



# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

# RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

20 AUGUST 1999 • 74th YEAR

<http://www.who.int/wer>74<sup>e</sup> ANNÉE • 20 AOÛT 1999

## Legionnaires' disease, Europe, 1998

Twenty-eight of the 31 member countries of the European working group for *Legionella* infections (EWGLI) contributed information to the 1998 European dataset. The data were obtained through completion of a set of reporting forms which have been used annually since 1993 to collect data from the participating countries in a standardized way.

The aggregated data show that 1 442 cases of legionnaires' disease in European residents were reported in 1998 (Tables 1 & 2). This was 82 cases more than were reported in 1997 and 121 fewer cases than in 1996 when a large community outbreak occurred in Spain.<sup>1</sup> Sixteen countries reported more cases in 1998 than in 1997, 7 reported fewer and 1 reported the same number as in 1997. Four countries reported for the first time (Latvia, Lithuania, Slovenia and Tunisia). Five countries reported more than 100 cases each (Denmark, England & Wales, France, Italy and Spain); 188 deaths were reported in 1998 – an overall case-fatality rate of 13.1% (range 6%–42%) compared with 10% in 1997.

### Rate of infection per million population

The total European rate of infection for 1998 was 4.3 cases per million population. The aggregated population (333 million) was less in 1998 than in 1997 because area rather than national statistics were used to calculate rates in 6 countries (Croatia, Germany, Greece, Portugal, Russian Federation and Turkey). Denmark continues to show the highest rate of infection at 20.4 cases per million population, followed by Germany (eastern) (20), Switzerland (11), Sweden (8.6) and Scotland (8.2). The male/female ratio has remained similar for the last 3 years at 2.5-3:1. In 1998, 70% of the cases were male, 28% were female and 2% were unknown.

<sup>1</sup> See No. 34, 1998, pp. 257–261.

## Maladie des légionnaires, Europe, 1998

Vingt-huit des 31 pays membres du Groupe de travail européen sur les infections à *Legionella* (EWGLI) ont fourni des données pour le fichier européen de 1998. Ces informations ont été obtenues au moyen des formulaires de notification utilisés tous les ans depuis 1993 afin de recueillir d'une manière standardisée les données provenant des pays participants.

En 1998, les données cumulées montrent que 1 442 cas de maladie des légionnaires chez des personnes habitant en Europe ont été notifiés (Tableaux 1 & 2). Cela représente 82 cas de plus qu'en 1997 et 121 de moins qu'en 1996, lorsqu'une flambée importante est survenue en Espagne dans une grande communauté.<sup>1</sup> Seize pays ont notifié plus de cas, 7 pays moins de cas et 1 autant de cas en 1998 qu'en 1997. Quatre pays ont fait des notifications pour la première fois (Lettonie, Lituanie, Slovaquie et Tunisie). Cinq pays ont notifié plus de 100 cas chacun (Angleterre et Pays de Galles, Danemark, Espagne, France et Italie); 188 décès ont été notifiés en 1998, soit un taux de létalité moyen de 13,1% (écart 6% - 42%), contre 10% en 1997.

### Taux d'infection par million d'habitants

Pour l'ensemble de l'Europe, le taux d'infection en 1998 a été de 4,3 cas par million d'habitants. La population totale (333 millions) est moindre en 1998 qu'en 1997 car l'on a utilisé des statistiques régionales (au lieu des statistiques nationales) pour calculer les taux dans 6 pays (Allemagne, Croatie, Fédération de Russie, Grèce, Portugal, Turquie). Le Danemark continue d'avoir le taux d'infection le plus élevé avec 20,4 cas par million d'habitants, suivi par l'Allemagne (partie orientale) (20), la Suisse (11), la Suède (8,6) et l'Ecosse (8,2). Le rapport hommes/femmes est resté inchangé au cours des 3 dernières années à 2,5-3:1. En 1998, les hommes ont représenté 70% des cas, les femmes 28% et le sexe est inconnu dans 2% des cas.

<sup>1</sup> Voir N° 34, 1998, p. 257–261.

## CONTENTS

Legionnaires' disease, Europe, 1998	273
Note to readers of the WER	278
WHO report on infectious diseases	279
Influenza	280
Diseases subject to the Regulations	280

## SOMMAIRE

Maladie des légionnaires, Europe, 1998	273
Note aux lecteurs du REH	278
Rapport de l'OMS sur les maladies infectieuses	279
Grippe	280
Maladies soumises au Règlement	280

