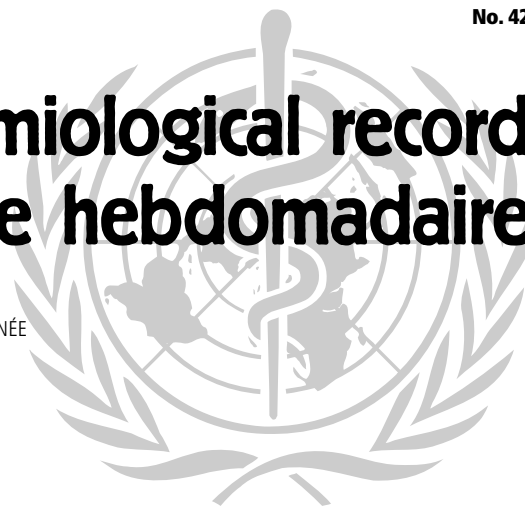


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

15 OCTOBER 2004, 79th YEAR / 15 OCTOBRE 2004, 79^e ANNÉE

No. 42, 2004, 79, 377–384

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

Contents

- 377 Avian influenza, Thailand
- 378 Tenth Informal Consultation on the Global Polio Laboratory Network, 6–8 September 2004,
- 381 Food safety regulators meet in Bangkok, Thailand
- 383 International Health Regulations
- 384 WHO web sites on infectious diseases – update

Sommaire

- 377 Grippe aviaire, Thaïlande
- 378 Dixième consultation informelle sur le réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite, 6-8 septembre 2004
- 381 Les responsables de la sécurité sanitaire des aliments réunis à Bangkok, Thaïlande
- 383 Règlement sanitaire international
- 384 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses – mise à jour

Avian influenza, Thailand

Situation in Thailand

On 4 October 2004, the Ministry of Public Health in Thailand confirmed a further case of human infection with H5N1 avian influenza. The case, which was fatal, was a 9-year-old girl from the northern province of Phetchabun. She developed symptoms on 23 September, was hospitalized on 27 September, and died of severe respiratory disease on 3 October.

Investigation of the case has identified exposure to diseased chickens as the most likely cause of infection. Following the death of chickens in the child's household, she assisted in preparation of the birds for cooking, including the plucking of feathers.

WHO stresses the importance of educating populations in affected countries, especially those living in remote rural areas, about the danger of contact with diseased birds.

Since the beginning of this year, Thailand has reported 16 laboratory-confirmed cases of H5N1 infection, of which 11 have been fatal. Four of these cases occurred during the past 5 weeks.

Two weeks ago, Thai officials announced a probable case of human-to-human transmission in a family cluster of cases. Analysis of specimens from this cluster is presently under way at a WHO collaborating laboratory to determine whether the virus has changed its genetic make-up. Heightened surveillance for further cases has provided no evidence that efficient and sustained human-to-human transmission is presently occurring in Thailand.

Grippe aviaire, Thaïlande

Situation en Thaïlande

Le 4 octobre 2004, le Ministère thaïlandais de la santé publique a confirmé un nouveau cas d'infection humaine par le virus H5N1 de la grippe aviaire. Il s'agit d'une jeune fille de 9 ans, décédée, originaire de la province de Phetchabun, dans le nord du pays. Les symptômes sont apparus le 23 septembre; l'enfant a été hospitalisée le 27 et elle est morte le 3 octobre de troubles respiratoires sévères.

L'enquête a déterminé que l'exposition à des poulets malades était la cause la plus probable de l'infection. Des poulets de cette famille étant morts, la jeune fille a aidé à les plumer et à les préparer pour les cuire.

L'OMS insiste sur l'importance d'avertir les populations des pays touchés, notamment celles qui vivent dans les zones rurales éloignées, des dangers inhérents au contact avec des oiseaux malades.

Depuis le début de l'année, la Thaïlande a notifié 16 cas confirmés en laboratoire d'infection par le virus H5N1, dont 11 mortels. Quatre de ces cas se sont produits au cours des 5 dernières semaines.

Il y a deux semaines, les responsables thaïlandais ont annoncé un cas probable de transmission interhumaine dans un groupe familial de cas. Un centre collaborateur de l'OMS procède actuellement aux analyses des échantillons provenant de ce groupe afin de déterminer si la composition génétique du virus a changé. Le renforcement de la surveillance n'a pas mis en évidence de transmission interhumaine efficace et durable actuellement en Thaïlande.

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

5.500 10.2004

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

Status of vaccine development for an influenza pandemic

A vaccine could reduce the high morbidity and mortality normally associated with influenza pandemics, if available sufficiently early. Significant efforts are needed to expedite vaccine development and thus take advantage of this preventive option.

