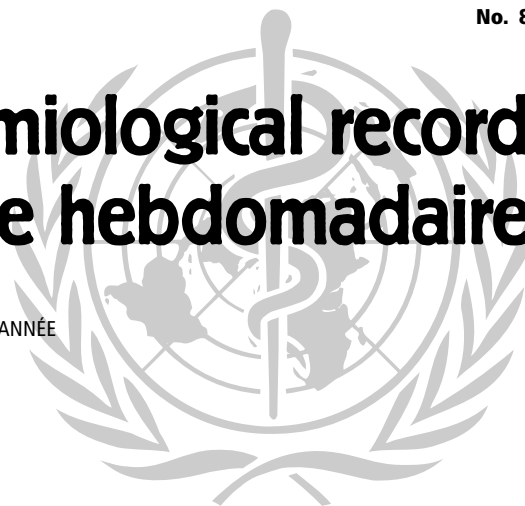


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

25 FEBRUARY 2000, 75th YEAR / 25 FÉVRIER 2000, 75^e ANNÉE

No. 8, 2000, 75, 61-68

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

Contents

- 61 Outbreak news
- 61 Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2000-2001 season
- 65 Child and adolescent health and development – Technical briefings at WHO headquarters
- 68 Influenza
- 68 International Health Regulations

Sommaire

- 61 Le point sur les épidémies
- 61 Composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison 2000-2001
- 65 Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent – Réunions d'information technique au Siège de l'OMS
- 68 Grippe
- 68 Règlement sanitaire international

★ OUTBREAK NEWS

Meningococcal meningitis, Central African Republic. On 1 February, WHO was informed of an increase in cases of meningococcal meningitis which occurred between October 1999 and January 2000. A total of 86 cases and 14 deaths were reported. The localities affected were: Vakaga – 25 cases, 2 deaths; Bamingui-Bangoran – 19 cases, 5 deaths; Haute Katto – 7 cases, 5 deaths; Ouham Pend – 35 cases, 2 deaths. Vaccination campaigns have been carried out in the affected areas, and the situation is being closely monitored by the WHO Regional Office for Africa. ■

Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2000-2001 season

This recommendation relates to the composition of vaccines for the forthcoming winter in the northern hemisphere (November 2000 to April 2001). In October 2000, WHO will publish a separate recommendation which relates to vaccines that will be used for the winter in the southern hemisphere (May to October 2001). Epidemiological considerations will influence which recommendation (February or September) is more appropriate for countries in equatorial regions.

Influenza activity, October 1999 – February 2000¹

Moderate to severe influenza outbreaks occurred in the Americas, Asia and Europe. In North America influenza outbreaks were reported during October, peaked during the third week of December and continued up to

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Méningococcie, République centrafricaine. Le 1^{er} février, l'OMS a été informée d'une augmentation du nombre de cas de méningococcie qui s'est produite entre octobre 1999 et janvier 2000. Un total de 86 cas dont 14 décès ont été signalés. Les lieux touchés étaient: Vakaga – 25 cas, 2 décès; Bamingui-Bangoran – 19 cas, 5 décès; Haute Katto – 7 cas, 5 décès; Ouham Pend – 35 cas, 2 décès. Des campagnes de vaccination ont été effectuées dans les zones touchées, et la situation est surveillée de près par le Bureau régional OMS de l'Afrique. ■

Composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison 2000-2001

La présente recommandation s'applique à la composition des vaccins pour le prochain hiver de l'hémisphère Nord (novembre 2000 à avril 2001). En octobre 2000, l'OMS publiera une recommandation distincte relative aux vaccins à utiliser pendant l'hiver austral (de mai à octobre 2001). C'est en fonction de considérations d'ordre épidémiologique qu'on décidera quelle recommandation (février ou septembre) est la mieux adaptée aux pays des régions équatoriales.

Activité grippale d'octobre 1999 à février 2000¹

Des flambées de grippe modérées à graves se sont produites dans les Amériques, en Asie et en Europe. En Amérique du Nord, les flambées signalées dès octobre ont culminé au cours de la troisième semaine de décembre et se sont poursui-

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

6.500 1.2000
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ See No. 6, 2000, pp. 49-51.

¹ Voir N° 6, 2000, pp. 49-51.

the first week of February. In Japan and most western European countries, outbreaks were reported in December and by January 2000 influenza was widespread in Europe, North America and several Asian countries. Sporadic influenza activity continued in the southern hemisphere.

Influenza A (H3N2) viruses predominated in most countries. Influenza A (H1N1) viruses were associated with outbreaks in Hong Kong Special Administrative Region of China, Japan and Spain. In some countries influenza B viruses cocirculated with influenza A.

