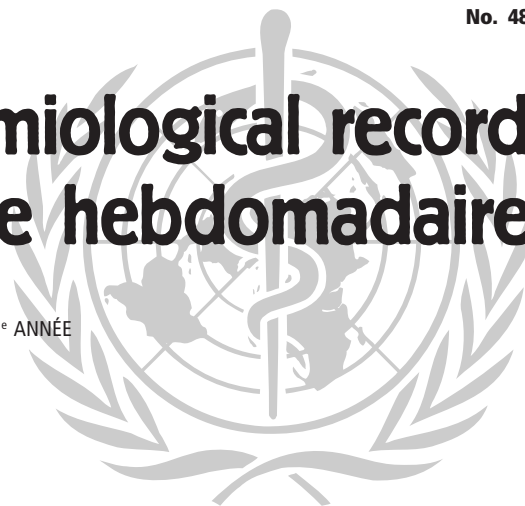


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

1 DECEMBER 2000, 75th YEAR / 1^{er} DÉCEMBRE 2000, 75^e ANNÉE

No. 48, 2000, 75, 385–396

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

Contents

- 385 Outbreak news
- 386 Global AIDS surveillance – Part II
- 392 Outbreak of Rift Valley fever, Yemen
- 395 Impact of infant immunization
- 96 Influenza
- 396 International Health Regulations

Sommaire

- 385 Le point sur les épidémies
- 386 Surveillance mondiale du SIDA – Partie II
- 392 Flambée de fièvre de la vallée du Rift, Yémen
- 395 Impact de la vaccination du nourrisson
- 396 Grippe
- 396 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

6.700 1.2000
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Ebola, Uganda (update).¹ As of 24 November, the Ministry of Health reported 15 laboratory-confirmed cases and 14 deaths in Gulu district during the week 17 to 23 November. A cumulative figure of 337 cases, including 121 deaths, has been reported.

In Masindi district, 4 new laboratory-confirmed cases have been reported. These cases had contact with the first laboratory-confirmed case in that district before control measures were implemented.

WHO recommends no special restrictions on travel or trade to or from Uganda. Many countries have routine health regulations concerning travel and trade. No specific measures with respect to Ebola haemorrhagic fever are warranted or advised.

Cholera, Somalia. As of 15 November, the Ministry of Health has reported a total of 272 cases, including 14 deaths in Boroma, Awdal region (Somaliland) since the start of the outbreak on 14 October. Samples have tested positive for *Vibrio cholerae* O1 Ogawa. Over 50% of the cases are children, where the case-fatality rate is the highest.

WHO continues to carry out cholera-control coordination activities through the regional cholera task force. It has provided laboratory support and cholera supplies and assisted with chlorination activities. A national plan is being developed and WHO is assessing training needs for case management.

Cholera, South Africa (update).² As of 27 November, the Kwazulu-Natal Department of Health has reported 5 876 cases and

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Ebola, Ouganda (mise à jour).¹ Au 24 novembre, le Ministère de la santé a notifié 15 cas confirmés en laboratoire et 14 décès dans le district de Gulu pendant la semaine du 17 au 23 novembre. Un chiffre cumulé de 337 cas, dont 121 décès, a été notifié.

Dans le district de Masindi, 4 nouveaux cas confirmés en laboratoire ont été notifiés. Ces cas avaient eu des contacts avec le premier cas confirmé en laboratoire dans ce district avant que des mesures de lutte aient été mises en œuvre.

L'OMS ne recommande aucune restriction particulière pour les voyages ou le commerce vers ou en provenance de l'Ouganda. De nombreux pays ont des règlements sanitaires de routine pour voyages et commerce. Aucune mesure spéciale par rapport à la fièvre hémorragique Ebola n'est nécessaire ou préconisée.

Choléra, Somalie. Au 15 novembre, le Ministère de la santé avait signalé un total de 272 cas, dont 14 décès, à Boroma, région d'Awdal (Somaliland) depuis le début de la flambée le 14 octobre. Les échantillons testés étaient positifs pour *Vibrio cholerae* O1 Ogawa. Plus de 50% des cas sont des enfants, chez lesquels le taux de létalité est le plus élevé.

L'OMS poursuit les activités de coordination par l'intermédiaire du groupe spécial régional contre le choléra. Elle a fourni un soutien aux laboratoires et du matériel contre le choléra, et a collaboré aux activités de traitement par le chlore. Un plan national est en développement et l'OMS étudie les besoins en formation pour le traitement des cas.

Choléra, Afrique du Sud (mise à jour).² Au 27 novembre, les autorités sanitaires du Kwazulu-Natal avaient signalé 5 876 cas et 35 décès

¹ See No. 47, 2000, p. 377. For updates on the outbreak, please consult the WHO web site: <http://www.who.int/disease-outbreak-news>.

² See No. 46, 2000, p. 369.

¹ Voir N° 47, 2000, p. 377. Pour des mises à jour concernant la flambée, prière de consulter le site web de l'OMS: <http://www.who.int/disease-outbreak-news>.

² Voir N° 46, 2000, p. 369.

35 deaths since the start of the outbreak in mid-August. There have been no new deaths since 20 November.

The outbreak in Kwazulu-Natal is affecting the following areas: Lower Umfolozi districts which include Ngwelezane and Empangeni, Ulundi, Eshowe/Nkandla areas, Durban, KwaDukuza/Stanger area, Jozini and Ugu region/South coast.

Monitoring of water sources continues, particularly during the recent floods. No special restrictions on travel to and from KwaZulu-Natal are warranted. ■

depuis le début de la flambée mi-août. Il n'y a pas eu de décès depuis le 20 novembre.

La flambée au Kwazulu-Natal touche les zones suivantes: districts de Lower Umfolozi comprenant Ngwelezane et Empangeni, Ulundi, Eshowe/Nkandla, Durban, zone de KwaDukuza/Stanger, Jozini et région d'Ugu/côte Sud.

La surveillance des sources d'eau s'est poursuivie, surtout au cours des inondations récentes. Aucune restriction particulière pour les voyageurs vers ou en provenance du Kwazulu-Natal ne sont nécessaires. ■

Global AIDS surveillance¹

Part II²

Part I of this article presented the total number of officially reported AIDS cases since the beginning of the epidemic. Part II presents a more detailed analysis of the distribution of reported AIDS cases by age and sex and by assumed mode of transmission. As of 15 November 2000, a total of 2 312 860 AIDS cases had been officially reported to WHO, an increase of 111 399 cases since November 1999. Most newly-reported AIDS cases have occurred in sub-Saharan Africa, a clear indication of the burden of HIV-related diseases in that region.

