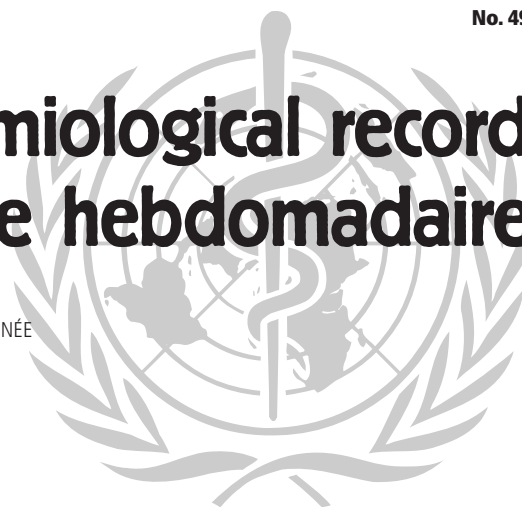


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

5 DECEMBER 2003, 78th YEAR / 5 DÉCEMBRE 2003, 78^e ANNÉE

No. 49, 2003, 78, 417–424

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

Contents

- 417 Global situation of the HIV/AIDS pandemic, end 2003
- 423 Influenza
- 424 International Health Regulations

Sommaire

- 417 Le point sur la pandémie mondiale de VIH/SIDA, fin 2003
- 423 Grippe
- 424 Règlement sanitaire international

Global situation of the HIV/AIDS pandemic, end 2003

Part I¹

WHO and UNAIDS have estimated that, at the end of 2003, the total number of adults and children living with HIV/AIDS worldwide will have reached 40 million (*Map 1*). It is also estimated that, during 2003, almost 5 million people (700 000 of whom are children aged <15 years), became infected. HIV infection is unequally distributed between men and women, with large variations in the different regions. In the African region, more women are infected than men. Overall, most HIV infection occurs in low- and middle-income countries. Moreover, since HIV may be “silent” for many years, most people living with HIV/AIDS (PLHA) are unaware that they are infected with HIV.

The HIV/AIDS epidemic continues to be a burden in people's lives. An estimated 3 million people died of HIV/AIDS during 2003. Adult deaths represented an estimated 80% of total deaths due to HIV in 2003. HIV/AIDS continues to be the leading cause of death in sub-Saharan Africa and the fourth leading cause of death worldwide.

Regional trends

During 2003, AIDS killed 2.3 million people in **sub-Saharan Africa**, and an estimated 3.2 million people were newly infected with HIV, bringing the total number of African PLHA to 26.6 million. Sub-Saharan Africa remains the hardest-hit region, accounting for 64% of the 5 million people infected worldwide with HIV during 2003, for 66% of PLHA and for 76% of AIDS deaths. A recent report of the WHO African Region presents the large variation in HIV prevalence rates, with higher values found in southern Africa (*Map 2*).

Le point sur la pandémie mondiale de VIH/SIDA, fin 2003

Partie I¹

Selon les estimations de l'OMS et de l'ONUSIDA, il y aura au total dans le monde 40 millions d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2003 (*Carte 1*). On estime aussi que 5 millions de personnes (dont 700 000 enfants de moins de 15 ans) auront été infectées par le VIH en 2003. La répartition par sexe est inégale, et l'on observe d'importantes variations selon les régions. Dans la Région africaine, le nombre des femmes infectées est supérieur à celui des hommes. Dans l'ensemble, l'infection frappe surtout les pays à revenu faible et intermédiaire. En outre, le VIH pouvant rester muet pendant plusieurs années, la plupart des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVS) ignorent qu'elles sont infectées.

L'épidémie de VIH/SIDA continue à représenter une charge importante et l'on estime à 3 millions le nombre des décès qu'elle a provoqués en 2003. Les décès d'adultes représentent 80% du nombre total de décès dus au VIH en 2003 selon les estimations. Le VIH/SIDA continue d'être la principale cause de décès en Afrique subsaharienne et la quatrième cause dans le monde entier.

Tendances régionales

En 2003, 2,3 millions de personnes sont décédées du SIDA en **Afrique subsaharienne**, alors que 3,2 millions de nouveaux cas d'infection par le VIH ont été enregistrés, le total des PVVS en Afrique atteignant 26,6 millions. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée, regroupant 64% des 5 millions de nouveaux cas d'infection enregistrés en 2003, 66% des PVVS et 76% des décès par SIDA. Un récent rapport de la Région africaine de l'OMS fait ressortir la variation importante des taux de prévalence du VIH, les valeurs étant plus élevées en Afrique australe (*Carte 2*).

