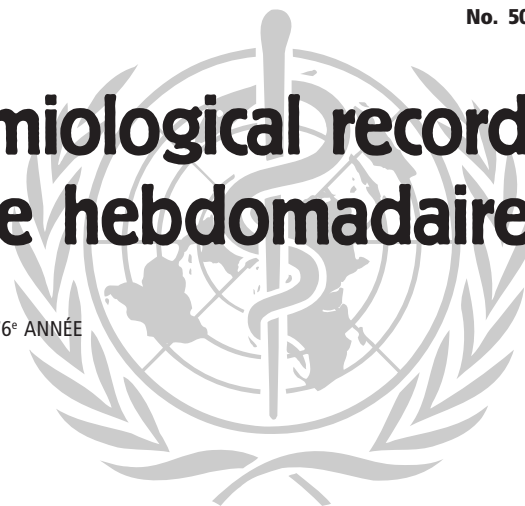


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

14 DECEMBER 2001, 76th YEAR / 14 DÉCEMBRE 2001, 76^e ANNÉE

No. 50, 2001, 76, 389–400

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

Contents

- 389 Outbreak news
- 390 Global AIDS surveillance – Part II
- 396 Global AIDS surveillance – Part I - Corrigendum
- 396 Global elimination of lymphatic filariasis, 2001
- 398 Variant Creutzfeldt-Jakob Disease (vCJD)
- 400 Influenza
- 400 International Health Regulations

Sommaire

- 389 Le point sur les épidémies
- 390 Surveillance mondiale du SIDA – Partie II
- 396 Surveillance mondiale du SIDA – Partie I - Rectificatif
- 396 Élimination mondiale de la filariose lymphatique, 2001
- 398 Variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)
- 400 Grippe
- 400 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

6.500 1.2001
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Ebola, Gabon (update).¹ As of 11 December 2001, WHO has received reports of 12 suspected cases, including 10 deaths, from an outbreak of haemorrhagic fever in the Ogooué Ivindo Province of Gabon. Laboratory testing carried out at the *Centre international de recherches médicales de Franceville*, Gabon, has confirmed Ebola virus in one sample from a recovering case.

The Ministry of Health has established a national task force for managing the response to the epidemic. An international team from WHO and its partners in the Global Outbreak Alert and Response Network arrived in Gabon on 11 December 2001 and will assist the Ministry of Health in coordinating the international response to the outbreak, implementing disease control measures, such as barrier nursing procedures, finding cases, tracing contacts and monitoring them, and supplying protective equipment.

Cholera, Nigeria (update).² As of 26 November, a total of 2 050 cases of cholera and 80 deaths had been reported in Kano city (Kano state). WHO is working with the local health authorities to control the outbreak. A cholera treatment centre has been set up and teams have been established to trace contacts, carry out disinfection of houses and other areas, and provide health education. WHO has also supplied cholera kits.

A further 120 cases of cholera have been reported in Jigawa state. WHO is working with the Federal Ministry of Health and a team from Kano state to investigate this outbreak. ■

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Ebola, Gabon (mise à jour).¹ Au 11 décembre 2001, on a signalé à l'OMS 12 cas présumés, dont 10 décès, dus à une flambée de fièvre hémorragique dans la province d'Ogooué Ivindo au Gabon. Les tests de laboratoire effectués au Centre international de recherches médicales de Franceville, Gabon, ont confirmé la présence du virus Ebola dans un échantillon prélevé chez un patient en cours de rétablissement.

Le Ministère de la santé a mis en place un groupe de travail national afin de lutter contre l'épidémie. Une équipe internationale, composée de membres de l'OMS et de ses partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, est arrivée au Gabon le 11 décembre et aidera le Ministère de la santé en coordonnant la lutte internationale contre la flambée, en mettant en place des mesures de contrôle de la maladie, comme des procédures de soins protégés, le dépistage des cas, le recensement des gens ayant été en contact avec les personnes infectées et leur prise en charge ou encore en fournissant des équipements de protection.

Choléra, Nigéria (mise à jour).² Au 26 novembre, on a signalé au total 2 050 cas de choléra dont 80 décès dans la ville de Kano (état de Kano). L'OMS en collaboration avec les autorités sanitaires locales a mis en œuvre des activités de lutte contre la flambée. Un centre de traitement du choléra a été mis en place, et des équipes ont été établies pour le suivi des contacts, la désinfection des demeures et autres zones, et l'éducation sanitaire. L'OMS a aussi fourni des kits anticholéra.

En outre, 120 cas de choléra ont été signalés dans l'état de Jigawa. L'OMS, le Ministère fédéral de la santé et une équipe de l'état de Kano collaborent dans l'étude de cette flambée. ■

¹ See No. 49, 2001, p. 381.

² See No. 48, 2001, p. 373.

¹ Voir N° 49, 2001, p. 381.

² Voir N° 48, 2001, p. 373.

Global AIDS surveillance

Part II¹

The second part of this article presents an analysis of the distribution of reported AIDS cases by age and sex and by assumed mode of transmission. Part I presented the total number of officially reported AIDS cases from the beginning of the epidemic. As of 25 November 2001, a total of 2 784 317 AIDS cases have been officially reported to WHO. This is a 20% increase (471 457 new cases) from November 2000. Most newly reported AIDS cases have occurred in sub-Saharan Africa, an indication of the burden of HIV-related diseases in that region; but this also reflects improving surveillance and completeness of reporting of cases.

Although reported AIDS cases continue to provide valuable information on the HIV epidemic, there are several limitations to these data. In the first place, they come from surveillance systems of varying quality. Globally it is estimated that only approximately 15% of the actual cumulative AIDS cases have been reported. Secondly, the proportion of AIDS cases which are reported ranges widely – from less than 10% in many of the most heavily-affected countries in the developing world to over 90% in some countries with well-developed health information systems. Thirdly, there are often long delays in reporting of AIDS cases and even where cases are reported in timely fashion, the AIDS case data reflect HIV transmission patterns that took place 5-10 years earlier owing to the long latency period of HIV infection. Finally, there is considerable variation in the way in which countries have reported the data. Data by age, sex and assumed mode of transmission are presented here for the 4-5 most recent years of reporting whenever possible (the years to which the data refer are indicated in the last column of *Tables 1 & 2*). As the reporting period and quality of the data vary significantly, caution should be exercised when making inter-country comparisons.

Surveillance mondiale du SIDA

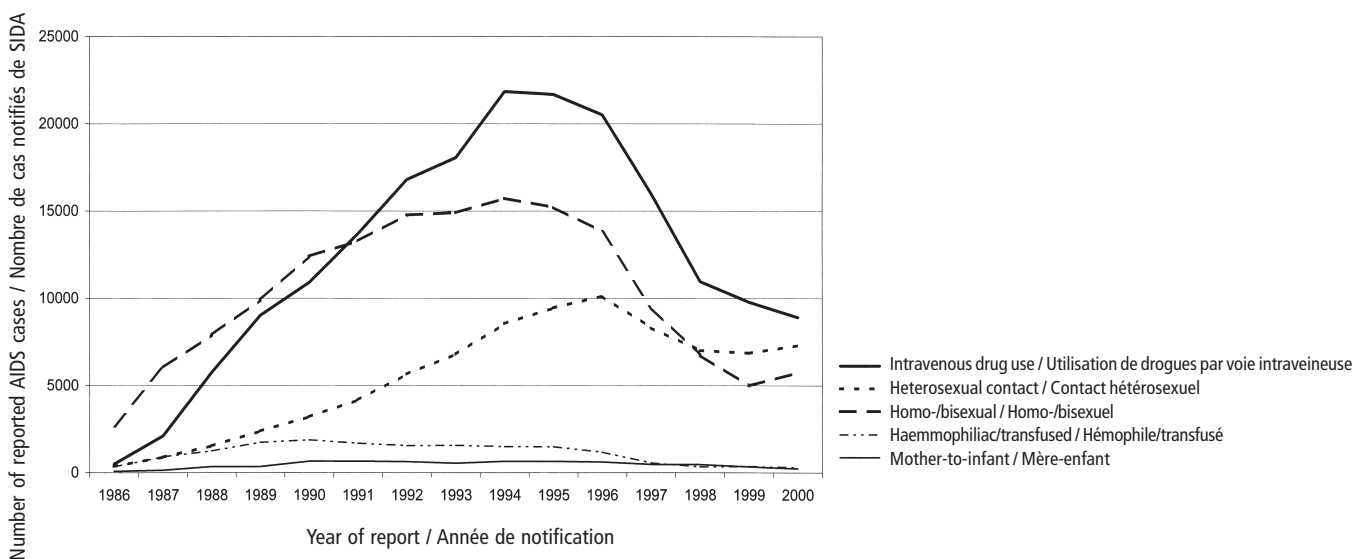
Partie II¹

La deuxième partie de cet article présente une analyse de la répartition des cas de SIDA notifiés par âge, par sexe et par mode de transmission présumé. La partie I présentait le nombre total de cas de SIDA officiellement notifiés depuis le début de l'épidémie. Au 25 novembre 2001, 2 784 317 cas de SIDA ont été officiellement notifiés à l'OMS, soit une augmentation de 20% depuis novembre 2000 (471 457 nouveaux cas). La plupart des nouveaux cas de SIDA notifiés concernent l'Afrique subsaharienne, ce qui illustre la charge de morbidité liée au VIH dans cette région, mais reflète aussi l'amélioration de la surveillance et le caractère plus complet de la notification des cas.