Progress is needed on three fronts. Firstly, countries experiencing outbreaks need to rapidly share human and animal viruses with laboratories in the WHO Global Influenza Surveillance Network. Analysis of these viruses determines the possible need for changes in the prototype vaccine "seed" strains which WHO makes available to the pharmaceutical industry.

Secondly, companies need to engage in research on pandemic vaccine development that includes pilot production of small batches for clinical testing. National licensing agencies in Europe and North America have developed regulatory guidelines for industry.

Thirdly, public health agencies need to engage in discussions with pharmaceutical companies to explore areas of common interest in vaccine development and identify areas where support is needed. Since 2003, when two cases of human H5N1 infection occurred in Hong Kong Special Administrative Region of China, WHO has worked to identify and resolve problems in order to pave the way for rapid development and production of a pandemic vaccine.

Vaccine manufacturers respond to market forces. Companies may be reluctant to produce a vaccine for an event, such as a pandemic, that cannot be predicted with any certainty and might not be caused by currently circulating strains. Some uncertainty has also centred on rights to use the special technique of reverse genetics, a patented procedure, that is needed to produce the prototype seed vaccine against H5N1.

At the beginning of April 2004, WHO made the prototype seed strain for an H5N1 vaccine available to manufacturers. To date, only two of the world's roughly 12 major companies producing influenza vaccines have taken work on a pandemic vaccine significantly forward. These two companies, Aventis Pasteur Inc. and Chiron Corp., both located in the United States, have produced small batches of vaccine for use in clinical trials. These trials, which require several months for the compilation and analysis of data, are needed to fine-tune vaccine composition, test safety, and meet other licensing requirements. Trials are not expected to begin before the end of the year. ■

Tenth Informal Consultation on the Global Polio Laboratory Network, 6–8 September 2004

Background

A global network of virology laboratories was established by WHO in 1988 to support the Polio eradication initiative. Representatives of reference laboratories serving the remaining polio-endemic regions and of 7 global specialized laboratories met at WHO headquarters in Geneva, Switzerland, on 6–8 September 2004 to review the net-

État d'avancement de la mise au point d'un vaccin contre une pandémie de grippe

Si l'on dispose d'un vaccin suffisamment tôt, celui-ci pourrait réduire la morbidité et la mortalité élevées qui s'associent normalement aux pandémies de grippe. Des efforts importants devront être faits pour en accélérer la mise au point et bénéficier ainsi d'une prévention efficace.

Il faut agir sur trois fronts. Premièrement, les pays qui connaissent des flambées épidémiques doivent rapidement envoyer les virus humains et animaux aux laboratoires du Réseau mondial OMS de surveillance de la grippe. C'est leur analyse qui permettra en effet de déterminer si des modifications s'imposent pour les souches semences du vaccin prototype que l'OMS met à la disposition de l'industrie pharmaceutique.

Deuxièmement, les fabricants doivent entreprendre des recherches comprenant la production pilote de petits lots du vaccin contre la pandémie pour les essais cliniques. Les agences nationales d'homologation en Europe et en Amérique du Nord ont établi des directives à l'intention de l'industrie pharmaceutique.

Troisièmement, les organismes de santé publique doivent commencer à examiner avec les laboratoires pharmaceutiques les domaines d'intérêt communs dans la mise au point du vaccin et déterminer lesquels il convient d'aider. Depuis 2003, lorsque deux cas humains d'infection à H5N1 se sont produits à Hong Kong (Région administrative spéciale de Chine), l'OMS s'est efforcée d'identifier et de résoudre les problèmes pour ouvrir la voie à un développement rapide et à la production d'un vaccin adapté.

Les fabricants obéissent aux lois du marché et peuvent avoir des réticences à produire un vaccin pour un événement, tel qu'une pandémie, qu'on ne peut prédire avec certitude et qui finalement pourrait être dû à d'autres souches que celles actuellement en circulation. On a également des incertitudes quant aux droits pour l'utilisation de la technique spéciale dite de génétique inverse, une méthode sous brevet nécessaire à la production de la souche semence du vaccin prototype contre le H5N1.

