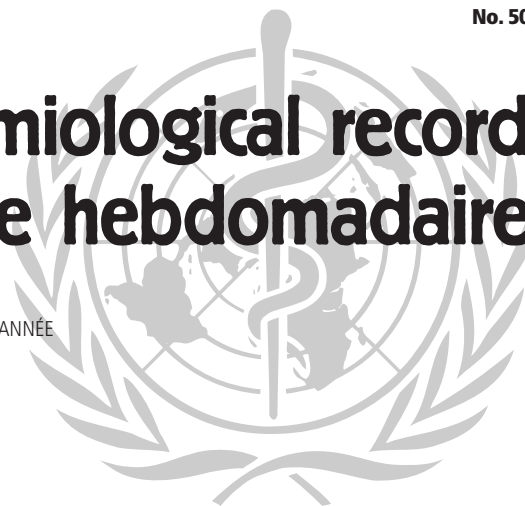


# Weekly epidemiological record

## Relevé épidémiologique hebdomadaire

10 DECEMBER 2004, 79th YEAR / 10 DÉCEMBRE 2004, 79<sup>e</sup> ANNÉE

No. 50, 2004, 79, 441–452

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

### Contents

- 441 Outbreak News:
  - Cholera, Nigeria
- 441 Global situation of the HIV/AIDS epidemic, end 2004
- 449 Two AIDS medicines back on WHO prequalification list
- 450 Influenza
- 451 WHO web sites on infectious diseases
- 452 Renewal of paid subscriptions
- 452 International Health Regulations

### Sommaire

- 441 Le point sur les épidémies:
  - Choléra, Nigéria
- 441 Le point sur l'épidémie de VIH/SIDA dans le monde, fin 2004
- 449 Retour de deux médicaments antiSIDA sur la liste des médicaments préselectionnés de l'OMS
- 450 Grippe
- 451 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses
- 452 Renouvellement des abonnements payants
- 452 Règlement sanitaire international

### ★ OUTBREAK NEWS

#### Cholera, Nigeria

On 3 December 2004, WHO received reports from the Nigerian Federal Ministry of Health of a total number of 1616 cases and 126 deaths. Kano State reported 1316 cases and 76 deaths (case-fatality rate, 5.8%) between 15 October and 23 November 2004 and Edo State reported 300 cases and 50 deaths (case-fatality rate 16.7%) from 16 September to 18 November 2004. In both states, *Vibrio cholerae* was laboratory confirmed.

In Kano State, 20 local government areas have been affected, with the case-fatality rate highest among people aged under 2 years and over 60 years. While there are widespread water shortages in metropolitan local government areas, many of the water sources that do exist are not safe.

WHO assisted the Federal Ministry of Health with surveillance activities and supplies of antisera. Médecins Sans Frontières has also been assisting control efforts in Edo State. Cases appear to be decreasing in both states. ■

#### Global situation of the HIV/AIDS<sup>1</sup> epidemic, end 2004

WHO and UNAIDS have estimated that, at the end of 2004, the total number of people living with the HIV/AIDS (PLWHA) will be 39.4 million (35.9–44.3 million)<sup>2</sup> (Map 1), corresponding to an HIV prevalence of about 1% among people aged 15–49 years worldwide. HIV prevalence has increased gradually since 1990, but has slowed since the late 1990s (Fig. 1).

During 2004, almost 5 million people (4.3–6.4 million) became infected with HIV,

<sup>1</sup> HIV/AIDS: human immunodeficiency virus/ acquired immunodeficiency syndrome.

<sup>2</sup> Ranges in parentheses throughout are uncertainty ranges.

### ★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

#### Choléra, Nigéria

Le 3 décembre 2004, l'OMS a reçu du Ministère fédéral nigérien de la Santé des informations faisant état de 1616 cas et 126 décès au total. L'État de Kano a déclaré 1316 cas et 76 décès (taux de létalité 5,8%) du 15 octobre au 23 novembre 2004 et l'État d'Edo 300 cas et 50 décès (taux de létalité 16,7%) du 16 septembre au 18 novembre 2004. Dans ces deux États, la présence de *Vibrio cholerae* a été confirmée au laboratoire.