Table 1 Legionnaires' disease, 28 European countries, 1998

Tableau 1 Maladie des légionnaires, 28 pays européens, 1998

Country – Pays	Number of reported cases Nombre de cas notifiés	Population (millions)	Rate per million Taux par million
Austria – Autriche	28	8	3.5
Belgium – Belgique	62	10	6.2
Croatia – Croatie	8	1	8.0
Czech Republic – République tchèque	19	10.5	1.81
Denmark – Danemark	106	5.2	20.38
England & Wales – Angleterre et Pays de Galles	217	52.2	4.16
Finland – Finlande	15	5.1	2.94
France	307	58.54	5.25
Germany (area) – Allemagne (région)	20	1	20.00
Greece (area) – Grèce (région)	10	1	10.00
Ireland – Irlande	1	3.63	0.28
Italy – Italie	102	57	1.79
Latvia – Lettonie	0	2.5	0.00
Lithuania – Lituanie	0	3.7	0.00
Malta – Malte	2	0.37	5.46
Netherlands – Pays-Bas	44	15.65	0.60
Northern Ireland – Irlande du Nord	1	1.7	2.81
Norway – Norvège	5	4.3	1.16
Portugal (area) – Portugal (région)	17	1	17.00
Russian Federation (Moscow) – Fédération de Russie (Moscou)	24	10	2.40
Scotland – Ecosse	42	5.14	8.17
Slovakia – Slovaquie	1	5.3	0.20
Slovenia – Slovénie	16	1.9	8.06
Spain – Espagne	232	39.35	5.90
Sweden – Suède	77	8.85	8.59
Switzerland – Suisse	78	7.1	10.99
Tunisia – Tunisie	0	8.9	0.00
Turkey (area) – Turquie (région)	8	4	2.00
<b>Total</b>	<b>1 442<sup>a</sup></b>	<b>333</b>	<b>4.33</b>

<sup>a</sup> Confirmed cases = 1 028; presumptive cases = 402; status unknown = 12. – Cas confirmés = 1 028; cas présumés = 402; situation inconnue = 12.

### Category of cases

Contributing countries report cases according to whether they are associated with community-, hospital- or travel-acquired infection. In 1998, 33% of the cases were reported as community-acquired, 14% were hospital-acquired and 21% were associated with travel either within the country or abroad. The proportion for which the risk category was unknown was similar to 1997, at 32%.

Thirty-two outbreaks or clusters were detected by 9 EWGLI countries, involving 165 cases (11.4%). Ten outbreaks were linked to hospitals and 12 to the community. Ten were travel-associated, in comparison with 19 detected by the EWGLI international database for the same period, the difference relating to the detection of single cases in more than 1 country of residence that were associated with the same travel accommodation. The hospital outbreaks occurred in the Czech Republic, Denmark, Italy, Scotland and Spain, and the community outbreaks in England, France and Spain. One outbreak in France took place during the World Cup football tournament in Paris and 1 in Spain was linked to a health resort. The outbreaks and clusters linked to travel were reported by England, France, Scotland, Slovenia and Sweden, where 2 or more cases in their nationals were linked to the same accommodation abroad.

### Classement des cas

Les pays participants notifient leurs cas selon la source de contamination: communauté, hôpital ou voyage. En 1998, 33% des cas ont eu une origine communautaire, 14% une origine nosocomiale et 21% ont été associés à un voyage, soit à l'intérieur du pays, soit à l'étranger. A 32%, la proportion de cas appartenant à un groupe à risque inconnu est restée la même qu'en 1997.

Neuf pays de l'EWGLI ont détecté 32 flambées ou agrégats de cas, représentant 165 cas (11,4%). Dix flambées ont eu une origine nosocomiale et 12 une origine communautaire. Dix ont été associées aux voyages contre 19 détectées par la base de données internationale de l'EWGLI pour la même période, la différence tenant au dépistage de cas isolés dans plus d'un pays de résidence, mais que l'on a pu imputer au même hébergement pendant les voyages. Les flambées nosocomiales se sont produites au Danemark, en Ecosse, en Espagne, en Italie et en République tchèque, et les flambées communautaires en Angleterre, en Espagne et en France. Une flambée en France a eu lieu pendant la Coupe du Monde de football à Paris et l'on a associé 1 flambée en Espagne à une station de cure. Les flambées et agrégats imputables aux voyages ont été notifiés par l'Angleterre, l'Ecosse, la France, la Slovénie et la Suède, lorsque l'on a associé 2 cas ou plus parmi les ressortissants de ces pays au même hébergement à l'étranger.

## Outbreaks by source of infection

In 1998, 14 of the 32 outbreaks were due to hot or cold water systems in 9 hospitals, 2 were associated with communities and 3 with travel. Contaminated cooling towers were responsible for 5 outbreaks: 1 in a hospital, 3 in industrial or community settings and 1 in a travel-associated outbreak. The whirlpool spa outbreak was linked to a particular brand of whirlpools that were on display in an open-air retail outlet and also installed in private homes in England, which were shown on investigation to have a design fault that gave rise to the growth of *legionellae* in the water system. This brand of whirlpool was sold in other countries but no cases were reported outside England. Twelve outbreaks were of unknown origin.