Although reported AIDS cases continue to provide valuable information on the HIV epidemic, there are several limitations. In the first place, they come from surveillance systems of varying quality. Globally it is estimated that only approximately 10% of actual AIDS cases have been reported. 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

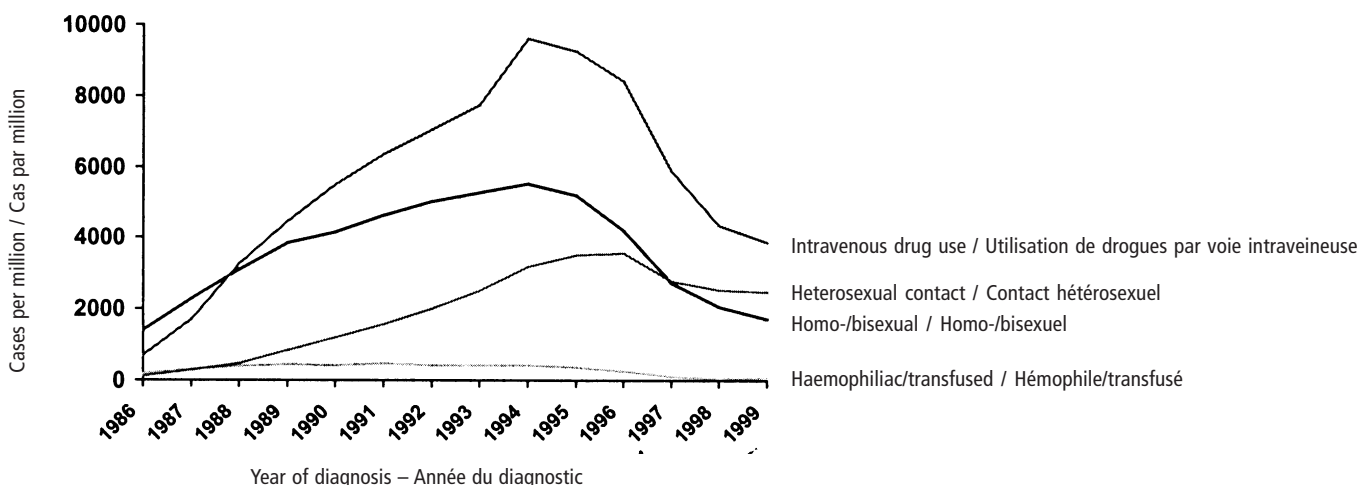
Surveillance mondiale du SIDA¹

Partie II²

La partie I de cet article indiquait le nombre total de cas de SIDA signalés depuis le début de l'épidémie. La partie II contient une analyse plus détaillée de la répartition des cas de SIDA notifiés, présentés par âge et par sexe et par mode de transmission présumé. Au 15 novembre 2000, 2 312 860 cas de SIDA avaient été officiellement notifiés à l'OMS, soit une augmentation de 111 399 cas depuis novembre 1999. La plupart des nouveaux cas de SIDA notifiés sont survenus en Afrique subsaharienne, ce qui montre bien le fardeau des maladies liées au VIH dans cette région.

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, ces chiffres proviennent de systèmes de surveillance de qualité variable. Au niveau mondial, on estime qu'environ 10% seulement des cas de SIDA sont signalés. La proportion des cas de SIDA notifiés varie considérablement – de moins de 10% dans beaucoup de pays parmi les plus touchés du monde en développement à plus de 90% dans certains pays dont les systèmes

Fig. 1 AIDS cases^a in adults and adolescents, by transmission group and year of diagnosis, WHO European Region
Cas de SIDA^a chez les adultes et les adolescents, par mode de transmission et année du diagnostic, Région OMS de l'Europe



^a Reported up to 31 December 1999 (N = 220 486). – Notifiés jusqu'au 31 décembre 1999 (N = 220 486).

¹ Additional epidemiological information on HIV/AIDS is available at <http://www.who.org/emc/diseases/hiv/index.html> or email: surveillance@unaids.org.

² Part I appeared in No. 47 of 24 November 2000.

¹ Des informations épidémiologiques supplémentaires sur le VIH/SIDA sont disponibles sur Internet à l'adresse suivante: <http://www.who.org/emc/diseases/hiv/index.html> ou par courrier e-mail: surveillance@unaids.org.

² La partie I est parue dans le N° 47 du 24 novembre 2000.

Table 1 **Reported AIDS cases by age at diagnosis and proportion of male cases, selected countries, most recent reporting period^a**
 Tableau 1 **Cas notifiés de SIDA par âge au moment du diagnostic, et proportion de cas masculins, certains pays, période de notification la plus récente^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						Guatemala	6	86	8	71	1997-1999
Algeria – Algérie	0	91	9	65	1998-1999	Guyana	2	91	6	61	1996-1998
Benin – Bénin	3	91	6	60	1997	Honduras	6	85	9	63	1996-1997
Botswana	5	92	4	57	1997-1999	Jamaica – Jamaïque	9	76	15	60	1997-1999
Burkina Faso	7	89	4	58	1997-1998	Mexico – Mexique	2	88	10	85	1997-1999
Burundi	6	83	11	45	1998	Nicaragua	0	100	0	77	1997-1999
Cameroon – Cameroun	10	83	6	49	1998	Panama	7	79	15	74	1997-1999
Cape Verde – Cap-Vert	7	76	17	50	1997-1999	Paraguay	5	92	2	75	1996-1998
Chad – Tchad	9	86	5	54	1997-1998	Peru – Pérou	4	90	6	77	1998-1999
Côte d'Ivoire	2	90	8	54	1997-1999	Saint Kitts and Nevis – Saint-Kitts-et-Nevis	0	90	10	49	1996-1997
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	4	81	15	42	1998	Saint Lucia – Sainte-Lucie	14	71	14	50	1996-1998
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	3	94	3	43	1998-2000	Saint Vincent and the Grenadines – Saint-Vincent- et-Grenadines	11	79	11	63	1996-1998
Eritrea – Erythrée	5	87	7	63	1997-1999	Trinidad and Tobago – Trinité-et-Tobago	7	77	15	66	1996-1997
Ethiopia – Ethiopie	5	90	5	57	1996-1998	United States of America – Etats-Unis d'Amérique	1	87	12	77	1996-1998
Gambia – Gambie	10	78	12	60	1997-1998	Uruguay	5	88	8	74	1997-1998
Ghana	3	88	8	41	1998-2000	Venezuela	2	97	2	85	1996-1997
Guinea – Guinée	4	95	1	51	1997-1998	Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale					
Guinea-Bissau – Guinée-Bissau	0	91	9	45	1997-1999	Bahrain – Bahreïn	0	85	15	90	1998-1999
Lesotho	17	76	7	44	1998	Cyprus – Chypre	0	94	6	94	1997-1999
Liberia – Libéria	0	97	3	45	1998	Djibouti	4	90	6	66	1998
Malawi	12	82	6	54	1997	Egypt – Egypte	1	88	10	97	1998-1999
Mali	3	92	5	52	1997-1999	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	3	98	0	...	1997-1998
Mauritius – Maurice	21	74	5	58	1997-1999	Jordan – Jordanie	5	76	19	100	1998-2000
Mozambique	13	82	4	54	1997-1999	Kuwait – Koweït	5	73	23	91	1997-1998
Niger	2	92	6	67	1998-2000	Morocco – Maroc	6	89	4	66	1998
Sao Tome and Principe – Sao Tomé-et-Principe	0	72	28	61	1997-1999	Oman	8	77	15	73	1997-1999
Seychelles	0	100	0	54	1998-2000	Pakistan	3	87	10	97	1997-1999
Sierra Leone	2	92	6	54	1997-1998	Saudi Arabia – Arabie saoudite	1	86	13	66	1997-1999
Swaziland	2	93	6	48	1998	Sudan – Soudan	4	91	5	72	1998-1999
Togo	7	87	7	...	1998-2000	Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	6	83	11	72	1998-2000
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	6	88	5	49	1997-1998	Tunisia – Tunisie	8	84	8	60	1998-1999
Zimbabwe	15	80	4	54	1997-1998	Yemen – Yémen	6	88	6	71	1998
Americas – Amériques						Europe					
Antigua and Barbuda – Antigua-et-Barbuda	...	...	...	56	1997-1998	Armenia – Arménie	0	100	0	69	1997-1999
Argentina – Argentine	8	87	5	76	1996-1998	Austria – Autriche	1	86	13	76	1998-1999
Bahamas	4	82	14	60	1996-1998	Azerbaijan – Azerbaïdjan	0	100	0	92	1997-1999
Barbados – Barbade	2	79	19	69	1997-1998	Belarus – Bélarus	9	82	9	73	1997-1999
Belize	5	80	16	73	1995-1996	Belgium – Belgique	2	84	15	68	1998-1999
Bolivia – Bolivie	5	91	5	76	1995-1998	Bosnia and Herzegovina – Bosnie-Herzégovine	0	73	27	92	1997-1999
Brazil – Brésil	4	88	8	70	1997-1998	Bulgaria – Bulgarie	0	80	20	55	1998-1999
Canada	1	85	13	84	1997-1999	Croatia – Croatie	0	97	3	84	1998-1999
Chile – Chili	1	86	13	89	1997-1999	Czech Republic – République tchèque	0	83	17	88	1998-1999
Colombia – Colombie	2	89	9	86	1997-1999	Denmark – Danemark	1	76	24	83	1998-1999
Costa Rica	1	90	10	85	1997-1999	Finland – Finlande	3	90	7	83	1998-1999
Cuba	0	97	3	75	1997-1999	France	3	80	17	77	1998-1999
Dominica – Dominique	8	78	14	69	1997-1999	Georgia – Géorgie	0	100	0	93	1997-1999
Dominican Republic – République dominicaine	6	94	0	61	1997-1999	Germany – Allemagne	0	81	19	84	1998-1999
Ecuador – Equateur	3	91	6	77	1996-1998	Greece – Grèce	3	78	20	83	1998-1999
El Salvador	5	84	11	74	1997-1999						
Grenada – Grenade	19	76	5	64	1996-1997						