Au début d'avril 2004, l'OMS a mis à la disposition des fabricants le prototype de la souche semence pour le vaccin anti-H5N1. A ce jour, parmi la douzaine de grandes sociétés produisant des vaccins antigrippaux dans le monde, seules deux ont avancé significativement dans leurs travaux. Ces deux compagnies, Aventis Pasteur Inc et Chiron Corp, toutes deux établies aux États-Unis, ont produit de petits lots de vaccins pour des essais cliniques. Ces essais, qui demandent plusieurs mois pour compiler et analyser les données, sont indispensables pour préciser la composition du vaccin, tester son innocuité et satisfaire aux autres exigences en matière d'homologation. Ils ne devraient pas commencer avant la fin de l'année. ■

Dixième consultation informelle sur le réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite, 6-8 septembre 2004

Historique

Un réseau mondial de laboratoires de virologie a été mis en place par l'OMS en 1988 pour appuyer l'Initiative de l'éradication de la poliomyélite. Les représentants des laboratoires de référence desservant les dernières régions d'endémie poliomyélique et de 7 laboratoires mondiaux spécialisés se sont réunis au Siège de l'OMS à Genève du 6 au 8 septembre 2004 pour faire le point des

work's activities and performance, to discuss issues related to the development of oral poliovirus (OPV) cessation policies and to make recommendations for further improvements. The laboratory network is a key component of a surveillance system that investigates cases of acute flaccid paralysis (AFP) for excretion of polioviruses. Sensitive surveillance is indicated by the ability to detect annually at least 1 AFP case per 100 000 persons aged under 15 years, by the collection of adequate¹ stool samples from each case and by the analysis of samples in a WHO-accredited laboratory.

Conclusions and recommendations

Conclusions

To halt the last remaining transmission chains, laboratory information is key to identifying remaining foci of wild polioviruses to target supplementary immunization activities. The laboratory network detected 6 circulating genotypes of polioviruses (type 1 genotypes NEAF, SOAS and WEAFF-B, and type 3 genotypes WEAFF-B, SOAS and EAAF) between 2003 and 2004. It also confirmed wild polioviruses in 19 countries, only 6 of which are considered to be polio endemic; 12 countries had poliomyelitis cases caused by viruses originating in poliovirus reservoirs in northern Nigeria, and 1 country had a single case linked to imported virus from India.

The polio laboratory network has achieved an impressive level of proficiency, with 96% of 145 laboratories fully accredited by WHO and all programme standards of performance met or surpassed. As a result of increased surveillance activity, there has been a significant increase in workload in key laboratories serving remaining endemic countries and foci. Despite this increase, laboratories have continued to improve reporting timeliness. Demands for rapid reporting of molecular sequence information have also increased dramatically, but sequencing laboratories have continued to meet these rising demands, consistently providing large volumes of detailed information for programmatic action. While laboratory performance is excellent, further improvements in timeliness are possible. These include decreasing delays caused by problems in transporting specimens and isolates to reference laboratories and decreasing reporting times for high-priority specimens and isolates.

Recommendations

Increasing the speed of detection of polioviruses

1. To minimize delays associated with the transport of poliovirus isolates to reference laboratories for intratypic differentiation (ITD) as wild or vaccine-like, the transfer of technologies to key laboratories should be continued and extended. Technology transfer should be aimed at having virus isolation and ITD procedures performed within the same facility. In particular, upgrading of the polio laboratories at the University of Ibadan, Ibadan, Nigeria and the Pasteur Institute, Dakar, Senegal

¹ At least two stool samples collected 1–2 days apart and within 14 days of paralysis onset.

activités du réseau et des résultats obtenus, pour examiner les questions liées à l'élaboration de politiques concernant l'abandon de la vaccination par le vaccin antipoliomyélique oral (VPO) et pour faire des recommandations en vue d'autres améliorations. Le réseau de laboratoires est un élément clé d'un système de surveillance qui recherche l'excrétion de poliovirus dans les cas de paralysie flasque aiguë (PFA). La surveillance est considérée comme sensible s'il est possible de détecter au moins 1 cas de PFA par an pour 100 000 personnes âgées de moins de 15 ans, d'obtenir des échantillons coprologiques adéquats¹ provenant de chaque cas et d'analyser les échantillons dans un laboratoire accrédité par l'OMS.

Conclusions et recommandations

Conclusions

En vue de briser les dernières chaînes de transmission, l'information provenant des laboratoires est déterminante pour identifier les derniers foyers de poliovirus sauvage et cibler ainsi les activités de vaccination supplémentaires. Le réseau de laboratoires a détecté 6 géotypes circulants de poliovirus (type 1 géotypes NEAF, SOAS et WEAFF-B; type 3 géotypes WEAFF-B, SOAS et EAAF) entre 2003 et 2004. Il a également confirmé la présence des poliovirus sauvages dans 19 pays dont 6 seulement considérés comme des pays d'endémie; 12 pays ont enregistré des cas de poliomyélite provoqués par des virus provenant de réservoirs situés au nord du Nigéria et 1 pays a signalé un cas unique lié à un virus importé de l'Inde.