Influenza A(H3N2)

Epidemics or outbreaks were reported in Africa (Tunisia), Asia (China, Hong Kong SAR of China, Islamic Republic of Iran and Japan), Europe (Albania, Austria, Belarus, Belgium, Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Latvia, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Russian Federation, Slovakia, Spain, Sweden, Switzerland, Ukraine and United Kingdom) and North America (Canada and the United States). Sporadic isolations of A(H3N2) were reported in Africa (Egypt and Senegal), Asia (Guam, India, Malaysia, Philippines, Republic of Korea and Singapore) and Oceania (Australia).

Influenza A(H1N1)

Influenza A(H1N1) outbreaks occurred in Hong Kong SAR of China, Japan and Spain. Sporadic isolates were reported from Africa (South Africa), Asia (Philippines, Saudi Arabia, Singapore, Thailand and Viet Nam), the Americas (Argentina, Canada, Chile and the United States), Europe (Belgium, France, Italy, Latvia, Portugal, Russian Federation and United Kingdom) and Oceania (Australia).

Influenza B

Influenza B viruses circulated at low levels in Africa (Senegal, South Africa and Tunisia), the Americas (Argentina, Brazil, Canada and the United States), Asia (China, Hong Kong SAR of China, Japan, Philippines, Singapore, Thailand and Viet Nam), Europe (Croatia, Czech Republic, Federal Republic of Yugoslavia, Finland, France, Germany, Hungary, Iceland, Israel, Italy, Norway, Russian Federation, Spain, Sweden and United Kingdom) and Oceania (Australia).

Antigenic characteristics of recent isolates

Influenza A(H3N2)

In haemagglutination-inhibition (HI) tests with post-infection ferret sera, the majority of influenza A(H3N2) isolates from Africa, the Americas, Asia, Europe and Oceania were antigenically closely related to A/Moscow/10/99 and A/Panama/2007/99 viruses² (many of these isolates were also closely related to A/Sydney/5/97). A small proportion of viruses was antigenically distinguishable from A/Moscow/10/99; however, these viruses were heterogeneous, and antigenic and genetic analysis did not reveal the emergence of a representative variant.

vies jusqu'à la première semaine de février. Au Japon et dans la plupart des pays de l'Europe occidentale, des flambées se sont produites en décembre et en janvier 2000 ; l'activité grippale était générale en Europe, en Amérique du Nord et dans plusieurs pays d'Asie. On a continué à observer une activité sporadique dans l'hémisphère austral.

Ce sont les virus A(H3N2) qui ont prédominé dans la plupart des pays. Les virus grippaux A(H1N1) ont été à l'origine de flambées en Espagne, au Japon et à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine. Dans certains pays, les virus grippaux B ont circulé concurremment au virus A.

Grippe A(H3N2)

Des épidémies ou des flambées ont été signalées en Afrique (Tunisie), en Asie (Chine), Hong Kong RAS de la Chine, en République islamique d'Iran et au Japon), en Europe (Allemagne, Albanie, Autriche, Bélarus, Belgique, Bulgarie, Croatie, Danemark, Espagne, Fédération de Russie, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Lettonie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède, Suisse et Ukraine) et en Amérique du Nord (Canada et Etats-Unis). On a signalé des isolements sporadiques de virus A(H3N2) en Afrique (Egypte et Sénégal), en Asie (Guam, Inde, Malaisie, Philippines, République de Corée et Singapour) ainsi qu'en Océanie (Australie).

Grippe A(H1N1)

Des flambées de grippe A(H1N1) se sont produites en Espagne, à Hong Kong RAS de la Chine et au Japon. Des isolements sporadiques ont été notifiés en Afrique (Afrique du Sud), en Asie (Arabie saoudite, Philippines, Singapour, Thaïlande et Viet Nam), dans les Amériques (Argentine, Canada, Chili et Etats-Unis), en Europe (Belgique, Fédération de Russie, France, Italie, Lettonie, Portugal et Royaume-Uni) ainsi qu'en Océanie (Australie).

Grippe B

Des virus grippaux B ont circulé à bas bruit en Afrique (Afrique du Sud, Sénégal et Tunisie), dans les Amériques (Argentine, Brésil, Canada et Etats-Unis), en Asie (Chine, Hong Kong RAS de la Chine, Japon, Philippines, Singapour, Thaïlande et Viet Nam), en Europe (Allemagne, Croatie, Espagne, Fédération de Russie, Finlande, France, Hongrie, Islande, Israël, Italie, Norvège, République fédérale de Yougoslavie, République tchèque, Royaume-Uni et Suède) ainsi qu'en Océanie (Australie).

Caractéristiques antigéniques des isolements récents

Virus A(H3N2)

Dans les épreuves d'inhibition de l'hémagglutination (IH) effectuées à l'aide de sérums de furet postinfection, les isolements de virus A(H3N2) originaires d'Afrique, des Amériques, d'Asie, d'Europe et d'Océanie se sont révélés antigéniquement proches de A/Moscou/10/99 et de A/Panama/2007/99² (nombre de ces isolements étaient également proches de A/Sydney/5/97). Une petite proportion des virus étaient antigéniquement distincts de A/Moscou/10/99; toutefois, ces virus étaient hétérogènes et ni l'analyse génétique, ni l'analyse antigénique n'ont permis de mettre en évidence l'émergence d'un variant représentatif.