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+		
	Hungary – Hongrie	1	75				23	92	1998-1999		
Ireland – Irlande	6	84	10	70	1998-1999	Indonesia – Indonésie	3	93	4	68	1998
Israel – Israël	2	83	16	71	1998-1999	Myanmar	1	97	3	79	1996-1998
Italy – Italie	1	86	13	77	1998-1999	Sri Lanka	0	67	33	73	1997-1998
Kazakhstan	0	90	10	100	1998-1999	Thailand – Thaïlande	5	92	4	76	1997-1999
Latvia – Lettonie	0	100	0	75	1998-1999	Western Pacific – Pacifique occidental					
Lithuania – Lituanie	0	93	7	93	1998-1999	Australia – Australie	0	81	18	91	1998-2000
Luxembourg	0	87	13	87	1998-1999	Cambodia – Cambodge	...	...	...	87	1998-2000
Netherlands – Pays-Bas	3	80	17	84	1999	China – Chine	1	92	7	83	1998-2000
Norway – Norvège	3	84	13	73	1998-1999	China, Hong Kong SAR – Chine, RAS Hong Kong	1	75	23	88	1998-2000
Poland – Pologne	2	93	5	78	1998-1999	Guam	0	88	12	88	1998-2000
Portugal	1	88	11	84	1998-1999	Japan – Japon	0	70	29	86	1998-2000
Republic of Moldova – République de Moldova	5	95	0	58	1997-1999	Kiribati	27	73	0	36	1998-2000
Romania – Roumanie	75	23	3	56	1998-1999	Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	...	...	...	67	1998-2000
Russian Federation – Fédération de Russie	13	79	7	72	1998-1999	Malaysia – Malaisie	...	...	...	93	1998-2000
San Marino – Saint-Marin	0	70	30	90	1997-1999	New Zealand – Nouvelle-Zélande	3	72	25	85	1998-2000
Slovakia – Slovaquie	0	90	10	90	1997-1999	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	0	63	37	56	1998-2000
Slovenia – Slovénie	0	83	17	83	1998-1999	Philippines	2	84	14	71	1998-2000
Spain – Espagne	1	90	9	79	1998-1999	Republic of Korea – République de Corée	0	73	27	91	1998-2000
Sweden – Suède	1	82	18	71	1998-1999	Singapore – Singapour	1	76	23	89	1998-2000
Switzerland – Suisse	1	83	16	72	1998-1999	Viet Nam	...	...	...	78	1998-2000
Turkey – Turquie	2	77	22	84	1998-1999						
Ukraine	2	96	2	78	1998-1999						
United Kingdom – Royaume-Uni	5	83	12	77	1998-1999						
Yugoslavia, Federal Republic of – Yougoslavie, République fédérale de	1	88	12	64	1998-1999						

^a Data reported by 15 November 2000; for countries reporting 10 cases or more during period, excludes cases with unknown age or sex. – Données notifiées au 15 novembre 2000; pour les pays notifiant 10 cas ou plus pendant la période, sont exclus les cas dont l'âge ou le sexe sont inconnus.

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

90% in some countries with well developed health information systems. There are important delays in reporting of AIDS cases, and even where cases are reported in a timely fashion, the reported data on AIDS 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 doing intercountry comparisons of these data.

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 very hard to interpret, since it is dependent on the access different population groups have to HIV tests, as well as on coverage of the reporting system.

d'information sanitaire sont bien développés. Par ailleurs, la notification des cas de SIDA présente des retards importants, et même lorsque les cas sont signalés rapidement, les données notifiées concernant le 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 présentées ici pour les 4-5 dernières années de notification chaque fois que possible (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.

Les cas de SIDA notifiés ne comprennent pas les cas d'infection par le VIH qui n'ont pas atteint le stade de la maladie proprement dite. 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 aux tests de dépistage du VIH et de la couverture du système de notification.