## Flambées par source d'infection

Sur les 32 flambées de 1998, 14 ont été imputables à des systèmes d'eau chaude ou froide, avec 9 d'origine nosocomiale, 2 d'origine communautaire et 3 associées aux voyages. Les tours de refroidissement contaminées ont été responsables de 5 flambées: 1 dans un hôpital, 3 en milieu industriel ou dans des communautés et 1 lors d'un voyage. On a associé la flambée liée aux bains à jacuzzi à une marque particulière de jacuzzis, exposés en plein air dans un point de vente et installés également chez des particuliers en Angleterre, pour lesquels l'enquête a montré qu'une erreur dans leur conception permettait la croissance des *Legionella* dans le système d'alimentation en eau. Cette marque a été également vendue dans d'autres pays mais aucun cas n'a été notifié en dehors de l'Angleterre. Douze flambées sont d'origine inconnue.

Table 2 Legionnaires' disease, Europe, 1993-1998

Tableau 2 Maladie des légionnaires, Europe, 1993-1998

Year – Année	Number of cases Nombre de cas	Number of countries contributing data Nombre de pays fournissant des données
1993	1 242	19
1994	1 161	20
1995	1 255	24
1996	1 563	24
1997	1 360	24
1998	1 442	28

## Travel-associated infection

Altogether 18 countries reported a total of 297 travel-associated cases, 52 of which were linked to travel in the same country as the country of residence and 245 to travel abroad. England, Scotland and Wales reported 47% of all travel-associated cases and France, Spain and Turkey were the source of 51% of the cases. Notable outbreaks in 1998 included a cruise-ship outbreak and 10 cases linked to a hotel in Spain.

Travel within Europe accounted for 80% of the travel cases, the remainder were associated with the Americas, Asia, the Caribbean and cruises or travel to more than 1 country. The highest number of cases was associated with travel in Spain (66) followed by France (51), Turkey (35), Italy (22) and Greece (15). Fifteen of those affected had travelled in more than 1 country before onset of illness. For 1998, rates of *Legionella* infection were calculated per million visitors from the United Kingdom to France, Spain and Turkey, the countries associated with high numbers of travel-associated cases. Turkey continued to have the highest rate, namely 23.7 (representing 23 cases). The rate for Spain was 5.2 (47 cases) and for France, 1.3 (15 cases).

## Methods of diagnosis

311 cases (21.6%) were diagnosed by culture of the organism, 475 (33%) by urinary antigen detection and 265 (18.4%) by seroconversion (Table 3). Single high antibody titres were reported for 339 cases (23.6%), respiratory antigen detection for 34 cases (2.3%), polymerase chain reaction (PCR) for 6 cases and method of diagnosis unknown for 12 cases. Compared with 1997, rates for isolation have increased by 2.6% and urinary antigen detection by 6%, with cases diagnosed by serology falling from 46% to 42%.

## Infections acquises lors de voyages

En tout 18 pays ont notifié 297 cas associés aux voyages; pour 52 d'entre eux il s'agissait de voyages à l'intérieur du pays et pour 245 de voyages à l'étranger. L'Angleterre, l'Ecosse et le Pays de Galles ont notifié 47% de tous les cas associés aux voyages tandis que l'Espagne, la France et la Turquie ont été à la source de 51% des cas. Parmi les flambées remarquables de 1998, il y en a eu une sur un bateau de croisière et 10 cas ont été associés à un hôtel en Espagne.

Dans 80% des cas on retrouve un voyage en Europe et pour les autres, on a associé l'Amérique, l'Asie, les Caraïbes et des croisières ou des voyages dans plus d'un pays. On impute le plus grand nombre de cas à des voyages en Espagne (66) puis en France (51), en Turquie (35), en Italie (22) et en Grèce (15). Quinze des personnes touchées ont visité plus d'un pays avant l'apparition de la maladie. On a calculé pour 1998 les taux d'infection à *Legionella* par millions de visiteurs du Royaume-Uni en Espagne, en France et en Turquie. La Turquie continue d'avoir le taux le plus élevé avec 23,7 (soit 23 cas). Pour l'Espagne le taux a été de 5,2 (47 cas) et pour la France de 1,3 (15 cas).

## Méthodes de diagnostic

La culture du micro-organisme a été utilisée pour 311 cas (21,6%), la détection de l'antigène dans l'urine pour 475 cas (33%) et la séroconversion pour 265 cas (18,4%) (Tableau 3). On a notifié le titre élevé des anticorps dans un sérum unique pour 339 cas (23,6%), la recherche de l'antigène dans les voies respiratoires pour 34 cas (2,3%), l'amplification génique (PCR) pour 6 cas et l'on ne connaît pas la méthode de détection pour 12 cas. Par rapport à 1997, le taux d'isolements a progressé de 2,6% et celui de la détection de l'antigène dans l'urine de 6%, tandis que la proportion des cas diagnostiqués par sérologie a décliné, passant de 46% à 42%.