Bien que le nombre de cas de SIDA notifiés constitue toujours une information précieuse sur l'épidémie de VIH, cet indicateur a ses limites. Tout d'abord, les chiffres proviennent de systèmes de surveillance de qualité variable. Au niveau mondial, on estime qu'environ 15% seulement du total cumulé des cas de SIDA ont été signalés. Ensuite, la proportion des cas de SIDA notifiés varie considérablement – de moins de 10% dans beaucoup des pays en développement les plus touchés à plus de 90% dans certains pays dont les systèmes d'information sanitaire sont bien développés. Troisièmement, la notification des cas de SIDA connaît souvent des retards importants, et même lorsque les cas sont signalés rapidement, les données notifiées concernant les cas de SIDA reflètent des modes de transmission du VIH remontant à 5-10 ans, en raison de la longue période de latence de l'infection. Enfin, on observe des variations considérables dans la façon dont les pays notifient les données. Les données par âge, par sexe et par mode de transmission présumé sont, autant que possible, présentées ici pour les 4-5 dernières années de notification, les années auxquelles les données se réfèrent sont indiquées dans la dernière colonne des *Tableaux 1 et 2*). Etant donné que la période de notification et la qualité des données varient sensiblement, il faut être prudent lorsqu'on compare ces données d'un pays à l'autre.

Fig. 1 Total number of reported AIDS cases through December 2000 by transmission group and year of report, WHO European Region

Fig. 1 Nombre total de cas de SIDA notifiés, décembre 2000, par mode de transmission et année de notification, Région OMS de l'Europe



¹ Part I appeared in No. 49 of 7 December 2001.

¹ La partie I est parue dans le N° 49 du 7 décembre 2001.

Table 1 **Reported AIDS cases by age at diagnosis and proportion of male cases, selected countries, reporting period 1997-2001^a**Tableau 1 **Cas notifiés de SIDA par âge au moment du diagnostic, et proportion de cas masculins, certains pays, période de notification 1997-2001^a**

Country/area Pays/territoire	Age (years – années)			Male cases (% of reported cases) Cas masculins (% des cas notifiés)	Reporting period Période de notification	Country/area Pays/territoire	Age (years – années)			Male cases (% of reported cases) Cas masculins (% des cas notifiés)	Reporting period Période de notification
	(%) ^b						(%) ^b				
	0-14	15-49	50+				0-14	15-49	50+		
Africa – Afrique						Dominican Republic –					
Algeria – Algérie	3	86	11	68	1997-2001	République dominicaine	4	87	9	61	1997-2000
Angola	6	88	6	41	1997-2000	Ecuador – Equateur	2	91	8	...	1997-2000
Benin – Bénin	3	91	6	60	1997	El Salvador	6	82	12	71	1997-1999
Botswana	10	84	6	54	1997-1998	Guatemala	6	86	8	70	1997-2000
Burkina Faso	7	89	4	58	1997-1998	Guyana	3	92	5	60	1997-1999
Burundi	7	82	11	45	1997-1998	Honduras	8	86	6	55	1997-2000
Cameroon – Cameroun	10	83	6	49	1998	Jamaica – Jamaïque	9	77	14	60	1997-2000
Cape Verde – Cap-Vert	7	71	21	58	1997-2000	Mexico – Mexique	2	88	10	85	1997-2000
Chad – Tchad	6	89	5	53	1997-2000	Nicaragua	1	93	7	75	1997-2000
Côte d'Ivoire	2	90	8	54	1997-1999	Panama	5	80	15	73	1997-2000
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	4	81	15	42	1998	Paraguay	5	91	4	69	1997-1999
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	3	94	3	43	1998-2000	Peru – Pérou	8	84	8	78	1997-2000
Eritrea – Erythrée	5	87	7	63	1997-1999	Saint Lucia – Sainte-Lucie	14	81	5	52	1997-1999
Ethiopia – Ethiopie	5	90	4	52	2000-2001	Saint Vincent and the Grenadines – Saint-Vincent- et-Grenadines	8	77	15	69	1997-1999
Gabon	4	88	9	53	1997-2000	Trinidad and Tobago – Trinité-et-Tobago	7	83	10	62	1997-1999
Gambia – Gambie	10	78	12	60	1997-1998	United States of America – Etats-Unis d'Amérique	1	87	13	76	1997-2000
Ghana	3	88	9	42	1997-2001	Uruguay	3	89	8	74	1997-1999
Guinea – Guinée	4	93	3	52	1997-1999	Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale					
Guinea-Bissau – Guinée-Bissau	0	91	9	45	1997-1999	Bahrain – Bahreïn	2	84	13	93	1997-2001
Lesotho	10	82	7	45	1997-2000	Cyprus – Chypre	0	87	13	81	1997-2001
Liberia – Libéria	1	94	5	45	1997-2001	Djibouti	1	91	8	68	1997-1998
Madagascar	8	83	8	62	1997-2001	Egypt – Egypte	1	89	9	88	1997-2001
Malawi	12	82	6	54	1997	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	3	98	0	...	1997
Mali	4	91	5	51	1997-1999	Jordan – Jordanie	4	79	17	94	1997-2001
Mauritius – Maurice	7	70	23	70	1997-2001	Kuwait – Koweït	0	73	27	87	1997-2001
Mozambique	12	83	5	53	1997-1999	Morocco – Maroc	2	92	6	59	1997-2001
Niger	2	92	6	67	1997-2000	Oman	7	78	15	80	1997-2001
Nigeria – Nigéria	4	94	2	66	1997-2000	Pakistan	0	85	15	90	1997-2001
Sao Tome and Principe – Sao Tomé-et-Principe	0	83	17	51	1997-2000	Qatar	11	56	33	76	1997-2001
Seychelles	0	94	6	56	1997-2000	Saudi Arabia – Arabie saoudite	1	86	13	66	1997-1998
Sierra Leone	2	92	6	54	1997-1998	Sudan – Soudan	3	91	6	66	1997-2001
Swaziland	4	84	12	52	1997-1998	Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	4	81	15	81	1997-2000
Togo	8	86	7	36	1997-2000	Tunisia – Tunisie	8	84	8	60	1998-1999
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	6	88	6	50	1997-2000	Yemen – Yémen	6	88	6	71	1998
Zimbabwe	16	79	4	54	1997-1998	Europe					
Americas – Amériques						Armenia – Arménie	6	94	0	78	1997-2001
Antigua and Barbuda – Antigua-et-Barbuda	9	78	13	57	1997-1999	Austria – Autriche	1	62	38	75	1997-2001
Argentina – Argentine	8	87	5	75	1997-2000	Azerbaijan – Azerbaïdjan	3	92	5	87	1997-2001
Bahamas	4	82	14	61	1997-1999	Belarus – Bélarus	8	85	8	77	1997-2001
Barbados – Barbade	2	78	20	70	1997-2000	Belgium – Belgique	3	84	13	64	1997-2001
Bermuda – Bermudes	0	79	21	82	1997-1999	Bosnia and Herzegovina – Bosnie-Herzégovine	9	82	9	100	1997-2000
Brazil – Brésil	3	89	8	67	1997-2001	Bulgaria – Bulgarie	0	89	11	68	1997-2001
Canada	1	84	14	85	1997-2000	Croatia – Croatie	3	76	21	87	1997-2001
Chile – Chili	1	86	13	88	1997-2000	Czech Republic – République tchèque	0	80	20	87	1997-2001
Colombia – Colombie	2	89	9	86	1997-1999	Denmark – Danemark	1	76	23	79	1997-2001
Costa Rica	1	88	11	86	1997-2000	Estonia – Estonie	0	77	23	100	1997-2001
Cuba	0	93	7	76	1997-2000						
Dominica – Dominique	7	83	11	70	1997-1999						

^a Data reported by 25 November 2001; for countries reporting 10 cases or more during the period, exclude cases with unknown age or sex. – Données notifiées au 25 novembre 2001; pour les pays notifiant 10 cas ou plus pendant la période, sont exclus les cas dont l'âge ou le sexe sont inconnus.