Table 2 Proportion of reported AIDS cases by assumed mode of transmission, selected countries, most recent reporting period^aTableau 2 Proportion des cas de SIDA notifiés selon le mode de transmission, certains pays, période de notification la plus récente^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 Kitts and Nevis – Saint-Kitts-et-Nevis 100 0 0 0 0 0 96-97							
Algeria – Algérie	94	0	3	3	0	0	98	Saint Lucia – Sainte-Lucie	64	9	5	0	23	0	96-98
Benin – Bénin	97	0	0	0	2	0	97	Saint Vincent and the Grenadines – Saint-Vincent- et-Grenadines	74	14	0	0	12	0	96-98
Botswana	93	0	0	0	7	0	97	Trinidad and Tobago – Trinité-et-Tobago	93	4	0	0	2	0	97
Burundi	72	0	0	2	26	0	98	United States of America – Etats-Unis d'Amérique	21	47	30	1	1	0	96-98
Cap Verde – Cap-Vert	94	0	0	0	6	0	97-99	Uruguay	37	28	29	1	4	0	97-98
Chad – Tchad	94	0	0	0	6	0	97-98	Venezuela	40	54	0	4	2	0	96-97
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	95	0	0	0	4	0	98	Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale							
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	97	0	0	0	3	0	98-00	Bahrain – Bahreïn	26	0	68	5	0	0	98-99
Eritrea – Erythrée	95	0	0	0	5	0	97-99	Cyprus – Chypre	56	44	0	0	0	0	97-99
Gambia – Gambie	91	0	0	0	10	0	97-98	Djibouti	100	0	0	0	0	0	98
Ghana	80	0	0	5	15	0	98-00	Egypt – Égypte	51	31	4	10	4	0	98-99
Lesotho	84	0	0	0	16	0	98	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	10	0	50	40	0	0	98
Malawi	88	0	0	1	11	0	97	Jordan – Jordanie	68	0	0	32	0	0	98-00
Mauritius – Maurice	75	0	0	0	25	0	97-98	Morocco – Maroc	88	2	4	3	3	0	97-98
Namibia – Namibie	88	0	0	0	12	0	97-99	Oman	52	9	5	18	9	7	97-99
Niger	100	0	0	0	0	0	98-00	Pakistan	78	5	3	8	5	0	97-99
Sao Tome and Principe – Sao Tomé-et-Principe	100	0	0	0	0	0	97-99	Saudi Arabia – Arabie saoudite	72	6	2	15	4	0	97-99
Sierra Leone	91	5	0	0	3	2	97-98	Sudan – Soudan	97	0	0	0	3	0	98-99
Togo	95	0	0	0	5	0	98-00	Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	67	11	6	11	6	0	98-00
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	94	0	0	5	1	0	97	Tunisia – Tunisie	49	15	22	11	2	0	98-99
Americas – Amériques								Yemen – Yémen	69	25	0	6	0	0	98
Antigua and Barbuda – Antigua-et-Barbuda	67	0	25	0	8	0	97-99	Europe							
Argentina – Argentine	28	18	45	1	7	0	97-98	Armenia – Arménie	50	0	50	0	0	0	97-99
Bahamas	95	1	0	0	4	0	97-98	Austria – Autriche	33	34	31	2	0	0	98-99
Barbados – Barbade	95	4	0	0	0	1	97-98	Azerbaijan – Azerbaïdjan	31	0	63	0	6	0	97-99
Belize	63	33	0	0	5	0	95-97	Belarus – Bélarus	40	40	10	0	10	0	97-99
Bermuda – Bermudes	41	27	32	0	0	0	97-99	Belgium – Belgique	58	32	7	2	2	0	98-99
Bolivia – Bolivie	55	30	10	0	5	0	97	Bulgaria – Bulgarie	93	7	0	0	0	0	98-99
Brazil – Brésil	42	29	22	2	5	0	97-98	Croatia – Croatie	45	39	13	3	0	0	98-99
Canada	24	58	16	2	0	0	97-98	Czech Republic – République tchèque	26	65	4	4	0	0	98-99
Chile – Chili	38	59	1	1	1	0	98-99	Denmark – Danemark	37	52	6	4	1	0	98-99
Colombia – Colombie	72	23	0	0	4	2	97	Finland – Finlande	36	57	4	0	4	0	98-99
Costa Rica	40	59	0	0	2	0	98-99	France	40	35	20	2	3	1	98-98
Cuba	39	58	0	0	0	4	98-99	Georgia – Géorgie	29	7	64	0	0	0	97-99
Dominica – Dominique	69	22	0	0	8	0	97-99	Germany – Allemagne	22	60	16	1	0	0	98-99
Dominican Republic – République dominicaine	87	4	4	1	3	1	98-99	Greece – Grèce	30	59	7	2	2	0	98-99
Ecuador – Equateur	49	50	0	1	0	0	95-98	Hungary – Hongrie	18	74	3	2	2	2	98-99
El Salvador	77	11	3	2	6	0	98-99	Ireland – Irlande	21	34	34	5	6	0	98-99
Grenada – Grenade	78	3	3	3	13	0	95-98	Israel – Israël	59	19	17	3	2	0	98-99
Guatemala	78	12	0	2	8	0	97-98	Italy – Italie	29	18	51	1	1	0	98-99
Guyana	99	0	0	0	0	0	97-98	Kazakhstan	6	6	81	0	0	6	97-99
Honduras	41	5	0	0	7	47	97	Latvia – Lettonie	7	46	46	0	0	0	98-99
Jamaica – Jamaïque	66	4	0	0	11	19	98-99	Lithuania – Lituanie	23	62	15	0	0	0	98-99
Martinique	76	17	7	0	0	0	95-98	Luxembourg	14	50	29	7	0	0	98-99
Mexico – Mexique	44	51	1	2	2	0	97-98	Netherlands – Pays-Bas	30	57	12	0	2	0	98-99
Nicaragua	90	10	0	0	0	0	98-99	Norway – Norvège	41	37	21	0	2	0	97-98
Panama	63	27	1	1	7	0	98-99	Poland – Pologne	20	19	58	0	2	0	98-99
Paraguay	60	22	11	0	7	0	97-98								
Peru – Pérou	62	30	0	0	4	5	98-99								

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	1	1	0	98-99	Western Pacific – Pacifique occidental							
Republic of Moldova – République de Moldova	11	0	84	0	5	0	97-99	Australia – Australie	20	70	8	2	0	0	98-00
Romania – Roumanie	16	2	0	7	4	71	98-99	Cambodia – Cambodge	100	0	0	0	0	0	98-00
Russian Federation – Fédération de Russie	25	37	11	2	3	22	98-99	China – Chine	34	1	60	2	1	2	98-00
San Marino – Saint-Marin	30	20	50	0	0	0	97-99	China, Hong Kong SAR – Chine, RAS Hong Kong	83	11	2	2	1	0	98-00
Slovenia – Slovénie	33	57	10	0	0	0	98-99	Guam	23	69	8	0	0	0	98-00
Spain – Espagne	20	13	66	1	1	1	98-99	Japan – Japon	70	26	1	0	1	2	98-00
Sweden – Suède	50	35	13	1	1	0	98-99	Kiribati	73	0	0	0	27	0	98-00
Switzerland – Suisse	34	29	35	1	1	0	98-99	Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	96	0	0	0	4	0	98-00
Turkey – Turquie	77	7	11	5	0	0	98-99	Malaysia – Malaisie	26	2	70	0	1	0	98-00
Ukraine	11	0	86	0	2	0	98-99	New Zealand – Nouvelle-Zélande	25	66	4	1	3	1	98-00
United Kingdom – Royaume-Uni	37	48	8	3	5	0	98-99	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle- Guinée	97	0	0	0	3	0	98-00
Yugoslavia, Federal Republic of – Yougoslavie, République fédérale de	31	16	48	6	0	0	98-99	Philippines	61	35	1	1	2	1	98-00
South-East Asia – Asie du Sud-Est								Republic of Korea – République de Corée	79	17	0	3	0	0	98-00
Indonesia – Indonésie	66	30	1	0	3	0	98	Singapore – Singapour	78	20	1	0	1	0	98-00
Myanmar	64	1	32	3	0	0	96-98	Viet Nam	38	0	52	0	1	9	98-00
Sri Lanka	86	5	0	5	5	0	97-98								
Thailand – Thaïlande	89	1	5	0	5	0	97-99								

^a Data reported by 15 November 2000; 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 15 novembre 2000; 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%.

The vast majority of cumulative AIDS cases reported to date come from either industrialized countries (969 420) or sub-Saharan Africa (875 599), reflecting the high level of completeness of reporting in industrialized countries and the high burden of HIV-related illnesses in many African countries.

More than 90% of recently-reported AIDS cases in sub-Saharan Africa are assumed to have been infected through heterosexual transmission (Table 3).

La grande majorité des cas cumulés de SIDA notifiés à ce jour l'ont été soit par les pays industrialisés (969 420) soit par l'Afrique subsaharienne (875 599), ce qui traduit d'une part le très haut niveau de complétude de la notification dans les pays industrialisés et d'autre part le très lourd fardeau des maladies liées au VIH dans de nombreux pays africains.

Plus de 90% des cas de SIDA récemment notifiés en Afrique subsaharienne sont présumés imputables à une transmission hétérosexuelle (Tableau 3).