*L. pneumophila* sg1 infection accounted for 870 (60%) of the total cases, almost one-half (47.6%) of which were diagnosed by urinary antigen. *L. pneumophila* other serogroup or serogroup not determined accounted for 496 (34.4%) of the reports in 1998, of which 107 (21.6%) were diagnosed by isolation, and of the remainder, most (66%) were diagnosed serologically.

Of the reported cases, 76 (5.3%) were of other *Legionella* species or species not known, a smaller proportion than in 1997. Of the 311 isolates reported, 195 (63%) were due to *L. pneumophila* sg1 infection, 69 were *L. pneumophila* serogroup unknown and 38 were serogroups 2-11. Two isolates were diagnosed as *L. micdadei*, both from Sweden, and 2 as *L. bozemanii*, 1 from Denmark and 1 from Italy. For 5 isolates the *Legionella* species was not given (Table 4).

*L. pneumophila*, séro-groupe 1, a infecté 870 cas (60% du total), dont près de la moitié (47,6%) a été diagnostiquée par recherche de l'antigène dans les urines. Les *L. pneumophila* d'autres sérogroupes ou de séro-groupe indéterminé ont représenté 496 notifications (34,4%) en 1998. L'isolement a été la méthode de diagnostic employée pour 107 (21,6%) de ces cas et la sérologie dans la majorité des cas restants (66%).

Pour 76 cas (5,3%), d'autres espèces de *Legionella* ou des espèces inconnues ont été notifiées, soit une proportion moindre qu'en 1997. Sur les 311 isolements notifiés, 195 (63%) provenaient d'infections à *L. pneumophila* séro-groupe 1, 69 d'infections à *L. pneumophila* de séro-groupe inconnu et 38 d'infections à sérogroupes 2-11. On a diagnostiqué *L. micdadei* pour 2 isolements, tous 2 en Suède, et *L. bozemanii* pour 2 isolements, 1 au Danemark et l'autre en Italie. L'espèce n'a pas été donnée pour 5 isolements (Tableau 4).

Table 3 Legionnaires' disease, Europe, 1998 – Cases by main method of diagnosis

Tableau 3 Maladie des légionnaires, Europe, 1998 – Répartition des cas selon la principale méthode de diagnostic

Main method of diagnosis Principale méthode de diagnostic	<i>L. pneumophila</i> sg1	<i>L. pneumophila</i> other sg or sg not determined <i>L. pneumophila</i> autres sg ou sg non déterminé	Other <i>Legionella</i> species Autres espèces de <i>Legionella</i>	All <i>Legionella</i> cases Ensemble des cas
	Number of cases Nombre de cas	Number of cases Nombre de cas	Number of cases Nombre de cas	Total
Isolation – Isolement	195	107	9	311
Antigen detection, urinary – Détection antigénique urinaire	414	48	13	475
Serology (seroconversion) – Sérologie (séroconversion)	130	121	14	265
Serology (single high titre) – Sérologie (titre unique élevé)	106	208	25	339
Antigen detection (respiratory) – Détection antigénique pulmonaire	24	6	4	34
PCR	–	6	–	6
Not known – Inconnue	1	–	11	12
<b>Total<sup>a</sup></b>	<b>870</b>	<b>496</b>	<b>76</b>	<b>1 442</b>

<sup>a</sup> Each case counted only once. – Chaque cas n'est compté qu'une fois.

#### Collaboration with tour operators

Since the implementation of the EC Directive for package travel in 1996, the International Federation of Tour Operators in Europe, along with some tour operators in individual European countries, have been informed of travel-associated cases of legionnaires' disease in people who purchased holidays through tour operators. Travel histories are reported anonymously so that hotels where single cases have stayed may be reminded of the need for maintaining adequate control measures against *Legionella* in their water and air-conditioning systems. For clusters, the tour operators may withdraw their clients from the hotel until they are satisfied that all investigations and control measures have been successfully implemented. These procedures have led to improved awareness by hotel managers of the dangers of *Legionella* in water systems, and to the early control of outbreaks and the prevention of further cases.

#### Collaboration avec les voyagistes

Depuis l'instauration de la Directive de la Communauté européenne sur les voyages organisés en 1996, la Fédération internationale des opérateurs de tours en Europe a été informée, ainsi que certains voyagistes dans les pays européens, des cas de maladie des légionnaires associés aux voyages chez les personnes ayant acheté des vacances auprès de ces voyagistes. Les antécédents de voyages sont notifiés en conservant l'anonymat de façon à pouvoir rappeler aux hôtels où des cas isolés ont séjourné, la nécessité de maintenir des mesures suffisantes de lutte contre *Legionella* dans les systèmes d'alimentation en eau et d'air conditionné. En ce qui concerne les agrégats de cas, les voyagistes peuvent ne plus envoyer leur clientèle dans l'hôtel concerné jusqu'à ce qu'ils jugent que toutes les investigations ont été menées et que les mesures de lutte ont été prises avec succès. Ces procédures ont conduit à sensibiliser les responsables d'hôtels au danger des *Legionella* dans les systèmes d'alimentation en eau et ont permis une maîtrise précoce des flambées ainsi que la prévention de nouveaux cas.