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

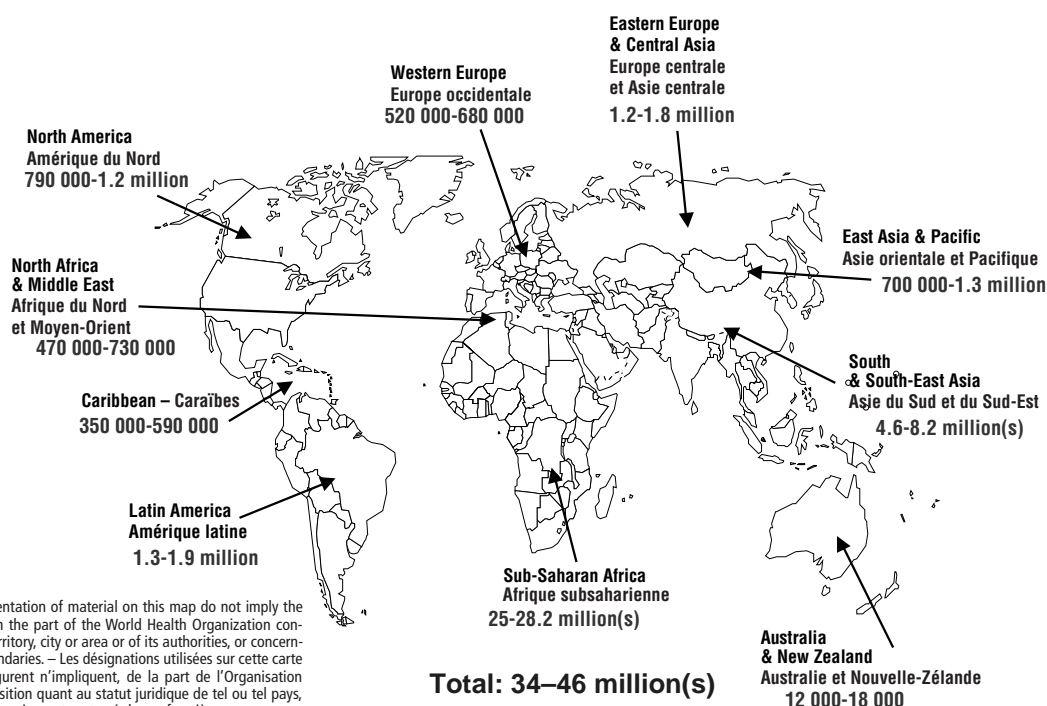
Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 334.–

6.500 12.2003
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ Part II will appear in No. 50, 2003.

¹ La partie II paraîtra dans le N° 50, 2003.

Map 1 **Adults and children estimated to be living with HIV/AIDS at the end 2003**
 Carte 1 **Estimation du nombre total d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2003**



Eastern Africa has the oldest epidemic in Africa. By 2002, most urban antenatal clinics had HIV prevalence levels between 10% and 15%, while levels in rural sites were below 10%. A comparison of antenatal clinic sites, using data for 1997-1998, 1999-2000 and 2001-2002 from Burundi (6 antenatal clinics), Ethiopia (10), Kenya (20) and Uganda (9), shows modest to more substantial reductions in prevalence. Overall, the epidemic in eastern Africa appears to be declining slowly.

Southern Africa is, by all measures, the most affected part of Africa. Overall, more than one in five pregnant women tested were infected with HIV in 2002, and several countries reported HIV prevalence in antenatal clinics exceeding 25%. Levels of prevalence remain very high in the southern Africa epidemic. A comparison of the same antenatal clinic sites in eight countries using data for 1997-1998, 1999-2000 and 2001-2002 provides little evidence of a decline in prevalence. The median HIV prevalence in the eight countries of this subregion increased from 20% in 1997-1998 to 26% in 2001-2002. There was no decline in HIV prevalence among 15-24 year-old.

The current situation in **central Africa** is difficult to assess given the limited surveillance activities. Available data indicate that the Central African Republic has the highest prevalence among pregnant women (14.5%) and that Cameroon also has high prevalence. Only three countries reported data on young pregnant women, although surveillance systems have been improving recently.

In **west Africa**, there is considerable diversity in the size of the epidemic. At the higher end, very few clinics report HIV

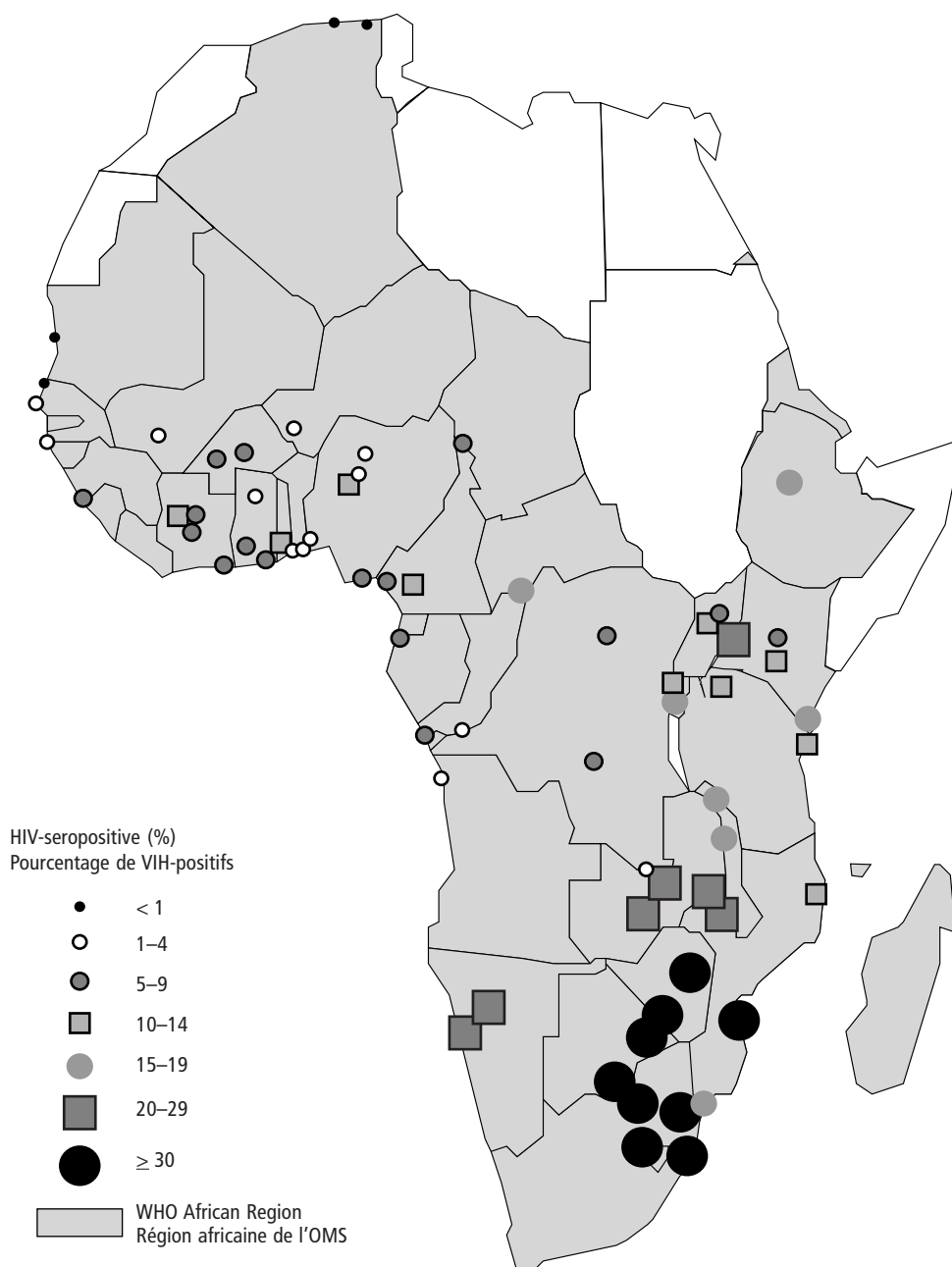
L'**Afrique orientale** est la région touchée par l'épidémie depuis le plus longtemps en Afrique. En 2002, la plupart des centres de soins prénatals en milieu urbain présentaient des taux de prévalence du VIH situés entre 10 et 15% alors qu'en milieu rural ils étaient inférieurs à 10%. Une comparaison des centres de soins prénatals, se basant sur des données pour 1997-1998, 1999-2000 et 2001-2002 au Burundi (6 centres de soins prénatals), en Ethiopie (10), au Kenya (20) et en Ouganda (9), fait apparaître une diminution de la prévalence dans des proportions modestes ou plus substantielles. Dans l'ensemble, l'épidémie en Afrique orientale semble diminuer lentement d'intensité.