Table 3 **Reported AIDS cases by assumed mode of transmission (%)^a**

Tableau 3 **Cas notifiés de SIDA par mode de transmission présumé (%)^a**

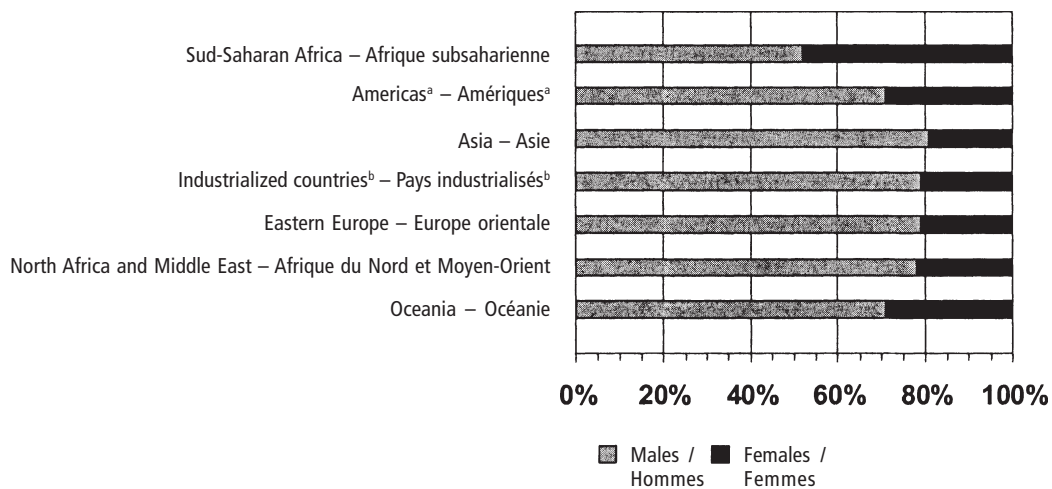
	Heterosexual Hétérosexuel	Homo-/bisexual Homo-/bisexuel	Intravenous drug use Utilisation de drogues par voie intraveineuse	Blood and blood products Sang et produits sanguins	Perinatal Périnatal	Other known Autres connus
Sub-Saharan Africa – Afrique subsaharienne	91%	0%	0%	1%	8%	0%
Americas ^b – Amériques ^b	64%	22%	6%	1%	5%	2%
Asia – Asie	69%	11%	16%	1%	2%	1%
Industrialized countries ^c – Pays industrialisés ^c	33%	37%	27%	2%	2%	0%
Eastern Europe – Europe orientale	29%	27%	35%	1%	2%	6%
North Africa and Middle East – Afrique du Nord et Moyen-Orient	65%	10%	12%	10%	2%	0%
Oceania – Océanie	48%	41%	4%	1%	7%	0%

^a Data reported by 15 November 2000; 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 15 novembre 2000; pour les pays notifiant 10 cas ou plus pendant la période, sont exclus les cas dont le mode de transmission est inconnu; les chiffres ayant été arrondis, la somme des pourcentages ne correspond pas toujours à 100%.

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

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

Fig. 2 **Reported AIDS cases, by gender (%), selected countries, most recent reporting period – Cas notifiés de SIDA par sexe (%), certains pays, période de notification la plus récente**



^a Excluding Canada and United States. – Le Canada et les Etats-Unis non compris.
^b Western Europe, Canada and United States. – Europe occidentale, Canada et Etats-Unis.

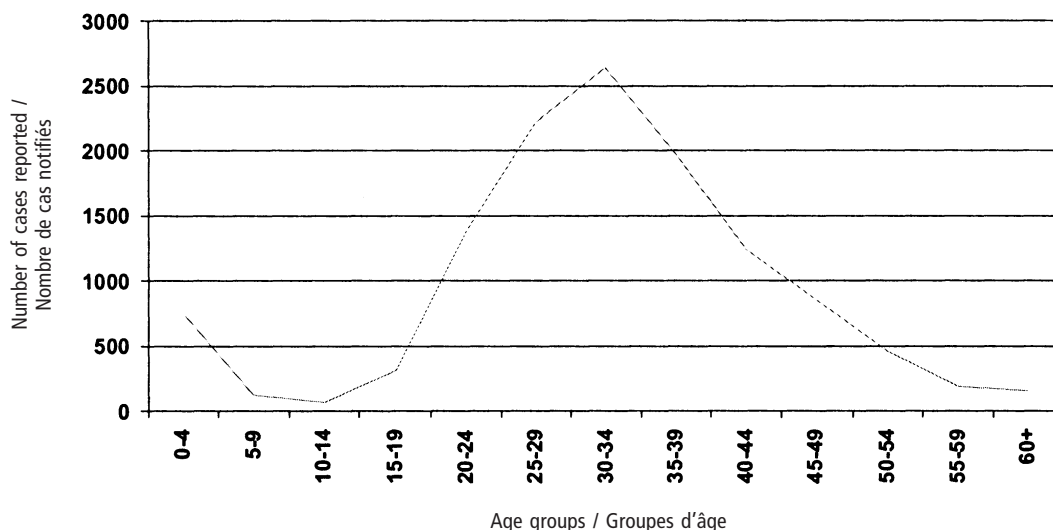
The proportion is much lower in other regions, although a substantial number of AIDS cases have been infected heterosexually in Asia, Latin America and North Africa/Middle East. In industrialized countries, AIDS cases are almost equally divided between transmission through heterosexual contact, homo/bisexual contact and intravenous drug use, though it should be noted that heterosexual transmission is increasingly a cause of HIV infection and AIDS in these countries (*Fig. 1*).

While *Fig. 1* shows a large decline in cases related to intravenous drug use, this does not reflect important HIV epidemics in recent years in countries such as Belarus, Republic of Moldova, the Russian Federation and Ukraine. In many countries of eastern Europe, more than 80% reported AIDS cases are due to intravenous drug use.

La proportion est bien inférieure dans d'autres régions, même si un nombre non négligeable de malades du SIDA ont été infectés par voie hétérosexuelle en Asie, en Amérique latine et en Afrique du Nord/au Moyen-Orient. Dans les pays industrialisés, les cas de SIDA se répartissent de manière pratiquement égale selon que la transmission est imputable à un contact hétérosexuel, à un contact homo/bisexuel ou à la consommation de drogues par voie intraveineuse, même s'il convient de noter que l'infection à VIH et le SIDA imputables à la transmission hétérosexuelle sont en progression dans ces pays (*Fig. 1*).

La *Fig. 1* fait apparaître une importante diminution du nombre de cas liés à la consommation de drogues par voie intraveineuse, il ne tient pas compte des épidémies importantes de VIH observées ces dernières années dans des pays comme le Bélarus, la Fédération de Russie, la République de Moldova et l'Ukraine. Dans de nombreux pays d'Europe orientale, plus de 80% des cas de SIDA notifiés sont en effet dus à la consommation de drogues par voie intraveineuse.

Fig. 3 **Reported AIDS cases by age groups, selected countries in Africa, most recent reporting period^a – Cas notifiés de SIDA par groupe d'âge, certains pays d'Afrique, période de notification la plus récente^a**



^a Data reported by 15 November 2000. – Données notifiées au 15 novembre 2000.

The proportion of females in reported AIDS cases (*Fig. 2*) is now 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 15-49 age group. 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: one in the age group 0-4 years, due mainly to perinatal transmission, and one in the group 25-39 years, related to heterosexual transmission (*Fig. 3*). ■

Outbreak of Rift Valley fever, Yemen, August-October 2000

On 17 September 2000, the Ministry of Agriculture and Irrigation and the Ministry of Health of Yemen received reports about the occurrence of a disease compatible with Rift Valley fever (RVF) in El-Zuhrah district of Hodeidah governorate. Clinical features of human disease included acute onset of fever with headaches and complications compatible with RVF, including haemorrhagic disease, jaundice, retinitis and unexplained neurological disease. Reports of animal disease included abortion storms and deaths in young animals. Surveillance efforts by the both ministries documented widespread disease among humans and animals in the area of Wadi Mawr in El-Zuhrah district, including several persons who died. Wadi Mawr is located on a coastal plain that extends from the southern tip of Yemen into the Jizan area of Saudi Arabia. The Ministry of Health of Saudi Arabia has described a simultaneous outbreak of RVF in the Jizan area.¹

The ministries of health and of agriculture in Yemen responded to the epidemic by organizing a national effort to limit the spread of the disease, optimize management of affected persons and track the course of the outbreak. WHO provided technical assistance including experts in virology, epidemiology, laboratory diagnostics and entomology. This article summarizes preliminary results of a collaborative investigation performed by the two ministries concerned in Yemen, the Ministry of Health of Oman, the UN Food and Agriculture Organization (FAO), WHO and the United States Naval Medical Research Unit No. 3.

