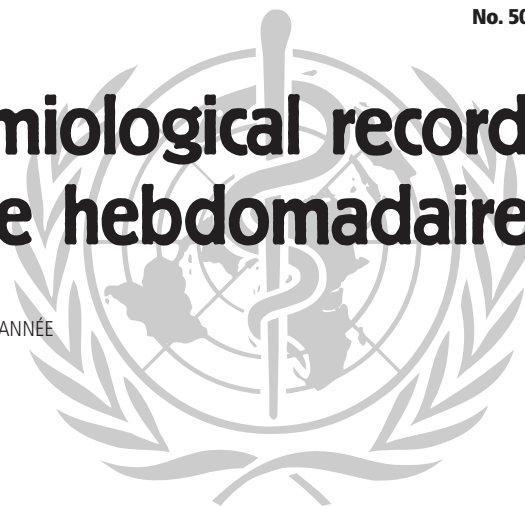


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

12 DECEMBER 2003, 78th YEAR / 12 DÉCEMBRE 2003, 78^e ANNÉE

No. 50, 2003, 78, 425–432

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

Contents

- 425 "RabNet" version 2 and the new WHO rabies web site are now online
- 426 Global situation of the HIV/AIDS pandemic, end 2003
- 430 Influenza
- 432 WHO web sites on infectious diseases
- 432 International Health Regulations

Sommaire

- 425 «Rabnet» version 2 et le nouveau site web OMS sur la rage sont maintenant en ligne
- 426 Situation mondiale de la pandémie de VIH/SIDA, fin 2003
- 430 Grippe
- 432 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses
- 432 Règlement sanitaire international

"RabNet" version 2 and the new WHO rabies web site are now online

Since 1959, WHO has collected data on human and animal rabies from its Member States, using a questionnaire to produce the World Rabies Survey (WRS) annually or biennially. In the late 1990s, a web-based electronic version of the questionnaire, accessible through RabNet, was added to the paper questionnaire sent by mail. During the past two years, rabies data collection and processing online have improved. WHO is therefore pleased to announce the release of "RabNet2" at <http://www.who.int/rabnet>.

RabNet2 retains the same concept as the former version but uses a new electronic platform, the WHO Global Atlas of Infectious Diseases. Through the Global Atlas, RabNet2 provides new features, including the possibility of creating interactive global or country rabies maps. Soon, it will be possible to generate rabies maps at district and even community level. RabNet2 also has a library of ready-made maps and rabies-related documents and provides details on the WHO network of collaborating centres on rabies.

Using RabNet2, rabies data can be linked to a broad range of country-specific indicators (population, education, health services) to provide a more comprehensive picture of the rabies situation in various geographical areas; country data can be accessed for consultation; data can be punched in online from remote. Once validated, data are automatically transferred to RabNet2 for immediate access and processing. The main rabies indicators were reviewed and the number of questions was reduced. Only designated medical and veterinary officers will have access to the online questionnaire using a

«Rabnet» version 2 et le nouveau site web OMS sur la rage sont maintenant en ligne

Depuis 1959, l'OMS collecte auprès de ses Etats Membres des données concernant la rage humaine et la rage animale au moyen d'un questionnaire permettant de réaliser l'Enquête mondiale sur la rage de façon annuelle ou biennale. A la fin des années 90, une version électronique du questionnaire a été rendue accessible via Rabnet, et ce en plus de la version papier envoyée par courrier. Au cours des deux dernières années, la collecte de données sur la rage et leur traitement en ligne se sont améliorés. L'OMS est donc heureuse d'annoncer la création de Rabnet2 sur <http://www.who.int/rabnet>.

Rabnet2 a conservé le même concept que la version précédente mais utilise désormais une nouvelle plate-forme électronique, l'Atlas mondial OMS des maladies infectieuses. Grâce à l'Atlas mondial, Rabnet offre de nouvelles possibilités, y compris celle de créer des cartes mondiales ou régionales sur la rage. Il sera bientôt possible de produire des cartes interactives sur la rage au niveau du district et même au niveau local. Rabnet possède une bibliothèque de cartes toutes faites et de documents concernant la rage et donne des informations sur les centres collaborateurs pour la lutte contre la rage faisant partie du réseau OMS.

Par le biais de Rabnet2, les données sur la rage peuvent être mises en relation avec un large éventail d'indicateurs spécifiques à chaque pays (population, éducation, services sanitaires) afin d'offrir une vue d'ensemble quant à la situation de la rage dans des zones géographiques variées; on peut accéder aux données sur le pays et les consulter; des informations peuvent être entrées en ligne et à distance. Une fois validées, ces données sont automatiquement transférées vers Rabnet2 afin d'être rendues accessibles et traitées immédiatement. Les principaux indicateurs sur la rage ont été révisés et le nombre de questions a diminué. Seuls des officiers médicaux et

**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

password supplied by WHO. For further information, please contact RabNet2@who.int.

A new WHO rabies web site (<http://www.who.int/rabies>) was launched at the beginning of December 2003. It covers all general information on this neglected disease and details WHO strategies for reducing the number of cases and preventing human rabies. A large part of the web site is dedicated to human rabies, with information on symptoms and pre- and post-exposure treatment; another section, on animal rabies, covers control of wildlife and dog rabies, including oral immunization; last section covers human and animal vaccine types and requirements. A resource page provides access to all relevant WHO publications on rabies, to essential maps and to RabNet2. A generic e-mail address for all questions has been established: rabies@who.int ■

vétérinaires ayant été désignés auront accès au questionnaire en ligne grâce à un mot de passe fourni par l'OMS. Pour de plus amples informations, merci de contacter rabnet@who.int.