De quelque point de vue que l'on se place, c'est l'**Afrique australe** qui est la partie du continent la plus touchée. Dans l'ensemble, plus d'une femme enceinte testée sur cinq s'est révélée VIH-positive en 2002 et plusieurs pays ont signalé des taux de prévalence du VIH dans les centres de soins prénatals dépassant les 25%. Les niveaux de prévalence restent très élevés pour l'épidémie en Afrique australe. Une comparaison des mêmes centres de soins prénatals dans huit pays sur la base de données pour 1997-1998, 1999-2000 et 2001-2002 ne fait guère apparaître de diminution de la prévalence. La prévalence médiane du VIH dans les huit pays de la sous-région est passée de 20% en 1997-1998 à 26% en 2001-2002. Aucune diminution de la prévalence du VIH n'a été observée chez les jeunes de 15 à 24 ans.

La situation actuelle en **Afrique centrale** est difficile à évaluer en raison des activités de surveillance limitées. Sur la base des données disponibles, c'est la République centrafricaine qui présente le taux de prévalence le plus élevé chez la femme enceinte (14,5%) le niveau étant également élevé au Cameroun. Seuls trois pays ont fourni des données sur les femmes enceintes jeunes, bien que les systèmes de surveillance se soient récemment améliorés.

En **Afrique de l'Ouest**, on observe des différences considérables quant à l'étendue de l'épidémie. Dans les zones à forte prévalence

Map 2 **Median HIV prevalence among women attending antenatal care clinics in large cities, WHO African Region, 2000–2002**
 Carte 2 **Prévalence médiane du VIH chez les femmes se rendant aux consultations prénatales dans les grandes villes de la région africaine de l'OMS, 2000–2002**



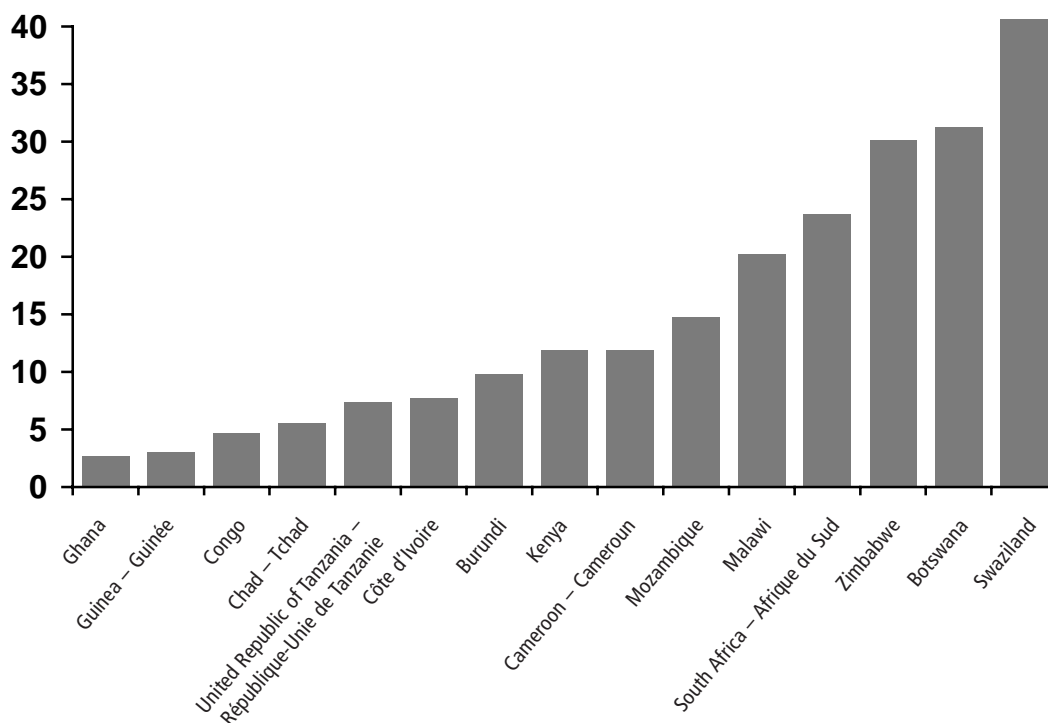
prevalence levels exceeding 10%. Côte d'Ivoire has shown the highest level of HIV prevalence since the beginning of the epidemic, and still has higher prevalence among pregnant women than other countries. Nigeria has observed an increase in recent years, and estimated national prevalence among pregnant women in 2001 was 5.8%. At the lower end, HIV prevalence is 1% or lower in countries of the Sahel (Gambia, Mali, Mauritania, Niger, Senegal) and in Algeria.