² See No. 39, 1999, page 323, Table 1.

² Voir N° 39, 1999, p. 323, Tableau 1.

Influenza A(H1N1) viruses

In HI tests with postinfection ferret sera, influenza A(H1N1) viruses were antigenically related either to A/New Caledonia/20/99 or to A/Bayern/7/95. Although these two variants continue to circulate, the majority of isolates were A/New Caledonia/20/99-like.

Influenza B viruses

In HI tests with postinfection ferret sera, the majority of influenza B viruses were antigenically related to B/Beijing/184/93 and to the widely used vaccine strain B/Yamanashi/166/98. Isolation of influenza B/Shandong/7/97-like viruses was not reported.

Studies with inactivated influenza virus vaccines

Antibodies to haemagglutinin were measured by HI in the sera of vaccinees who had received trivalent inactivated vaccines containing the antigens of A/Sydney/5/97 (H3N2), A/Beijing/262/95 (H1N1) viruses and either B/Harbin/7/94 or B/Yamanashi/166/98 (both B/Beijing/184/93-like), administered in doses of 15 micrograms of each haemagglutinin.

Vaccines containing A/Sydney/5/97 (H3N2) stimulated postimmunization HI antibodies at titres ≥ 40 against the influenza A(H3N2) vaccine virus in the sera of 67%-100% (mean 86%) of adult and 30%-100% (mean 77%) of elderly vaccinees. For some recent isolates of influenza A(H3N2) viruses, titres were lower: 0%-100% (mean 58%) of adult and 0%-100% (mean 52%) of elderly vaccinees had HI antibodies at titre ≥ 40 . The geometric mean postimmunization HI titres were on average 46% lower against recent viruses.

Vaccines containing A/Beijing/262/95 (H1N1) stimulated postimmunization HI antibodies at titres ≥ 40 to the influenza A(H1N1) vaccine virus in the sera of 63%-100% (mean 84%) of adult and 33%-100% (mean 57%) of elderly vaccinees. For A/New Caledonia/20/99 (H1N1)-like viruses, the titres were lower: 27%-96% (mean 47%) of adult and 8%-75% (mean 35%) of elderly vaccinees had HI antibodies at titres ≥ 40 . The geometric mean postimmunization HI titres were on average 65% lower against the A/New Caledonia/20/99-like viruses than against the vaccine virus.

Vaccines containing B/Harbin/7/94 or B/Yamanashi/166/98 stimulated postimmunization HI antibodies at titres ≥ 40 to the influenza B vaccine virus in the sera of 70%-100% (mean 94%) of adults and 50%-100% (mean 75%) of elderly vaccinees. For representative recent isolates the frequency and titre of antibodies were similar: 33%-100% (mean 82%) of adult and 25%-92% (mean 66%) of elderly vaccinees had HI antibodies at titres ≥ 40 .

Recommendations for the composition of influenza virus vaccines

From October 1999 to February 2000, influenza A(H3N2), A(H1N1) and influenza B viruses continued to circulate.

Influenza A(H3N2) viruses predominated and were isolated during epidemics and outbreaks in many countries. The majority of isolates were antigenically similar to

Virus A(H1N1)

Dans les épreuves d'inhibition de l'hémagglutination effectuées à l'aide de sérum de furet postinfection, les virus A(H1N1) se sont révélés antigéniquement apparentés soit à A/Nouvelle-Calédonie/20/99, soit à A/Bayern/7/95. Bien que ces deux variants continuent à circuler, la majorité des isolements était analogue à A/Nouvelle-Calédonie/20/99.

Virus B

Dans les épreuves IH effectuées à l'aide de sérum de furet postinfection, la majorité des virus grippaux B se sont révélés antigéniquement apparentés à B/Beijing/184/93 ainsi qu'à la souche vaccinale largement utilisée B/Yamanashi/166/98. On n'a pas signalé l'isolement de virus analogues à B/Shandong/7/97.

Etudes effectuées sur des vaccins à base de virus grippaux inactivés

On a titré les anticorps anti-hémagglutinines présents dans le sérum de sujets vaccinés avec des vaccins trivalents inactivés contenant les hémagglutinines des virus A/Sydney/5/97 (H3N2), A/Beijing/262/95 (H1N1) et soit B/Harbin/7/94, soit B/Yamanashi/166/98 (tous deux analogues à B/Beijing/184/93), en doses de 15 microgrammes chacune par hémagglutinine.

Les vaccins contenant A/Sydney/5/97 (H3N2) ont permis d'obtenir des titres ≥ 40 d'anticorps IH antiviral A(H3N2) chez 67%-100% (moyenne 86%) des adultes et 30%-100% (moyenne 77%) des personnes âgées. En ce qui concerne un certain nombre d'isolements récents de virus grippaux A(H3N2), les titres étaient plus faibles: 0%-100% (moyenne 58%) des adultes et 0%-100% (moyenne 52%) des personnes âgées présentaient des titres d'anticorps IH ≥ 40 . Les titres moyens géométriques postvaccinaux d'anticorps IH dirigés contre les virus récents étaient en moyenne 46% plus faibles.