Le réseau de laboratoires de la poliomyélite a atteint un niveau remarquable de qualité: 96% des 145 laboratoires ont été entièrement accrédités par l'OMS et toutes les normes de qualité des résultats ont été respectées ou dépassées. A la suite d'une activité de surveillance accrue, on a constaté une augmentation significative de la charge de travail dans les principaux laboratoires desservant les derniers pays et foyers d'endémie. Malgré cela, les laboratoires ont continué d'améliorer les délais de notification. La demande concernant la notification rapide des données relatives à la séquence moléculaire a également augmenté de façon spectaculaire, mais les laboratoires de séquençage ont continué à répondre à ces demandes croissantes en fournissant un abondant volume d'informations détaillées pour une action programmatique. Si les résultats des laboratoires sont excellents, d'autres améliorations peuvent encore être apportées en ce qui concerne la rapidité de leur communication. Il s'agit notamment de réduire les retards dus à des problèmes d'acheminement des échantillons et des isolements aux laboratoires de référence et les délais de notification concernant les échantillons et les isolements prioritaires.

Recommandations

Accroître la rapidité de la détection des poliovirus

1. Pour réduire le plus possible des retards liés à l'acheminement des isolements de poliovirus aux laboratoires de référence pour la différenciation intratypique entre poliovirus sauvages et dérivés de souche vaccinale, le transfert de technologies aux laboratoires clés devrait être poursuivi et étendu. Le transfert de technologies doit viser à effectuer l'isolement du virus et la différenciation intratypique dans le même établissement. En particulier, l'amélioration des laboratoires de la poliomyélite à l'Université d'Ibadan, Ibadan (Nigéria) et à l'Institut Pasteur à

¹ Au moins deux échantillons coprologiques recueillis à 1-2 jours d'intervalle et dans les 14 jours suivant le début de la paralysie.

to full ITD capacity should be completed as soon as possible, and by mid-2005 at the latest.

2. The "hot AFP case" concept as a means of identifying highest priority samples for rapid processing and reporting of laboratory results should be adopted, with continuing evaluation of its impact. Cases should be labelled as hot AFP cases by field surveillance personnel, based on epidemiology criteria (e.g. case has asymmetric paralysis, rapid onset of fever, no or incomplete history of polio vaccination, is aged under 2 years and/or belongs to a high-risk group or geographical area). Experiences gained with this approach in the WHO Eastern Mediterranean Region should be transferred to the African Region by the end of 2004. The WHO European Region should document its experiences using its hot case methodology to determine its potential benefit to other non-endemic regions.

3. The network should evaluate new technological approaches for detection of poliovirus infections to reduce the time for providing laboratory results and to prepare for the post-OPV era. Evaluation should focus on three main approaches:

- a. Direct detection of polioviruses by polymerase chain reaction (PCR), and rapid culture followed by PCR.
- b. Development of PCR primers in addition to those used in the current diagnostic PCR, such as "Sabin REC" primers and genotype-specific wild poliovirus primers.
- c. Poliovirus serology for detection of anti-poliovirus IgM.

Development of other technologies should also be continued and encouraged, priority being given to the development of standardized and validated methods enabling the efficient detection and characterization of vaccine-derived polioviruses (VDPVs) in clinical specimens and environmental samples.

OPV cessation and policy development

4. The Polio eradication initiative should take every opportunity to engage the broader scientific and public health communities in discussion and technical assessment of key elements of strategies being developed for OPV cessation. As a first step, a draft of the proposed third edition of the *WHO global action plan for laboratory containment of polioviruses* should be widely distributed for discussion and comment before the end of 2004.
5. Key technical and operational strategies should be developed to achieve laboratory containment of OPV infectious materials. These strategies should be incorporated into the third edition of the *WHO global action plan for laboratory containment of polioviruses*. Particular attention should be given to outlining an effective and achievable approach for containment of OPV potentially infectious materials in the period immediately following OPV cessation.
6. WHO activities to develop model legislation for containment of wild and vaccine polioviruses should be contin-

Dakar (Sénégal) pour leur permettre d'assurer une différenciation intratypique complète, devrait être menée à bien le plus rapidement possible et au plus tard à la mi-2005.

2. La notion de cas PFA prioritaires pour identifier les échantillons devant faire l'objet d'un traitement au laboratoire et d'une notification rapides des résultats doit être adoptée et les effets de cette méthode doivent être évalués en permanence. Les cas doivent être considérés comme prioritaires par le personnel de surveillance sur le terrain sur la base des critères épidémiologiques (par exemple, paralysie asymétrique, apparition brutale de la fièvre, vaccination antipoliomyélitique absente ou incomplète, sujet âgé de moins de 2 ans et/ou appartenant à un groupe ou à une zone géographique à haut risque). L'expérience acquise grâce à cette approche dans la Région de la Méditerranée orientale doit être transmise à la Région africaine d'ici la fin de 2004. La Région européenne de l'OMS devrait faire part de son expérience de l'utilisation de cas «chauds» pour déterminer les avantages potentiels que cette méthode pourrait présenter pour les autres Régions exemptes de l'endémie.

