

# Weekly epidemiological record

## Relevé épidémiologique hebdomadaire

30 APRIL 2004, 79th YEAR / 30 AVRIL 2004, 79<sup>e</sup> ANNÉE

No. 18, 2004, 79, 173–180

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

### Contents

- 173 Review panel  
on *Haemophilus influenzae*  
type b (Hib) disease burden in  
Bangladesh, Indonesia and  
other Asian countries,  
Bangkok, 28–29 January 2004
- 175 Food safety in developing  
countries – building capacity

### Sommaire

- 173 Groupe d'étude de la charge  
de morbidité due à *Haemo-  
philus influenzae* type b (Hib)  
au Bangladesh, en Indonésie  
et dans d'autres pays d'Asie –  
Bangkok, 28 et 29 janvier  
2004
- 175 Sécurité sanitaire des aliments  
dans les pays en développe-  
ment – renforcement  
des capacités

### Review panel on *Haemophilus influenzae* type b (Hib) disease burden in Bangladesh, Indonesia and other Asian countries, Bangkok, 28–29 January 2004

On 28–29 January 2004, WHO convened a review panel on *Haemophilus influenzae* type b (Hib) disease burden in Bangladesh, Indonesia and other Asian countries. The panel of experts was tasked to review data from recent studies on Hib disease burden in several Asian countries, with particular emphasis on two vaccine-effectiveness assessments from Bangladesh and Indonesia.

Recent population-based studies in China, India, Republic of Korea, Thailand and Viet Nam, conducted in collaboration with international organizations and the respective national health authorities, all showed an incidence of laboratory-confirmed Hib meningitis of fewer than 10 cases per 100 000 children aged <5 years. These studies were based on the methods described in the "WHO generic protocol for population-based surveillance of *Haemophilus influenzae* type b".<sup>1</sup>

The study in India documented a proportion of meningitis cases who were admitted to hospital without lumbar puncture or who died without hospital admission, suggesting important factors that may lead to underestimation of meningitis incidence. In addition, rapid assessments based on the WHO protocol,<sup>2</sup> conducted in Bhutan, Maldives, Nepal and Thailand, found similarly low estimates of Hib disease incidence.

### Groupe d'étude de la charge de morbidité due à *Haemophilus influenzae* type b (Hib) au Bangladesh, en Indonésie et dans d'autres pays d'Asie – Bangkok, 28 et 29 janvier 2004

Les 28 et 29 janvier 2004, l'OMS a réuni un groupe d'experts pour étudier la charge de morbidité due à *Haemophilus influenzae* type b (Hib) au Bangladesh, en Indonésie et dans d'autres pays d'Asie. Le groupe était chargé d'examiner les données issues d'études faites dernièrement sur la charge des pathologies à Hib dans plusieurs pays d'Asie, et notamment deux évaluations de l'efficacité des vaccins au Bangladesh et en Indonésie.

D'après toutes les études en population faites récemment en Chine, en République de Corée, en Inde, en Thaïlande et au Viet Nam en collaboration avec des organisations internationales et les autorités sanitaires nationales, l'incidence de la méningite à Hib confirmée en laboratoire est inférieure à 10 cas pour 100 000 enfants de moins de 5 ans. Ces études ont été effectuées selon les méthodes exposées dans le «Protocole général de l'OMS pour la surveillance en population de *Haemophilus influenzae* type b».<sup>1</sup>

Il ressort de l'étude menée en Inde qu'une partie des cas de méningite ont été hospitalisés sans ponction lombaire ou sont décédés sans avoir été hospitalisés, ce qui incite à penser que des facteurs importants peuvent entraîner une sous-estimation de l'incidence de la méningite. En outre, les évaluations rapides faites au Bhoutan, aux Maldives, au Népal et en Thaïlande selon le protocole de l'OMS<sup>2</sup> indiquent elles aussi une faible incidence estimative des pathologies à Hib.

WORLD HEALTH  
ORGANIZATION  
Geneva

ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ  
Genève

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

5.500 4.2004  
ISSN 0049-8114  
Printed in Switzerland

<sup>1</sup> Document WHO/VRD/Gen/95.05 available at [http://www.who.int/vaccine\\_research/documents/en/hinfluenzaeb\\_surveillance.pdf](http://www.who.int/vaccine_research/documents/en/hinfluenzaeb_surveillance.pdf) or from the V&B Documentation Centre, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

<sup>2</sup> See document WHO/V&B/01.27, available from the V&B Documentation Centre.

<sup>1</sup> Document WHO/VRD/Gen/95.05 disponible en anglais seulement, pouvant être consulté sur [http://www.who.int/vaccine\\_research/documents/en/hinfluenzaeb\\_surveillance.pdf](http://www.who.int/vaccine_research/documents/en/hinfluenzaeb_surveillance.pdf) ou retiré auprès du Centre de documentation de V&B, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

<sup>2</sup> Voir document WHO/V&B/01.27 disponible auprès du Centre de documentation de V&B.

In Dhaka, Bangladesh, a case-control study was conducted to determine the impact of Hib vaccine on pneumonia and meningitis incidence. This study found only 8 Hib pneumonia cases confirmed by blood culture, compared with 343-672 cases of pneumonia defined by radiological criteria. Three doses of Hib-containing vaccine reduced the risk of radiological pneumonia by 15% to 45%, depending on the case-definition applied, suggesting that incidence of Hib pneumonia prevented by vaccination was 8 to 20 times higher than culture-confirmed cases indicated. The incidence of purulent meningitis cases prevented by vaccination was twice that of laboratory-confirmed cases. This study relied on passive surveillance and was not designed to provide a community-based incidence rate estimate.