Un nouveau site web OMS sur la rage (<http://www.who.int/rabies>) a été mis en ligne début décembre 2003. Il propose toute l'information générale traitant de cette maladie négligée et détaille les stratégies OMS visant à réduire le nombre de cas et à prévenir la rage humaine. Une grande partie de ce site est dédiée à la rage humaine, avec des informations sur les symptômes et les traitements avant et après exposition ; une autre section, sur la rage animale, traite des politiques de lutte contre la rage de la faune sauvage et la rage canine, y compris la vaccination orale; enfin, une dernière section traite des types de et des normes relatives aux vaccins antirabiques à usage médical et vétérinaire. Une page d'information propose un accès à toutes les publications OMS pertinentes sur la rage, aux cartes d'importance et à Rabnet2. Une adresse email générique à laquelle on peut adresser toutes sortes de questions a été créée: rabies@who.int. ■

Global situation of the HIV/AIDS pandemic, end 2003

Part II: Estimating ARV global treatment needs (2003–2005)

UNAIDS/WHO has estimated that, at the end of 2003, 40 million people are infected with HIV/AIDS globally. An estimated 3 million people, including 250 000 children, have died of HIV/AIDS during 2003,¹ with nearly three-quarters of all deaths occurring in sub-Saharan Africa. While increased access to and use of combination antiretroviral therapy (ART) has resulted in a dramatic decrease in HIV-associated mortality and morbidity in industrialized countries, the burden of AIDS has continued to increase in resource-poor settings. Several middle-income countries in Latin America, most notably Brazil, have been providing ART on a large scale and have demonstrated a positive impact of treatment on survival and morbidity (including tuberculosis).

HIV infection remains latent for years but gradually breaks down the immune system. The CD4+ T-lymphocyte cell count is used as a marker of progression: low cells counts are closely correlated with disease and the risk of death. In most industrialized countries, HIV clinicians use CD4+ cell count (with 200 cells/mm³ often being the cut-off) and HIV viral load as the primary criteria for initiation and management of treatment. At present, however, these tests are not readily available in resource-poor countries, and WHO therefore also recommends initiating ART on the basis of clinical and simplified immunological criteria (e.g. WHO clinical stage IV regardless of CD4+ count, or stage II and III with total lymphocyte counts below 1200/mm³).² These criteria correlate fairly well with the advanced stages of HIV infection, when CD4+ cell counts are of the order of 200/mm³ or less.

Estimating treatment needs

Clinical criteria cannot be used to determine the current and future needs for ART in resource-poor countries. A few studies indicate that people with a CD4+ cell count of 200/

Situation mondiale de la pandémie de VIH/SIDA, fin 2003

Deuxième partie: estimation des besoins mondiaux concernant le traitement anti-rétroviral (2003-2005)

D'après les estimations de l'ONUSIDA/OMS, 40 millions de personnes à travers le monde sont infectées par le VIH/SIDA en cette fin d'année 2003. Environ 3 millions, dont 250 000 enfants, sont morts du VIH/SIDA en 2003,¹ et près des trois quarts des décès sont survenus en Afrique subsaharienne. Même si le développement de l'accès et de l'utilisation du traitement associé par les antirétroviraux a permis de faire chuter de façon spectaculaire la mortalité et la morbidité associées au VIH dans les pays industrialisés, la charge que fait peser le SIDA a continué à s'alourdir dans les régions du monde où les ressources manquent. Plusieurs pays d'Amérique latine à revenu intermédiaire, et plus particulièrement le Brésil, assurent des traitements antirétroviraux à large échelle et ont montré qu'ils exerçaient un effet positif sur la survie et la morbidité (y compris la tuberculose).

L'infection à VIH reste latente pendant des années, mais elle affaiblit progressivement le système immunitaire. Le taux de lymphocytes T CD4+ sert de marqueur de la progression de l'infection: des taux peu élevés sont étroitement liés à la maladie et au risque de décès. Dans la plupart des pays industrialisés, les spécialistes cliniques de l'infection à VIH utilisent les taux de lymphocytes CD4 (ils prennent souvent comme seuil 200 lymphocytes/mm³) et la charge virale VIH comme tout premiers critères pour la mise en route et la prise en charge du traitement. Mais, à l'heure actuelle, ces tests ne sont pas toujours disponibles dans les pays démunis, et c'est pourquoi l'OMS recommande également de commencer le traitement antirétroviral sur la base de critères cliniques et de critères immunologiques simplifiés (par exemple stade clinique IV de l'OMS indépendamment du taux de CD4+ ou stade II et III avec des taux de lymphocytes inférieurs à 1200/mm³).² Ces critères correspondent assez bien aux stades avancés de l'infection à VIH, lorsque les taux de CD4+ sont de l'ordre de 200/mm³ ou moins.

Estimation des besoins concernant le traitement

On ne saurait utiliser les critères cliniques pour déterminer les besoins actuels et futurs concernant les traitements antirétroviraux dans les pays démunis. Quelques études montrent que les sujets

¹ See No. 49, 2003, pp. 417–423.

² "Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: guidelines for a public health approach". Geneva, World Health Organization, 2002.

¹ Voir N° 49, 2003, pp. 417-423.