Country/area Pays/territoire	Age (years – années) (%) ^b			Male cases (% of reported cases) Cas masculins (% des cas notifiés)	Reporting period Période de notification	Country/area Pays/territoire	Age (years – années) (%) ^b			Male cases (% of reported cases) Cas masculins (% des cas notifiés)	Reporting period Période de notification
	0-14	15-49	50+				0-14	15-49	50+		
	Finland – Finlande	3	82				15	74	1997-2001			Yugoslavia, Federal Republic of^{c} – Yougoslavie, République fédérale de^{c}	1	87	12	67	1997-2001
France	1	82	17	77	1997-2001	South-East Asia – Asie du Sud-Est					
Georgia – Géorgie	3	94	3	97	1997-2001	Indonesia – Indonésie	2	94	4	77	1997-2001
Germany – Allemagne	0	82	18	83	1997-2001	Sri Lanka	4	75	21	58	1997-1998
Greece – Grèce	1	77	22	83	1997-2001	Thailand – Thaïlande	4	92	4	72	1997-2001
Hungary – Hongrie	2	75	23	88	1997-2001	Western Pacific – Pacifique occidental					
Iceland – Islande	0	100	0	91	1997-2001	Australia – Australie	0	81	19	92	1997-2001
Ireland – Irlande	6	83	11	72	1997-2001	Cambodia – Cambodge	...	...	...	66	1997-2000
Israel – Israël	4	81	15	69	1997-2001	China – Chine	1	91	8	78	1997-2001
Italy – Italie	1	87	12	76	1997-2001	China, Hong Kong SAR – Chine, RAS Hong Kong	1	76	22	84	1997-2001
Kazakhstan	0	95	5	83	1997-2001	China, Macao SAR – Chine, RAS Macao	8	83	8	83	1997-2001
Latvia – Lettonie	1	93	6	75	1997-2001	Guam	0	90	10	90	1997-2001
Lithuania – Lituanie	0	82	18	94	1997-2001	Japan – Japon	1	69	30	85	1997-2001
Luxembourg	0	71	29	92	1997-2001	Kiribati	23	77	0	43	1997-2001
Netherlands – Pays-Bas	1	85	15	83	1997-2001	Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	2	95	3	57	1997-2001
Norway – Norvège	1	82	17	69	1997-2001	Malaysia – Malaisie	...	...	...	93	1997-2001
Poland – Pologne	3	91	6	78	1997-2001	New Caledonia and Dependencies – Nouvelle Calédonie et Dépendances	14	81	5	62	1997-2001
Portugal	1	89	10	83	1997-2001	New Zealand – Nouvelle-Zélande	2	77	20	90	1997-2000
Republic of Moldova – République de Moldova	4	96	0	58	1997-2001	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	0	63	37	56	1997-2001
Romania – Roumanie	75	22	2	55	1997-2001	Philippines	2	85	13	73	1997-2001
Russian Federation – Fédération de Russie	13	79	8	69	1997-2001	Republic of Korea – République de Corée	0	76	24	90	1997-2000
San Marino – Saint-Marin	0	73	27	91	1997-2001	Singapore – Singapour	1	76	23	89	1997-2001
Slovakia – Slovaquie	0	93	7	87	1997-2001	Viet Nam	2	95	3	79	1997-2001
Slovenia – Slovénie	0	85	15	85	1997-2001						
Spain – Espagne	1	91	8	79	1997-2001						
Sweden – Suède	1	81	18	73	1997-2001						
Switzerland – Suisse	1	85	14	72	1997-2001						
The former Yugoslav Republic of Macedonia – Ex-République yougoslave de Macédoine	0	94	6	81	1997-2001						
Turkey – Turquie	1	74	25	83	1997-2001						
Ukraine	1	97	2	77	1997-2001						
United Kingdom – Royaume-Uni	5	83	13	77	1997-2001						

^b Percentages do not always add up to 100% due to rounding. – Les chiffres ayant été arrondis, la somme des pourcentages ne correspond pas toujours à 100%.

^c Refers to states/areas of the former Socialist Federal Republic of Yugoslavia not otherwise listed separately. – Concerne les Etats/territoires de l'ancienne République fédérale socialiste de Yougoslavie qui ne sont pas cités séparément.

... Data not available. – Données non disponibles.

Reported AIDS cases do not include cases of HIV infection that have not reached the stage of AIDS disease. HIV case-reporting is now being implemented in many industrialized countries. However, implementation is not uniform and information from HIV case-reporting is still incomplete and difficult to interpret, since it is dependent on the access different populations groups have to HIV tests as well as coverage of the reporting system.

Two groups of countries account for 77% of all reported AIDS cases: 38% of cumulative AIDS cases reported to date are from industrialized countries (1 062 776 cases), and 39% from sub-Saharan Africa (1 093 021 cases). This reflects, respectively, a high level of completeness of reporting in industrialized countries and the high burden of HIV-related illnesses in many African countries.

Les cas notifiés ne comprennent pas les cas d'infection par le VIH qui n'ont pas atteint le stade du SIDA proprement dit. De nombreux pays industrialisés notifient désormais également les cas de séropositivité. Toutefois la mise en œuvre de cette notification n'est pas uniforme et l'information sur les cas de séropositivité est encore incomplète et très difficile à interpréter, car elle dépend à la fois de l'accès de différents groupes de population au test de dépistage du VIH et de la couverture du système de notification.

Pas moins de 77% des cas cumulés de SIDA notifiés à ce jour l'ont été par deux groupes de pays, à savoir 38% par les pays industrialisés (1 062 776 cas) et 39% par les pays d'Afrique subsaharienne (1 093 021 cas). Ces chiffres traduisent d'une part le caractère complet de la notification dans les pays industrialisés et, d'autre part, la forte charge de morbidité liée au VIH dans de nombreux pays africains.

Table 2 Proportion of reported AIDS cases by assumed mode of transmission, selected countries, reporting period 1997-2001^a

Tableau 2 Proportion des cas de SIDA notifiés selon le mode de transmission, certains pays, période de notification 1997-2001^a