3. Le réseau doit évaluer de nouvelles approches technologiques pour la détection des infections à poliovirus afin de réduire les délais nécessaires pour fournir les résultats des laboratoires et préparer la période suivant l'arrêt de la vaccination par le VPO. L'évaluation doit mettre l'accent sur trois grands axes:

- a. Détection directe des poliovirus par PCR et mise en culture rapide suivie de PCR.
- b. Mise au point de nouvelles amorces, en plus de celles actuellement utilisées pour le diagnostic de PCR, telles que les amorces «Sabin REC» et les amorces spécifiques de séquences de poliovirus sauvage.
- c. Sérologie de la poliomyélite pour le dépistage des IgM antipoliiovirus.

La mise au point d'autres technologies doit également être poursuivie et encouragée en donnant la priorité à la mise au point de méthodes normalisées et validées permettant la détection efficace et la caractérisation des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale dans les échantillons cliniques et environnementaux.

Arrêt de la vaccination par le VPO et élaboration de la politique à suivre à cet égard

4. L'Initiative de l'éradication de la poliomyélite doit saisir chaque occasion qui lui est donnée d'associer au sens large les communautés scientifique et de santé publique à l'examen et à l'évaluation technique des éléments clés des stratégies mises au point pour l'arrêt de la vaccination par le VPO. Comme première étape, un projet de troisième édition du *Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement en laboratoire des poliovirus* devrait être largement diffusé pour stimuler la discussion et susciter des observations avant la fin de 2004.
5. Des stratégies techniques et opérationnelles clés doivent être mises au point pour permettre le confinement au laboratoire des matériels infectieux contenant du VPO. Ces stratégies doivent être incorporées à la troisième édition du *Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement en laboratoire des poliovirus*. On veillera en particulier à définir une approche efficace et réalisable pour le confinement des matériels potentiellement infectieux contenant du VPO dans la période suivant immédiatement l'arrêt de la vaccination par le VPO.
6. Les activités de l'OMS visant à mettre au point une législation type concernant le confinement des poliovirus sauvages et de

ued. Once complete, Member States should be encouraged to adopt appropriate legal instruments to ensure full implementation of containment requirements.

7. Establishment of a database of genetic characteristics of poliovirus strains used in vaccine production should be continued and completed by the end of 2005.
8. Given the continued requirement for high-quality poliovirus surveillance after OPV cessation, WHO should establish a working group, including both laboratory and epidemiology experts, to consider post-OPV cessation surveillance requirements and develop plans of action for continued laboratory network activities and continued provision of network needs.
9. Following experience gained through the smallpox eradication programme, WHO should develop an agenda for addressing remaining poliovirus research issues. Priority should be given to identifying and addressing research directed at resolving any current programmatic issues (e.g. VDPVs), but mid- to long-term research needs should also be considered. WHO should actively promote the research agenda, particularly for the resolution of current programmatic issues.
10. While maintaining polio eradication as their highest priority, WHO regional offices, in collaboration with headquarters, should begin the process of encouraging Member States and partners to progressively accept ownership of all polio network laboratories. This will include developing a strategy to persuade Member States and partners to commit to providing increased support and accept increasing responsibility for laboratory activities, functions and requirements over the next 5–10 years. ■

souche vaccinale doivent être poursuivies. Une fois qu'elle sera en place, les États Membres devront être encouragés à adopter les instruments juridiques appropriés pour assurer la pleine application des normes de confinement.

7. La mise sur pied d'une base de données des caractéristiques génétiques des souches de poliovirus utilisées dans la production de vaccins doit être poursuivie et achevée d'ici la fin 2005.
8. Comme une surveillance de qualité des poliovirus devra être maintenue après l'arrêt de la vaccination, l'OMS doit mettre sur pied un groupe de travail comprenant aussi bien des experts du travail en laboratoire que des épidémiologistes pour examiner les exigences de surveillance après l'arrêt de la vaccination et mettre au point des plans d'action permettant de poursuivre les activités du réseau de laboratoires et continuer de répondre aux besoins de ce réseau.
9. Compte tenu de l'expérience acquise dans le cadre du programme d'éradication de la variole, l'OMS devrait élaborer un programme pour régler les questions relatives à la recherche sur le poliovirus, encore en suspens. La priorité devrait être donnée à la définition et à la réalisation de travaux de recherche visant à résoudre les éventuels problèmes programmatiques actuels (par exemple, les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale), mais il faudrait aussi envisager les besoins en matière de recherche à moyen et à long terme. L'OMS devrait activement promouvoir le programme de recherche, en particulier pour régler les questions programmatiques actuelles.
10. Tout en maintenant l'éradication de la poliomyélite comme priorité absolue, les bureaux régionaux de l'OMS, en collaboration avec le Siège, devraient engager le processus visant à encourager les États Membres et les partenaires à progressivement s'occuper eux-mêmes de l'ensemble des laboratoires du réseau de lutte contre la poliomyélite. Il s'agira notamment d'élaborer une stratégie pour convaincre les États Membres et les partenaires de s'engager à fournir un appui plus important et à accepter une responsabilité croissante s'agissant des activités de laboratoire, des fonctions et des besoins au cours des 5 à 10 prochaines années. ■