Dans l'État de Kano, 20 districts locaux ont constaté le taux de létalité le plus élevé chez les moins de deux ans et les plus de 60 ans. Beaucoup de districts locaux métropolitains souffrent d'une grave pénurie d'eau, et les sources d'eau qui existent ne sont souvent pas sûres.

L'OMS a aidé le Ministère fédéral de la Santé par des activités de surveillance et la fourniture d'antisérum. Médecins Sans Frontières a également participé aux efforts de lutte dans l'État d'Edo. Le nombre de nouveaux cas semble en diminution dans les deux États. ■

#### Le point sur l'épidémie de VIH/SIDA<sup>1</sup> dans le monde, fin 2004

Selon les estimations de l'OMS et de l'ONUSIDA, il y aura au total 39,4 millions de personnes vivant avec le virus du VIH/SIDA à la fin de 2004 (35,9–44,3 millions)<sup>2</sup> (Carte 1), soit une prévalence du VIH de 1% environ chez les personnes de 15 à 49 ans dans le monde. La prévalence du VIH a augmenté progressivement depuis 1990, mais le rythme s'est ralenti depuis la fin des années 90 (Fig. 1).

En 2004, près de 5 millions de personnes (4,3–6,4 millions) ont été contaminées par le VIH,

<sup>1</sup> VIH/SIDA: virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise.

<sup>2</sup> Les chiffres entre parenthèses représentent les intervalles de sécurité.