Case finding

Since most patients in the outbreak area do not seek health care in medical facilities, mobile surveillance teams have been travelling to villages to interview case-patients or animal owners about recent illness in the community. Initial case-finding was focused among villages in Wadi Mawr and has been expanded to include diverse areas throughout the coastal plain as disease has been detected in other areas. The WHO case definition for disease in humans is being used.

¹ See No. 46, 2000, pp. 370-371.

La proportion de femmes parmi les cas de SIDA notifiés (*Fig. 2*) est désormais proche de 50% en Afrique subsaharienne. Dans les Caraïbes et quelques pays d'Asie et d'Afrique du Nord/du Moyen-Orient, où la transmission hétérosexuelle prévaut, près de 40% des sujets touchés sont des femmes, tandis que dans toutes les autres régions, les hommes restent beaucoup plus nombreux que les femmes à contracter le SIDA.

A l'exception de quelques pays, la grande majorité des cas de SIDA notifiés appartient à la tranche d'âge 15-49 ans. La Roumanie continue de notifier une forte proportion de cas chez des enfants, qui sont liés à l'épidémie passée d'infection à VIH. En Afrique subsaharienne, les cas de SIDA notifiés font apparaître 2 pics nets: un dans le groupe d'âge 0-4 ans, dû principalement à la transmission périnatale, et un dans le groupe 25-39 ans, lié à la transmission hétérosexuelle (*Fig. 3*). ■

Flambée de fièvre de la vallée du Rift, Yémen, août-octobre 2000

Le 17 septembre 2000, le Ministère de l'agriculture et de l'irrigation et le Ministère de la santé du Yémen ont reçu des informations concernant la survenue de cas d'une maladie dont le tableau correspondait à celui de la fièvre de la vallée du Rift (FVR) dans le district d'El-Zuhrah du gouvernerat d'Hodeidah. Les caractéristiques cliniques de la maladie humaine étaient notamment les suivantes: fièvre d'apparition brutale avec céphalées et complications correspondant à la FVR, notamment troubles hémorragiques, ictère, rétinite et pathologies neurologiques inexplicables. Les informations concernant les cas animaux faisaient état d'avortements en série et de décès de jeunes animaux. Les efforts de surveillance entrepris par les deux ministères ont permis de documenter la survenue de nombreux cas chez l'humain et l'animal dans la zone de Wadi Mawr du district d'El-Zuhrah, dont plusieurs cas humains mortels. Wadi Mawr est situé sur une plaine côtière qui s'étend de la pointe sud du Yémen à la zone de Djizan en Arabie saoudite. Le Ministère saoudien de la santé a fait état d'une flambée simultanée de FVR dans la zone de Jizan.¹

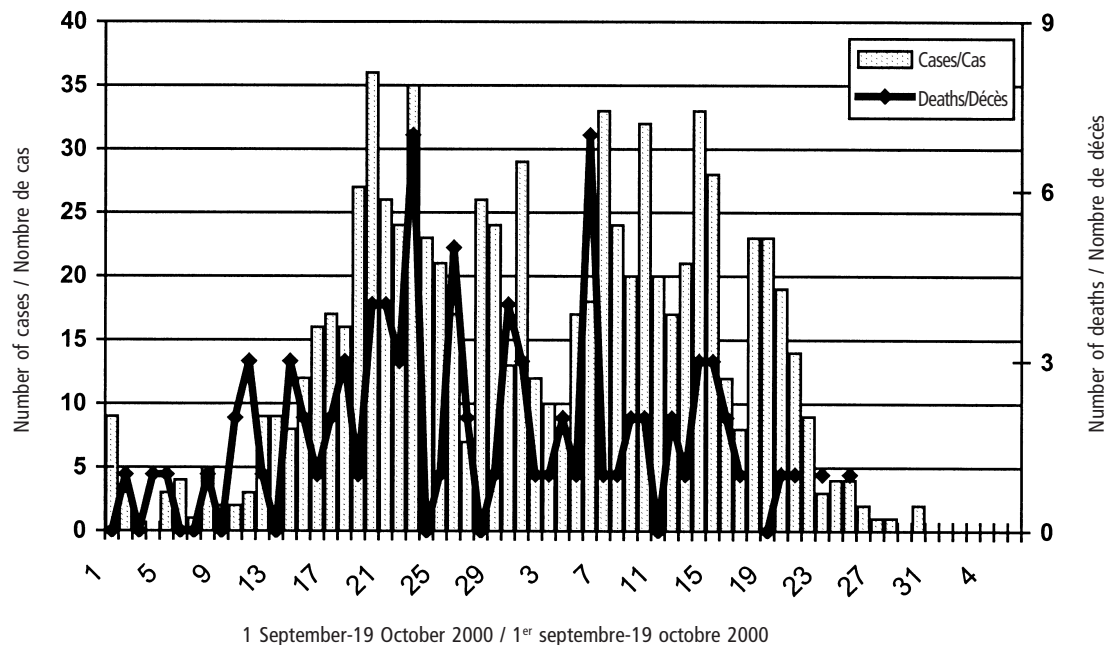
Les ministères de la santé et de l'agriculture du Yémen ont réagi à l'épidémie en mettant sur pied un effort national pour limiter la propagation de la maladie, optimiser la prise en charge des malades et retracer l'évolution de la flambée. L'OMS a apporté un appui technique, fourni notamment par des experts en virologie, en épidémiologie, en diagnostic de laboratoire et en entomologie. Le présent article résume les résultats préliminaires d'une enquête entreprise par les deux ministères concernés au Yémen, le Ministère de la santé de l'Oman, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), l'OMS et la *Naval Medical Research Unit No. 3* des Etats-Unis.

Recherche des cas

Comme la plupart des sujets dans la zone de la flambée ne se rendent pas dans des centres de santé pour se faire soigner, des équipes de surveillance mobiles ont été envoyées dans les villages pour interroger les patients ou les propriétaires d'animaux concernant les maladies récemment enregistrées dans la communauté. La recherche des cas a initialement porté sur les villages de Wadi Mawr pour être étendue à différentes zones de l'ensemble de la plaine côtière, car la maladie a également été observée dans d'autres zones. On utilise la définition du cas donnée par l'OMS pour la forme humaine de la maladie.

¹ Voir N° 46, 2000, pp. 370-371.

Fig. 1. Date of onset and date of death for patients with suspected RVF in Yemen, September-October 2000
 Dates du début de la maladie et dates du décès des cas présumés de FVR au Yémen, septembre-octobre 2000



Disease in humans

Between 7 August and 7 November 2000, 1 087 suspect case-patients were identified, including 121 (11%) persons who died (Fig. 1). Case-finding does not reflect all ongoing transmission owing to the inability of teams to visit all the affected areas. The mean age of patients affected is 32.2 years, with a range from 1 month to 95 years. The clinical spectrum of disease is typical of that associated with RVF and includes patients with haemorrhagic disease, encephalitis, retinitis and uncomplicated RVF. Most case-patients (75%) reported exposure to sick animals, handling an abortus, or slaughtering of animals in the week prior to illness. Of the 490 case-patients with serological testing, 136 (26%) had IgM class antibody to Rift Valley fever virus; 17 patients (3%) had weakly reactive serological test results. Serologically-confirmed disease transmission has been detected in 16 districts throughout the coastal plain and adjacent mountains. Ten of these districts are shown in Fig. 1.

Disease in animals

Surveillance for disease in animals has detected considerable morbidity and mortality in sheep, goats and cattle. Surveillance efforts are hampered by the geographical distribution of disease and the inability of veterinary teams to visit all the affected areas. Thus, surveillance reports underestimate the total burden of disease.