In Lombok, Indonesia, a randomized community study compared the incidence of clinical and radiological pneumonia, as well as of clinical and laboratory-confirmed Hib meningitis, among children vaccinated against Hib and unvaccinated controls (vaccine probe study). In this study, the incidence of laboratory-confirmed Hib meningitis in the unvaccinated group was 19 per 100 000 children aged 11 weeks to 2 years (this translates into <10 cases per 100 000 children aged <5 years if it is assumed that no cases occur after 2 years of age). However, the incidence of clinical meningitis prevented by Hib vaccination ranged between 47 and 156 cases per 100 000 children aged 11 weeks to 2 years, depending on the case definition used. Results were less conclusive for pneumonia: pneumonia defined by clinical criteria (but not radiological pneumonia) among vaccinated children was consistently reduced.

From these data, the panel concluded that, in both studies, Hib meningitis incidence was greater than that which could be measured through surveillance for laboratory-confirmed cases. Factors affecting surveillance sensitivity include preclinical (delayed contact, use of antibiotics) and clinical (rate of lumbar puncture, specimen handling) factors. The Dhaka study also provided evidence for the occurrence of Hib pneumonia and for the low sensitivity of blood culture to measure its incidence.

The panel proposed a series of recommendations to assist Bangladesh, Indonesia and other Asian countries in further clarifying their true incidence of Hib disease:

- In Bangladesh, data from the case-control study need to be linked to population-based studies of the incidence of clinical meningitis and pneumonia in order to obtain estimates of Hib meningitis and pneumonia incidence.
- In Indonesia, the Lombok data demonstrate a significant burden of Hib meningitis, but local health officials are concerned that these data may not be representative of the rest of Indonesia. Therefore, smaller studies to determine rates of purulent meningitis in other parts of the country may be used to estimate rates of Hib meningitis using Lombok data.
- WHO should assist countries that are considering the adoption of Hib vaccination into their infant immunization schedule to strengthen their surveillance and diagnostic capacity for clinical and laboratory-confirmed meningitis.

There are four possible approaches to the assessment of Hib disease burden in Asia for which those recent studies provide additional insights:

- Rapid assessments provide a useful framework. The assumptions used in these models should, however, be

Une étude cas-témoins a été réalisée à Dhaka (Bangladesh), pour connaître l'effet du vaccin anti-Hib sur l'incidence de la pneumopathie et de la méningite. Seulement 8 cas de pneumopathie à Hib confirmés par hémoculture ont été recensés, contre 343 à 672 cas de pneumopathie diagnostiqués d'après des critères radiologiques. Trois doses d'un vaccin conjugué contenant le vaccin anti-Hib réduisent le risque de pneumopathie diagnostiquée par radiologie de 15% à 45% en fonction de la définition du cas appliquée, ce qui permet de penser que l'incidence de la pneumopathie à Hib évitée grâce à la vaccination est de 8 à 20 fois supérieure à celle qu'indiquent les hémocultures. Le nombre de cas de méningite purulente que la vaccination a permis d'éviter est deux fois supérieur à celui des cas confirmés en laboratoire. L'étude était fondée sur la surveillance passive et n'était pas conçue pour donner une estimation du taux d'incidence dans la communauté.

Une étude randomisée en communauté a été menée à Lombok, en Indonésie, pour comparer l'incidence de la pneumopathie clinique et de la pneumopathie «radiologique» ainsi que de la méningite à Hib clinique et de la méningite confirmée en laboratoire chez les enfants vaccinés contre Hib et chez des témoins non vaccinés. Dans cette étude, l'incidence de la méningite à Hib confirmée en laboratoire dans le groupe non vacciné est de 19 pour 100 000 enfants âgés de 11 semaines à 2 ans (soit < de 10 cas pour 100 000 enfants de moins de 5 ans si l'on considère qu'aucun cas ne se produit après l'âge de 2 ans). Toutefois, l'incidence de la méningite clinique évitée grâce à la vaccination anti-Hib varie de 47 à 156 cas pour 100 000 enfants âgés de 11 semaines à 2 ans selon la définition du cas utilisée. Les résultats sont moins probants pour la pneumopathie: la pneumopathie définie d'après des critères cliniques (contrairement à la pneumopathie «radiologique») était toujours réduite chez les enfants vaccinés.

D'après ces données, le groupe d'experts a conclu que, dans les deux études, l'incidence de la méningite à Hib était supérieure à celle qu'il était possible de mesurer par la surveillance des cas confirmés en laboratoire. Les facteurs qui influent sur la sensibilité de la surveillance sont pré-cliniques (examen tardif, administration d'antibiotiques) et cliniques (taux de ponction lombaire, manipulation des prélèvements). L'étude de Dhaka montre aussi que la pneumopathie à Hib est présente et que les hémocultures sont peu sensibles quand il s'agit de mesurer son incidence.

Le groupe a formulé une série de recommandations pour aider le Bangladesh, l'Indonésie et d'autres pays d'Asie à mieux déterminer l'incidence réelle des pathologies à Hib:

- Au Bangladesh, il faut associer les données de l'étude cas-témoins avec celles d'études en population sur l'incidence de la méningite et de la pneumopathie cliniques pour obtenir une estimation de l'incidence de la méningite et de la pneumopathie à Hib.
- En Indonésie, les données recueillies à Lombok montrent que la charge de la méningite à Hib est importante, mais les autorités sanitaires locales pensent qu'elles ne sont peut-être pas représentatives du reste de l'Indonésie. Il serait donc utile de faire des études plus restreintes pour connaître le taux de méningite purulente dans d'autres régions du pays et pouvoir ainsi estimer le taux de méningite à Hib à l'aide des données de Lombok.
- L'OMS devrait aider les pays qui envisagent d'intégrer la vaccination anti-Hib dans le calendrier vaccinal des nourrissons à développer leur potentiel de surveillance et de diagnostic de la méningite clinique et de la méningite confirmée en laboratoire.