Food safety regulators meet in Bangkok, Thailand¹

Faced with an increasing global burden of foodborne disease, more than 300 food safety regulators from over 100 countries gathered in Bangkok for the Second Global Forum of Food Safety Regulators from 12 to 14 October 2004.² The largest-ever meeting of its kind, the Forum brought together regulators from the health, agriculture and trade sectors. During the three days, participants worked to develop a common understanding of how to strengthen food safety systems to better address increasingly complex foodborne threats to public health and safe food supplies.

Each year, unsafe food causes disease in at least 2 billion people worldwide and may result in death. While some countries have made great strides in controlling the food-

Les responsables de la sécurité sanitaire des aliments réunis à Bangkok, Thaïlande¹

Face au développement croissant des maladies d'origine alimentaire, plus de 300 responsables d'une centaine de pays se sont réunis à Bangkok à l'occasion du deuxième Forum mondial des responsables de la sécurité sanitaire des aliments, du 12 au 14 octobre 2004.² Il s'agit de la plus grande réunion de ce type jamais organisée qui a rassemblé les responsables de la réglementation dans les secteurs de la santé, de l'agriculture et du commerce. Au cours de ces trois jours, les participants ont tenté de parvenir à une perception commune de la manière de renforcer les systèmes de sécurité sanitaire des aliments pour faire face aux menaces toujours plus complexes pesant sur la santé publique et les approvisionnements en denrées alimentaires saines.

Chaque année, les aliments qui ne sont pas sûrs provoquent des maladies chez au moins 2 milliards de personnes, entraînant parfois la mort. Bien que certains pays aient fait de grands progrès

¹ For more information on food safety issues, please consult the web site of the WHO Food Safety Department: <http://www.who.int/foodsafety/en/>

² Global Forum web site: http://www.foodsafetyforum.org/global2/index_en.asp

¹ Pour de plus amples informations concernant la sécurité sanitaire des aliments, prière de voir le site web du Département Sécurité sanitaire des aliments à l'OMS: <http://www.who.int/foodsafety/en/>

² Site web du Forum mondial: http://www.foodsafetyforum.org/global2/index_en.asp

borne disease burden, globally this number is growing. Large foodborne disease outbreaks often receive the most media attention, but the greater part of the foodborne disease burden is linked to the many single cases occurring in all countries of the world. For example, some 700 000 people die every year in Asia alone as a result of individual cases of food- and waterborne disease that most often do not appear in press headlines. Many more people suffer long-term disability.

The burden of death and disease caused by foodborne hazards is vast, and yet better organization and communication between authorities along the entire food chain and with consumers could significantly reduce it, making food safer for consumers around the world. There are many threats to the safety of the world's food supply, from the farmer's field to the consumer's table. Food safety regulators of the world need to intensify their collaboration to lessen the burden caused by foodborne diseases. The Bangkok meeting is expected to contribute to strengthening efforts to implement more effective food control systems in all countries so as to better protect consumer health as well as minimize costs to farmers, food processors and retailers.

Threats to food can come from many sources: primary production, improper handling and storage; improper preparation and cooking in the home or in other places where food is consumed. Too often, these threats — their origins, extent and gravity — and the consequences for human health are inadequately addressed and managed by the various national and international authorities responsible for monitoring and regulating food production.

The First Global Forum of Food Safety Regulators, which took place in Marrakech, Morocco, in January 2002, was attended by representatives from 110 countries. It laid the foundation for improved cooperation in the global effort to protect the quality and safety of the world's food supply. Lowering the burden of foodborne diseases and making food safer and more fit for local and international trade depends on improving food control systems and establishing effective surveillance mechanisms. The Second Forum has addressed these areas of concern.