To assess the extent of transmission in animals, cross-sectional surveys were conducted in late September in diverse areas throughout the country. These surveys detected a high prevalence of IgM-class antibody to RVF in numerous areas in the northern part of the coastal plain and adjacent mountains. At the time of these surveys, there was little evidence of RVF transmission south of Marawah. Since that time, transmission has been detected in animals and humans in areas to the south.

La maladie chez l'humain

Entre le 7 août et le 7 novembre, 1 087 cas présumés ont été identifiés, dont 121 (11%) se sont révélés mortels (Fig. 1). La recherche des cas ne reflète pas intégralement la transmission, car les équipes ne sont pas en mesure de se rendre dans toutes les zones touchées. L'âge moyen des patients est de 32,2 ans, et l'on a observé des cas de l'âge de 1 mois jusqu'à 95 ans. Le spectre clinique de la maladie est typique de celui associé à la FVR, avec notamment troubles hémorragiques, encéphalite, rétinite et FVR sans complications. La plupart des cas (75%) ont fait état d'une exposition à des animaux malades, de contacts avec le produit d'un avortement ou de l'abattage d'animaux la semaine précédant la maladie. Sur les 490 cas ayant fait l'objet d'un test sérologique, 136 (26%) étaient porteurs d'IgM dirigées contre le virus de la fièvre de la vallée du Rift; 17 patients (3%) présentaient des résultats faiblement réactifs au test sérologique. Il y a eu confirmation sérologique de transmission de la maladie dans 16 districts de la plaine côtière et des montagnes adjacentes. Dix de ces districts font l'objet de la Fig. 1.

La maladie chez l'animal

La surveillance de la maladie chez les animaux a permis de mettre en lumière une morbidité et une mortalité considérables chez les ovins, les caprins et les bovins. Les efforts de surveillance sont entravés par la répartition géographique de la maladie et l'impossibilité pour les équipes vétérinaires de se rendre dans toutes les zones touchées. Ainsi, les rapports de surveillance sous-estiment le fardeau total de la maladie.

Pour évaluer l'ampleur de la transmission chez les animaux, on a procédé à des enquêtes transversales fin septembre dans différentes zones de l'ensemble du pays. Ces enquêtes ont permis de mettre en évidence une forte prévalence des IgM vis-à-vis de la FVR dans de nombreuses zones de la partie septentrionale de la plaine côtière et des montagnes adjacentes. A l'époque de ces enquêtes, on ne disposait guère d'éléments concernant une transmission de la FVR au sud de Marawah. Depuis, la transmission a été observée chez l'animal et chez l'humain dans des zones du sud.

Outbreak control

Activities of the two ministries to control the outbreak include intensive vector-control measures (both vehicles and hand-spraying devices), restriction of animal movement, educational campaigns to prevent exposure to infected animals or abortus and upgrading of local hospitals to optimize treatment of infected patients. Vector surveillance has detected relatively few mosquitos in the outbreak area.

Editorial note. RVF was first recognized and isolated as the agent for a zoonotic disease in Kenya in 1930. Outbreaks outside sub-Saharan Africa have been described in Egypt in 1977-1978 and 1993. A large outbreak occurred in East Africa in 1998.² The current outbreak in Yemen has coincided with an ongoing outbreak of RVF in Saudi Arabia and represents the first documented evidence of RVF virus transmission outside Africa. Several lines of evidence suggest that RVF was probably introduced into the Arabian peninsula prior to this outbreak:

- the outbreak began simultaneously in geographically diverse areas (including Saudi Arabia), suggesting that RVF virus was circulating prior to the outbreak period and that unique ecological conditions along the coastal plain promoted widescale transmission in early September;
- the majority of participants in a community survey reported a similar outbreak in 1998;
- interviews of persons importing sheep from Africa revealed that animals died of a disease compatible with RVF in 1998;
- the genetic sequence of the virus isolated in Saudi Arabia is closely related to that of the virus isolated in the 1998 outbreak of RVF in Africa.

Satellite images and aerial surveys reveal numerous areas throughout the coastal plain and adjacent mountains that would be receptive to Rift Valley fever virus. The geographical distribution of disease presents a challenge for disease-control efforts. Vector-control efforts include knock-down measures in the form of outdoor and indoor thermal fogging, larviciding and residual house spraying (in selected villages). The above measures have been based on geographical reconnaissance and surveillance data. Entomological studies are ongoing to evaluate and guide vector-control operations. Impregnated bednets against mosquitos have also been distributed in the affected areas. Despite intensive vector-control measures, transmission continues to occur in selected areas. The finding that most patients have had direct contact with infected animals emphasizes the importance of health education measures to prevent transmission through contact with infected tissues.

The case-fatality ratio is higher than that previously reported for RVF. It is likely that this is due to underreporting of patients with mild disease. In addition, the prevalence of underlying medical conditions may affect disease outcome. Of particular concern is the economic impact that

Lutte contre la flambée

Les activités de lutte contre la flambée des deux ministères comprennent des mesures intensives de lutte antivectorielle (dispositifs de pulvérisation à main ou montés sur véhicule), la restriction du mouvement des animaux, des campagnes d'éducation pour éviter l'exposition aux animaux infectés ou produits d'un avortement, et le renforcement des hôpitaux locaux pour optimiser le traitement des sujets infectés. La surveillance vectorielle n'a mis en lumière que relativement peu de moustiques dans la zone de la flambée.

Note de la rédaction. La FVR a été reconnue et isolée pour la première fois comme l'agent d'une zoonose au Kenya en 1930. Des flambées en dehors de l'Afrique subsaharienne ont été décrites en Egypte en 1977-1978 et en 1993. Une importante flambée a touché l'Afrique orientale en 1998.² La flambée actuelle au Yémen coïncide avec la flambée de FVR qui touche actuellement l'Arabie saoudite et représente la première observation documentée de transmission du virus de la FVR hors d'Afrique. Plusieurs éléments font penser que la FVR a probablement été introduite dans la péninsule arabique avant cette flambée:

- la flambée a commencé simultanément dans des zones géographiquement distinctes (y compris l'Arabie saoudite), ce qui fait penser que le virus de la FVR circulait déjà avant la période de la flambée et que des conditions écologiques uniques le long de la plaine côtière ont favorisé une transmission à une grande échelle début septembre;
- la majorité des participants à une enquête communautaire ont évoqué une flambée similaire en 1998;
- l'interrogation de personnes qui importent des ovins d'Afrique a révélé que des animaux sont morts d'une maladie au tableau correspondant à la FVR en 1998;
- la séquence génique du virus isolé en Arabie saoudite est étroitement apparentée à celle du virus isolé au cours de la flambée de 1998 de FVR en Afrique.

Les images par satellite et les enquêtes aériennes révèlent de nombreuses zones de la plaine côtière et des montagnes environnantes susceptibles de convenir au virus de la fièvre de la vallée du Rift. La répartition géographique d'une maladie constitue un défi du point de vue des efforts de lutte. Les efforts de lutte antivectorielle comprennent des mesures directes sous forme de nébulisation thermique à l'intérieur et à l'extérieur des habitations, d'épandage de larvicide et de pulvérisation domiciliaire à effet rémanent (dans certains villages). Les mesures ci-dessus ont été fondées sur des données de reconnaissance et de surveillance géographiques. Des études d'entomologie sont en cours pour évaluer et orienter les opérations de lutte antivectorielle. Des moustiquaires imprégnées d'insecticide ont également été distribuées dans les zones touchées. Malgré les mesures intensives de lutte antivectorielle, la transmission se maintient encore dans certaines zones. Les nombreux contacts directs de patients avec des animaux infectés font bien ressortir l'importance des mesures d'éducation pour la santé pour éviter la transmission par contact avec des tissus infectés.