Ces études récentes apportent des éléments supplémentaires sur les quatre méthodes utilisables pour évaluer la charge des pathologies à Hib en Asie:

- Les évaluations rapides constituent un cadre utile. Les hypothèses sur lesquelles reposent ces modèles doivent cependant être

carefully re-evaluated and adapted on the basis of regional evidence.

- Population-based surveillance of laboratory-confirmed Hib meningitis will result in an underestimate of the true disease burden. Adjustment as proposed by the rapid assessment tool is one way to correct for these limitations.
- Case-control studies of vaccine effectiveness provide a convenient way to assess vaccine impact if they can be linked to existing disease surveillance data and if access to immunization is comparable among cases and controls.
- Vaccine probe studies are a robust way of assessing the burden of disease. However, they are extremely expensive and results may vary depending upon the case definition used. The panel nevertheless endorses the plan for a proposed probe study in India and recognizes that an additional probe study might be needed in Asia. ■

réexaminées avec attention et adaptées en fonction des données régionales.

- La surveillance en population de la méningite à Hib confirmée en laboratoire donne une sous-estimation de la charge de morbidité réelle. L'une des solutions pour obtenir des chiffres plus justes est de procéder à des ajustements tels que ceux proposés par l'outil d'évaluation rapide.
- Les études cas-témoins sur l'efficacité des vaccins sont un moyen pratique d'évaluer l'impact d'un vaccin à condition qu'elles puissent être associées à des données de surveillance de la maladie et que l'accès à la vaccination soit comparable pour les cas et pour les témoins.
- Les études qui utilisent la vaccination comme moyen de comparaison sont une méthode robuste pour évaluer la charge de morbidité. Elles coûtent cependant très cher et leurs résultats peuvent varier selon la définition du cas utilisée. Le groupe a néanmoins approuvé un projet d'étude de ce type en Inde et estime qu'une autre serait peut-être nécessaire en Asie. ■

## Food safety in developing countries – building capacity

Building capacity for food safety is essential in most countries, especially developing countries. Both positive and negative experiences from countries with well-developed food safety systems could be used as a means to improve systems globally. Foodborne disease has a significant impact not only on health but also on development. Moreover, globalization of the food trade and development of international food standards have raised awareness of the interaction between food safety and export potential for developing countries.

Putting food safety on the political agenda is the first step in reducing foodborne illness; however, even when this has been achieved, many developing countries lack the technical expertise and financial resources to implement food safety policies.

### International developments since 2000

In May 2000, the World Health Assembly adopted resolution WHA53.15, which requested the Director-General "to give greater emphasis to food safety, in view of WHO's global leadership in public health, and in collaboration and coordination with other international organizations, notably the Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), and within the Codex Alimentarius Commission, and to work towards integrating food safety as one of WHO's essential public health functions, with the goal of developing sustainable, integrated food safety systems for the reduction of health risk along the entire food chain, from the primary producer to the consumer".

More specifically, this resolution called on WHO to support capacity-building in Member States, especially those from the developing world, and to facilitate their full participation in the work of the Codex Alimentarius Commission and its different committees, including activities in food safety risk analysis processes.

## Sécurité sanitaire des aliments dans les pays en développement – renforcement des capacités

Il est indispensable de mettre en place les moyens permettant d'assurer la sécurité sanitaire des aliments dans la plupart des pays, en particulier dans les pays en développement. On pourrait se servir des expériences positives et négatives des pays dotés de systèmes de sécurité sanitaire des aliments bien développés pour améliorer ces systèmes partout dans le monde. Les toxi-infections alimentaires ont des répercussions importantes non seulement sur la santé, mais aussi sur le développement. De plus, la mondialisation du commerce des aliments et l'élaboration de normes alimentaires internationales ont sensibilisé les pays aux interactions entre la sécurité sanitaire des aliments et les possibilités d'exportation des pays en développement.

Inscrire la sécurité sanitaire des aliments dans le projet politique est la première mesure à prendre pour réduire les toxi-infections alimentaires; cependant, une fois qu'ils l'ont fait, bon nombre de pays en développement ne disposent pas des compétences techniques ni des ressources financières nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies de sécurité sanitaire des aliments.

### Evolution de la situation internationale depuis 2000

En mai 2000, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA53.15, qui priait le Directeur général «d'accorder plus d'importance à la salubrité des aliments, compte tenu du rôle de chef de file mondial de l'OMS dans le domaine de la santé publique, et en collaboration et en coordination avec d'autres organisations internationales, notamment l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), et dans le cadre de la Commission du Codex Alimentarius, et de s'attacher à en faire une des fonctions essentielles de santé publique de l'OMS, le but étant de mettre au point des systèmes intégrés et durables de salubrité des aliments afin de réduire les risques pour la santé dans toute la chaîne alimentaire, depuis le producteur primaire jusqu'au consommateur».

Plus précisément, cette résolution demandait à l'OMS de soutenir le renforcement des capacités dans les Etats Membres, en particulier ceux du monde en développement, et de faciliter la pleine participation de ces derniers aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius et de ses différents comités, y compris aux processus d'analyse du risque dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments.

The Codex Alimentarius Commission was established by FAO and WHO in 1962 to develop international food standards, guidelines and recommendations to protect the health of consumers and to ensure fair practices in the food trade.<sup>1</sup> This collection of food standards, entitled the *Codex Alimentarius*, or the food code, has become the global reference point for consumers, food producers and processors, national food authorities and the international food trade. The code has had an enormous impact on the thinking of food producers and processors as well as on the awareness of the end-users – the consumers. Its influence extends to every continent, and its contribution to the protection of public health and fair practices in the food trade is considerable.