Les vaccins contenant A/Beijing/262/95 (H1N1) ont permis d'obtenir des titres postvaccinaux ≥ 40 d'anticorps IH dirigés contre le virus vaccinal A(H1N1) chez 63%-100% (moyenne 84%) des adultes et 33%-100% (moyenne 57%) des personnes âgées. En ce qui concerne les virus analogues à A/Nouvelle-Calédonie/20/99 (H1N1), les titres étaient plus faibles: 27%-96% (moyenne 47%) des adultes et 8%-75% (moyenne 35%) des personnes âgées vaccinées présentaient des titres d'anticorps IH ≥ 40 . Le titre moyen géométrique postvaccinal des anticorps IH dirigés contre les virus analogues à A/Nouvelle-Calédonie/20/99 était en moyenne 65% plus faible que celui des anticorps dirigés contre le virus vaccinal.

Les vaccins contenant les souches B/Harbin/7/94 ou B/Yamanashi/166/98 ont permis d'obtenir des titres ≥ 40 d'anticorps IH postvaccinaux dirigés contre le virus vaccinal B chez 70%-100% (moyenne 94%) des adultes et 50%-100% (moyenne 75%) des personnes âgées. En ce qui concerne les isolements récents représentatifs, la fréquence et le titre des anticorps étaient analogues: 33%-100% (moyenne 82%) des adultes et 25%-92% (moyenne 66%) des personnes âgées présentaient des titres d'anticorps IH supérieurs ou égaux à 40.

Recommandations pour la composition des vaccins antigrippaux

D'octobre 1999 à février 2000, les virus grippaux A(H3N2), A(H1N1) et B ont continué à circuler.

Les virus grippaux A(H3N2) ont prédominé et ils ont été isolés lors d'épidémies et de flambées qui se sont produites dans de nombreux pays. La majorité de ces isolements était antigéniquement

A/Moscow/10/99 and A/Panama/2007/99 viruses. Current vaccines containing influenza A/Sydney/5/97 stimulated HI antibodies which were lower in titre and frequency to some recent influenza A(H3N2) isolates.

Influenza A(H1N1) viruses circulated widely and they were prevalent in a few countries. The majority of isolates were antigenically similar to A/New Caledonia/20/99. Vaccines containing A/Beijing/262/95-like viruses induced HI antibodies which were lower in titre and frequency to A/New Caledonia/20/99-like strains.

Influenza B viruses were isolated sporadically and the majority of influenza B viruses were antigenically similar to B/Beijing/184/93 and the widely used vaccine strain B/Yamanashi/166/98. Current vaccines stimulated antibodies that were similar in titre and frequency for vaccine virus and recent isolates.

Recommendations for the composition of vaccines intended for May 2001 to October 2001 (southern hemisphere winter) will be made by WHO in October 2000.

As in previous years, the national control authorities should approve the specific vaccine viruses used in each country. National public health authorities are responsible for recommendations regarding the use of the vaccine.

Most of the population is likely to have been infected with influenza A(H3N2), influenza A(H1N1) and influenza B viruses. As a consequence, 1 dose of inactivated influenza vaccine should be immunogenic for individuals of all ages except young children. Previously unimmunized children should receive 2 doses of vaccine with an interval between doses of at least 4 weeks.

Reagents for use in the laboratory standardization of inactivated vaccine may be obtained from: Immunobiology Section, Therapeutic Goods Administration Laboratories, 136 Narrabundah Lane, Symonston, Canberra, ACT. 2606, Australia (fax +61 2 62 32 85 64); Division of Virology, National Institute for Biological Standards and Control, Blanche Lane, South Mimms, Potters Bar, Hertfordshire, EN6 3QG, United Kingdom (fax: +44 17 07 64 67 30); or from the Division of Viral Products, Center for Biologics Evaluation

and Research, Food and Drug Administration, 1401

analogue à A/Moscou/10/99 et A/Panama/2007/99. Les vaccins actuels contenant la souche A/Sydney/5/97 ont suscité contre certains isolements récents de virus A(H3N2) des anticorps IH dont le titre et la fréquence étaient plus faibles.

Les virus grippaux A(H1N1) ont largement circulé et ont prédominé dans quelques pays. La majorité des isolements était antigéniquement analogue à A/Nouvelle-Calédonie/20/99. Les vaccins contenant des virus analogues à A/Beijing/262/95 ont suscité, contre les souches analogues à A/Nouvelle-Calédonie/20/99, des anticorps IH dont le titre et la fréquence étaient plus faibles.