Table 4 *Legionella* isolates, Europe, 1998Tableau 4 Isolements de *Legionella*, Europe, 1998**A. *Legionella* isolates by species – Répartition des isolements selon l'espèce**

Species – Espèce	Number of isolates Nombre d'isolements
<i>L. pneumophila</i>	302
<i>L. micdadei</i>	2
<i>L. bozemanii</i>	2
<i>Legionella spp</i>	5
<b>Total</b>	<b>311</b>

**B. *Legionella pneumophila* isolates by serogroup – Répartition des isolements de *Legionella pneumophila* selon le sérotype**

Serogroup – Sérotype	Number of isolates Nombre d'isolements
sg1	195
sg2	2
sg3	16
sg4	1
sg5	6
sg6	10
sg8	2
sg11	1
Not known – Inconnu	69
<b>Total</b>	<b>302</b>

**Conclusion**

Outbreaks linked to hospitals increased in 1998 compared with 1997. This increase, which may be real or due to improved ascertainment, is of concern because of the increased susceptibility of sick people to *Legionella* infection. It is not known how many deaths were associated with these outbreaks, but they probably account for a proportion of the overall increase in the number of deaths reported in 1998. Community- and travel-associated outbreaks detected each year in United Kingdom residents continue to dominate the outbreak reports compared with other countries with similar numbers of annual cases, but travel-associated infections were reported by several countries and demonstrate the importance within EWGLI of monitoring these cases in detail. In 1998, 21% of European cases were travel-related. These cases were included in the European surveillance scheme for travel-associated legionnaires' disease which was established in 1987. The scheme, which has been coordinated from London since 1993 and is supported by funds from the European Commission Directorate General V, has been successful in meeting its objectives of detecting clusters and outbreaks of travel-associated infection.

The coordinating centre in London would like to thank all the collaborators for providing more and better information each year to the scheme. In 1995, epidemiological information was available for about one-half of the European dataset, and by 1998 it had increased to two-thirds of the dataset. The value of the epidemiology is reflected in the higher proportion of deaths reported, the number of clusters detected and the increase in reported cases associated with travel.

(Based on: A report from the European working group for *Legionella* infections, PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, London, United Kingdom.)

**Conclusion**

Le nombre des flambées d'origine nosocomiale a augmenté en 1998 par rapport à 1997. Cette augmentation, qui peut être réelle ou imputable à une amélioration de la confirmation, suscite l'inquiétude à cause de la plus grande sensibilité des malades aux infections à *Legionella*. On ne sait pas combien de décès ont été liés à ces flambées, mais ils sont probablement responsables d'une partie de l'augmentation générale du nombre des décès notifiés en 1998. Les flambées d'origine communautaire ou associées à des voyages dépistées chaque année chez des personnes résidant au Royaume-Uni continuent de dominer la notification par rapport à d'autres pays avec un nombre semblable de cas annuels. En ce qui concerne les infections associées aux voyages, plusieurs pays les ont notifiées, ce qui démontre l'importance pour l'EWGLI de surveiller soigneusement ces cas. En 1998, ils ont représenté 21% des cas européens. Ces cas font partie du système de surveillance européen pour la maladie des légionnaires associée aux voyages, créé en 1987. Ce système, coordonné depuis Londres dès 1993 et financé par la Direction générale V de la Commission européenne, a connu un grand succès dans la réalisation de ses objectifs: la détection des agrégats de cas et des flambées épidémiques associés aux voyages.

Le centre de coordination de Londres aimerait remercier tous ses collaborateurs qui donnent au programme des informations plus nombreuses et de meilleure qualité chaque année. En 1995, les informations épidémiologiques n'étaient disponibles que pour environ la moitié du fichier européen mais, en 1998, on a atteint les deux tiers. La plus forte proportion de décès notifiés, le nombre d'agrégats de cas décelés et l'augmentation signalée des cas associés aux voyages témoignent de l'importance de l'épidémiologie.

(D'après un rapport du Groupe de travail européen sur les infections à *Legionella*, PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, Londres, Royaume-Uni.)

## Note to readers of the WER

*Warm thanks to all our readers who have given their time to answering the request for feedback published earlier. The note is repeated below for those who may have missed it.*

The first issue of the WER appeared on 1 April 1926, under the aegis of the health section of the League of Nations. It quickly expanded from 2 pages of reports on plague, cholera, yellow fever, typhus and smallpox to the regular 8 pages we still have today, including detailed influenza notes from 1927 onwards. As of 17 October 1946, the responsibility for publishing was given to WHO. The WER is now in its 74<sup>th</sup> year, and as we are about to enter the 21<sup>st</sup> century, we would like to ensure that we continue to provide our readers with an appropriate mix of information, ranging from the latest official notifications of infectious diseases subject to the International Health Regulations to the best available technical information on all aspects of infectious disease control at the global level. Our aim is to give readers the benefit of WHO's unique expertise, while keeping the publication short and topical.