² *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: guidelines for a public health approach*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

mm³ have, on average, about 2 years to live, in which case the sum of projected deaths in 2003 and 2004 will provide an estimate of the treatment needs for 2003. This approach applies to calculations for adults, but an adjustment would be needed for children, who often progress to death more rapidly than adults. In addition, the treatment needs for 2003 are determined by the carry-over from the preceding years – the number of people already on treatment minus the number who die while under treatment because of treatment failure or non-adherence. Currently, a survival rate of 80% is used in the models, but this proportion is likely to be increased if ART programmes in resource-poor settings become better established.

The UNAIDS Reference Group on Estimates and Projections has developed methods for estimating the number of deaths due to HIV/AIDS, including short-term projections for the numbers of adult and children deaths. The projected numbers obtained from these models were used to estimate the number of people who need ART.

In 2003, the estimated number of people needing ART is approximately 6 million; *Fig. 1* shows the estimates by WHO region. The numbers should be interpreted cautiously and the uncertainty range is large (4–8 million). The greatest uncertainty concerns the size and course of the epidemic: the global estimate for 2003 put the number of people infected at 34–46 million.

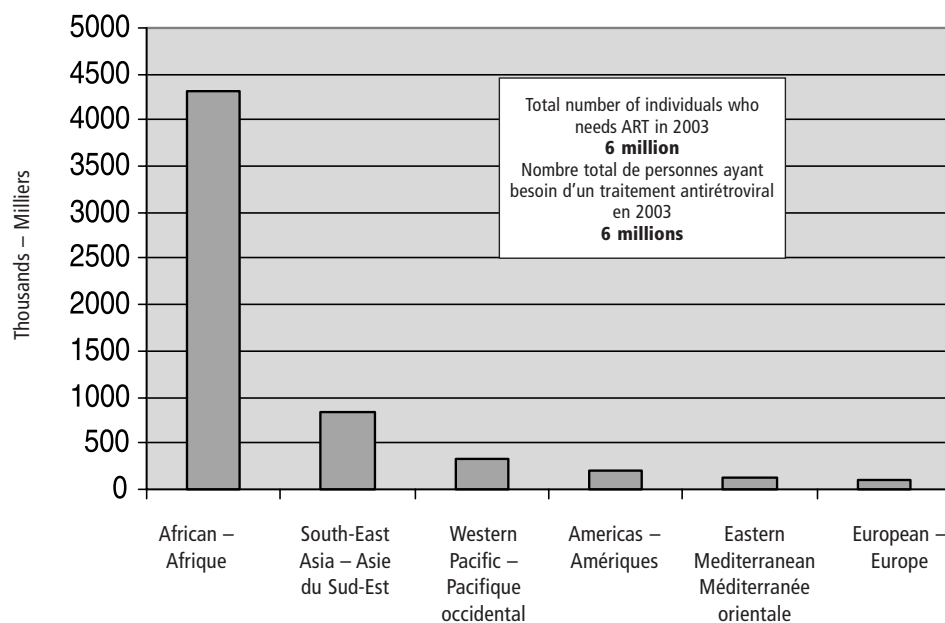
ayant un taux de CD4+ de 200/mm³ ont en moyenne deux années à vivre, auquel cas la somme des décès prévus en 2003 et 2004 donnera une estimation des besoins en matière de traitement pour 2003. Cette méthode s'applique aux adultes, mais il faudrait procéder à un ajustement pour les enfants, dont l'état s'aggrave souvent plus vite avec une issue mortelle. De plus, les besoins de traitement pour 2003 sont déterminés par le report des années précédentes – c'est-à-dire le nombre de sujets déjà en traitement moins le nombre de sujets qui meurent pendant le traitement à cause d'un échec thérapeutique ou d'une non-observance du traitement. A l'heure actuelle, on se sert dans les modèles d'un taux de survie de 80%, mais cette proportion risque de s'accroître si les programmes de traitement antirétroviral s'implantent mieux dans les régions démunies.

Le groupe de référence de l'ONUSIDA pour les estimations et les projections a mis au point des méthodes pour évaluer le nombre des décès dus au VIH/SIDA, y compris des projections à court terme du nombre de décès parmi les adultes et les enfants. Les chiffres obtenus par projection à partir de ces modèles ont servi à évaluer le nombre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral.

En 2003, on estimait à quelque 6 millions le nombre de personnes ayant besoin de traitement; la *Figure 1* présente les estimations par Région de l'OMS. Il faut interpréter les chiffres avec prudence et l'intervalle d'incertitude est important (4-8 millions). La principale incertitude porte sur l'ampleur et l'évolution de l'épidémie: l'estimation mondiale pour 2003 situe entre 34 et 46 millions le nombre de personnes infectées.

Fig. 1 Number of people living with HIV/AIDS who need ART in 2003, by WHO region

Fig. 1 Nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral en 2003, par Région de l'OMS



Estimating coverage

In 2003, about 400 000 people received ART, compared with 300 000 in 2002 (*Table 1*). It should be noted that these numbers are also estimates, with wide uncertainty ranges, because most countries do not yet have monitoring systems in place, particularly for the private sector. Coverage is lowest in the African region where the burden is highest; an estimated 100 000 people are on treatment (compared with 50 000 a year earlier), corresponding to a coverage of 2%.