Young people aged 15 to 24 years are at the epicentre of the HIV epidemic (Fig. 1). HIV surveillance in this population group is therefore crucial. The United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) declaration on HIV/AIDS and the Millennium Development Goals aim to re-

du VIH, très peu de centres de soins signalent des taux dépassant 10%. La Côte d'Ivoire présente le taux le plus élevé depuis le début de l'épidémie et a encore les taux de prévalence les plus élevés chez la femme enceinte que dans d'autres pays. Ces dernières années, on a observé une augmentation au Nigéria où le taux national de prévalence chez la femme enceinte en 2001 était estimé à 5,8%. A l'autre extrémité, la prévalence du VIH est de 1% au maximum dans les pays du Sahel (Gambie, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal) et en Algérie.

Les jeunes de 15 à 24 ans se situent à l'épicentre de l'épidémie de VIH (Figure 1). La surveillance du VIH dans ce groupe est donc cruciale. La déclaration adoptée lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA et les objectifs de développement du Millénaire visent à réduire les taux de

Fig. 1 **Median HIV prevalence (%) among urban women aged 15–24 years attending antenatal clinics, by country, 2001–2002^a**
 Fig. 1 **Prévalence médiane du VIH (en %) chez les femmes âgées de 15 à 24 ans se rendant aux consultations prénatales, par pays, 2001–2002^a**



^a Data on men and all women of reproductive ages are available from national *population-based household surveys* in five countries. Mali and Zambia included HIV testing in a national demographic and health Survey, while Burundi, Niger and South Africa conducted special surveys on HIV/AIDS. In addition, Zimbabwe conducted a national HIV/AIDS survey among young people 15–29 years. – Les données sur les hommes et l'ensemble des femmes en âge de procréer provenaient des enquêtes nationales sur les ménages basées dans la population effectuées dans cinq pays. Le Malawi et la Zambie ont procédé à des tests de dépistage du VIH dans le cadre d'une enquête nationale démographique et sanitaire alors que l'Afrique du Sud, le Burundi et le Niger ont procédé à des enquêtes spéciales sur le VIH/SIDA. Par ailleurs, le Zimbabwe a mené une enquête nationale sur le VIH/SIDA chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans.

duce new infection rates among young people. HIV prevalence among young people or pregnant women aged 15–24 years is used as an indicator of the new infection rate. The UNGASS goal is to reduce HIV prevalence among young people by 25% in 2005 in the most affected countries. An increasing number of countries are now reporting HIV prevalence by age. Recent data on HIV prevalence among young pregnant women in urban antenatal clinics (combining capital city and other major urban areas) were reported by 13 countries.

An estimated 7.4 million adults and children are today living with HIV in **Asia and the Pacific**. In 2003, AIDS has claimed the lives of 460 000 people. Although prevalence in the adult population continues to be relatively low in most Asian countries because of the large populations, most of the risk factors contributing to greater vulnerability in this region remain, such as the burgeoning sex trade, use of illicit drugs and high rates of sexually transmitted infections. However, most HIV infection in the region continues to be concentrated in a few large countries and among selected population groups. Two countries – Thailand and, most recently, Cambodia – have shown that it is possible to reverse the HIV epidemic (Fig. 2).

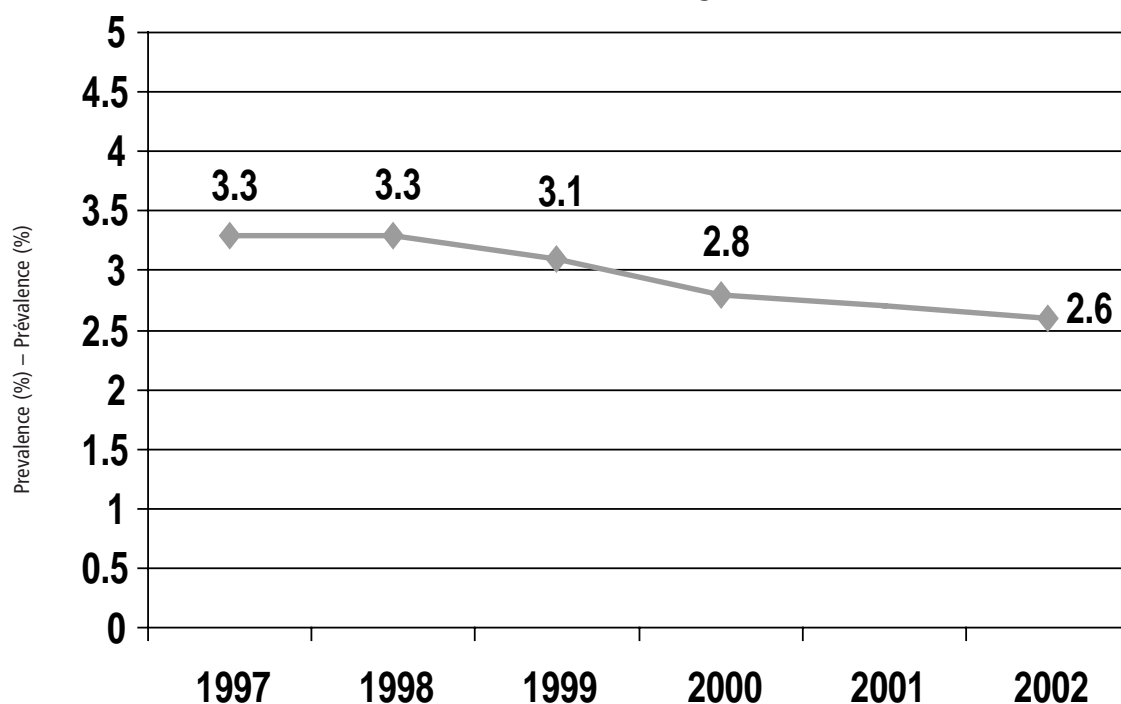
Due in part to increased access to treatment and survival of HIV/AIDS patients under highly active antiretroviral therapy (HAART) and new epidemiological information from some countries, the estimated number of adults and chil-