When the World Trade Organization (WTO) Agreement on the Application of Sanitary and Phytosanitary Measures (the SPS Agreement) was drawn up in 1995, it included two important commitments relevant to the Codex Alimentarius. The objective of this Agreement was to ensure that countries apply measures to protect human, animal and plant health based on the assessment of risk, thus incorporating food safety aspects in trade. Two specific and relevant objectives were outlined:

- (1) As part of the SPS Agreement, the standards and related texts of the Codex Alimentarius Commission were to be recognized as international points of reference and the Commission was designated as a relevant international organization; and
- (2) Article 9 of the SPS Agreement called for members to facilitate provision of technical assistance to other members, especially developing country members.

All these factors, together with rising concern about food safety worldwide, have increased the prominence of the issues of food safety, food quality and acceptable standards for food in the global environment.

In 2002, WHO published a *WHO Global Strategy for Food Safety*,<sup>2</sup> and undertook a Joint FAO/WHO Evaluation of the Codex Alimentarius and other FAO and WHO work on food standards.<sup>3</sup> Following publication of the report of this Evaluation in late 2002,<sup>4</sup> the World Health Assembly in 2003 adopted resolution WHA56.23, which supported its conclusions.

A significant new development in food safety, as described in the *Global Strategy* mentioned above, is reliance on the linkage to risk (probability of disease). Former food safety systems relied primarily on good hygiene, but it has been realized that the efficient prevention of foodborne disease

La Commission du Codex Alimentarius a été créée par la FAO et l'OMS en 1962 pour élaborer des normes alimentaires internationales, des lignes directrices et des recommandations visant à protéger la santé des consommateurs et à veiller à ce que les pratiques employées dans le commerce des aliments soient loyales.<sup>1</sup> Ce recueil de normes alimentaires, intitulé *Codex Alimentarius*, ou code des aliments, est devenu le document de référence mondial des consommateurs, des producteurs et des entreprises de transformation des aliments, des autorités nationales chargées de l'alimentation et du commerce international des aliments. Ce code a eu un effet considérable sur la façon de raisonner des producteurs de denrées alimentaires et de l'industrie alimentaire, ainsi que sur la sensibilisation des utilisateurs finals – à savoir les consommateurs. Son influence s'étend à tous les continents et elle a beaucoup contribué à la protection de la santé publique et à l'adoption de pratiques raisonnables dans le commerce des denrées alimentaires.

Lorsque l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (Accord SPS) de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) a été rédigé en 1995, il comportait deux engagements importants ayant trait au Codex Alimentarius. L'objectif de cet accord était de veiller à ce que les pays appliquent des mesures visant à protéger la santé de l'homme, des animaux et des végétaux, en se basant sur l'évaluation du risque, incorporant ainsi dans le commerce des notions de sécurité sanitaire des aliments. Deux objectifs précis et importants y étaient énoncés:

- 1) Dans le cadre de l'Accord SPS, les normes et textes connexes de la Commission du Codex Alimentarius devaient être reconnus en tant que documents de référence internationaux et la Commission a été déclarée organisation internationale compétente; et
- 2) L'article 9 de l'Accord SPS demandait aux pays membres d'aider à fournir une assistance technique aux autres pays membres, en particulier aux pays en développement.

L'ensemble de ces facteurs et les préoccupations croissantes suscitées partout dans le monde par la sécurité sanitaire des aliments, ont accru l'importance des questions liées à cette dernière, à la qualité des aliments et aux normes acceptables pour les aliments dans l'environnement mondial.

En 2002, l'OMS a publié la *Stratégie mondiale de l'OMS pour la salubrité des aliments*,<sup>2</sup> et a entrepris une évaluation conjointe FAO/OMS du Codex Alimentarius et d'autres travaux de la FAO et de l'OMS sur les normes alimentaires.<sup>3</sup> Suite à la publication du rapport de cette évaluation à la fin 2002,<sup>4</sup> l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2003 la résolution WHA56.23, soutenant les conclusions de ce dernier.

Une évolution importante et nouvelle dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, telle que décrite dans la *Stratégie mondiale* mentionnée ci-dessus, est le rapport établi avec le risque (probabilité de la maladie). Les systèmes antérieurs reposaient essentiellement sur une hygiène rigoureuse, mais on s'est aperçu

<sup>1</sup> For a detailed description of the Codex system, please refer to the web site <http://www.codexalimentarius.net>, or request the following document from [foodsafety@who.int](mailto:foodsafety@who.int); FAO/WHO. *Understanding the Codex Alimentarius*. Rome, FAO and WHO, 1999. (ISBN 92-5-104248-9).

<sup>2</sup> World Health Organization. *WHO Global Strategy for Food Safety*. Geneva, WHO, 2002. (Available on request from the Food Safety Department, WHO, Geneva, Switzerland; email: [foodsafety@who.int](mailto:foodsafety@who.int); or at [http://www.who.int/foodsafety/publications/general/en/strategy\\_en.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/general/en/strategy_en.pdf)).

<sup>3</sup> See No.17, 2002, pp.138–139.

<sup>4</sup> Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization. *Report of the Evaluation of the Codex Alimentarius and other FAO and WHO food standards work*. Geneva/Rome, FAO/WHO, 2002. (Unpublished document, which can be found at <http://www.fao.org/docrep/meeting/005/y7871e/y7871e00.htm>).