Estimation de la couverture du traitement

En 2003, à peu près 400 000 personnes ont bénéficié d'un traitement antirétroviral, contre 300 000 en 2002 (*Tableau 1*). Il faut noter qu'il s'agit là aussi d'estimations, avec d'importants intervalles d'incertitude, parce que la plupart des pays n'ont pas encore mis en place de système de surveillance, particulièrement pour le secteur privé. C'est dans la Région africaine, où la charge de morbidité est la plus élevée, que la couverture est la plus faible; on estime à 100 000 le nombre de personnes sous traitement (contre 50 000 un an plus tôt), ce qui correspond à une couverture de 2%.

Table 1 Coverage of adults in developing countries with ART in 2003, by WHO region

Tableau 1 Couverture par le traitement antirétroviral parmi les adultes dans les pays en développement en 2003, par Région de l'OMS

WHO region – Région de l'OMS	Number of people using ART – Nbre de personnes sous traitement antirétroviral	Number of people needing ART – Nbre de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral	Coverage (%) – Couverture (%)
Africa – Afrique	100 000	4 400 000	2
Americas – Amériques	210 000	250 000	84
Europe (eastern Europe, central Asia) – Europe (Europe orientale, Asie centrale)	15 000	80 000	19
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	5 000	100 000	5
South-East Asia – Asie du Sud-Est	60 000	900 000	7
Western Pacific – Pacifique occidentale	10 000	170 000	6
All WHO regions – Toutes les Régions de l'OMS	400 000	5 900 000	7

Closing the gaps: WHO strategy to increase ART coverage

During the World Health Assembly in 2002, all Member countries supported the resolution to accelerate the scale-up of ARV (antiretroviral) provision in countries. On 22 September 2003, the Director-General of WHO declared the lack of access to ARVs to be a global health emergency. In response, WHO and its partners launched the 3 by 5 Initiative – 3 million people on ARV treatment by 2005. Given the proven feasibility of treating people living with HIV/AIDS in high- and middle-income countries, the global target of treating 3 million people with ARVs by the end of 2005 is a critical, achievable target on the way to the ultimate goal of universal access to ART for all who require it. Reaching the 3 by 5 target demands new commitment and a new way of working throughout the global health community.

Prevention will remain central to all HIV interventions. Universal access to ART for everyone who needs it, as judged by medical criteria, opens up ways of accelerating prevention in communities in which more people will know their HIV status – and, critically, will *want* to know their status. As HIV/AIDS becomes both preventable and treatable, attitudes will change, and denial, stigma and discrimination will rapidly be reduced. Rolling out effective HIV/AIDS treatment is the single activity that can most effectively energize and accelerate the uptake and impact of prevention. Under 3 by 5, this will be part of a comprehensive strategy linking treatment, prevention, care and full social support for people affected by HIV/AIDS. Such support is vital, both to ensure adherence to ART and to reinforce prevention.

The fight against HIV/AIDS has implications for the entire health sector. The impact of HIV/AIDS both directly and indirectly undermines the performance of national health systems. Effectively countering this impact requires both a core response from within health systems and a broader societal response.

WHO has established the following guiding principles for implementing the 3 by 5 Initiative:

Comblent les écarts: la stratégie de l'OMS pour développer la couverture du traitement antirétroviral

Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé qui s'est tenue en 2002, les pays Membres ont tous exprimé leur appui à la résolution tendant à accélérer le développement du traitement par les antirétroviraux dans les pays. Le 22 septembre 2003, le Directeur général de l'OMS a déclaré que les difficultés d'accès aux antirétroviraux créaient une urgence sanitaire mondiale. Face à ce problème, l'OMS et ses partenaires ont lancé l'initiative «3 millions d'ici 2005», dont l'objectif est de mettre 3 millions de patients sous traitement antirétroviral d'ici 2005. Puisqu'il s'est avéré possible de traiter les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays à revenu élevé et intermédiaire, administrer des antirétroviraux à 3 millions de personnes dans le monde d'ici 2005 est une cible vitale réalisable qui permettra de progresser vers le but ultime – à savoir l'accès universel à un traitement antirétroviral pour tous ceux qui en ont besoin. Pour atteindre cet objectif des 3 millions d'ici 2005, un nouvel engagement s'impose, de même que la communauté sanitaire mondiale doit trouver de nouvelles modalités d'action.

La prévention restera au cœur de toutes les interventions contre le VIH. L'accès universel à un traitement antirétroviral pour tous ceux qui en ont besoin, tel que déterminé par des critères médicaux, ouvre la perspective d'une intensification de la prévention dans des communautés où les gens seront plus nombreux à connaître leur statut sérologique et où, chose essentielle, ils *voudront* le connaître. Au fur et à mesure que le VIH/SIDA pourra être évité et soigné, les mentalités vont changer et l'on verra s'atténuer les réactions de déni, de rejet et de discrimination. Assurer un traitement efficace contre le VIH/SIDA est la seule activité qui peut dynamiser et accélérer vraiment le développement de la prévention et son impact. Dans le cadre de l'initiative «3 millions d'ici 2005», cette action s'inscrit dans une stratégie globale reliant le traitement, la prévention, les soins et l'appui social aux personnes touchées par le VIH/SIDA. Cet appui est capital pour garantir l'observance du traitement antirétroviral et pour renforcer la prévention.

La lutte contre le VIH/SIDA a des répercussions sur l'ensemble du secteur de la santé, car le VIH/SIDA sape, directement ou non, le travail accompli par le système national de santé. C'est pourquoi il faut à la fois une riposte de base du système de santé et une riposte plus large de la société.