Des virus grippaux B ont été isolés sporadiquement et dans leur majorité, ils se sont révélés antigéniquement analogues à B/Beijing/184/93 ainsi qu'à la souche vaccinale largement utilisée B/Yamanashi/166/98. Les vaccins actuels ont suscité, vis-à-vis du virus vaccinal et des isolements récents, des anticorps dont le titre et la fréquence étaient équivalents.

En octobre 2000, l'OMS formulera des recommandations relatives à la composition des vaccins à utiliser de mai 2001 à octobre 2001 (hiver austral).

Comme les années précédentes, les virus vaccinaux utilisés dans chaque pays devront être approuvés par les autorités nationales de contrôle. Les recommandations relatives à l'usage du vaccin

sont du ressort des autorités nationales chargées de la santé publique.

La majorité de la population a probablement été infectée par les virus A(H3N2), A(H1N1) et B. Il s'ensuit qu'une seule dose de vaccin inactivé devrait être immunogène, quel que soit l'âge des sujets, sauf chez le jeune enfant. Les enfants non encore vaccinés auront besoin de 2 doses de vaccin, administrées à 4 semaines d'intervalle au moins.

Les réactifs destinés à la standardisation en laboratoire du vaccin inactivé peuvent être obtenus aux adresses suivantes: Immunobiology Section, Therapeutic Goods Administration Laboratories, 136 Narrabundah Lane, Symonston, Canberra, ACT. 2606, Australie (fax: +61 2 62 32 85 64); Division of Virology, National Institute for Biological Standards and Control, Blanche Lane, South Mimms, Potters Bar, Hertfordshire, EN6 3QG, Royaume-Uni (fax: +44 17 07 64 67 30) ou auprès de la Division of Viral Products, Center for Biologics Evaluation and Research, Food and Drug Administration, 1401

It is recommended that vaccines to be used in the 2000-2001 season (northern hemisphere winter) contain the following:

- an A/Moscow/10/99 (H3N2)-like virus^a
- an A/New Caledonia/20/99 (H1N1)-like virus
- a B/Beijing/184/93-like virus^b

^a A/Panama/2007/99 is an A/Moscow/10/99 (H3N2)-like virus.
^b The most widely used vaccine strain is B/Yamanashi/166/98.

Il est recommandé que les vaccins à utiliser au cours de la saison 2000-2001 (pendant l'hiver de l'hémisphère Nord) contiennent les souches suivantes:

- un virus analogue à A/Moscou/10/99 (H3N2)^a
- un virus analogue à A/Nouvelle-Calédonie/20/99 (H1N1)
- un virus analogue à B/Beijing/184/93^b

^a A/Panama/2007/99 est un virus analogue à A/Moscou/10/99 (H3N2).
^b La souche vaccinale la plus largement utilisée est B/Yamanashi/166/98.

tion and Research, Food and Drug Administration, 1401 Rockville Pike, Rockville, MD 20852, United States of America (fax: +1 301 496 18 10).

Rockville Pike, Rockville, MD 20852, Etats-Unis d'Amérique (Fax: +1 301 496 18 10).

Requests for reference strains for antigenic analysis should be addressed to the WHO collaborating centres for reference and research on influenza: WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, 45 Poplar Road, Parkville, Victoria 3052, Australia

(fax: +61 3 93 89 18 81); WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, National Institute of Infectious Diseases, Toyama 1-23-1, Shinjuku-ku, Tokyo 162-8640, Japan (fax: +81 3 52 85 11 55); WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, National Institute for Medical Research, The Ridgeway, Mill Hill, London NW7 1AA, United Kingdom (fax: +44 020 890 64 47); and WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia 30333, United States of America (fax: +1 404 639 23 34). ■

Updated epidemiological information is available on WHO's web-site <http://www.who.ch/emc/flu/index.htm> and the geographical information system, FluNet, at <http://oms.b3e.jussieu.fr/flunet>.

Des données à jour sur l'épidémiologie de la grippe peuvent être obtenues sur le site web de l'OMS <http://www.who.ch/emc/flu/index.htm> ainsi que par le système d'information géographique FluNet <http://oms.b3e.jussieu.fr/flunet>

Les souches de référence destinées à l'analyse antigénique peuvent être obtenues auprès des centres collaborateurs OMS de référence et de recherche pour la grippe, aux adresses suivantes: Centre collaborateur OMS de référence et de recherche pour la grippe, 45 Poplar Road,

Parkville, Victoria 3052, Australie (fax: +61 3 93 89 18 81); Centre collaborateur OMS de référence et de recherche pour la grippe, Institut National des Maladies Infectieuses, Toyama 1-23-1, Shinjuku-ku, Tokyo 162-8640, Japon (fax: +81 3 52 85 11 55); Centre collaborateur OMS de référence et de recherche pour la grippe, National Institute for Medical Research, The Ridgeway, Mill Hill, Londres NW7 1AA, Royaume-Uni (fax: +44 020 890 64 47); Centre collaborateur OMS de référence et de recherche pour la grippe, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia 30333, Etats-Unis d'Amérique (fax: +1 404 639 23 34). ■

Child and adolescent health and development

Technical briefings at WHO headquarters

The WHO department of child and adolescent health and development (CAH) conducts regular technical briefings, in English, for those who wish to become better acquainted with the work of the department. The briefings give participants an up-to-date overview of the department's approaches and methodologies with regard to planning and managing health programmes in developing countries, and to research and development projects undertaken. The briefings focus on health and development issues affecting 0-19 year-olds, and present the department's primary strategies to decrease mortality and contribute to healthy growth and development within this age group. The following issues are discussed at each briefing.