nouvelles infections chez les jeunes. La prévalence du VIH chez les jeunes ou la femme enceinte de 15 à 24 ans sert d'indicateur du taux des nouvelles infections. Le but de la session extraordinaire de l'Assemblée générale consiste à réduire la prévalence chez les jeunes de 25% en 2005 dans les pays les plus touchés. Un nombre croissant de pays fournissent désormais des données sur la prévalence du VIH selon l'âge. Des données récentes sur la prévalence chez la femme enceinte jeune dans les centres de soins prénatals en milieu urbain (capitale et autres principaux centres urbains) ont été fournies par 13 pays.

On estime à 7,4 millions le nombre d'adultes et d'enfants vivant aujourd'hui avec le VIH en **Asie et dans le Pacifique**. En 2003, 460 000 personnes sont décédées du SIDA. Si la prévalence chez l'adulte reste relativement faible dans la plupart des pays d'Asie compte tenu de la taille de la population, la plupart des facteurs de risque contribuant à une plus grande vulnérabilité dans cette région demeurent, comme par exemple le commerce du sexe, la consommation de drogues illicites et les taux élevés d'infections sexuellement transmissibles. Toutefois, la plupart des infections par le VIH dans la région restent limitées à une poignée de grands pays et à des groupes de population bien déterminés. Deux pays – la Thaïlande et plus récemment le Cambodge – ont démontré qu'il est possible d'inverser la tendance à la progression de l'épidémie (Figure 2).

En partie à cause d'un meilleur accès au traitement et d'une amélioration de la survie des malades du VIH/SIDA sous traitement antirétroviral hautement actif et sur la base des nouvelles informations épidémiologiques en provenance de certains pays, le nombre esti-

Fig. 2 **National HIV prevalence among adults aged 15–49, Cambodia, 1997–2002**
 Fig. 2 **Prévalence nationale du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans, Cambodge, 1997-2002**



dren living with HIV in **Latin America and the Caribbean** at the end of 2003 has reached 2 million. Distribution of HIV infection continues to be concentrated mainly among men who have unprotected sex with other men and among injecting drug users in some countries; other countries in the region have increasing rates of heterosexual transmission. The Caribbean subregion continues to have the highest prevalence outside Africa (Fig. 3).

HIV infection in **eastern Europe and central Asia** continues to increase. During 2003, there were an estimated 230 000 new infections, bringing to 1.5 million the number of PLHA. Most infections continue to occur among injecting drug users. However, the region is showing increased awareness and political commitment in fighting the epidemic (Fig. 4).

In **north Africa and the Middle East**, the number of PLHA has now reached a total of 600 000. New HIV infections continue to occur in countries experiencing complex emergencies. With exception of Sudan, which has a widespread epidemic, HIV prevalence continues to be low in most countries in the region; biggest risk factor identified is injecting drug use.

The developed world continues to benefit from greater access to HAART for HIV/AIDS patients. In 2003, deaths and mother-to-child HIV transmission in the industrialized countries of **north America, western Europe and the Pacific** have decreased. Despite this success of treatment, HIV incidence in this part of the world remains the same, and progress in care is not being matched by progress in prevention. During 2003, 55 000 individuals became infected with HIV in industrialized countries, where an estimated 1.2 million people are living with HIV.

mé d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH en **Amérique latine et dans les Caraïbes** à la fin de 2003 atteint 2 millions. L'infection par le VIH touche principalement les hommes qui ont des rapports sexuels non protégés avec d'autres hommes et les toxicomanes par voie intraveineuse dans certains pays; d'autres pays de la région présentent des taux croissants de transmission hétérosexuelle. C'est dans la sous-région des Caraïbes qu'on continue d'observer la prévalence la plus élevée hors Afrique (Figure 3).