L'OMS a fixé les principes directeurs suivants pour la mise en œuvre de l'initiative 3 millions d'ici 2005:

- **Urgency.** Immediate action is required to avert millions of needless deaths. The HIV/AIDS treatment emergency demands new resources, swift redeployment of resources, streamlining of institutional procedures and a new spirit of goal-focused teamwork.
- **The centrality of people living with HIV/AIDS.** The Initiative clearly places the needs and involvement of people living with HIV/AIDS at the centre of all of its programming.
- **Lifelong care.** Once started, ART is for life. The world community has a responsibility to ensure uninterrupted medicine supply once ART has been started.
- **Country ownership.** Country ownership of the programme and its activities is essential. The Initiative will strive to avoid duplicating existing country-level coordination mechanisms and to build a sustained response.
- **Treatment and human rights.** The Initiative will advance the United Nations goals of promoting human rights as codified in the Universal Declaration of Human Rights, as expressed in the WHO Constitution in seeking the attainment of the highest possible standards of health, and as clarified in the Declaration of Commitment of the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS in 2001. Under 3 by 5, special attention will be given to protecting and serving vulnerable groups in prevention and treatment programmes.
- **Partnership and plurality.** The Initiative and its activities are centred on developing and strengthening partnerships and networks that maximize the contribution of all stakeholders in a given country.
- **Complementarity.** The Initiative will strive to ensure complementarity by integrating planning and funding with existing programmes and activities.
- **Learning, innovation and sharing.** Capturing and disseminating lessons across countries and regions in a rapid manner is essential to effectively and rapidly scaling up.
- **Ethical standards.** The Initiative will identify options for an ethical approach to meeting 3 by 5 targets.
- **Equity.** The Initiative will make special efforts to ensure access to ART for people who risk exclusion because of economic, social, geographical or other barriers.
- **Accountability.** The Initiative will support the development of national accountability among policy-makers, providers, people receiving therapy and all stakeholders.

Based on these guiding principles, WHO has developed a strategic framework, launched by the Director-General on 1 December 2003, to close the gap between needs and coverage in the different regions. Treating 3 million people by the end of 2005 will require concerted, sustained action by WHO and many partners. Scaling up ART delivery in developing countries is a multidimensional challenge. Although such challenges are daunting, they can be met. However, estimates of

- **Urgence.** Il faut agir dès à présent pour empêcher des millions de décès évitables. Face à l'urgente nécessité d'assurer un traitement contre le VIH/SIDA, il faut de nouvelles ressources qui devront être redéployées rapidement, une rationalisation des filières institutionnelles et un nouvel esprit d'équipe orienté vers le but à atteindre.
- **Polarisation sur les personnes vivant avec le VIH/SIDA.** L'initiative inscrit très clairement les besoins et la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA au cœur de toutes ses activités.
- **Un traitement tout au long de la vie.** Une fois que l'on est sous traitement antirétroviral, c'est pour toute la vie. La communauté mondiale a pour responsabilité de veiller à ce que l'approvisionnement en médicaments ne soit jamais interrompu une fois un traitement antirétroviral commencé.
- **Appropriation par les pays.** Il est indispensable que les pays s'approprient le programme et ses activités. L'initiative s'efforcera d'éviter les doubles emplois au niveau des mécanismes de coordination dans les pays et elle veillera à mettre en place une riposte durable.
- **Traitement et droits fondamentaux.** L'initiative permettra d'avancer en vue de la réalisation des objectifs de l'Organisation des Nations Unies – promouvoir les droits fondamentaux tels qu'ils sont inscrits dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, tels qu'ils sont exprimés dans la Constitution de l'OMS (la possession du meilleur état de santé susceptible d'être atteint) et tels qu'ils sont précisés dans la Déclaration d'engagement adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies lors de sa session extraordinaire sur le VIH/SIDA en 2001. Dans le cadre de l'initiative «3 millions d'ici 2005», on s'attachera tout particulièrement à protéger les groupes vulnérables et à les faire bénéficier de programmes de prévention et de traitement.
- **Partenariat et pluralité.** L'initiative et ses activités sont centrées sur la création et le renforcement de partenariats et de réseaux susceptibles de développer le plus possible la contribution de toutes les parties prenantes dans chaque pays.
- **Complémentarité.** L'initiative cherchera à assurer la complémentarité en intégrant les plans et les financements dans les activités et programmes en cours.
- **Apprentissage, innovation et partage.** Il sera indispensable de rassembler et de diffuser rapidement dans les pays et les régions les données d'expérience pour pouvoir renforcer les activités le plus vite possible.
- **Normes éthiques.** L'initiative dégagera les possibilités d'agir dans un cadre éthique pour parvenir à l'objectif – assurer un traitement à 3 millions de personnes d'ici 2005.
- **Équité.** L'initiative s'efforcera tout particulièrement de faire bénéficier d'un traitement antirétroviral les personnes qui risquent de se retrouver parmi les exclus pour des raisons d'ordre économique, social, géographique ou autre.
- **Obligations de rendre compte.** L'initiative veillera à ce que les décideurs, les soignants, les patients sous traitement et toutes les parties prenantes soient soumis à l'obligation de rendre compte au niveau national.