Country/area Pays/territoire	Hetero- sexual Hétéro- sexuel	Homo-/ bisexual Homo-/ bisexuel	Intra- venous drug use Utilisation de drogues par voie intraveineuse	Transfusion/ haemo- philiac Transfusion/ hémophile	Mother- to-infant Mère- enfant	Other (known) Autre (connu)	Reporting period Période de noti- fication	Country/area Pays/territoire	Hetero- sexual Hétéro- sexuel	Homo-/ bisexual Homo-/ bisexuel	Intra- venous drug use Utilisation de drogues par voie intraveineuse	Transfusion/ haemo- philiac Transfusion/ hémophile	Mother- to-infant Mère- enfant	Other (known) Autre (connu)	Reporting period Période de noti- fication
Africa – Afrique								Saint Lucia – Sainte-Lucie	62	8	0	8	23	0	97-99
Algeria – Algérie	76	4	9	7	4	0	97-01	Saint Vincent and the Grenadines – Saint-Vincent- et-Grenadines	56	20	14	0	10	0	97-99
Angola	36	2	25	8	3	26	97-00	Trinidad and Tobago – Trinité-et-Tobago	46	33	21	1	1	0	97-99
Benin – Bénin	97	0	0	0	2	0	97	United States of America – Etats-Unis d'Amérique	22	42	34	1	1	0	97-00
Botswana	93	0	0	0	7	0	97	Uruguay	40	26	32	1	2	0	97-99
Burundi	72	0	0	2	26	0	98	Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale							
Cap Verde – Cap-Vert	94	0	0	0	6	0	97-00	Bahrain – Bahreïn	16	5	75	2	2	0	97-01
Chad – Tchad	94	0	0	0	6	0	97-98	Cyprus – Chypre	57	43	0	0	0	0	97-01
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	95	0	0	0	4	0	98	Djibouti	99	0	0	0	1	0	97-98
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	97	0	0	0	3	0	98-00	Egypt – Egypte	56	32	2	8	1	0	97-01
Eritrea – Erythrée	95	0	0	0	5	0	97-99	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	13	0	58	28	0	0	97-98
Gambia – Gambie	91	0	0	0	10	0	97-98	Jordan – Jordanie	47	5	8	39	0	0	97-01
Ghana	80	0	0	5	15	0	97-01	Kuwait – Koweït	90	3	7	0	0	0	97-01
Lesotho	90	0	0	0	10	0	97-00	Morocco – Maroc	81	8	3	2	2	4	97-01
Malawi	88	0	0	1	11	0	97	Oman	59	16	6	7	7	4	97-01
Mauritius – Maurice	74	7	0	0	7	11	97-01	Pakistan	90	3	8	0	0	0	97-01
Namibia – Namibie	88	0	0	0	12	0	97-00	Qatar	53	6	0	29	12	0	97-01
Niger	95	0	0	2	1	3	97-00	Saudi Arabia – Arabie saoudite	72	6	2	15	4	0	97-98
Sao Tome and Principe – Sao Tomé-et-Principe	100	0	0	0	0	0	97-00	Sudan – Soudan	97	0	0	0	3	0	97-01
Seychelles	78	22	0	0	0	0	97-00	Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	73	8	8	8	4	0	97-00
Sierra Leone	89	8	0	0	2	1	97-98	Tunisia – Tunisie	51	10	27	8	4	0	97-99
Togo	94	0	0	0	6	0	97-00	Yemen – Yémen	67	31	0	3	0	0	97-98
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	94	0	0	1	5	0	99-00	Europe							
Americas – Amériques								Armenia – Arménie	39	0	56	0	6	0	97-01
Antigua and Barbuda – Antigua-et-Barbuda	63	0	19	0	13	6	97-99	Austria – Autriche	31	37	25	4	0	2	97-01
Argentina – Argentine	33	19	39	1	7	0	97-00	Azerbaijan – Azerbaïdjan	32	3	59	0	3	3	97-01
Bahamas	95	1	1	0	3	0	97-99	Belarus – Bélarus	42	25	25	0	8	0	97-01
Barbados – Barbade	95	4	0	0	0	1	97-00	Belgium – Belgique	60	26	8	3	4	0	97-01
Belize	83	16	0	0	1	0	97-00	Bulgaria – Bulgarie	86	14	0	0	0	0	97-01
Bermuda – Bermudes	48	24	28	0	0	0	97-99	Czech Republic – République tchèque	28	69	0	2	0	2	97-01
Brazil – Brésil	50	28	18	0	4	0	97-01	Denmark – Danemark	38	47	10	3	1	1	97-01
Canada	20	52	25	2	1	0	97-00	Estonia – Estonie	38	62	0	0	0	0	97-01
Chile – Chili	35	60	4	0	1	0	97-00	Finland – Finlande	42	51	4	0	3	0	97-01
Colombia – Colombie	72	23	0	0	4	2	97	France	41	35	20	2	1	1	97-01
Costa Rica	37	60	1	1	1	0	97-00	Georgia – Géorgie	16	9	72	0	3	0	97-01
Cuba	37	58	0	0	0	4	97-00	Germany – Allemagne	16	64	18	2	0	1	97-01
Dominica – Dominique	76	17	0	0	7	0	97-99	Greece – Grèce	26	64	5	2	1	1	97-01
Dominican Republic – République dominicaine	84	5	5	2	3	1	97-00	Hungary – Hongrie	21	74	1	0	1	3	97-01
Ecuador – Equateur	61	37	0	0	2	0	97-00	Iceland – Islande	55	27	9	0	0	9	97-01
El Salvador	83	9	2	1	5	1	97-99	Ireland – Irlande	21	38	30	4	6	1	97-01
Guatemala	81	11	0	2	6	0	97-00	Israel – Israël	60	17	14	5	5	1	97-01
Guyana	94	3	0	0	3	0	97-99	Italy – Italie	29	18	51	1	1	0	97-01
Honduras	72	18	0	0	7	3	97-00	Kazakhstan	9	0	91	0	0	0	97-01
Jamaica – Jamaïque	81	8	0	0	11	0	97-00	Latvia – Lettonie	14	29	56	0	1	0	97-01
Martinique	76	17	7	0	0	0	95-98	Lithuania – Lituanie	20	70	10	0	0	0	97-01
Mexico – Mexique	44	51	1	1	2	1	97-00	Luxembourg	25	53	19	3	0	0	97-01
Nicaragua	61	32	5	1	1	0	97-00	Netherlands – Pays-Bas	30	55	13	1	1	0	97-01
Panama	68	23	3	0	6	0	97-00	Norway – Norvège	47	33	19	0	1	0	97-01
Paraguay	68	15	9	3	5	0	97-99	Poland – Pologne	19	19	58	1	3	0	97-01
Peru – Pérou	61	18	0	0	3	18	97-00								

^a Data reported by 25 November 2001; for countries reporting 10 cases or more during period, excludes cases with unknown mode of transmission; percentages do not always add up to 100% due to rounding. – Données notifiées au 25 novembre 2001; pour les pays notifiant 10 cas ou plus pendant la période, sont exclus les cas dont le mode transmission est inconnu; les chiffres ayant été arrondis, la somme des pourcentages ne correspond pas toujours à 100%.

Country/area Pays/territoire	Hetero- sexual Hétéro- sexuel	Homo-/ bisexual Homo-/ bisexuel	Intra- venous drug use Utilisation de drogues par voie intraveineuse	Transfusion/ haemo- philiac Transfusion/ hémophile	Mother- to-infant Mère- enfant	Other (known) Autre (connu)	Reporting period Période de noti- fication	Country/area Pays/territoire	Hetero- sexual Hétéro- sexuel	Homo-/ bisexual Homo-/ bisexuel	Intra- venous drug use Utilisation de drogues par voie intraveineuse	Transfusion/ haemo- philiac Transfusion/ hémophile	Mother- to-infant Mère- enfant	Other (known) Autre (connu)	Reporting period Période de noti- fication
Portugal	29	8	62	0	1	0	97-01	Thailand – Thaïlande	90	1	4	0	4	0	97-01
Republic of Moldova – République de Moldova	12	0	84	0	4	0	97-01	Western Pacific – Pacifique occidental							
Romania – Roumanie	21	1	0	9	4	66	97-01	Australia – Australie	17	74	7	2	0	0	97-01
Russian Federation – Fédération de Russie	23	31	20	1	3	22	97-01	China – Chine	28	1	48	6	1	16	97-01
San Marino – Saint-Marin	27	27	45	0	0	0	97-01	China, Hong Kong SAR – Chine, RAS Hong Kong	82	13	2	2	2	0	97-01
Slovakia – Slovaquie	50	50	0	0	0	0	97-01	Guam	19	73	4	0	0	4	97-01
Slovenia – Slovénie	32	61	7	0	0	0	97-01	Japan – Japon	68	28	1	0	1	3	97-01
Spain – Espagne	19	13	65	1	1	1	97-01	Kiribati	71	0	0	0	23	0	97-01
Sweden – Suède	49	36	12	2	1	0	97-01	Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	99	0	0	0	1	0	97-01
Switzerland – Suisse	32	28	37	1	1	0	97-01	Malaysia – Malaisie	27	2	70	0	1	0	97-01
The Former Yugoslav Republic of Macedonia – Ex-République yougoslave de Macédoine	86	14	0	0	0	0	97-01	New Caledonia and Dependencies – Nouvelle-Calédonie et Dépendances	32	32	11	0	16	11	97-01
Turkey – Turquie	81	5	10	2	2	1	97-01	New Zealand – Nouvelle-Zélande	20	70	3	2	2	2	97-00
Ukraine	15	0	84	0	1	0	97-01	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle- Guinée	96	0	0	3	1	0	97-01
United Kingdom – Royaume-Uni	37	47	6	2	5	2	97-01	Philippines	63	34	0	0	2	0	97-01
Yugoslavia, Federal Republic of ^b – Yougoslavie, République fédérale de ^b	30	17	45	8	1	0	97-01	Republic of Korea – République de Corée	80	18	0	2	0	0	97-00
South-East Asia – Asie du Sud-Est								Singapore – Singapour	81	17	2	0	1	0	97-01
Indonesia – Indonésie	65	8	25	0	2	0	97-01	Viet Nam	11	0	42	0	1	45	97-01
Sri Lanka	90	5	0	0	5	0	97-98								

^b Refers to states/areas of the former Socialist Federal Republic of Yugoslavia not otherwise listed separately. – Concerne les Etats/territoires de l'ancienne République fédérale socialiste de Yougoslavie qui ne sont pas cités séparément.