<sup>1</sup> Pour une description détaillée du système du Codex, veuillez consulter le site web <http://www.codexalimentarius.net>, ou demander le document suivant auprès de [foodsafety@who.int](mailto:foodsafety@who.int); FAO/OMS. *Comprendre le Codex Alimentarius*. Rome, FAO et OMS, 1999. (ISBN 92-5-204248-2).

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé. *La Stratégie mondiale de l'OMS pour la salubrité des aliments*. Genève OMS, 2002. (Disponible sur demande auprès du Département Sécurité sanitaire des aliments, OMS, Genève, Suisse; courriel: [foodsafety@who.int](mailto:foodsafety@who.int); ou à l'adresse suivante: [http://www.who.int/foodsafety/publications/general/en/strategy\\_fr.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/general/en/strategy_fr.pdf)).

<sup>3</sup> Voir le N° 17, 2002, pages 138-139.

<sup>4</sup> Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture/Organisation mondiale de la Santé. *Rapport de l'Évaluation du Codex Alimentarius et autres activités de la FAO et de l'OMS sur les normes alimentaires*. Genève/Rome, FAO/OMS, 2002. (Document non publié que l'on peut trouver à l'adresse suivante: <http://www.fao.org/docrep/meeting/005/y7871f/y7871f00.htm>).

requires more focused interventions directly related to the risk to human health. While WHO (with FAO) has for many years performed international risk assessments on chemical hazards, the need for microbiological risk assessment has only recently been promoted by WHO. Microbiological risk assessment is an integral part of risk analysis, which comprises gathering the facts in a scientific risk assessment, taking decisions through the risk management process, and interacting through the risk communication process. This provides a basis for interaction between all relevant players (including industry and consumers). Microbiological risk assessment work will lead the way for risk-based interventions that can significantly reduce the incidence of foodborne disease.

While the risk analysis process is now well established in the different areas of food safety (microbiological, chemical, etc.), and the scientific advice prepared by FAO/WHO is recognized, the need to enhance the participation of developing countries in international scientific processes related to food safety risk analysis has become a priority. A Joint FAO/WHO workshop on the provision of scientific advice to Codex and Member countries, held in January 2004,<sup>5</sup> has made several recommendations in that respect.

WHO, together with FAO, has been specifically asked to assess and build capacity and infrastructure in developing countries for conducting risk analysis. In a broader perspective, FAO and WHO will be seeking means to involve developing countries in all aspects of the scientific advice process, including identifying priority needs, outreach to scientific experts, training for the purpose of knowledge transfer, as well as access to and use of the outputs of international expert bodies. This includes the recognition of regional efforts to generate, collect and coordinate data for risk assessments.

### **FAO/WHO Project and Fund for Enhanced Participation in Codex**

Support from donors, in order both to protect health and to improve the quality of food traded, is of critical importance in achieving successful capacity building. The FAO/WHO Project and Fund for Enhanced Participation in Codex is an example of how such support can be given.

In June 2000, the Chair of the Codex Alimentarius Commission (CAC) outlined a Plan of Action to strengthen the effectiveness and efficiency of the work of the CAC. This included the proposed establishment of a trust fund to help developing countries participate more fully in Codex activities. The increased prominence of the Codex Alimentarius, following its recognition by WTO in 1995, also focused attention on the ability of food authorities from the currently 170 Codex Member countries to participate effectively in international discussions through the committees, task forces and governance of the CAC.

### **Launch of the FAO/WHO Codex Trust Fund**

In February 2003, the Directors-General of FAO and WHO officially launched the Codex Trust Fund. Its stated goal

que pour prévenir efficacement les toxi-infections alimentaires il fallait des interventions plus ciblées, directement axées sur le risque pour la santé humaine. Tandis que l'OMS (avec la FAO) effectue depuis de nombreuses années des évaluations internationales du risque lié aux substances chimiques, la nécessité d'une évaluation du risque microbiologique n'a été que récemment mise en avant par l'OMS. L'évaluation du risque microbiologique fait partie intégrante de l'analyse du risque, qui suppose de rassembler les faits dans une évaluation scientifique du risque, de prendre des décisions via le processus de gestion du risque et d'interagir par le canal du processus de communication à propos du risque. C'est à partir de là que tous les acteurs concernés (y compris l'industrie et les consommateurs) vont interagir. Le travail d'évaluation du risque microbiologique ouvrira la voie à des interventions fondées sur l'étude du risque, qui peuvent permettre de réduire sensiblement l'incidence des toxi-infections alimentaires.

Si le processus d'analyse du risque est désormais bien établi dans les différents domaines de la sécurité sanitaire des aliments (microbiologique, chimique, etc.) et si les avis scientifiques rendus par la FAO/OMS sont reconnus, la nécessité de renforcer la participation des pays en développement aux démarches scientifiques internationales d'analyse du risque en matière de sécurité sanitaire des aliments, est devenue une priorité. Un atelier conjoint FAO/OMS sur l'offre de conseils scientifiques aux pays du Codex et aux pays Membres, qui s'est tenu en janvier 2004,<sup>5</sup> a permis de formuler plusieurs recommandations à cet égard.

Il a été spécifiquement demandé, à l'OMS et à la FAO, d'évaluer et de développer les moyens et l'infrastructure nécessaires pour effectuer une analyse du risque dans les pays en développement. Dans une perspective plus large, la FAO et l'OMS vont rechercher par quel moyen faire participer les pays en développement à tous les aspects du processus de conseil scientifique: identification des besoins prioritaires, accès aux experts scientifiques, formation aux fins du transfert des connaissances et accès aux résultats des groupes d'experts internationaux, qu'ils pourront utiliser. Cela suppose la reconnaissance des efforts régionaux pour générer, collecter et coordonner les données servant aux évaluations du risque.