A partir de ces principes directeurs, l'OMS a élaboré un cadre stratégique, officiellement présenté par le Directeur général le 1^{er} décembre 2003, afin de combler le fossé entre les besoins et la couverture du traitement dans les différentes régions. Pour traiter 3 millions de personnes d'ici la fin 2005, il faudra que l'OMS s'associe à de nombreux partenaires pour mener durablement une action concertée. Elargir l'accès au traitement antirétroviral dans les pays en développement est un défi qui comporte plusieurs dimensions.

treatment needs show that 3 by 5 is an intermediate goal only, corresponding to about 50% coverage, on the road to the ultimate goal of universal access to ART. ■

C'est certainement un défi redoutable, mais il peut être relevé. Les estimations relatives aux besoins de traitement montrent toutefois que traiter 3 millions de personnes d'ici 2005 ne peut être qu'un objectif intermédiaire puisqu'il correspond à une couverture d'environ 50 % sur la voie qui conduira à l'accès universel au traitement antirétroviral. ■

Influenza

Summary (8 December 2003)

Significant increases in influenza activity associated with influenza A(H3N2) viruses continue in some countries in Europe (Finland, France and Norway) and North America (United States); in other European countries (Portugal and Spain), widespread influenza A(H3N2) activity persists. In some parts of Canada and United Kingdom (UK), where influenza activity was first noted this season, the number of cases has started to decline, although it is too early to predict the trend.

A rising trend has also been observed in a number of European countries (Czech Republic, Denmark, Italy, Latvia Russian Federation and Switzerland), although influenza activity remains low at present.

Influenza B viruses are most frequently reported from Asia (Hong Kong Special Administrative Region of China, Republic of Korea and Thailand); sporadic cases have been detected in Europe and North America. With the exception of an outbreak in Iceland between weeks 41 and 46, very few influenza A(H1) cases have been reported worldwide.

This season, most influenza outbreaks are being attributed to influenza A(H3N2) virus and most viruses antigenically characterized so far have been confirmed to be A/Fujian/411/2002-like, with the rest being A/Panama/2007/99-like.

For more information, please consult WHO web site at:

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

Austria (29 November 2003).¹ Influenza A virus was first detected in week 48.

Canada (29 November 2003).² During week 48, influenza activity declined in Alberta and Saskatchewan but increased in other parts of Canada, particularly British Columbia, Ontario and Nunavut. Influenza-like illness (ILI) consultation rate was 42 cases per 1000 consultations, which is above the national baseline level for week 48. During the same week, 18% of 2567 laboratory tests were positive for influenza A and no influenza B virus was detected. Of the 155 influenza viruses antigenically characterized by the National Microbiology Laboratory to date, 128 (83%) are A/Fujian/411/2002-like, 25 (16%) are A/Panama/2007/99-like and one is an A/New Caledonia/20/99-like virus.

Denmark (29 November 2003).³ ILI activity started to increase in week 47. In week 48, the ILI consultation rate was

Grippe

Résumé (8 décembre 2003)

On a continué à observer une hausse importante de l'activité grippale associée aux virus grippaux A(H3N2) dans certains pays d'Europe (Finlande, France et Norvège) et d'Amérique du Nord (Etats-Unis) alors qu'une activité grippale généralisée de grippe A(H3N2) persistait dans d'autres pays européens (Espagne et Portugal). Dans certains endroits du Canada et du Royaume-Uni, où une activité grippale a été relevée pour la première fois de la saison, le nombre de cas semble en baisse, bien qu'il soit trop tôt pour pouvoir prédire la tendance.

On a observé une tendance à la hausse dans certains pays d'Europe (Danemark, Fédération de Russie, Italie, Lettonie, République Tchèque et Suisse), avec une activité grippale faible pour le moment.

Les virus grippaux B sont le plus fréquemment signalés par l'Asie (Thaïlande, Hong Kong Région administrative spéciale de la Chine et République de Corée); des cas sporadiques ont également été dépistés en Europe et en Amérique du Nord. A l'exception d'une flambée en Islande entre les semaines 41 et 46, un tout petit nombre de cas de grippe A (H1) a été signalé dans le monde.

Cette saison, la majorité des flambées de grippe 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.

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

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

Autriche (29 novembre 2003).¹ Un virus grippal de type A a été dépisté pour la première fois au cours de la semaine 48.

Canada (29 novembre 2003).² Au cours de la semaine 47, on a signalé une activité grippale en baisse à Alberta et dans la Saskatchewan mais en hausse dans d'autres endroits du Canada, notamment en Colombie Britannique, en Ontario et au Nunavut. Le taux de consultations pour syndromes grippaux a été de 42 cas pour 1000 consultations, ce qui est au-dessus du niveau de base national pour la semaine 48. Au cours de cette même semaine, sur les 2567 tests en laboratoire effectués, 18% des spécimens ont été testés positifs à la grippe A et aucun virus B n'a été dépisté. Sur les 155 virus grippaux caractérisés à ce jour par le Laboratoire national de microbiologie, 128 (83%) étaient des virus analogues à A/Fujian/411/2002, 25 (16%) étaient analogues à A/Panama/2007/99 et un seul à A/New Caledonia/20/99A.

Danemark (29 novembre 2003). L'activité des syndromes grippaux a augmenté au cours de la semaine 47. Pendant la semaine 48, le

¹ See No. 48, 2003, p. 416.

² See No. 49, 2003, p. 423.

³ See No. 49, 2003, p. 424.

¹ Voir N° 48, 2003, p. 416.

² Voir N° 49, 2003, p. 423.