Rather than asking readers to fill in yet another potentially restrictive questionnaire, we prefer to hear a more personal account, in order to get better acquainted with the daily needs of each one of those for whom the WER is a working tool, or a source of information which may not be readily available elsewhere. We hope you will be able to spend a few minutes writing to us, to give us an insight into the opinions of a cross-section of our readership. Some of the aspects which are of particular interest are the following:

- What is your job/background, and how do you use the WER? Which type of material is most relevant to your work/interests?
- Since when have you had access to the WER, and how did you come across it? Do you receive your own copy or do you use a copy sent to your institution? Do you use the electronic version available on Internet, and do you think it renders the hard copy obsolete?
- If you subscribe to the e-mail contents list, how useful do you find it?
- What do you think is the special value (if any) of the WER in relation to other similar publications?
- How important to you is the presentation? Do you think it is worth reducing the substance/content of articles in order to accommodate a more spacious lay-out?
- Do you find useful the short notices pointing to other sources of information, including to WHO technical documents, and those concerning international meetings and courses? Should this be a regular feature?

Please feel free to tell us anything else which might be helpful in our attempt to provide you with the most useful information. Your reply should be addressed to: The Editor, Weekly epidemiological record, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland e-mail: [vallanjonm@who.int](mailto:vallanjonm@who.int); fax: +41 (22) 791 4198.

## Note aux lecteurs du REH

*Un grand merci à tous nos lecteurs qui ont donné de leur temps pour répondre à la demande de commentaires publiée préalablement. La note est reprise ci-dessous pour ceux qui l'auraient manquée.*

Le premier numéro du REH a paru le 1<sup>er</sup> avril 1926, sous l'égide de la section d'hygiène de la Société des Nations. Les 2 pages d'origine donnant des rapports sur la peste, le choléra, la fièvre jaune, le typhus et la variole ont rapidement quadruplé pour prendre la forme des 8 pages régulières que nous connaissons à ce jour, comprenant les notes sur la grippe à partir de 1927. Au 17 octobre 1946, la responsabilité de la publication est dévolue à l'OMS. Le REH est aujourd'hui dans sa 74<sup>e</sup> année, et en nous préparant à aborder le 21<sup>e</sup> siècle, nous aimerions nous assurer que nous continuons de fournir à nos lecteurs une sélection bien adaptée d'informations, allant des dernières notifications officielles sur les maladies infectieuses soumises au Règlement sanitaire international à l'information technique la plus pointue sur toutes les facettes de la lutte contre les maladies infectieuses au niveau mondial. Notre but est de faire profiter nos lecteurs de l'expertise unique de l'OMS, tout en gardant une publication courte et d'actualité.

Plutôt que de demander aux lecteurs de remplir encore un questionnaire de plus qui pourrait se montrer restrictif, nous préférons avoir une réponse plus personnelle, afin de mieux connaître les besoins quotidiens de chacun de ceux pour lesquels le REH est un outil de travail ou une source d'informations qui ne sont peut-être pas facilement accessibles ailleurs. Nous espérons que vous pourrez passer quelques minutes à nous écrire, pour nous donner une idée des opinions d'un échantillon de nos lecteurs. Certains aspects qui nous intéressent particulièrement sont les suivants:

- Quelle est votre fonction/expérience, et comment utilisez-vous le REH? Quel genre d'article est le plus adapté à votre travail/intérêt?
- Depuis quand avez-vous accès au REH, et comment l'avez-vous connu? Recevez-vous votre copie personnelle, ou utilisez-vous celle de votre institution? Utilisez-vous la version électronique disponible sur Internet, et pensez-vous que cette dernière rend obsolète la version imprimée?
- Si vous recevez la table des matières par e-mail, la trouvez-vous utile?
- D'après vous, quelle est la valeur spéciale (s'il y a lieu) du REH par rapport à d'autres publications analogues?
- Quelle importance la présentation a-t-elle à vos yeux? Pensez-vous que ce soit intéressant de réduire le contenu des articles afin d'obtenir une présentation plus aérée?
- Trouvez-vous utiles les petites notes indiquant d'autres sources d'informations, y compris les documents techniques de l'OMS, et celles concernant les réunions et cours internationaux? Pensez-vous qu'elles devraient faire l'objet d'une rubrique régulière?

*A l'attention des lecteurs francophones uniquement: Lisez-vous l'anglais? Si non, obtenez-vous par l'intermédiaire du REH des informations qui ne seraient autrement disponibles qu'en anglais?*

Nous vous invitons à nous faire partager toute idée qui pourrait nous aider à vous fournir les informations les plus utiles. Veuillez envoyer votre réponse à: La Rédactrice, Relevé épidémiologique hebdomadaire, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse; e-mail: [vallanjonm@who.int](mailto:vallanjonm@who.int); fax: +41 (22) 791 4198.