Le taux de létalité est plus élevé que ceux antérieurement signalés pour la FVR, probablement en raison d'une sous-notification des formes bénignes. En outre, la prévalence des affections sous-jacentes peut influencer l'issue de la maladie. On se préoccupe aussi beaucoup de l'impact économique des restrictions con-

² See No. 15, 1998, pp. 105-109.

² Voir N° 15, 1998, pp. 105-109.

restrictions in animal movement is having on the nutritional status of persons in the outbreak communities. Surveys to address these issues are under way. ■

cernant les mouvements des animaux sur l'état nutritionnel de la population des communautés touchées par la flambée. Des enquêtes sur ces questions sont en cours. ■

Impact of infant immunization

Call for research proposals

WHO is pleased to announce a request for proposals for novel research into the impact of infant immunization. The Organization attaches a high priority to ensuring safe and effective vaccines for the world's children and wishes to sponsor research into the effects of infant immunization on survival. WHO wishes to encourage the study of vaccine outcomes in areas with high mortality and to investigate, *inter alia*, non-specific effects on survival of routine immunization. Retrospective studies that might be conducted within a short time frame of a few months would be welcome. They should ideally measure mortality over a 6-month to 2-year time frame and offer proper control of confounding variables.

WHO invites interested researchers to submit a 1-page letter of intent by **15 December 2000**. This letter should specify how the proposed study would comply with the following criteria:

- the study should be based on an *a priori* hypothesis;
- the study should identify and follow a birth cohort through the study period (both retrospective cohort or case-control study design would be acceptable);
- the study should have complete classification and proper documentation of vaccination status and relevant confounding variables;
- there should be ascertainment of post-vaccination cause-specific mortality. ■

Letters of intent will be reviewed by the Global Advisory Committee on Vaccine Safety on 21 December 2000. A full protocol will then be called for from selected applicants. Submissions should be sent by email (duclosp@who.int); fax (41-22-791-4210); or regular mail to Dr P. Duclos, V&B, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Impact de la vaccination du nourrisson

Appel aux propositions de recherche

L'OMS a le plaisir de solliciter des propositions de recherche novatrices sur l'impact de la vaccination du nourrisson. L'Organisation considère comme hautement prioritaire de garantir aux enfants du monde des vaccins sûrs et efficaces et souhaite parrainer des recherches concernant les effets de la vaccination sur la survie de l'enfant. L'OMS souhaite encourager l'étude des résultats de la vaccination dans des domaines où la mortalité est élevée et, notamment, l'étude des effets généraux de la vaccination de routine sur la survie de l'enfant. Des études rétrospectives susceptibles d'être conduites dans un délai assez court de quelques mois seraient les bienvenues. L'idéal serait qu'elles mesurent la mortalité sur une période de 6 mois à 2 ans, tout en maîtrisant les facteurs de confusion.

L'OMS invite les chercheurs intéressés à lui envoyer une lettre d'intention (1 page) avant le **15 décembre 2000**, en précisant comment le projet d'étude remplit les critères suivants:

- l'étude devra reposer sur une hypothèse *a priori*;
- une cohorte de naissances devra être suivie pendant toute la durée de l'étude (une étude de cohorte rétrospective ou une étude cas-témoins seraient l'une et l'autre acceptables);
- l'étude devra effectuer une classification complète avec documentation adéquate de l'état vaccinal et des facteurs de confusion pertinents;
- la mortalité postvaccinale par cause devra être vérifiée. ■

Les lettres d'intention seront examinées par le Comité consultatif mondial sur la sécurité des vaccins le 21 décembre 2000. Un protocole complet sera alors demandé aux candidats retenus. Les candidatures sont à envoyer par email à duclosp@who.int, par télécopie (41-22-791-4210) ou par courrier ordinaire au Dr P. Duclos, V&B, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

WER contents by email

An automatic service is available for receiving notification of the contents of the WER and short epidemiological bulletins. To subscribe, send an email 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.

Sommaire du REH par email

Un service automatique de distribution du sommaire du REH et de brefs bulletins épidémiologiques est disponible par email. 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.

Influenza

Belarus (18 November 2000). The incidence of influenza-like illness has increased in November, but morbidity was still below the epidemic level.

Finland (18 November 2000).¹ The first influenza A viruses isolated in November were in Turku: 1 A(H3N2) from a 7-year old girl; 1 A(H1N1); and 3 influenza A non-subtyped detected at the University of Turku where virological screening has been enhanced for scientific purposes.

France (18 November 2000). The first confirmed case of influenza A(H1N1) for the season was a child from Castres, Midi-Pyrénées region.

United Kingdom (22 November 2000). Influenza activity across the country remains at low levels. Consultation rates are below baseline levels. Three isolates of influenza A(H1N1) have been characterized, all from hospital-derived specimens. ■

¹ See No. 45, 2000, p. 368.

Grippe

Bélarus (18 novembre 2000). L'incidence des syndromes grippaux a augmenté en novembre, mais la morbidité reste au-dessous du seuil épidémique.

Finlande (18 novembre 2000).¹ Les premiers virus grippaux de type A ont été isolés en novembre à Turku: 1 virus de type A(H3N2) chez une fillette de 7 ans; 1 de type A(H1N1); et 3 virus grippaux A non sous-typés détectés par l'université de Turku, où un dépistage à grande échelle a eu lieu pour des raisons scientifiques.

France (18 novembre 2000). Le premier cas confirmé de grippe A(H1N1) pour la saison est un enfant de Castres, en région Midi-Pyrénées.

Royaume-Uni (22 novembre 2000). L'activité grippale dans le pays se maintient à des niveaux peu élevés. Les taux de consultation restent en dessous du niveau de base. Trois isolements de grippe A(H1N1) ont été caractérisés, tous issus de spécimens originaires du milieu hospitalier. ■

¹ Voir N° 45, 2000, p. 368.

Renewal of paid subscriptions

To ensure that you continue to receive the *Weekly epidemiological record* without interruption, do not forget to renew your subscription for 2001. This can be done through your sales agent. For countries without appointed sales agents, please write to: World Health Organization, Marketing and Dissemination, 1211 Geneva 27, Switzerland (fax: [41-22] 791 48 57; email: bookorders@who.ch). Be sure to include your subscriber identification number from the mailing label.

The annual subscription rate will remain unchanged, at Sw.fr. 230.– (in developing countries: Sw.fr. 161.–).

Renouvellement des abonnements payants

Pour continuer de recevoir sans interruption le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n'oubliez pas de renouveler votre abonnement pour 2001. Cela peut être fait par votre dépositaire. Pour les pays où un dépositaire n'a pas été désigné, veuillez écrire à l'Organisation mondiale de la Santé, Marketing et Diffusion, 1211 Genève 27, Suisse (fax: [41-22] 791 48 57; email: bookorders@who.ch). N'oubliez pas de préciser le numéro d'abonnement figurant sur l'étiquette d'expédition.

Le prix de l'abonnement annuel restera inchangé, à Fr.s. 230.– (dans les pays en développement: Fr.s. 161.–).

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 24 to 30 November 2000 / Notifications de maladies reçues du 24 au 30 novembre 2000

Cholera / Choléra

	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique		Somalia / Somalie	14.X-15.XI
Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo	1.VIII-18.XI	.....	272 14
.....	4 158 250	South Africa / Afrique du Sud	22-27.XI
Madagascar	13.X-2.XI	.....	523 0
.....	360 12		

Ports designated in application of the International Health Regulations / Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international

Amendments to 1998 publication / Amendements à la publication de 1998

Insert – Insérer:

	D	EX
Uruguay		
Nueva Palmira	x	x
Punta del Este	x	x

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