In-depth discussions focused on defining the responsibilities and tasks of different groups involved in assuring food safety and on the role of the food industry and trade organizations in applying food quality and safety assurance systems. The implementation of the Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP) system to improve food safety is one example. Other areas related to food control systems include developing effective import and export controls and certification mechanisms. Epidemiological surveillance and rapid alert systems to more effectively track and prevent the spread of foodborne diseases also need to be created.

The Forum saw the launch of several major initiatives led by the Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)³ and WHO. One such specific initiative is a

dans la lutte contre les maladies transmises par les aliments, le nombre des cas continue de croître à l'échelle mondiale. Alors que ce sont surtout les grandes épidémies qui retiennent l'attention du public, le gros de la charge est associé aux nombreux cas isolés survenant dans tous les pays du monde. En Asie seulement, par exemple, environ 700 000 personnes meurent chaque année de toxoinfections isolées liées aux aliments et à l'eau, qui le plus souvent ne paraissent pas à la une des journaux. Un plus grand nombre encore de personnes souffrent d'effets à long terme sur la santé.

Les maladies d'origine alimentaire représentent une charge énorme que l'on pourrait pourtant réduire en améliorant l'organisation et la communication entre les autorités et les consommateurs tout au long de la chaîne alimentaire, ce qui rendrait les aliments plus sûrs pour tous les consommateurs du monde. De nombreuses menaces pèsent sur la sécurité sanitaire de l'approvisionnement alimentaire mondial, depuis l'exploitation de l'agriculteur jusqu'à la table du consommateur. Les responsables de la sécurité sanitaire des aliments doivent renforcer leur collaboration pour atténuer la charge des maladies d'origine alimentaire. La réunion de Bangkok doit permettre d'intensifier les efforts pour mettre en place des systèmes de contrôle plus efficaces dans tous les pays, de façon à mieux protéger la santé du consommateur et à réduire les coûts pour les exploitants agricoles, l'industrie de transformation et les revendeurs.

Les aliments sont menacés pour de nombreuses raisons: production primaire, mauvaise manipulation et conservation des aliments, préparation et cuisson inadaptées dans les familles et les autres endroits où l'on consomme la nourriture. Trop souvent, les autorités nationales et internationales responsables du contrôle et de la réglementation de la production alimentaire ne se préoccupent pas suffisamment de toutes ces menaces, du point de vue de leur origine, de leur ampleur ou de leur gravité, ni de leurs conséquences pour la santé humaine.

Le premier Forum mondial des responsables de la sécurité sanitaire des aliments, qui a eu lieu à Marrakech (Maroc) en janvier 2002 et à laquelle ont participé des représentants de 110 pays, a jeté les bases d'une meilleure coopération pour protéger la qualité et la sécurité sanitaire de l'approvisionnement alimentaire mondial. C'est l'amélioration des systèmes de contrôle et la mise en place de dispositifs efficaces de surveillance qui permettront de diminuer la charge des maladies d'origine alimentaire, rendront les aliments plus sûrs et faciliteront leur commerce au niveau local et international. Le Forum de Bangkok s'est penché sur ces questions.

Les discussions approfondies se sont focalisées sur la définition des responsabilités et des tâches réservées aux différents groupes impliqués dans la sécurité sanitaire des aliments et sur le rôle de l'industrie agro-alimentaire et des organisations commerciales dans l'application des systèmes d'assurance de la qualité et de la sécurité des aliments. Un exemple en est la mise en place du système d'analyse des risques – maîtrise des points critiques (HACCP) pour améliorer la sécurité. D'autres domaines d'application concernent l'instauration de contrôles efficaces à l'importation et à l'exportation et la mise en place de mécanismes de certification. Il faudra également créer des systèmes de surveillance épidémiologique et d'alerte rapide pour déceler et éviter plus efficacement la propagation de ce type de maladies.

L'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO)³ et l'OMS ont lancé plusieurs initiatives importantes lors de ce Forum. L'une d'entre elles est un nouveau réseau mondial

³ Food and Agriculture Organization of the United Nations web site: <http://www.fao.org>

³ Site web de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture: <http://www.fao.org>

new global network of all food safety authorities, which has generated major interest among Member States. To date, 102 countries have registered as participants in the International Food Safety Authorities Network (INFOSAN), which should improve the ability of countries and authorities to respond jointly to food-related emergencies.

The Second Global Forum is further testimony to the importance that national and international authorities are according to food quality and safety. One example of the assistance provided to developing countries to help to build their capacity in food safety regulation was the launch earlier this year in Paris, France, of the Standards and Trade Development Facility (STDF) by five international organizations comprising, in addition to FAO and WHO, the World Bank, the World Organisation for Animal Health and the World Trade Organization. ■

rassemblant les autorités en matière de sécurité sanitaire des aliments, qui a suscité un grand intérêt de la part des Etats-Membres. A ce jour, 102 pays y participent. Le Réseau international des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments (INFOSAN) permettra aux pays et à leurs autorités de mieux réagir conjointement aux urgences concernant les denrées alimentaires.