Global overview

History, objectives and evolution of strategies for the control of major childhood diseases from single-disease approaches to integrated management of childhood illness (IMCI); global, historical overview of knowledge, research and tools for adolescent health and development; rationale for paying attention to 10-19 year-olds and different perspectives of the health problems affecting them; progress in introducing IMCI in countries; research and development priorities to prevent and control major health problems among children and adolescents and to support healthy growth and development.

Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent

Réunions d'information technique au Siège de l'OMS

Le département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH) organise périodiquement des réunions d'information technique en anglais à l'intention de tous ceux qui souhaitent mieux connaître ses activités. Ces réunions permettent aux participants d'avoir un aperçu des dernières conceptions et méthodes du département en matière de planification et de gestion des programmes de santé dans les pays en développement, ainsi que des projets de recherche et de développement entrepris. Elles portent essentiellement sur les questions de santé et de développement intéressant le groupe d'âge 0-19 ans et présentent les principales stratégies du département visant à faire décroître la mortalité et à contribuer à une croissance et à un développement sains dans ce groupe d'âge. Chaque réunion aborde les questions ci-après.

Aperçu mondial

Historique, objectifs et évolution des stratégies de lutte contre les principales maladies de l'enfant, depuis les programmes de lutte propres à une maladie jusqu'à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME); aperçu mondial et historique des connaissances, de la recherche et des instruments concernant la santé et le développement des adolescents; raisons de l'attention portée au groupe d'âge 10-19 ans et différentes perspectives concernant leurs problèmes de santé particuliers; progrès accomplis dans l'introduction de la PCIME dans les pays; objectifs prioritaires des activités de recherche-développement visant à prévenir et à combattre les principaux problèmes de santé chez l'enfant et l'adolescent et à promouvoir une croissance et un développement sains.

Technical support to regions and countries

Planning/replanning. Planning for the introduction of IMCI including the adaptation of guidelines and training materials; programming for adolescent health and development; review and replanning of child and adolescent health activities.

Training. In-service training (including IMCI for health workers at first-level facilities, follow-up after IMCI training, breastfeeding counselling, and orientation to adolescent health); preservice training in medical, nursing and other schools for health professionals.

Creating a safe and supportive environment. Progress in improving infant and child feeding practices during sickness and health; developing and testing key health messages using focused ethnographic studies, local adaptation protocols and maternal comprehension protocols; strengthening the communication skills of health workers; training in the use of radio and other mass media to disseminate key health messages; improving the ability of families to care for sick children at home; promoting actions within communities to support key family practices.

Improving the delivery of health services. Planning for health service delivery in the context of health sector reform; monitoring the quality of training and the performance of health workers after training; improving access to health services for adolescents; improving referral systems and care for severely ill children; collaboration to improve drug availability, affordability and rational use.

Child and adolescent rights. Building capacity to promote and fulfil the rights of children and adolescents in relation to health; progress in the implementation of the Convention on the Rights of the Child in selected countries.

Monitoring and evaluation. Monitoring the use and effectiveness of tools; measuring IMCI milestones and indicators; defining global goals for adolescents.

Research and development

Safe and supportive environment. Overview of research and development of instruments that aim to assist the implementation of interventions for the promotion of a safe

Appui technique aux pays et aux régions

Planification/replanification. Planification de l'introduction de la PCIME, et notamment adaptation des principes directeurs et des matériels de formation; programmation relative à la santé et au développement de l'adolescent; examen et replanification des activités relatives à la santé de l'enfant et de l'adolescent.

Formation. Formation en cours d'emploi (y compris PCIME à l'intention des agents de santé de premier niveau, suivi après formation à la PCIME, conseil en allaitement au sein et orientation vers la santé de l'adolescent); formation préalable dans les facultés de médecine, écoles d'infirmières et autres établissements de formation des professionnels de la santé.

Créer un milieu sûr et propice. Progrès dans l'amélioration des pratiques d'alimentation du nouveau-né et de l'enfant pendant les périodes de maladie et de bonne santé; conception et mise à l'épreuve de messages clés en matière de santé à partir d'études ethnographiques précises, de protocoles d'adaptation locaux et de protocoles de compréhension maternelle; développement des talents de communication des agents de santé; formation à l'utilisation de la radio et autres moyens de communication à l'intention du grand public pour diffuser des messages clés; renforcement de la capacité des familles de prendre soin des enfants malades à domicile; promotion d'initiatives au sein des communautés en vue de soutenir des pratiques familiales fondamentales.