Table 2 shows the percentage distribution of assumed mode of transmission by country, and Table 3 summarizes these data by different country groupings. Close to 90% of AIDS cases reported in sub-Saharan Africa have been infected through heterosexual transmission, and an increasing proportion of cases reported in Asia, Latin America and North Africa/Middle East have also been infected heterosexually. In industrialized countries, AIDS cases are

Le Tableau 2 montre la répartition en pourcentage des différents modes de transmission présumés par pays et le Tableau 3 résume ces données par groupes de pays. Près de 90% des cas de SIDA notifiés en Afrique subsaharienne résultent d'une transmission hétérosexuelle et une proportion croissante des cas signalés en Asie, en Amérique latine et en Afrique du Nord/Moyen-Orient est également imputable à cette forme de transmission. Dans les pays industrialisés, on observe une répartition plus égale entre les cas de

Table 3 Percent of reported AIDS cases by assumed mode of transmission^a

Tableau 3 Pourcentage des cas de SIDA notifiés selon le mode de transmission^a

	Heterosexual Hétérosexuel	Homo-/bisexual Homo-/bisexuel	Intravenous drug use Utilisation de drogues par voie intraveineuse	Transfusion/haemophilic Transfusion/hémophile	Mother-to-infant Mère-enfant	Other (known) Autres (connus)
Sub-Saharan Africa – Afrique subsaharienne	87%	0%	1%	2%	10%	1%
Americas ^b – Amériques ^b	53%	27%	14%	0%	4%	1%
Asia ^c – Asie ^c	85%	1%	8%	0%	4%	2%
Industrialized countries ^d – Pays industrialisés ^d	23%	38%	36%	1%	1%	0%
Eastern Europe – Europe orientale	20%	6%	36%	5%	2%	31%
North Africa and Middle East – Afrique du Nord et Moyen-Orient	85%	5%	4%	2%	3%	1%
Oceania – Océanie	27%	64%	5%	2%	1%	0%

^a Data reported by 25 November 2001; for countries reporting 10 cases or more during period, excludes cases with unknown mode of transmission; mean percents were weighted by number of AIDS cases reported 1997-2001. – Données notifiées au 25 novembre 2001; pour les pays notifiant 10 cas ou plus pendant la période, sont exclus les cas dont le mode de transmission est inconnu; la moyenne des pourcentages a été pondérée par le nombre de cas de SIDA notifiés en 1997-2001.

^b Excluding Canada and United States. – Le Canada et les Etats-Unis non compris.

^c Excluding Japan. – Le Japon non compris.

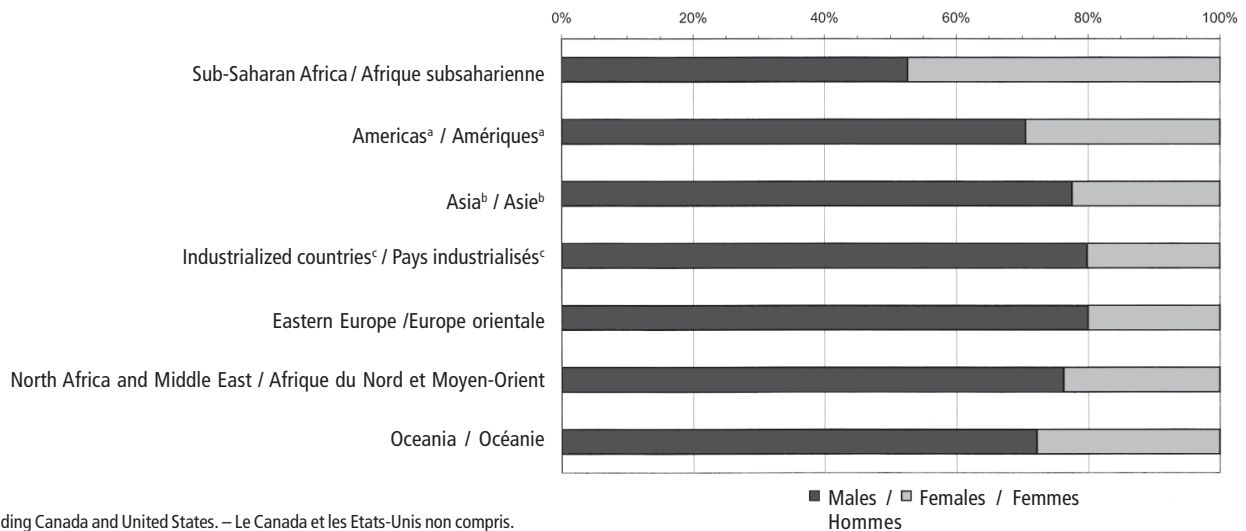
^d Western Europe, Canada, United States and Japan. – Europe occidentale, Canada, Etats-Unis et Japon.

more evenly divided between transmission through heterosexual contact, homo/bisexual contact and intravenous drug use, although it should be noted that heterosexual transmission is increasingly a cause of HIV infection in these countries.

SIDA dus à une transmission par contact hétérosexuel, par contact homo/bisexuel et par consommation de drogues par voie intraveineuse, même s'il faut relever que la transmission hétérosexuelle devient une cause plus fréquente d'infection.

Fig. 2 **Reported AIDS cases, by gender (%), selected countries, reporting period 1997-2001**

Fig. 2 **Cas notifiés de SIDA par sexe (%), certains pays, période de notification 1997-2001**



^a Excluding Canada and United States. – Le Canada et les Etats-Unis non compris.

^b Excluding Japan. – Le Japon non compris.

^c Western Europe, Canada, United States and Japan. – Europe occidentale, Canada, Etats-Unis, et Japon.

Fig. 1 presents the distribution by assumed mode of transmission for the European Region. While there is a large decline in cases related to intravenous drug use, major HIV epidemics in recent years in intravenous drug users in countries such as Belarus, Republic of Moldova, the Russian Federation and Ukraine are not reflected.

La Fig. 1 présente la répartition par mode de transmission présumé dans la Région européenne. Si l'on observe une forte diminution du nombre des cas liés à la consommation de drogues par voie intraveineuse, cette figure ne reflète pas les épidémies majeures de VIH de ces dernières années chez les consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans des pays comme le Bélarus, la Fédération de Russie, la République de Moldova et l'Ukraine.

Fig. 3 **Reported AIDS cases by age groups, selected countries in Africa, reporting period 1997-2001**

Fig. 3 **Cas notifiés de SIDA, par groupe d'âge, pays sélectionnés en Afrique, période de notification 1997-2001**