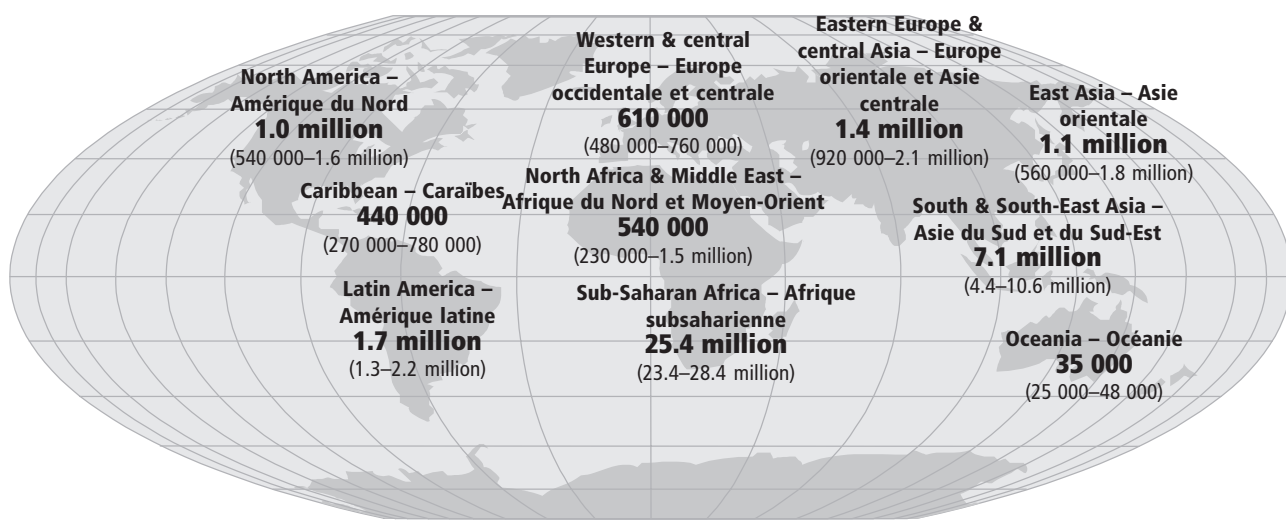
WORLD HEALTH  
ORGANIZATION  
Geneva

ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ  
Genève

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

5.500 12.2004  
ISSN 0049-8114  
Printed in Switzerland

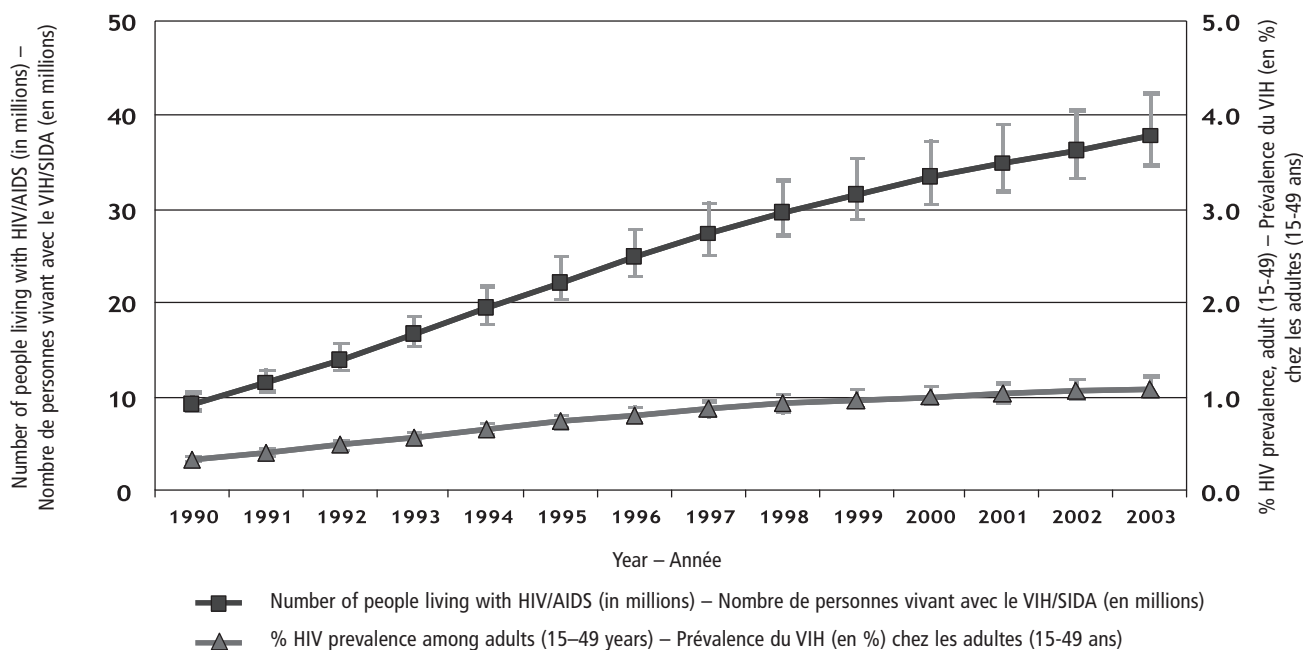
Map 1 **Number of adults and children estimated to be living with HIV/AIDS at the end of 2004**  
 Carte 1 **Estimation du nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2004**



**Total: 39.4 (35.9–44.3) million – Total: 39,4 (35,9–44,3) millions**

Source: UNAIDS/WHO, December 2004 – ONUSIDA/OMS, décembre 2004

Fig. 1 **Global AIDS epidemic 1990–2003**  
 Fig. 1 **Épidémie mondiale de SIDA, 1990–2003**