Amélioration de la prestation des services de santé. Planification de la prestation des services de santé dans le contexte de

la réforme du secteur de la santé; surveillance de la qualité de la formation et des résultats obtenus par les agents de santé après la formation; amélioration de l'accès aux services de santé pour les adolescents; amélioration des systèmes d'orientation-recours et de soins destinés aux enfants gravement malades; collaboration en vue d'améliorer l'approvisionnement en médicaments, leur modicité et leur usage rationnel.

Droits des enfants et des adolescents. Mettre en place les moyens de promouvoir et de satisfaire les droits

des enfants et des adolescents par rapport à la santé; progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Convention des droits de l'enfant dans certains pays.

Suivi et évaluation. Suivi de l'utilisation et de l'efficacité des instruments; mesure des jalons et indicateurs de la PCIME; définition des objectifs mondiaux pour les adolescents.

Recherche et développement

Milieu sûr et propice. Aperçu de la recherche et mise au point d'instruments visant à contribuer à la mise en œuvre d'interventions destinées à promouvoir un milieu sûr et propice pour l'enfant

Each of the topics listed here is the subject of a presentation and discussion. In addition, there is an overview of the IMCI clinical guidelines for first-level health workers and an interactive session to discover the meaning of adolescence. Participants receive a reference file and are encouraged to meet CAH staff and participate actively in the discussions.

Chacun des thèmes évoqués ici fera l'objet d'un exposé et de discussions. Il y aura en outre un aperçu des principes directeurs de la PCIME dans le domaine clinique établi à l'intention des agents de santé de premier niveau ainsi qu'une session interactive destinée à découvrir la signification de l'adolescence. Les participants, qui recevront un dossier d'information, sont invités à participer activement aux débats.

and supportive environment for children and adolescents. Topics covered include the promotion of improved child-feeding practices; the role of micronutrients in the prevention of illness; interventions for the promotion of child and adolescent development; the promotion of improved health-seeking behaviours for children and adolescents; increased adherence to advice on treatment and home care; and other public health interventions aiming to create a safe and supportive environment in homes and communities.

Delivery of health services. Development work in this area aims to improve aspects of health services, including planning, management and supervision. Update on development projects related to improving and maintaining health worker performance; costing models for child and adolescent health interventions; mechanisms to facilitate referral; management of severely-ill children in places where referral is difficult; health services to be delivered in schools; and youth-friendly health services. Overview of research projects under way or recently completed, including studies on micronutrient supplementation; antimicrobial resistance; mother to child transmission of HIV; and improving the management of common health problems in children and adolescents.

Monitoring and evaluation. Improving the epidemiological base for child and adolescent health; strengthening the evidence base for strategies and interventions; developing IMCI household surveys and health-facility surveys; identifying measurement variables to monitor and evaluate adolescent health interventions.

CAH and other organizations

Collaboration with other WHO departments and programmes, with other United Nations agencies, and with bilateral and nongovernmental organizations – developing common strategies and working towards common goals. ■

et l'adolescent. Les sujets couverts comprennent la promotion de pratiques améliorées en matière d'alimentation des enfants; le rôle des micronutriments dans la prévention de la maladie; des interventions propres à favoriser le développement de l'enfant et de l'adolescent; la promotion de comportements propices à la santé chez l'enfant et l'adolescent; le respect accru des conseils concernant le traitement et les soins à domicile; et d'autres interventions de santé publique visant à créer un milieu sûr et propice à domicile et dans les communautés.

Prestation des services de santé. Les activités de développement dans ce domaine visent à améliorer les aspects des services de santé, y compris la planification, la gestion et la supervision. Mise à jour des projets de développement liés à l'amélioration et au maintien des résultats obtenus par les agents de santé; modèles de coût pour les interventions en faveur de la santé de l'enfant et de l'adolescent; mécanismes visant à faciliter l'orientation-recours; prise en charge des enfants gravement malades dans les endroits où l'orientation-recours est difficile; services de santé à l'école; et services de santé accessibles aux jeunes. Bilan des projets de recherche en cours ou récemment achevés, y compris les études sur la supplémentation en micronutriments; résistance aux antimicrobiens; transmission du VIH de la mère à l'enfant; et amélioration de la gestion des problèmes de santé courants chez l'enfant et l'adolescent.

Suivi et évaluation. Amélioration de la base épidémiologique relative à la santé de l'enfant et de l'adolescent; consolidation de la base factuelle concernant les stratégies et interventions; élaboration d'enquêtes sur la PCIME par les ménages et d'enquêtes sur les établissements de santé; identification des paramètres permettant de suivre et d'évaluer les interventions sanitaires chez l'adolescent.