### **Projet et fonds FAO/OMS visant à faciliter la participation au Codex**

L'appui des donateurs, tant pour protéger la santé que pour améliorer la qualité des denrées alimentaires faisant l'objet d'échanges commerciaux, est d'une importance capitale pour réussir à renforcer les capacités. Le projet et fonds FAO/OMS visant à faciliter la participation au Codex est un exemple de la façon dont un tel soutien peut être accordé.

En juin 2000, le Président de la Commission du Codex Alimentarius a indiqué les grandes lignes d'un plan d'action visant à renforcer l'efficacité des travaux de la Commission. Ce dernier proposait la création d'un fonds spécial pour aider les pays en développement à participer plus pleinement aux activités du Codex. L'importance accrue du Codex Alimentarius, suite à sa reconnaissance par l'OMC en 1995, a également concentré l'attention sur la possibilité pour les autorités des 170 pays actuellement membres du Codex à participer efficacement aux discussions internationales à la faveur des comités, des groupes spéciaux et dans le cadre de l'administration de la Commission du Codex Alimentarius.

### **Lancement du fonds fiduciaire FAO/OMS pour renforcer la participation au Codex**

En février 2003, les Directeurs généraux de la FAO et de l'OMS ont officiellement lancé le fonds fiduciaire pour renforcer la participa-

<sup>5</sup> Report available electronically at [http://www.who.int/foodsafety/codex/en/workshop\\_report.pdf](http://www.who.int/foodsafety/codex/en/workshop_report.pdf).

<sup>5</sup> Rapport disponible en anglais sous forme électronique à l'adresse suivante : [http://www.who.int/foodsafety/codex/en/workshop\\_report.pdf](http://www.who.int/foodsafety/codex/en/workshop_report.pdf). (Version française en cours de préparation).

was to further the improvement of global public health and food security by promoting the provision of safer and more nutritious food and contributing to a reduction in food-borne disease. This will be achieved by (a) helping regulators and food experts from all areas of the world to participate in international standard-setting work in the framework of Codex and (b) enhancing their capacity to help establish effective food safety and quality standards and fair practices in the food trade, both in the framework of the Codex Alimentarius and in their own countries.

Its main objective is to help developing countries and those with economies in transition to enhance their level of effective participation in the development of global food safety and quality standards by the Codex Alimentarius Commission, and ultimately to:

- Strengthen the capacity of developing countries and countries with economies in transition to build robust and compatible food control systems through collegial exchanges, knowledge transfer and professional development thanks to the CAC and its committees and task forces.
- Help all Codex members to benefit from the knowledge base and control systems that will emerge as a result of activities of the project.
- Help more than 130 developing countries and transition economies to increase their ability to participate in the establishment of global food safety standards, as well as improve their capacity to implement those standards in their own countries.
- Ensure that appropriate experts in all countries of the world understand the current goals and objectives of Codex, and can identify the country-specific data and information necessary to participate effectively in Codex activities.

#### Status of participation of Member countries

In order to gather data on participation of Member countries in the CAC and in the various committees established within the Codex system for setting standards on specific commodities or cross-cutting issues, WHO carried out in late 2003 a study of participation in the CAC and a selection of key committees that took place between 1 January 2000 and 31 December 2002. The information assembled during the study will *inter alia* provide a baseline for measuring the success of the FAO/WHO Project and Fund for Enhanced Participation in Codex. As an example, *Table 1* provides a list of Codex Member countries during that period, showing the percentage of their participation in these 40 selected meetings.

#### Latest developments

The FAO/WHO Codex Trust Fund became operational in early March 2004, thanks to the generous contributions of Canada, Ireland, Netherlands, Norway, Switzerland, the United States and the European Union. The first beneficiary countries (Indonesia and Papua New Guinea) were able to travel to the Codex Committee on Food Hygiene which was held at the end of March 2004. As at 23 April 2004, 91 applications had been received, of a total of 134 eligible countries.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> WHO is responsible for the management and daily administration of the Project and Fund, and all enquiries should be addressed to the Food Safety Department, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland (e-mail: [foodsafety@who.int](mailto:foodsafety@who.int); fax: +41 22 791 4807). Information on application procedures can be found at <http://www.who.int/foodsafety/codex/trustfund/en/index4.html>.

tion au Codex. Son but déclaré est d'améliorer encore la santé publique mondiale et la sécurité alimentaire en mettant en avant la fourniture d'aliments plus sûrs et plus nutritifs et en contribuant à réduire le nombre des toxi-infections alimentaires. Pour cela, il faudra: a) aider les personnels de réglementation et experts des aliments de toutes les régions du monde à participer au travail d'établissement des normes internationales dans le cadre du Codex et b) renforcer leur capacité à aider à fixer des normes appropriées de sécurité sanitaire et de qualité des aliments et à instaurer des pratiques loyales dans le commerce des denrées alimentaires, aussi bien dans le cadre du Codex Alimentarius que dans leurs propres pays.

Son principal objectif est d'aider les pays en développement et ceux dont les économies sont en transition à renforcer leur degré de participation réelle à l'élaboration des normes mondiales relatives à la qualité et à la sécurité sanitaire des aliments dans le cadre de la Commission du Codex Alimentarius et en dernier ressort à:

- Renforcer la capacité des pays en développement et des pays dont les économies sont en transition à développer des systèmes solides et compatibles de contrôle des denrées alimentaires au moyen d'échanges collégiaux, de transferts de connaissances et de perspectives professionnelles, grâce à la Commission du Codex Alimentarius et à ses comités et groupes spéciaux.
- Aider tous les pays membres du Codex à bénéficier de la base de connaissances et des systèmes de contrôle qui résulteront des activités du projet.
- Aider plus de 130 pays en développement et économies en transition à accroître leur capacité à participer à l'élaboration des normes mondiales relatives à la sécurité sanitaire des aliments, ainsi qu'à améliorer leur capacité à mettre en œuvre ces normes dans leurs propres pays.
- Veiller à ce que dans tous les pays du monde, des experts appropriés comprennent bien les buts et objectifs actuels du Codex et puissent déterminer quelles sont les données et informations propres au pays qui sont nécessaires pour participer efficacement aux activités du Codex.