³ Voir N° 49, 2003, p. 424.

above the national baseline, with one influenza A/Fujian/411/2002-like virus detected.

Finland (6 December 2003).⁴ Increased influenza activity has been observed since week 47. During week 49, influenza activity was widespread, with 30 influenza A viruses detected.

France (29 November 2003).² Increased influenza activity has been observed. In week 48, regional activity of influenza A/Fujian/411/2002-like viruses was reported in 13 regions.

Morocco (22 November 2003).⁵ So far this season, influenza activity has remained low, with one influenza A(H1N1) and one A(H3N2) virus detected.

Norway (29 November 2003).³ Influenza activity continued to increase. In week 48, widespread activity of influenza A(H3N2) was reported throughout the country. All of the 21 A(H3N2) viruses antigenically characterized so far are A/Fujian/411/2002-like.

Portugal (29 November 2003).⁴ In week 48, influenza A(H3N2) activity was reported as widespread for the third consecutive week. All influenza viruses antigenically characterized so far this season are A/Fujian/411/2002-like.

Republic of Korea (29 November 2003).⁶ The first influenza viruses for the season – two influenza B viruses – were detected in week 48.

Russian Federation (29 November 2002).¹ The ILI incidence rate continued to rise in week 48 and exceeded the epidemic threshold in Moscow and St Petersburg. All three influenza virus subtypes – A(H1N1), A(H3N2) and B – were detected. During the same week, five influenza A(H3N2) viruses were antigenically characterized and confirmed as A/Panama/2007/99-like.

Spain (29 November 2003).³ Influenza activity continued to be widespread during week 48. However, ILI incidence rate diminished in the Castilla y León autonomic community.

Switzerland (29 November 2003).³ Increased influenza activity was observed in week 48, particularly in the western part of the country where 9 influenza A viruses were detected.

United Kingdom (29 November 2003).³ Influenza activity appears to have levelled off but the trend remains unclear. In week 48, ILI consultation rate remained almost the same as in week 47 in England, continued to decrease in Northern Ireland and Scotland, and kept rising in Wales (although it remained below the baseline level). During week 48, 44 influenza A(H3) viruses and one B virus were detected. Of the viruses antigenically characterized so far, 35 have been confirmed as A/Fujian/411/2002-like and 3 as A/Panama/2007/99-like.

United States (29 November 2003).³ Influenza activity continued to increase during week 48. Overall ILI consultation rate was 5.1%, which is above the national baseline of 2.5%.

taux de consultations pour syndromes grippaux a dépassé le niveau de base national, avec le dépistage d'un virus grippal semblable à 34 A/Fujian/411/2002.

Finlande (6 décembre 2003).⁴ On a observé une activité grippale en hausse depuis la semaine 47. Au cours de la semaine 49, on a signalé une activité grippale généralisée, avec le dépistage de 30 virus grippaux A.

France (29 novembre 2003).² On a observé une activité grippale en hausse. Au cours de la semaine 48, on a signalé une activité grippale régionale causée par des virus analogues à A/Fujian/411/2002 dans 13 régions.

Maroc (22 novembre 2003).⁵ Jusqu'à présent cette saison, l'activité grippale est restée faible, avec le dépistage d'un virus A(H1N1) et d'un virus A(H3N2).

Norvège (29 novembre 2003).³ L'activité grippale a continué de progresser. Au cours de la semaine 48, on a signalé une activité grippale de type A(H3N2) à travers tout le pays. Sur les 21 virus grippaux A(H3N2) caractérisés à ce jour, tous étaient analogues à A/Fujian/411/2002.

Portugal (29 novembre 2003).⁴ Au cours de la semaine 48, on a signalé une activité grippale généralisée de type A(H3N2) et ce pour la troisième semaine consécutive. Tous les virus grippaux caractérisés à ce jour sont analogues à A/Fujian/411/2002.

République de Corée (29 novembre 2003).⁶ Les premiers virus grippaux de la saison – deux virus de type B – ont été dépistés au cours de la semaine 48.

Fédération de Russie (29 novembre 2002).¹ Le taux d'incidence pour syndromes grippaux a continué à augmenter pendant la semaine 48, dépassant le seuil épidémique à Moscou et à Saint-Petersbourg. Les trois sous-types de virus grippaux – A(H1N1), A(H3N2) et B – ont été dépistés. Au cours de cette même semaine, cinq virus grippaux A(H3N2) ont été antigéniquement caractérisés et confirmés comme étant analogues à A/Panama/2007/99.

Espagne (29 novembre 2003).³ L'activité grippale a continué à être généralisée au cours de la semaine 48. Le taux d'incidence pour syndromes grippaux a cependant diminué dans la communauté autonome de Castille y León.

Suisse (29 novembre 2003).³ On a observé une hausse de l'activité grippale au cours de la semaine 48, notamment dans l'ouest du pays, avec le dépistage de 9 virus grippaux A.

Royaume-Uni (29 novembre 2003).³ Il semblerait que l'activité grippale se soit stabilisée mais la tendance n'est pas encore claire. Au cours de la semaine 48, le taux de consultations pour syndromes grippaux en Angleterre est resté presque le même que pendant la semaine 47, il a continué à baisser en Ecosse et en Irlande du Nord et à progresser au Pays de Galles, bien que toujours au-dessous du niveau de base. Au cours de la semaine 48, 44 virus grippaux A(H3) et un virus B ont été dépistés. A ce jour, parmi les virus ayant été antigéniquement caractérisés, 35 ont été confirmés comme analogues à A/Fujian/411/2002 et 3 à A/Panama/2007/99.