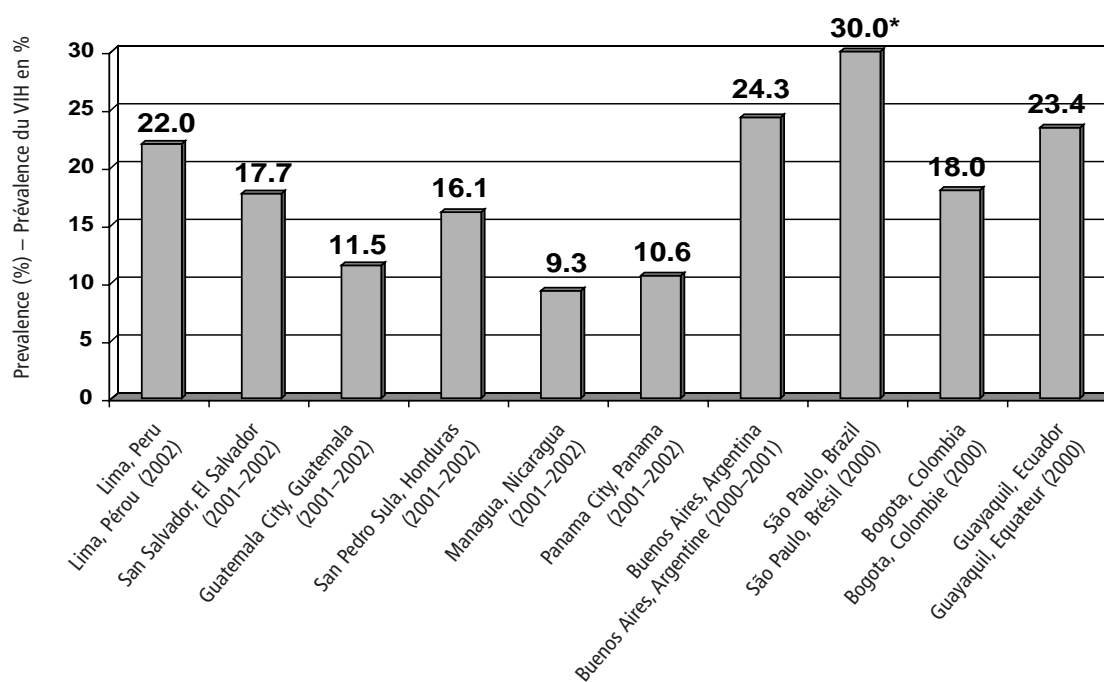
L'infection à VIH continue de s'étendre en **Europe orientale et en Asie centrale**. En 2003, on estime le nombre des nouvelles infections à 230 000 et le nombre total des PVVS à 1,5 million. La plupart des infections touchent les toxicomanes par voie intraveineuse. On observe toutefois un renforcement de la sensibilisation et de l'engagement politique en faveur de la lutte contre l'épidémie dans la région (Figure 4).

En **Afrique du Nord et au Moyen-Orient**, le nombre des PVVS atteint désormais 600 000. Les nouvelles infections par le VIH continuent à frapper les pays confrontés à des situations d'urgence complexes. A l'exception du Soudan, où l'épidémie est généralisée, la prévalence reste faible dans la plupart des pays de la région, le facteur de risque identifié le plus important étant la toxicomanie par voie intraveineuse.

Les pays développés continuent à bénéficier d'un meilleur accès au traitement antirétroviral hautement actif. En 2003, le nombre de décès et de cas de transmission mère-enfant du VIH dans les pays industrialisés d'**Amérique du Nord, d'Europe occidentale et du Pacifique** a diminué. Malgré les succès thérapeutiques, l'incidence du VIH dans cette partie du monde reste la même et les progrès en matière de prévention demeurent en retrait par rapport aux progrès des traitements. En 2003, on a enregistré 55 000 nouveaux cas d'infection par le VIH dans les pays industrialisés où le nombre des personnes vivant avec le VIH atteint 1,2 million selon les estimations.

Fig. 3 HIV Prevalence among men having sex with men, Latin America and the Caribbean region, 1999–2002

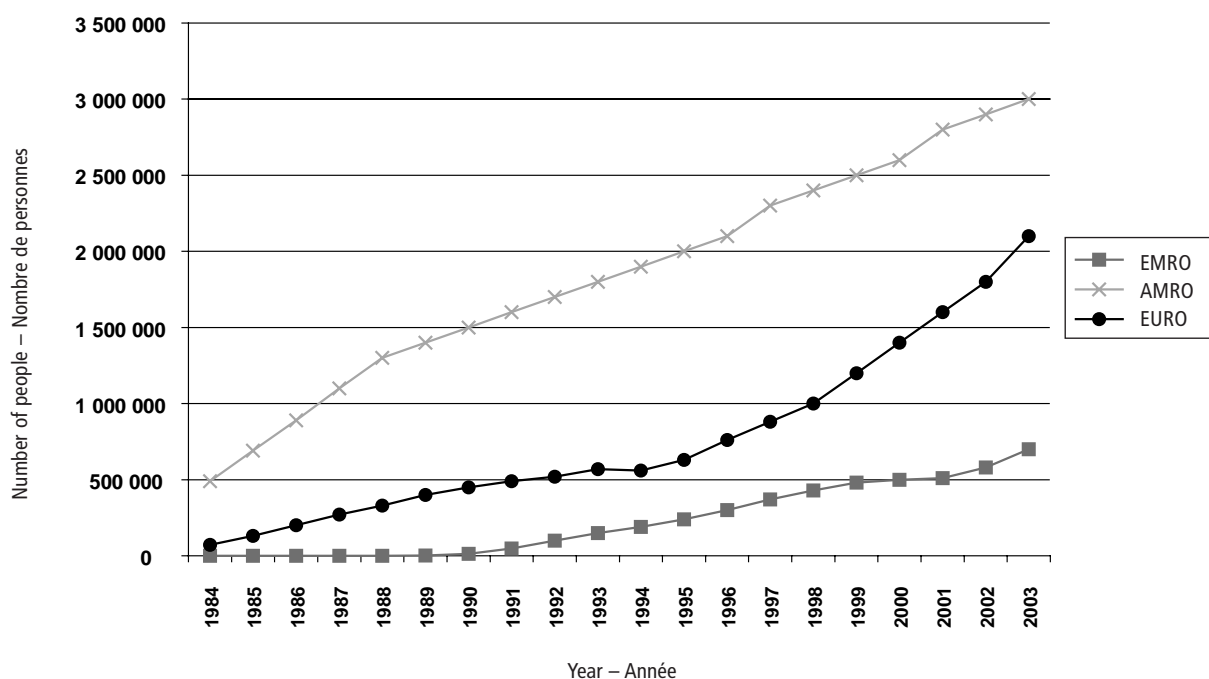
Fig. 3 Prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, Amérique latine et Caraïbes, 1999–2002



* Includes bisexuals – Y compris les bisexuels

Fig. 4 Estimated number of people living with HIV/AIDS (PLHA), AMRO, EMRO and EURO regions, 1984–2003

Fig. 4 Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH/SIDA, Régions des Amériques, de la Méditerranée orientale et de l'Europe, 1984–2003



Large-scale prevention programmes have shown that it is possible to reverse the epidemic in some countries in Africa and Asia. Prevention and care therefore continue to be needed in all countries.