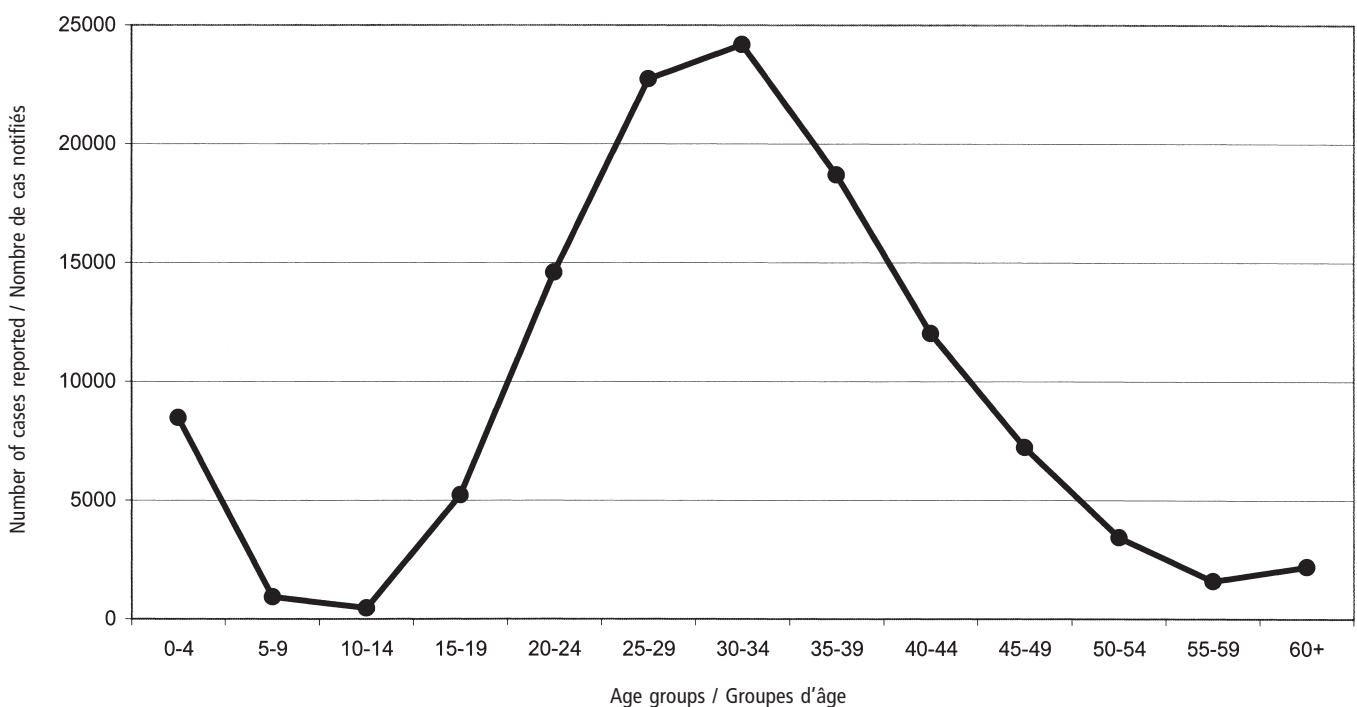


Table 1 presents the distribution by age group and gender of AIDS cases for countries reporting this information. The proportion of females in reported AIDS cases (Fig. 2) is close to 50% in sub-Saharan Africa. In the Caribbean and a few countries in Asia and North Africa/Middle East where heterosexual transmission is prevalent, about 40% of cases are in women, while in all other regions there continue to be many more men than women developing AIDS.

With the exception of a few countries, the vast majority of reported AIDS cases belong to the age group 15-49. Romania continues to have a high proportion of cases in children related to a past outbreak of HIV infection. In sub-Saharan Africa, reported AIDS cases show 2 clear peaks in those aged 0-4 years, owing mainly to perinatal transmission and in those aged 25-39 years, related to heterosexual transmission (Fig. 3). ■

Le Tableau 1 présente la répartition par âge et par sexe des cas de SIDA dans les pays qui notifient les données avec ces distinctions. La proportion des cas féminins (Figure 2) est proche de 50% en Afrique subsaharienne. Dans les Caraïbes et dans quelques pays d'Asie et d'Afrique du Nord/Moyen-Orient où le mode de transmission hétérosexuelle est prévalent, elle est de l'ordre de 40% alors que dans toutes les autres régions les cas masculins restent encore beaucoup plus nombreux.

Sauf dans quelques pays, la grande majorité des cas de SIDA notifiés concerne le groupe d'âge 15-49 ans. La Roumanie continue de présenter une forte proportion de cas chez l'enfant liée à une flambée antérieure de l'infection à VIH. En Afrique subsaharienne, on observe pour les cas notifiés de SIDA 2 pics très nets dans les groupes d'âge 0-4 ans, principalement en raison de la transmission périnatale, et dans celui de 25-39 ans, liés à la transmission hétérosexuelle (Fig. 3). ■

CORRIGENDUM TO No 49, 2001, p. 382, Table 1.

Global situation of the HIV/AIDS pandemic, end 2001 – Part I

(Change shown in bold)

Please read **60 564** number of cases instead of 54 280 for Nigeria.

RECTIFICATIF AU N° 49, 2001, p. 382, Tableau 1.

Le point sur la pandémie mondiale de VIH/SIDA, fin 2001 – Partie I

(Changement indiqué en caractères gras)

Pour le Nigéria, merci de noter que le nombre de cas est de **60 564** et non pas de 54 280.

Global elimination of lymphatic filariasis

Progress in the regionalization process, 2001

The seventh meeting of the Global Programme Review Group (GPRG) of the WHO Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis took place in Geneva (Switzerland) on 26-27 February 2001. During this meeting, the terms of reference of the regional programme review groups that had been previously circulated were agreed upon.

Africa

The first meeting of the regional programme review group for the African Region was held on 29-31 October 2001 in Cotonou (Benin). The aims of the meeting was to brief the members of the review group on the Global Programme, establishing the working principles of the operations of the review group, as well as reviewing national plans.

The meeting provided information to the review group on the operations of the Global Programme and the Technical Advisory Group as related organs of the review group; reported on follow-up action taken and still outstanding in response to the recommendations of the Global Programme Review Group; and reviewed national plans for Benin, Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigeria, Togo, Uganda and the United Republic of Tanzania. The review group deliberated on its own working mechanisms, in line with the terms of reference and also on areas of operational research, the results of which should lead to improvement of programme implementation in countries.

Elimination mondiale de la filariose lymphatique

Progrès réalisés dans le processus de régionalisation en 2001

La septième réunion du groupe d'examen du Programme mondial OMS d'Élimination de la Filariose lymphatique s'est tenue à Genève (Suisse), les 26-27 février 2001. La réunion a adopté le mandat des groupes d'examen des programmes régionaux qui avait été diffusé antérieurement.

Afrique

La première réunion du groupe d'examen du programme régional de la Région africaine a eu lieu du 29 au 31 octobre 2001 à Cotonou (Bénin). La réunion visait à informer les membres du groupe d'examen sur le Programme mondial, à définir les principes pratiques pour le fonctionnement du groupe d'examen ainsi qu'à examiner les plans nationaux.

La réunion a informé le groupe d'examen sur les opérations du Programme mondial et du groupe consultatif technique en tant qu'organes liés au groupe d'examen; fait rapport sur les mesures déjà prises et restant à prendre pour donner suite aux recommandations du groupe d'examen du Programme mondial; et fait le point des plans nationaux concernant le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana, le Kenya, le Nigéria, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et le Togo. Le groupe a examiné ses propres dispositifs pratiques à la lumière du mandat ainsi que des domaines de recherche opérationnelle, ce qui devrait conduire à une amélioration de la mise en œuvre du programme dans les pays.

Americas

The first regional programme review group for the Americas took place in Georgetown (Guyana) on 23 August 2001. The outcomes of the meeting were: (a) the establishment of the basis for the functioning of the review group; (b) setting in motion the regionalization of the albendazole application process; and (c) identification of issues (technical and other) related to the national plans which could benefit from feedback from the review group and Technical Advisory Group. The following national plans, which have not yet been reviewed by the Global Programme Review Group, were discussed: Brazil, Costa Rica, Guyana, Haiti, Suriname and Trinidad and Tobago. Other issues highlighted during the meeting were: (i) the importance of emphasizing the role of the PAHO/WHO representatives in identifying country funding; (ii) designation of subcommittees to follow up on funding strategies at the country level; and (iii) using the WHO procurement process as the most cost-effective mechanism for obtaining treatments and other essential tools.

Eastern Mediterranean

The WHO Eastern Mediterranean Regional Office is organizing the first meeting of the regional programme review group on 23-24 December 2001 in Cairo (Egypt). The agenda of the meeting includes: (i) the review of progress in elimination activities in Egypt and Yemen; (ii) the review of plans of action for the year 2002; (iii) the review of current global activities for elimination of lymphatic filariasis; (iv) the approval of the re-application from Egypt and Yemen for drug donation; and (v) the discussion on the organization of mapping activities in Sudan.

Mekong-plus

This interregional programme review group was established to deal with the issue of lymphatic filariasis distribution which spreads across the borders of the countries of the WHO South-East Asia and Western Pacific regions. The problems caused by crossborder migration will require coordinated efforts in the countries of both regions. Owing to these epidemiological concerns an interregional programme review group was established for the countries of the Mekong and surrounding region. The Mekong-plus review group consists of Cambodia, China, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Philippines and Viet Nam from the Western Pacific Region and Indonesia, Myanmar and Thailand from the South-East Asia Region. The first meeting of the Mekong-plus programme review group has been scheduled for 8-9 January 2002 in Kuala Lumpur (Malaysia).

Indian subcontinent

The remaining countries of the South-East Asia Region in the Indian subcontinent make up the Indian subcontinent regional programme review group with Bangladesh, India, Maldives, Nepal and Sri Lanka. The first Indian subcontinent review group will meet on 14-15 January 2002 in New Delhi (India).

