une évaluation de son impact en matière de santé publique.

(Le présent rapport a été établi sur la base des données fournies par les bureaux régionaux de l'OMS.) ■

Influenza

Australia (28 July 2000).¹ The first local outbreak of the season was detected in Westmead, New South Wales during the third week of July. Several isolates of influenza A and B viruses were reported.

Brazil (22 July 2000).² Additional influenza A viruses were detected during the eighth week of local outbreaks. The viruses were isolated from 2 hospitalized children living in São Paulo. Since the start of the season, influenza A/New Caledonia/20/99(H1N1)-like, A/Sydney/05/97(H3N2)-like and B/Yamanashi/166/98 virus strains have been identified.

Hong Kong Special Administrative Region of China (26 July 2000).³ A slight increase in the number of isolates was noted this month. However, activity at this point in time is low compared to previous years. Most of the viruses were influenza A, subtype A(H3N2).

New Caledonia (27 July 2000).⁴ Two influenza A viruses were isolated from sporadic cases during the third week of July.

¹ See No. 26, 2000, p. 216.

² See No. 25, 2000, p. 208.

³ See No. 4, 2000, p. 34.

⁴ See No. 24, 2000, p. 196.

Grippe

Australie (28 juillet 2000).¹ La première flambée locale de la saison a été dépistée à Westmead, Nouvelles-Galles du Sud, au cours de la troisième semaine de juillet. Plusieurs isolements de virus grippaux A et B ont été signalés.

Brésil (22 juillet 2000).² Des virus grippaux A supplémentaires ont été dépistés au cours de la huitième semaine de flambées locales. Les virus ont été isolés chez 2 enfants hospitalisés et vivant à São Paulo. Depuis le début de la saison, des souches analogues à A/New Caledonia/20/99(H1N1), A/Sydney/05/97(H3N2) et B/Yamanashi/166/98 ont été isolées.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (26 juillet 2000).³ Une légère augmentation du nombre des isolements a été constatée au cours de ce mois. Toutefois, l'activité pour cette période est plus faible que les années précédentes. La plupart des virus grippaux étaient de type A et de sous-type A(H3N2).

Nouvelle-Calédonie (27 juillet 2000).⁴ Deux virus de grippe A ont été dépistés chez des cas sporadiques au cours de la troisième semaine de juillet.

¹ Voir No. 26, 2000, p. 216.

² Voir No. 25, 2000, p. 208.

³ Voir No. 4, 2000, p. 34.

⁴ Voir No. 24, 2000, p. 196.

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.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 28 July-3 August 2000 / Notifications de maladies reçues du 28 juillet-3 août 2000

Cholera/Choléra

	Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique	
Djibouti	31.V-20.VII
.....	423 4

WWW access • <http://www.who.int/wer>

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

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

Editor: vallanjonm@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

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

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

Rédactrice: vallanjonm@who.int