Les programmes de prévention à grande échelle ont montré qu'il est possible d'inverser la tendance à la progression de l'épidémie dans certains pays d'Afrique et d'Asie. La prévention et les soins continuent donc d'être nécessaires dans tous les pays.

While HIV/AIDS continues to spread in all regions of the world, there are positive signs. In both industrialized and developing countries, an increasing number of HIV-positive people can live longer and healthier lives thanks to antiretroviral therapies. The new WHO led initiative "3 by 5" (3 million persons under HAART by the year 2005), launched on 1 December 2003, will try to reduce the existing gap between rich and poor countries. The needs, coverage and strategy for HAART will be presented in Part II. ■

Si le VIH/SIDA continue à se propager dans toutes les régions de la planète, on peut néanmoins déceler certains signes positifs. Dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement, un nombre croissant de personnes VIH positives peuvent vivre plus longtemps et en meilleure santé grâce aux thérapies antirétrovirales. La nouvelle initiative «3 millions d'ici 2005» de l'OMS (consistant à faire bénéficier 3 millions de personnes d'un traitement antirétroviral hautement actif d'ici 2005), lancée le 1^{er} décembre 2003, visera à réduire le fossé actuel entre pays riches et pays pauvres. Les besoins, les couvertures et la stratégie pour le traitement antirétroviral hautement actif feront l'objet de la partie II. ■

Influenza

Summary (2 December 2003)

With an early start, significantly increasing influenza activity associated with influenza A(H3N2) viruses is being observed in some countries in Europe (France, Norway, Spain and Portugal) and North America (United States). In Canada and United Kingdom (UK), influenza activity appears to have peaked. However, it is not yet clear whether activity will decline further over the next few weeks or increase again.

Deaths due to acute respiratory illness have been reported among children in Canada, in UK and in the USA; 6 such deaths in the UK have been confirmed to be associated with A/Fujian/411/2002-like virus. However, according to data from the UK Office for National Statistics, total respiratory deaths of young children from respiratory illness are within normal seasonal levels.

The majority of influenza outbreaks this season are attributed to influenza A(H3N2) virus. Most viruses antigenically characterized so far have been A/Fujian/411/2002-like, with the rest being A/Panama/2007/99-like. Sporadic cases of A(H1) and B have also been detected in some countries.

For more information, please consult WHO web site at:

<http://www.who.int/csr/disease/influenza/influenzanelwork/en/>

Canada (22 November 2003).¹ Widespread influenza activity was reported in Ontario and Saskatchewan during week 47. Influenza outbreaks were reported in Alberta, British Columbia, Manitoba, Nova Scotia, Ontario and Saskatchewan. Influenza-like illness (ILI) consultation rate was 21 cases per 1000 consultations, which is below the national baseline level for week 47. Of the 87 influenza viruses antigenically characterized by the National Microbiology Laboratory to date, 61 are A/Fujian/411/2002-like, 25 are A/Panama/2007/99-like and one is an A/New Caledonia/20/99-like virus.

France (22 November 2003).¹ Increased influenza activity was observed. In week 47, influenza activity due to A/Fujian/411/2002-like viruses was reported in 9 regions of France.

¹ See No. 48, 2003, p. 415.

Grippe

Résumé (2 décembre 2003)

Commençant tôt pour la saison, on a observé dans certains pays d'Europe (Espagne, France, Norvège et Portugal) et d'Amérique du Nord (Etats-Unis) que l'activité grippale associée aux virus grippaux A(H3N2) connaissait une hausse importante. Au Canada et au Royaume-Uni, il semblerait que l'activité grippale ait connu un pic. Cependant, nous ne savons pas de façon claire si l'activité baissera plus encore dans les semaines à venir ou augmentera à nouveau.

Cette saison, des décès dus aux maladies respiratoires aiguës ont été signalés chez des enfants au Canada, aux Etats-Unis et au Royaume-Uni; au Royaume-Uni, il a été confirmé que 6 de ces décès étaient associés à un virus analogue à A/Fujian/411/2002. Cependant, selon les informations du Bureau anglais sur les statistiques nationales, le nombre total de décès dus à des maladies respiratoires et survenus chez les jeunes enfants, est normal par rapport aux niveaux saisonniers.

La majorité des flambées de grippe pour cette saison est attribuée au virus grippal A(H3N2). La plupart des virus antigéniquement caractérisés à ce jour sont analogues à A/Fujian/411/2002, le reste d'entre eux étant analogues à A/Panama/2007/99. On a également dépisté des cas sporadiques de grippe A (H1) et B dans certains pays.

Pour de plus amples informations, merci de consulter le site web OMS suivant:

<http://www.who.int/csr/disease/influenza/influenzanelwork/en/>

Canada (22 novembre 2003).¹ Une activité grippale généralisée a été signalée en Ontario et dans la Saskatchewan au cours de la semaine 47. Des flambées de grippe ont été signalées dans les provinces d'Alberta, de Colombie-Britannique, du Manitoba, de la Nouvelle-Ecosse, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Le taux de consultations pour syndromes grippaux a été de 34 cas pour 1000 consultations, ce qui est au-dessous du niveau de base national pour la semaine 46. Sur les 87 virus grippaux caractérisés à ce jour par le Laboratoire national de microbiologie, 43 étaient des virus analogues à A/Fujian/411/2002, 25 à A/Panama/2007/99 et un seul à A/New Caledonia/20/99A.