Amériques

Le groupe d'examen du programme régional des Amériques a tenu sa première réunion à Georgetown (Guyana), le 23 août 2001. La réunion a abouti aux résultats suivants: a) établissement de la base de fonctionnement du groupe d'examen; b) mise en branle de la régionalisation des demandes d'albendazole; et c) identification des points (techniques et autres) liés aux plans nationaux pour lesquels des réactions du groupe d'examen et du groupe consultatif technique pourraient être utiles. Les plans nationaux des pays suivants qui n'ont pas encore été passés en revue par le groupe d'examen du Programme mondial ont également été étudiés: Brésil, Costa Rica, Guyana, Haïti, Suriname et Trinité-et-Tobago. Parmi les autres points soulignés à la réunion on peut mentionner: 1) l'importance de mettre en évidence le rôle des représentants de l'OPS/OMS pour définir un financement par les pays; ii) la désignation de sous-comités chargés du suivi des stratégies de financement au niveau des pays; et iii) l'utilisation de la procédure d'achat de l'OMS comme dispositif le plus efficace pour obtenir des moyens thérapeutiques ainsi que d'autres outils indispensables.

Méditerranée orientale

Le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale est en train d'organiser la première réunion du groupe d'examen du programme régional qui doit avoir lieu les 23-24 décembre 2001 au Caire (Egypte). Les points suivants sont notamment inscrits à l'ordre du jour de la réunion: i) progrès accomplis dans les activités d'élimination en Egypte et au Yémen; ii) examen des plans d'action pour 2002; iii) examen des activités actuellement entreprises au niveau mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique; iv) approbation de la nouvelle demande présentée par l'Egypte et le Yémen concernant le don de médicaments; et v) examen de l'organisation des activités de cartographie au Soudan.

Mékong-Plus

Ce groupe d'examen interrégional a été créé pour faire face au problème de la répartition de la filariose lymphatique dans les Régions OMS de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. En raison des problèmes liés aux migrations transfrontalières, une action coordonnée des pays des deux Régions s'impose. Les préoccupations épidémiologiques ont conduit à la mise sur pied d'un groupe d'examen interrégional pour les pays du Mékong et la région environnante. Le groupe d'examen Mékong-Plus couvre le Cambodge, la Chine, la Malaisie, les Philippines, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam qui appartiennent à la Région du Pacifique occidental ainsi que l'Indonésie, le Myanmar et la Thaïlande qui appartiennent à celle de l'Asie du Sud-Est. La première réunion du groupe d'examen du programme Mékong-Plus doit se tenir les 8-9 janvier 2002 à Kuala Lumpur (Malaisie).

Sous-continent indien

Les autres pays du sous-continent indien (Bangladesh, Inde, Maldives, Népal et Sri Lanka) appartenant à la Région OMS de l'Asie du Sud-Est constituent le groupe d'examen régional du sous-continent indien. Ce groupe tiendra sa première réunion les 14-15 janvier 2002 à New Delhi (Inde).

PacCARE¹

The 22 Pacific island countries in the WHO Western Pacific Region had already established an elimination programme in coordination with the South Pacific Commission called PacELF. These Pacific island countries constituted the PacCARE programme review group to review the national plans of the endemic Pacific island countries and requests for albendazole. The first meeting of the PacCARE review group was held in October 2000 followed by the second in October 2001. The PacELF headquarters is located in Suva (Fiji) and it also acts as the central warehouse for albendazole supply in the island countries.

From the first round of meetings it is clear that a crucial role is going to be played by the regional programme review groups in monitoring, assessing and facilitating the progress of country activities. The challenge will be to phase out the programme review group in the most effective way possible. ■

¹ PacCARE is composed of the 22 following Pacific island countries: American Samoa, Cook Islands, Federal States of Micronesia, Fiji, French Polynesia, Guam, Kiribati, Nauru, New Caledonia and Dependencies, Niue, Northern Mariana Islands, Palau, Papua New Guinea, Pitcairn Islands, Marshall Islands, Samoa, Solomon Islands, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis and Futuna Islands.

PacCARE¹

Les 22 pays insulaires du Pacifique appartenant à la Région OMS du Pacifique occidental ont déjà mis sur pied, en coordination avec la Commission du Pacifique-Sud, un programme d'élimination appelé PacELF. Les pays insulaires du Pacifique ont constitué le groupe d'examen PacCARE chargé d'examiner les plans nationaux des pays insulaires du Pacifique et de traiter les demandes d'albendazole. La première réunion du groupe d'examen PacCARE a eu lieu en octobre 2000 et la deuxième en octobre 2001. PacELF a son siège à Suva (Fidji) et joue également le rôle d'entrepôt central pour la fourniture d'albendazole aux pays insulaires.

La première série de réunions a clairement montré le rôle crucial que sont appelés à jouer les groupes d'examen des programmes régionaux en matière de surveillance, d'évaluation et de renforcement des progrès au niveau des activités dans les pays. Il s'agira ensuite de prévoir de la manière la plus efficace possible le désengagement progressif du groupe d'examen du programme. ■

¹ PacCARE est composé des 22 pays insulaires du Pacifique suivants: Etats fédérés de Micronésie, Fidji, Guam, Iles Cook, Iles de Wallis-et-Futuna, Iles Marianne du Nord, Iles Marshall, Iles Pitcairn, Iles Salomon, Kiribati, Nauru, Nioué, Nouvelle-Calédonie et dépendances, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tokélaou, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

Variant Creutzfeldt-Jakob Disease (vCJD)

Update on the hazard of transmission by blood and blood products

As of end September 2001, the number of vCJD cases diagnosed worldwide stood at 117, with 111 people in the United Kingdom, 4 in France and 1 each in Ireland and Hong Kong Special Administrative Region of China.¹ To date, no epidemiological evidence suggests that vCJD has ever been transmitted by blood transfusion or the use of plasma derivatives. A number of studies in animals, however, have indicated that there is infectivity in the blood in transmissible spongiform encephalopathy (TSE) disease models, suggesting the theoretical possibility of a vCJD risk from human blood products.

The most recent report on this issue² described the precautionary measures implemented by a number of countries. These precautionary measures included deferring blood donors from countries with a bovine spongiform encephalopathy (BSE)/vCJD risk. As evidence accrued of BSE contamination in the food chain in other countries, the possible extension of this policy was envisaged. With the increase in BSE cases in several European countries recorded in 2000-2001,³ the United States Food and Drug Administration has proposed measures to strengthen the criteria for deferral from 6 to 3 months spent in the United Kingdom. Furthermore, other European countries are being

¹ The Creutzfeldt-Jakob Disease Surveillance Unit (United Kingdom), 2 November 2001 (<http://www.cjd.ed.ac.uk/figures.htm>).

² See No. 47, 2000, pp. 377-379.

³ As of 8 October 2001, 17 countries outside the United Kingdom have reported BSE (<http://www.oie.int>).

Variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)

Le point sur les risques de transmission par le sang et les produits sanguins

A la fin du mois de septembre 2001, le nombre de cas de variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ) diagnostiqués dans le monde étaient de 117, dont 111 au Royaume-Uni, 4 en France, 1 en Irlande et 1 à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine.¹ A ce jour, aucune donnée épidémiologique ne laisse à penser que la vMCJ ait jamais été transmise à l'occasion d'une transfusion sanguine ou de l'utilisation de dérivés du plasma. En revanche, un certain nombre d'études effectuées chez l'animal ont indiqué la présence d'une certaine infectivité dans le sang des modèles d'encéphalopathie spongiforme transmissible (EST), ce qui porterait à croire qu'il existe un risque théorique de transmission de la vMCJ par les produits sanguins humains.

Le rapport le plus récent sur la question² indiquait les mesures de précaution mises en œuvre par un certain nombre de pays. Ces mesures comportaient l'exclusion des donneurs de sang des pays où existe un risque d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB/vMCJ). Au fur et à mesure que les preuves d'une contamination de la chaîne alimentaire par l'ESB s'accumulaient dans d'autres pays, on a envisagé la possibilité d'étendre cette politique. Avec l'augmentation des cas d'ESB enregistrée dans plusieurs pays européens en 2000-2001,³ la *United States Food and Drug Administration* a proposé des mesures visant à renforcer les critères d'exclusion des donneurs, en faisant passer de 6 mois à 3 mois la durée du séjour au Royaume-Uni justifiant une telle mesure. En outre, d'autres pays

¹ The Creutzfeldt-Jakob Disease Surveillance Unit (United Kingdom), November 2, 2001 (<http://www.cjd.ed.ac.uk/figures.htm>).