Ce deuxième Forum mondial témoigne de l'importance que les autorités nationales et internationales accordent à la qualité et à la sécurité des aliments. Un exemple du soutien apporté aux pays en développement pour les aider à renforcer leurs capacités dans le domaine de la réglementation des aliments est le Mécanisme pour l'élaboration des normes et le développement du commerce (*Standards and Trade Development Facility*, STDF) lancé cette année à Paris (France) par cinq organisations internationales comprenant, outre la FAO et l'OMS, la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la Santé animale et l'Organisation mondiale du Commerce. ■

Voyages internationaux et santé 2004 – Nouveau site web en français

Merci de bien vouloir noter que la version électronique de *Voyages internationaux et santé 2004* est désormais disponible **en français** à l'adresse suivante: www.who.int/ith/

Ce site web donne des renseignements sur l'ensemble des risques pour la santé que l'on peut rencontrer dans certains endroits et qui peuvent être associés à différents types de voyages – voyages d'affaires ou d'agrément, missions humanitaires, randonnées ou expéditions. L'information est destinée à aider le corps médical à prendre pleinement conscience des risques potentiels et à fournir des conseils judicieux, qu'il s'agisse des vaccinations recommandées, de la protection contre les insectes et autres vecteurs de maladies, ou de la sécurité dans divers environnements.

Le lecteur trouvera par exemple des informations sur les moyens simples permettant d'atténuer les effets du décalage horaire, les facteurs qui influent sur l'efficacité des moustiquaires et des conseils sur le traitement des diarrhées. L'accent est mis sur la responsabilité qui incombe au voyageur de se renseigner, d'être conscient des risques et de prendre les précautions nécessaires avant, pendant et après le voyage. Dans la mesure du possible, l'information sur des risques sanitaires spécifiques, notamment ceux liés aux maladies infectieuses, est présentée sous une forme facilement accessible aux voyageurs intéressés et aux profanes. La valeur pratique de ces informations est encore renforcée par de nombreuses cartes, des tableaux, des listes et des mises en garde claires.

Afin de tenir compte des besoins des voyageurs contemporains, ce site comporte un chapitre sur les aspects sanitaires des voyages aériens, en particulier ceux des vols long-courriers, et des informations plus détaillées sur les risques pour la santé liés à l'environnement, comme ceux associés aux aliments ou aux eaux de baignade. L'information sur les maladies infectieuses présentant un risque potentiel pour les voyageurs a par ailleurs été considérablement étoffée. On trouvera, pour plus de 30 maladies, l'agent causal, le mode de transmission, les caractéristiques cliniques, la répartition géographique, les risques pour les voyageurs, et les mesures préventives.

Le site comprend également la liste traditionnelle par pays des vaccinations exigées, ainsi que des informations utiles sur la situation du paludisme, pour chaque pays ou territoire dans le monde.

Une section «Quoi de neuf en 2004?» oriente directement vers les changements récents.

L'édition 2004 n'est disponible qu'en ligne, afin de permettre des mises à jour régulières, avec en particulier un lien direct vers les pages relatives aux flambées épidémiques récentes.

L'édition 2005, qui sera imprimée au cours du premier trimestre 2005, reprendra toutes les mises à jour du site web. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 8 to 14 October 2004 / Notifications de maladies reçues du 8 au 14 octobre 2004

Cholera / Choléra		Guinea / Guinée		Yellow fever / Fièvre jaune	
Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès	Asia / Asie	Cases / Deaths Cas / Décès	Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès
Chad / Tchad	15-26.IX 214	India/Inde	20.IX-3.X 136	Burkina Faso	1.I-29.VIII 9
Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo	9.VIII-3.X 471		1.VI-28.VIII 1783		2
	1		3		
	24				

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

WHO web sites on infectious diseases – updated on 15 October 2004*
Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses – mis à jour le 15 octobre 2004*

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://who.int/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/topics	La santé de A à Z
*Influenza network (FluNet)	http://who.int/flunet	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illnesses	http://www.who.int/chd/	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
<i>International travel and health</i>	http://www.who.int/ith/	<i>Voyages internationaux et santé</i>
Intestinal parasites	http://www.who.int/wormcontrol/	Parasites intestinaux
*Leishmaniasis	http://www.who.int/leishmaniasis	*Leishmaniose
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 (RABNET)	http://www.who.int/rabies	Réseau rage (RABNET)
<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 http://www.stoptb.org	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/whopes	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre, Tunis	http://wmc.who.int	Centre méditerranéen de l'OMS, Tunis