## WHO report on infectious diseases

This report provides an assessment of the growing problem posed by infectious diseases. Drawing on the latest WHO statistics, the report cites evidence that the world has dangerously underestimated the threat of bacteria and viruses to national security and economic growth, and may soon miss its opportunity to protect people from this risk.

As the report shows, infectious diseases are now the world's leading killer of children and young adults, accounting for some 13 million deaths each year. In 1998, only 6 diseases – AIDS, malaria, tuberculosis, measles, diarrhoeal diseases and acute respiratory infections – accounted for nearly 90% of these deaths.

Apart from documenting the magnitude of the problem, the report also looks for explanations. Factors identified as contributing to the spread of infectious diseases include the growing problem of drug resistance, the emergence of new diseases, the expansion of international travel and huge increases in mass population movements. These trends raise questions about the world's ability to stop epidemics at affordable costs.

On the positive side, the report describes a number of existing low-cost interventions that can either prevent or cure those infectious diseases which take the greatest toll of human life. Success stories from different parts of the world show how these interventions have also worked to alleviate poverty and further socioeconomic development.

Having underscored both the feasibility of action and its many benefits, the report argues that the world has a window of opportunity to make dramatic progress in controlling these 6 leading killers and protecting the world against new diseases. As the report stresses, the cost of failure will be high: increased drug resistance and the emergence of new bacteria and viruses could make the control of infectious diseases both scientifically and economically unlikely in the future. The progress that the world can make today might not be possible a decade from now. In its concluding chapter, the report outlines priority steps for combating infectious diseases and issues an urgent call for action to reduce their impact – as obstacles to healthy development as well as leading causes of death and suffering.

This report is suitable for the less specialized reader.

### *Removing obstacles to healthy development*

1999, 68 pages (English)

WHO/CDS/99.1

Sw.fr. 12.-/US \$10.80; in developing countries:  
Sw.fr. 8.40

Order no. 1930156

Order from: Marketing and dissemination, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland;  
fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.ch](mailto:bookorders@who.ch).

Internet version accessible at:

<http://www.who.int/infectious-disease-report/>

## Rapport de l'OMS sur les maladies infectieuses

Ce rapport présente une évaluation du problème croissant posé par les maladies infectieuses. S'appuyant sur les statistiques les plus récentes de l'OMS, le rapport démontre que le monde a dangereusement sous-estimé la menace que représentent les bactéries et les virus pour la sécurité nationale et la croissance économique et qu'il pourrait bientôt manquer l'occasion de protéger les populations de ce risque.

Comme le montre le rapport, les maladies infectieuses, qui sont responsables de quelque 13 millions de décès chaque année, sont maintenant la principale cause de mortalité chez les enfants et les jeunes adultes. En 1998, 6 maladies – SIDA, paludisme, tuberculose, rougeole, maladies diarrhéiques et infections respiratoires – ont à elles seules provoqué près de 90% de ces décès.

Outre les informations fournies sur l'ampleur du problème, le rapport tente aussi de trouver des explications. Entre autres facteurs contribuant à la propagation des maladies infectieuses, il cite le problème croissant de la pharmacorésistance, l'émergence de maladies nouvelles, le développement des voyages internationaux et l'accroissement considérable des mouvements de population de masse. Ces tendances posent la question de la capacité financière du monde à faire barrage aux épidémies.

Un aspect positif du rapport est la description d'un certain nombre d'interventions existantes permettant de prévenir ou de guérir à peu de frais les maladies infectieuses qui sont les plus meurtrières. Des récits provenant de différentes parties du monde montrent comment ces interventions ont aussi réussi à atténuer la pauvreté et à renforcer le développement socio-économique.

Ayant insisté sur les mesures possibles et sur leurs nombreux avantages, le rapport estime que la conjoncture favorable actuelle devrait permettre au monde de faire des progrès spectaculaires dans la lutte contre ces 6 maladies les plus meurtrières et de protéger le monde contre les maladies nouvelles. Ainsi que le souligne le rapport, le coût d'un échec sera élevé: un regain de pharmacorésistance et l'apparition de bactéries et de virus nouveaux pourraient rendre scientifiquement et économiquement improbable à l'avenir la lutte contre les maladies infectieuses. Les progrès que le monde peut faire aujourd'hui ne seront peut-être plus possibles dans une décennie. Le dernier chapitre du rapport décrit les mesures prioritaires à prendre pour combattre les maladies infectieuses et lance un appel pour que des mesures soient prises d'urgence de façon à en réduire l'impact – en tant qu'obstacles au développement sain et que causes majeures de décès et de souffrances.

Ce rapport s'adresse au lecteur moins spécialisé.