#### Niveau de participation des pays membres

Pour rassembler des données sur la participation des Etats Membres à la Commission du Codex Alimentarius et aux divers comités créés dans le cadre du système du Codex afin de fixer des normes relatives à des produits spécifiques ou de traiter de questions pluridisciplinaires, l'OMS a effectué à la fin 2003 une étude de la participation à la Commission du Codex Alimentarius et à quelques comités importants qui ont eu lieu entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 31 décembre 2002. Les renseignements rassemblés au cours de cette étude serviront entre autres de point de départ à partir duquel mesurer la réussite du projet et fonds FAO/OMS visant à faciliter la participation au Codex. A titre d'exemple, le *Tableau 1* offre une liste des pays membres du Codex au cours de cette période, montrant le pourcentage de leur participation à 40 réunions choisies.

#### Développements les plus récents

Le fonds spécial FAO/OMS pour renforcer la participation au Codex est devenu opérationnel au début mars 2004, grâce aux contributions généreuses du Canada, des Etats-Unis, de l'Irlande, de la Norvège, des Pays-Bas, de la Suisse et de l'Union européenne. Les premiers pays bénéficiaires (l'Indonésie et la Papouasie-Nouvelle-Guinée) ont pu se rendre au comité du Codex sur l'hygiène alimentaire qui s'est tenu à la fin mars 2004. Au 23 avril 2004, 91 demandes avaient été reçues, sur un total de 134 pays pouvant prétendre à ces aides.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> L'OMS est responsable de la gestion et de l'administration quotidienne du Projet et du Fonds et toutes les demandes doivent être adressées au Département Sécurité sanitaire des aliments, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (courriel : [foodsafety@who.int](mailto:foodsafety@who.int); télécopie +41 22 791 4807). On trouvera des renseignements sur les formalités à remplir à l'adresse suivante [http://www.who.int/foodsafety/codex/en/application\\_f.pdf](http://www.who.int/foodsafety/codex/en/application_f.pdf).

Table 1 **Participation of Codex Member countries in 40 selected Codex meetings, 2000–2002**  
 Tableau 1 **Participation des Etats Membres du Codex à 40 réunions du Codex choisies, 2000-2002**

Country – Pays	Participation (%)	Country – Pays	Participation (%)
Antigua and Barbuda – Antigua-et-Barbuda	0	Albania – Albanie	5
Armenia – Arménie	0	Angola	5
Bahamas	0	Burkina Faso	5
Bahrain – Bahreïn	0	Burundi	5
Belize	0	Cambodia – Cambodge	5
Bhutan – Bhoutan	0	Cape Verde – Cap-Vert	5
Central African Republic – République centrafricaine	0	Côte d'Ivoire	5
Cook Islands – Iles Cook	0	Ecuador – Equateur	5
DPR Korea – République populaire démocratique de Corée	0	Guinea – Guinée	5
Democratic Republic of the Congo	0	Haiti – Haïti	5
République démocratique du Congo	0	Jamaica – Jamaïque	5
Dominica – Dominique	0	Mali	5
Eritrea – Erythrée	0	Malta – Malte	5
Ethiopia – Ethiopie	0	Mauritania – Mauritanie	5
Gambia – Gambie	0	Mongolia – Mongolie	5
Georgia – Géorgie	0	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	5
Grenada – Grenade	0		
Guinea-Bissau – Guinée-Bissau	0	Barbados – Barbade	8
Honduras	0	El Salvador	8
Kazakhstan	0	Iraq	8
Kiribati	0	Jordan – Jordanie	8
Kyrgyzstan – Kirghizistan	0	Lesotho	8
Liberia – Libéria	0	Nepal – Népal	8
Malawi	0	Panama	8
Mauritius – Maurice	0	Trinidad and Tobago – Trinité-et-Tobago	8
Micronesia, Federated States of	0	Zimbabwe	8
Micronésie (Etats fédérés de)	0		
Moldova, Republic of – Moldova, République de	0	Bangladesh	10
Myanmar	0	Bulgaria – Bulgarie	10
Nicaragua	0	Croatia – Croatie	10
Niger	0	Paraguay	10
Pakistan	0	Saudi Arabia – Arabie saoudite	10
Rwanda	0	Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	10
Saint Kitts and Nevis – Saint-Kitts-et-Nevis	0	Qatar	10
Saint Lucia – Sainte-Lucie	0		
Serbia and Montenegro – Serbie-et-Monténégro	0	Benin – Bénin	13
Seychelles	0	Cameroon – Cameroun	13
Sierra Leone	0	Iceland – Islande	13
Solomon Islands – Iles Salomon	0	Mozambique	13
Sri Lanka	0	Russian Federation – Fédération de Russie	13
Suriname	0	United Arab Emirates – Emirats arabes unis	13
The former Yugoslav Republic of Macedonia	0	United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	13
Ex-République yougoslave de Macédoine	0		
Yemen – Yémen	0	Dominican Republic – République dominicaine	15
Zambia – Zambie	0	Cyprus – Chypre	15
		Guatemala	15
Brunei Darussalam – Brunéi Darussalam	3	Kuwait – Koweït	15
Chad – Tchad	3	Senegal – Sénégal	15
Congo	3	Slovenia – Slovénie	15
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	3	Uganda – Ouganda	15
Estonia – Estonie	3	Venezuela	15
Fiji – Fidji	3		
Gabon	3	Botswana	18
Guyana	3	Oman	18
Lao PDR – République démocratique populaire lao	3		
Latvia – Lettonie	3	Bolivia – Bolivie	20
Lebanon – Liban	3		
Libyan Arab Jamahiriya – Jamahiriya arabe lybienne	3	Algeria – Algérie	23
Lithuania – Lituanie	3	Swaziland	23
Luxembourg	3		
Madagascar	3	Colombia – Colombie	25
Namibia – Namibie	3	Nigeria – Nigéria	25
Samoa	3	Peru – Pérou	25
Togo	3	Tunisia – Tunisie	25
Tonga	3		
Vanuatu	3	Costa Rica	28
		Ghana	28