France (22 novembre 2003).¹ On a observé une activité grippale en hausse. Au cours de la semaine 47, on a signalé une activité grippale causée par des virus analogues à A/Fujian/411/2002 dans 9 régions de France.

¹ Voir N° 48, 2003, p. 415.

Israel (22 November 2003).² Activity of influenza A(H3N2) viruses remained at a high level during weeks 46 and 47.

Italy (22 November 2003).³ So far this season, influenza activity has been below baseline level. The first influenza virus, an A(H1) virus, was detected in week 47 in a 3-year-old child.

Latvia (22 November 2003).⁴ The first influenza viruses of this season were three influenza A/Panama/2007/99-like viruses detected in week 47. Influenza activity remained low.

Norway (22 November 2003).¹ A substantial increase in influenza activity was observed in week 47. The incidence rate of ILI exceeded the epidemic threshold during week 47 in four of the five health regions. While influenza A(H3) viruses were detected in all regions, A(H1N2) and B viruses were sporadically detected in south-east Norway.

Spain (22 November 2003).¹ Influenza activity increased after week 45. In week 47, widespread influenza activity was reported, with 20 influenza A(H3N2) and 16 A non-subtyped viruses detected.

United Kingdom (22 November 2003).⁴ The influenza activity appears to have peaked. During week 47, the ILI consultation rate decreased to 54.5, compared with 62.2 per 100 000 population in week 46. A/Fujian/411/2002-like viruses have been the most commonly identified influenza viruses and have been detected in all parts of the UK. Of the viruses antigenically characterized so far, 17 have been confirmed as A/Fujian/411/2002-like and 3 as A/Panama/2007/99-like.

United States (22 November 2003).⁴ Influenza activity continued to increase during week 47. Overall ILI consultation rate was 3.8%, which is above the national baseline level of 2.5%. Widespread influenza activity was reported in 10 states and regional activity was reported in 9 states during week 47; 34.3% of the specimens tested were positive for influenza, and 1070 influenza A viruses and 6 B viruses were identified. Since week 40, the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta have antigenically characterized 108 influenza A(H3N2) viruses, of which 19 (18%) are A/Panama/2007/99-like and 89 (82%) are A/Fujian/411/2002-like.

Other reports. Low influenza activity was reported in Chile,² Denmark,⁴ Guyana² and Switzerland.⁴ No influenza activity was reported in Japan⁴ or Slovakia.⁴ ■

² See No. 46, 2003, p. 404.

³ See No. 21, 2003, p. 188.

⁴ See No. 48, 2003, p. 416.

Israël (22 novembre 2003).² L'activité des virus grippaux A(H3N2) est restée élevée au cours des semaines 46 et 47.

Italie (22 novembre 2003).³ Jusqu'à présent cette saison, l'activité grippale est restée au-dessous du niveau de base. Le premier virus grippal, de type A(H1), a été dépisté au cours de la semaine 47 chez un enfant de 3 ans.

Lettonie (22 novembre 2003).⁴ Les trois premiers virus grippaux de la saison, dépistés au cours de la semaine 47, étaient analogues à A/Panama/2007/99. L'activité grippale est restée faible.

Norvège (22 novembre 2003).¹ Une hausse considérable de l'activité grippale a été observée lors de la semaine 47 et le taux d'incidence pour syndromes grippaux a dépassé le seuil épidémique dans 4 des 5 régions sanitaires. Alors que des virus grippaux A(H3) étaient dépistés dans toutes les régions, des virus A(H1N2) et B étaient dépistés de façon sporadique au sud-est de la Norvège.

Espagne (22 novembre 2003).¹ L'activité grippale a augmenté après la semaine 45. Au cours de la semaine 47, on a signalé une activité grippale généralisée, avec le dépistage de 20 virus grippaux A(H3N2) et de 16 virus A non sous-typés.

Royaume-Uni (22 novembre 2003).⁴ Il semblerait que l'activité grippale ait connu un pic. Au cours de la semaine 47, le taux de consultations pour syndromes grippaux est tombé à 54,5 pour 100 000 personnes, contre 62,2 au cours de la semaine 46. Les virus grippaux A/Fujian/411/2002 sont les plus communément identifiés et ont été dépistés partout au Royaume-Uni. A ce jour, parmi les virus ayant été antigéniquement caractérisés, 17 ont été confirmés comme analogues à A/Fujian/411/2002 et 3 à A/Panama/2007/99.

Etats-Unis (22 novembre 2003).⁴ L'activité grippale a continué à augmenter au cours de la semaine 47. Le taux de consultations pour syndromes grippaux était de 3,8%, ce qui est au-dessus du niveau de base de 2,5. Au cours de la semaine 47, on a signalé une activité grippale généralisée dans 10 états et régionale dans 9 autres ; 34% des spécimens ont été testés positifs à la grippe et on a identifié 1070 virus grippaux A et 6 virus grippaux B. Depuis la semaine 40, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) à Atlanta ont antigéniquement caractérisé 108 virus grippaux A(H3N2), parmi lesquels 19 (18%) étaient analogues à A/Panama/2007/99 et 89 (82%) à A/Fujian/411/2002.

Autres rapports. Une activité grippale faible a été signalée au Chili,² au Danemark,⁴ en Guyane² et en Suisse.⁴ Aucune activité grippale n'a été signalée au Japon⁴ et en Slovaquie.⁴ ■

² Voir N° 46, 2003, p. 404.

³ Voir N° 21, 2003, p. 188.

⁴ Voir N° 48, 2003, p. 416.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 28 November to 4 December 2003 / Notifications de maladies reçues du 28 novembre au 4 décembre 2003

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique			
Liberia / Libéria	10-23.11	Mali	10-30.11
.....	1883 1	456 23

WWW access • <http://www.who.int/wer>

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

Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int / wer@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

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

Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int / wer@who.int