### *Removing obstacles to healthy development*

1999, 68 pages (anglais)

WHO/CDS/99.1

Fr.s. 12.-/US\$ 10,80; dans les pays en développement:  
Fr.s. 8,40

N° de commande: 1930156

Adresser les commandes à: Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse;  
fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.ch](mailto:bookorders@who.ch)

Version internet accessible à l'adresse suivante:

<http://www.who.int/infectious-disease-report/>

**Influenza**

**Australia** (16 August 1999).<sup>1</sup> Widespread influenza activity continued to be reported in Sydney up to the first week of August, while activity has remained sporadic in Melbourne. Influenza A virus was the most common isolate.

**New Zealand** (12 August 1999).<sup>2</sup> Weekly consultations for influenza-like illness continued to decline during July. A total of 397 samples were received for analysis and of these, most isolates were influenza A – some identified as A(H3N2) – and a few were influenza B.

**South Africa** (16 August).<sup>2</sup> Influenza activity has been sporadic since the third week of July. Influenza A and B viruses have continued to be isolated, with some influenza A viruses being subtype A(H3N2). Influenza B virus has been the predominant isolate.

<sup>1</sup> See No. 29, 1999, p. 244.

<sup>2</sup> See No. 30, 1999, p. 254.

**Grippe**

**Australie** (16 août 1999).<sup>1</sup> Les notifications d'activité grippale générale se sont poursuivies à Sydney jusqu'à la première semaine d'août, alors que l'activité est restée sporadique à Melbourne. L'isolement le plus commun était le virus grippal A.

**Nouvelle-Zélande** (12 août 1999).<sup>2</sup> Les consultations hebdomadaires pour syndromes grippaux ont poursuivi leur déclin au mois de juillet. Un total de 397 échantillons ont été reçus pour analyse, parmi lesquels la majeure partie des isolements étaient de grippe A – certains identifiés comme étant A(H3N2) – avec quelques uns de grippe B.

**Afrique du Sud** (16 août 1999).<sup>2</sup> L'activité grippale a été sporadique depuis la troisième semaine de juillet. On a continué d'isoler des virus grippaux A et B, quelques virus A étant de sous-type A(H3N2). Les isolements de virus grippaux B ont prédominé.

<sup>1</sup> Voir N° 29, 1999, p. 244.

<sup>2</sup> Voir N° 30, 1999, p. 254.

Articles appearing in the *Weekly epidemiological record* may be reproduced without prior authorization, provided due credit is given to the source.

Les articles paraissant dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* peuvent être reproduits sans autorisation préalable, sous réserve d'indication de la source.

Health administrations are reminded that under the provisions of Article 3 of the International Health Regulations they should notify the Organization within 24 hours of being informed that the first case of a disease subject to the Regulations has occurred in their territory. The infected area should be notified within the subsequent 24 hours if not already communicated.

Il est rappelé aux administrations sanitaires qu'aux termes de l'article 3 du Règlement sanitaire international elles doivent adresser une notification à l'Organisation dans les 24 heures, dès qu'elles sont informées qu'un premier cas d'une maladie soumise au Règlement a été signalé dans une zone de leur ressort. Dans les 24 heures qui suivent, elles adressent notification de la zone infectée si elle n'a pas encore été communiquée.

**DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS****MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT****Notifications received from 13 to 19 August 1999**

C – cases, D – deaths, ... – data not yet received,  
i – imported, r – revised, s – suspect

**Cholera • Choléra**

Africa • Afrique

	C	D
<b>Burundi</b> .....	197	0
<b>Dem. Rep. of Congo – Rép. dém. du Congo</b> .....	26	VI
.....	2 918	232
<b>Guinea – Guinée</b> .....	6	VI-10.VII
.....	67	8
<b>United Rep. of Tanzania – République-Unie de Tanzanie</b> .....	485	15

Asia • Asie

**Hong Kong Special Administrative  
Region of China –  
Hong Kong, Région administrative  
spéciale de Chine** .....

Europe

**Russian Federation –  
Fédération de Russie** .....

C D  
13.VIII

i 0

C D  
3-16.VIII3i<sup>2</sup> 0**Plague • Peste**

Asia • Asie

**Kazakhstan** .....

<sup>1</sup> Date of notification. – Date de la notification.

<sup>2</sup> 1 in Primorsky Region, 2 in Sakhalin Region. –  
1 cas dans la région de Primorsky, 2 cas dans la  
région de Sakhaline.

WWW access: <http://www.who.int/wer>  
E-Mail: send message **subscribe wer-reh** to [majordomo@who.int](mailto:majordomo@who.int)  
Telex: 415416 Fax: (41-22) 791 41 98  
Price of the *Weekly epidemiological record*  
Annual subscription Sw. fr. 230.–

Accès WWW: <http://www.who.int/wer>  
Courrier électronique: envoyer message **subscribe wer-reh** à [majordomo@who.int](mailto:majordomo@who.int)  
Télex: 415416 Fax: (41-22) 791 41 98  
Prix du *Relevé épidémiologique hebdomadaire*  
Abonnement annuel Fr. s. 230.–