Table 1 **Continued** – Tableau 1 **Suite**

Country – Pays	Participation (%)
Iran, Islamic Republic of – Iran, République islamique d'	28
Slovakia – Slovaquie	28
Sudan – Soudan	28
Israel – Israël	30
Romania – Roumanie	30
Turkey – Turquie	30
Viet Nam	30
Kenya	33
Uruguay	35
Greece – Grèce	38
Chile – Chili	53
Cuba	53
Czech Republic – République tchèque	53
Singapore – Singapour	53
Portugal	60
Morocco – Maroc	63
Argentina – Argentine	65
Austria – Autriche	65
South Africa – Afrique du Sud	70
Egypt – Egypte	73
Ireland – Irlande	73
Mexico – Mexique	73
Philippines	73
Poland – Pologne	73

Country – Pays	Participation (%)
China – Chine	75
Indonesia – Indonésie	75
Norway – Norvège	78
Belgium – Belgique	80
Finland – Finlande	80
India – Inde	80
Korea, Republic of – République de Corée	80
New Zealand – Nouvelle-Zélande	80
Hungary – Hongrie	83
Malaysia – Malaisie	85
Sweden – Suède	85
Australia – Australie	88
Denmark – Danemark	88
Italy – Italie	90
Netherlands – Pays-Bas	90
Germany – Allemagne	93
Brazil – Brésil	95
Japan – Japon	95
Spain – Espagne	95
Switzerland – Suisse	98
Canada	100
France	100
Thailand – Thaïlande	100
United Kingdom – Royaume-Uni	100
United States of America – Etats-Unis d'Amérique	100

### Joint FAO/WHO Codex training package

A training package for strengthening national food safety systems through enhanced participation in the Codex process is being prepared to help developing countries better understand the Codex process, thus enhancing the quality and usefulness of their participation. It has been designed to serve two purposes. Firstly, it provides a step-by-step guide for use by countries in the process of establishing their national Codex programmes. Secondly, it provides information that can be used by countries to develop training programmes to suit their specific needs and thus enhance their capability to participate in the work of the Codex Alimentarius Commission.

The package has already been field-tested in a range of countries/regions, including Fiji, Suriname and United Republic of Tanzania (with participation of trainees from Kenya and Uganda). The production of the training package is being supported by the governments of Canada and Switzerland, and the final printed version is expected to be available in English, French and Spanish by the end of 2004. Translations into other languages will subsequently be undertaken on the basis of available funding.

Interested readers are also referred to *Food Safety News*, an electronic newsletter published regularly by the WHO Food Safety Department in Geneva (<http://www.who.int/foodsafety/publications/newsletter/9/en/>). It contains short items on current activities, with links to more detailed sources of information. The newsletter is published in English, French and Spanish, and can be sent regularly by email on request to [foodsafety@who.int](mailto:foodsafety@who.int). ■

### Manuel conjoint FAO/OMS de formation au Codex

Un manuel de formation visant à renforcer les systèmes nationaux de sécurité sanitaire des aliments grâce à une participation accrue au processus du Codex est en cours de préparation pour aider les pays en développement à mieux comprendre comment fonctionne le Codex, augmentant ainsi la qualité et l'utilité de leur participation. Il a été conçu à deux fins. Tout d'abord, il offre des indications progressives que les pays utiliseront pour mettre en place leurs propres programmes nationaux du Codex. Deuxièmement, il fournit des informations qui peuvent être utilisées par les pays pour élaborer des programmes de formation correspondant à leurs besoins spécifiques et ainsi renforcer leur capacité à participer au travail de la Commission du Codex Alimentarius.

Ce manuel a déjà été testé sur le terrain dans un certain nombre de pays/régions, notamment à Fidji, au Suriname et en République-Unie de Tanzanie (avec la participation de stagiaires du Kenya et de l'Ouganda). La production de ce manuel de formation est soutenue par les gouvernements du Canada et de la Suisse et la version imprimée finale devrait être disponible en anglais, en français et en espagnol d'ici la fin 2004. Des traductions dans d'autres langues seront entreprises par la suite en fonction des fonds disponibles.

Les lecteurs intéressés sont également renvoyés à *Sécurité sanitaire des aliments*, un bulletin électronique publié régulièrement par le Département Sécurité sanitaire des Aliments de l'OMS à Genève (<http://www.who.int/foodsafety/publications/newsletter/9/fr/>). Il contient de courts articles sur les activités en cours, et des liens avec des sources d'information plus détaillées. Ce bulletin est publié en anglais, en français et en espagnol et sur demande adressée à [foodsafety@who.int](mailto:foodsafety@who.int), il peut être régulièrement envoyé par courriel. ■