CAH et autres organisations

Collaboration avec d'autres départements et programmes de l'OMS, avec d'autres institutions du système des Nations Unies ainsi qu'avec des organisations bilatérales et non gouvernementales – mise au point de stratégies communes et coopération en vue d'atteindre des buts communs. ■

Briefing dates

The tentative schedule of CAH briefings until the end of 2000 is as follows:

10-14 April 2000
16-20 October 2000

WHO does not cover travel or other expenses connected with participation in technical briefings, but does not require any tuition fees. Interested persons should request an application from WHO Representatives in countries, or WHO Regional Offices, or CAH at WHO headquarters, 1211 Geneva 27, Switzerland (fax: +41 22 791 4853, e-mail: grillonn@who.ch or bailey@who.ch), and submit their application at least month prior to the briefing date.

Date des réunions d'information

Le calendrier provisoire des prochaines réunions d'information de CAH jusqu'à fin 2000 est le suivant :

10-14 avril 2000
16-20 octobre 2000

L'OMS ne prend pas à sa charge les frais de voyage ou autres dépenses liées à la participation aux réunions techniques, mais ne perçoit pas non plus de frais d'inscription. Les personnes intéressées doivent demander un formulaire aux représentants de l'OMS dans les pays, aux bureaux régionaux de l'OMS ou à CAH, Siège de l'OMS, 1211 Genève 27, Suisse (fax: +41 22 791 4853, e-mail : grillonn@who.ch ou bailey@who.ch) et soumettre leur demande au moins 1 mois avant la date d'ouverture de la réunion.

Influenza

Belarus (12 February 2000).¹ Influenza activity continued to spread during the second week of February. Most of the influenza cases detected were influenza A(H3N2).

Croatia (12 February 2000).¹ The second week of February was the sixth consecutive week of widespread influenza activity. Influenza A viruses were detected by isolation and subtyped as A(H3N2).

Denmark (12 February 2000).² Since the first reported outbreak during the last week of December, influenza activity has remained at a low level, with only local outbreak reports. There was a slight increase during the first week of February. Further studies on the influenza A(H3N2) viruses isolated identified them as A/Moscow/10/99-like and A/Panama/2007/99-like strains.

Germany (12 February 2000).³ Influenza activity remained widespread during the second week of February. Most of the influenza viruses detected were A(H3N2). ■

¹ See No. 6, 2000, p. 52.

² See No. 3, 2000, p. 25.

³ See No. 5, 2000, p. 44.

Grippe

Bélarus (12 février 2000).¹ L'activité grippale a poursuivi sa propagation pendant la deuxième semaine de février. La plupart des cas de grippe dépistés étaient de type A(H3N2).

Croatie (12 février 2000).¹ La deuxième semaine de février a été la sixième semaine consécutive d'activité grippale générale. Des virus grippaux A ont été dépistés par isolement et sous-typés A(H3N2).

Danemark (12 février 2000).² Depuis la première flambée signalée pendant la dernière semaine de décembre, l'activité grippale est restée à un bas niveau, des flambées locales seulement ayant été signalées. Il y a eu une faible augmentation pendant la première semaine de février. Des études plus approfondies des virus A(H3N2) isolés ont permis d'identifier des souches analogues à A/Moscou/10/99 et A/Panama/2007/99.

Allemagne (7 février 2000).³ L'activité grippale est restée générale pendant la deuxième semaine de février. La plupart des virus grippaux dépistés étaient de sous-type A(H3N2). ■

¹ Voir N° 6, 2000, p. 52.

² Voir N° 3, 2000, p. 25.

³ Voir N° 5, 2000, p. 44.

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 18 to 24 February 2000 / Notifications de maladies reçues du 18 au 24 février 2000

Cholera / Choléra

	Cases / Deaths Cas / Décès	
Africa / Afrique		
Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo	19-31.XII 1 970	133
Ghana	25.IX-31.XII 1 663	24
Kenya	1.X-31.XII 435	8

	Cases / Deaths Cas / Décès	
Madagascar	12-31.I 417	26
Malawi	...-31.XII 10 367	14
Togo	1.XI-31.XII 63	3
United Republic of Tanzania République-Unie de Tanzanie	1-28.I 755	30

Yellow fever / Fièvre jaune

	Cases / Deaths Cas / Décès	
Americas / Amériques		
Brazil / Brésil	1-17.I	
Goiás State		
Cavalcante Município	1	0
Mara Rosa Município	1	0
Niquelândia Município	1	1
São João da Aliança Município	1	0
Europe		
Netherlands / Pays-Bas	12.I	
	1 ¹	0

¹ Case was a 32-year-old unvaccinated male who visited Suriname for 4 weeks. / Le cas était un homme de 32 ans non vacciné qui a visité le Suriname pendant 4 semaines.

Newly infected areas / Zones nouvellement infectées

Yellow fever / Fièvre jaune

Americas / Amériques

Brazil / Brésil

Goiás State

São João da Aliança Município

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message subscribe wer-reh to majordomo@who.int

Fax: (41-22) 791 48 21

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message subscribe wer-reh to majordomo@who.int

Fax: (41-22) 791 48 21