Etats-Unis (29 novembre 2003).³ L'activité grippale a continué à augmenter au cours de la semaine 48. Le taux de consultations pour syndromes grippaux était de 5,1%, ce qui est au-dessus du niveau de

⁴ See No. 48, 2003, p. 415.

⁵ See No. 28, 2003, p. 251.

⁶ See No. 50, 2002, p. 432.

⁴ Voir N° 48, 2003, p. 415.

⁵ Voir N° 28, 2003, p. 251.

⁶ Voir N° 50, 2002, p. 432.

Widespread influenza activity in 13 states and regional activity was reported in 16 states during week 48; 39.1% of the specimens tested were positive for influenza, with 1302 influenza A viruses and 7 B viruses identified. Since week 40, the Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta have antigenically characterized 157 influenza A(H3N2) viruses, of which 45 (29%) are A/Panama/2007/99-like and 112 (71%) are A/Fujian/411/2002-like.

Other reports. Low influenza activity was reported in Czech Republic,¹ Germany,¹ Hong Kong SAR,¹ Italy,³ Thailand¹ and Ukraine.¹ No influenza activity was reported in Croatia,⁷ Iceland,⁴ Japan,³ or Poland.¹ ■

base de 2,5. Au cours de la semaine 48, on a signalé une activité grippale généralisée dans 13 états et une activité régionale dans 16 autres; 39,1% des spécimens ont été testés positifs à la grippe et on a identifié 1032 virus grippaux A et 7 virus grippaux B. Depuis la semaine 40, les *Centers for Disease Control and Prevention* à Atlanta ont antigéniquement caractérisés 157 virus grippaux A(H3N2), parmi lesquels 45 (29%) étaient analogues à A/Panama/2007/99 et 112 (71%) à A/Fujian/411/2002.

Autres rapports. Une activité grippale faible a été signalée en Allemagne,¹ Hong Kong RAS,¹ Italie,³ en République tchèque,¹ en Thaïlande¹ et en Ukraine.¹ Aucune activité grippale n'a été signalée en Croatie,⁷ en Islande,⁴ au Japon,³ ou en Pologne.¹ ■

⁷ See No. 21, 2003, p. 187.

⁷ Voir N° 21, 2003, p. 187.

WHO web sites on infectious diseases (as at 12 December 2003) – Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses (au 12 décembre 2003)

Antimicrobial resistance information bank	http://oms2.b3e.jussieu.fr/arinfobank/	Banque de données sur la pharmacorésistance
Buruli ulcer	http://www.who.int/gtb-buruli	Ulcère de Buruli
Cholera	http://www.who.int/csr/disease/cholera	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/csr/delibepidemics/	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Dengue (DengueNet)	http://oms2.b3e.jussieu.fr/DengueNet	Dengue (DengueNet)
Eradication/elimination programmes	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Programmes d'éradication/élimination
Filariasis	http://www.filaria.org	Filariose
Geographical information systems (GIS)	http://www.who.int/csr/mapping/	Systèmes d'information géographique
Global atlas of infectious diseases	http://globalatlas.who.int	Atlas mondial des maladies infectieuses
Health topics	http://www.who.int	La santé de A à Z
Infectious diseases	http://www.who.int/health-topics/idindex.htm	Maladies infectieuses
Influenza network (FluNet)	http://oms.b3e.jussieu.fr/flunet/	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illnesses	http://www.who.int/chd/	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
International travel and health	http://www.who.int/ith/	Voyages internationaux et santé
Intestinal parasites	http://www.who.int/wormcontrol/	Parasites intestinaux
Leprosy	http://www.who.int/lep/	Lèpre
Malaria	http://www.rbm.who.int	Paludisme
Newsletter (<i>Action against infection</i>)	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Bulletin (<i>Agir contre les infections</i>)
Outbreaks	http://www.who.int/csr/don	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	http://www.who.int/gpv/	Poliomyélite
Rabies network (RABNET2)	http://www.who.int/rabies	Réseau rage (RABNET2)
<i>Report on infectious diseases</i>	http://www.who.int/infectious-disease-report/	<i>Rapport sur les maladies infectieuses</i>
Salmonella surveillance network	http://www.who.int/salmsurv	Réseau de surveillance de la salmonellose
Smallpox	http://www.who.int/csr/disease/smallpox/	Variole
Surveillance and response	http://www.who.int/csr/	Surveillance et action
Tropical disease research	http://www.who.int/tdr/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	http://www.who.int/gtb/and/et	Tuberculose
Vaccines	http://www.who.int/gpv/	Vaccins
<i>Weekly epidemiological record</i>	http://www.who.int/wer/	<i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i>
WHO Office in Lyon	http://www.who.int/csr/labepidemiology	Bureau de l'OMS à Lyon
WHO pesticide evaluation scheme (WHOPES)	http://www.who.int/ctd/whopes/	Schéma OMS d'évaluation des pesti. (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre, Tunis	http://wmc.who.int	Centre méditerranéen de l'OMS, Tunis

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 5 to 11 December 2003 / Notifications de maladies reçues du 5 au 11 décembre 2003

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique		Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo		Zimbabwe	
Benin / Bénin	10-23.XI				20.X-20.XI
.....	67 5		3-16.XI	403 27
		218 2		
Comoros / Comores	20.X-16.XI				
.....	25 0				

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