² Voir N° 47, 2000, pp. 377-379.

³ Au 8 octobre 2001, 17 pays en dehors du Royaume-Uni ont rapporté des cas d'ESB (<http://www.oie.int>).

considered in the proposed revision for the deferral policies of the United States.

The potential exclusion of plasma donors from European countries will have substantial implications for the world supply of plasma products. It is therefore encouraging that the growing level of evidence suggests that plasma fractionation clears TSE strains, including that associated with vCJD, from final products. The United States considered both of these factors in exempting source plasma donors with history of residence or travel in Europe from the exclusion requirement of the draft guidance.

BSE has now been reported in countries outside of the European Community (i.e. Czech Republic, Japan, Slovakia, Slovenia). This highlights the need to assess the origins of the BSE epidemic, which is clearly associated with the use of BSE-contaminated meat and bone meal and the recycling of infected animals into the animal feed chain. More BSE cases may therefore be expected from the wide range of countries that imported and used potentially contaminated meat and bone meal from the United Kingdom, or that imported cattle. Therefore, deferring blood donors on the basis of potential exposure to BSE may result in endangering the supply of blood and blood products. The need to balance known risks and product-supply requirements against the possible risk of blood-transmitted vCJD should be considered, as recommended in this article.

It is unlikely that there will be a blood test for vCJD in the near future. Measures to avoid this theoretical risk in the blood supply will therefore continue to be based on donor deferral. It is of particular concern that in the developed world where geographically based deferrals have been implemented, the latter may have preferentially excluded repeat blood donors. While it is still too early to assess the long-term effects it has been shown that losing a small number of such repeat donors can have a very substantial effect on the overall blood supply.

In the meantime, blood services should continue to focus their efforts on providing adequate amounts of blood which is as safe as possible regarding recognized risks of transfusion. In many areas of the world, implementation of precautionary deferral measures for BSE/vCJD is likely to decrease the number of dedicated and low-risk voluntary non-remunerated blood donors, and thus increase the risk of transmission of known infections. Unless more evidence accrues to the contrary, except in areas where the loss of safe donors can safely be offset, blood services should focus their efforts on known transfusion-transmitted pathogens by providing the appropriate donor selection and screening measures, which will contribute most effectively to making blood safe. ■

européens sont également concernés dans la révision des politiques d'exclusion des Etats-Unis d'Amérique.

L'exclusion potentielle des donneurs de plasma des pays européens aura des conséquences non négligeables sur l'approvisionnement mondial en produits du plasma. Il est par conséquent encourageant de constater que de plus en plus d'éléments portent à croire que les techniques de fractionnement du plasma éliminent les souches d'EST, notamment celles associées à la vMCJ, dans les produits finals. Les Etats-Unis d'Amérique ont tenu compte de ces deux facteurs lorsqu'ils ont exempté les donneurs de plasma ayant résidé ou voyagé en Europe de l'exclusion exigée par le projet de directive.

L'ESB a désormais été signalée dans des pays n'appartenant pas à la communauté européenne (à savoir: Japon, République tchèque, Slovaquie, Slovénie). Cela souligne la nécessité de déterminer l'origine de l'épidémie d'ESB, qui est nettement associée à l'utilisation de viande et de farines d'os contaminées par l'ESB et au recyclage des animaux infectés dans la chaîne alimentaire animale. On peut donc s'attendre à d'autres cas d'ESB dans les nombreux pays qui ont importé et utilisé de la viande et des farines d'os du Royaume-Uni potentiellement contaminées ou qui ont importé du bétail. En conséquence, écarter les donneurs de sang en raison d'une exposition potentielle à l'ESB risque de mettre en péril l'approvisionnement en sang et en produits sanguins. La nécessité de trouver un compromis entre les risques connus et les besoins en produits pour parer à tout risque éventuel d'une transmission sanguine de la vMCJ devrait être prise en compte, comme recommandé dans cet article.

Il est peu probable qu'on puisse disposer d'un test sanguin de recherche de la vMCJ dans un futur proche. Les mesures propres à éviter ce risque théorique qui pèse sur les réserves de sang continueront donc à être basées sur l'exclusion des donneurs. Il est particulièrement préoccupant de constater que, dans le monde développé où des exclusions pour raison géographique ont été mises en œuvre, ces dernières aient porté de préférence sur des donneurs réguliers. S'il est encore trop tôt pour évaluer les effets à long terme, on a montré que le fait de perdre un tel petit nombre de donneurs réguliers peut avoir un effet considérable sur l'approvisionnement général en sang.

En attendant, les services de transfusion doivent continuer à s'efforcer de fournir des quantités suffisantes d'un sang qui soit aussi sûr que possible compte tenu des risques connus de la transfusion. Dans beaucoup de régions de monde, la mise en œuvre des mesures d'exclusion à titre de précaution contre l'ESB/vMCJ risque de diminuer le nombre des donneurs de sang réguliers et à faible risque, des donneurs bénévoles non rémunérés, et d'accroître ainsi le risque de transmission d'infections connues. A moins qu'on ait davantage de preuves du contraire, les services de transfusion doivent, sauf dans les régions où le déficit de donneurs peut être compensé sans risque, axer leurs efforts sur les germes pathogènes dont on sait qu'ils sont transmis par les transfusions en assurant une sélection appropriée des donneurs et en appliquant les méthodes de dépistage, mesures les plus efficaces pour assurer la sécurité transfusionnelle. ■

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

Belgium (8 December 2001).¹ Three influenza A cases have been detected by rapid test during the first week of December. A slight increase of acute respiratory infections has been recorded but no influenza viruses has been isolated.

Germany (1 December 2001). The rate of acute respiratory infections (measured as ARI per 100 consultations) remains within the expected range for this time of the year. However, there have been no indications for a significant influenza activity so far.

Italy (1 December 2001). Influenza activity has remained at low levels. Weekly incidence of influenza-like illness was 71 per 100 000 population. Rates of acute respiratory infections remain highest in age group 0-14 years and no influenza virus was detected nor isolated so far.

United Kingdom (8 December 2001).² During the first week of December, indicators of acute respiratory infections, including influenza, remained low. The rate of influenza-like illness consultation remained well within the range of baseline activity. Two influenza B viruses were isolated during the week.

Other reports. During the first of December, no influenza activity was detected in Greece and New Caledonia. ■

¹ See No. 42, 2001, p. 328.

² See No. 41, 2001, p. 324.

Grippe

Belgique (8 décembre 2001).¹ Trois cas de grippe A ont été dépistés suite à un rapide test au cours de la première semaine de décembre. On a enregistré une légère augmentation des infections respiratoires aiguës mais aucun virus grippal n'a été isolé.

Allemagne (1 décembre 2001). Le taux d'infections respiratoires aiguës (calculé sur la base du nombre d'infections respiratoires aiguës dépistées sur 100 consultations) demeure dans les limites prévues pour cette période de l'année. Cependant, jusqu'à présent, il n'y a eu aucune indication pouvant laisser penser à une activité grippale significative.

Italie (1 décembre 2001). L'activité grippale est restée faible. L'incidence hebdomadaire des syndromes grippaux était de 71 pour 100 000 habitants. Les taux d'infections respiratoires aiguës ont été les plus élevés parmi le groupe d'âge allant de 0 à 14 ans et jusqu'à présent, aucun virus n'a été dépisté ou isolé.

Royaume-Uni (8 décembre 2001).² Les indicateurs d'infections respiratoires aiguës sont restés faibles durant la première semaine de décembre. Le taux de consultation pour syndromes grippaux se situe bien dans les limites de l'activité de base. Deux virus grippaux de type B ont été isolés au cours de la semaine.

Autres rapports. Aucune activité grippale n'a été dépistée en Grèce et en Nouvelle-Calédonie au cours de la première semaine de décembre. ■

¹ Voir N° 42, 2001, p. 328.

² Voir N° 41, 2001, p. 324.

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 December 2001 / Notifications de maladies reçues du 7 au 13 décembre 2001

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique	
Nigeria / Nigéria	15-26.XI
.....	1 475 52

WWW access • <http://www.who.int/wer>

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

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

Rédactrice: vallanjonm@who.int