Source: UNAIDS/WHO, 2004 – ONUSIDA/OMS, 2004

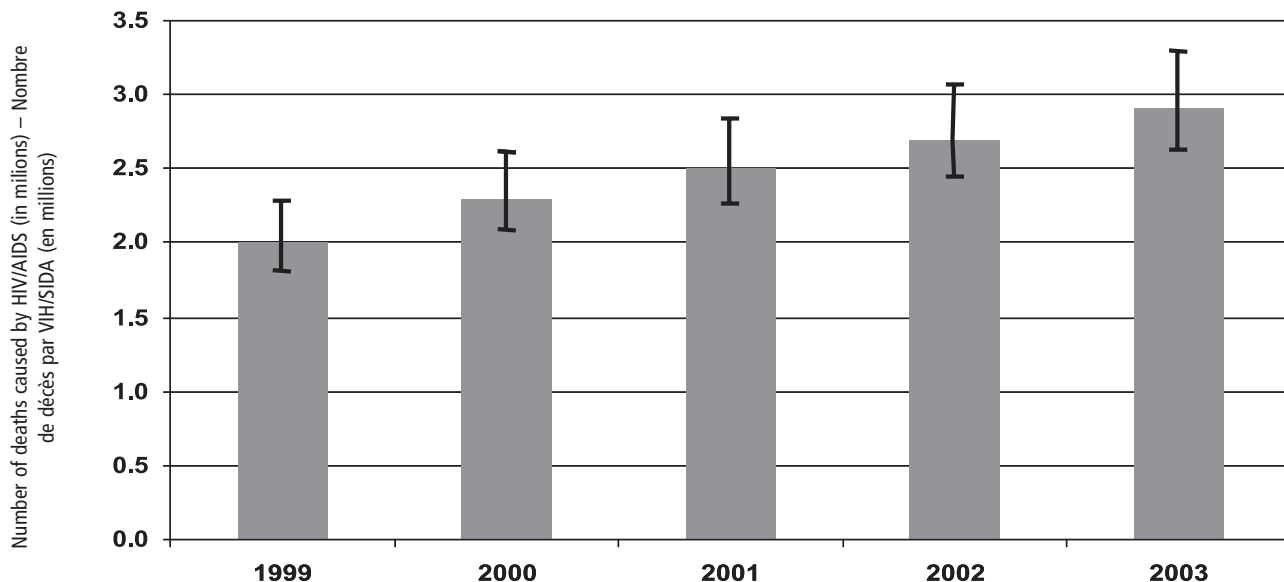
700 000 of whom are aged <15 years. HIV infection is unequally distributed between men and women, with large variations between the different regions. The global HIV/AIDS epidemic killed around 3 million (2.8–3.5 million) people in 2004. Most infection occurs in low-income countries. Deaths among adults represented an estimated 80% of total deaths caused by HIV in 2003. HIV/AIDS continued to be the leading cause of death in sub-Saharan Africa and

dont 700 000 enfants de moins de 15 ans. La répartition par sexe est inégale et on note d'importantes variations entre les régions. Quelque 3 millions de personnes (2,8–3,5 millions) sont mortes du SIDA en 2004. L'infection touche surtout les pays à revenu faible et intermédiaire. Selon les estimations, les décès d'adultes représentaient 80% du nombre total de décès par SIDA en 2003. Le VIH/SIDA restait la principale cause de décès en Afrique subsaharienne et la quatrième à l'échelle mondiale. A cause de la nature de l'épidémie et

the fourth leading cause of death worldwide. Given the nature of the epidemic and the low coverage of antiretroviral therapy (ART) in developing countries, mortality has been increasing in the past 5 years (Fig. 2).

de la faible couverture par le traitement antirétroviral (ART) dans les pays en développement, la mortalité a augmenté ces 5 dernières années (Fig. 2).

Fig. 2 **Estimated number of deaths from AIDS globally, 1999-2003**  
 Fig. 2 **Nombre estimatif de décès par SIDA dans le monde, 1999-2003**



Source: UNAIDS/WHO, December 2004 – ONUSIDA/OMS, décembre 2004

## Regional trends

**Sub-Saharan Africa.** This remains by far the hardest-hit region, with 25.4 million (23.4–28.4 million) PLWHA at the end of 2004, compared with 24.4 million (22.5–27.3 million) in 2002. Just under two thirds (65%) of the world's PLWHA are in sub-Saharan Africa. Furthermore, more than three quarters (76%) of all women living with HIV/AIDS are in this region.

Epidemics in sub-Saharan Africa generally appear to be stabilizing, with HIV prevalence at around 7.5% for the entire region. Adult HIV prevalence has remained more or less stable in recent years. However, stabilization does not necessarily mean that the epidemic is decreasing; on the contrary, it can disguise the worst phases of an epidemic, when approximately equally large numbers of people are being newly infected with HIV and are dying of HIV/AIDS. Beneath the apparent constancy of steady prevalence levels lies a devastating reality – especially in southern Africa – where one third of all the deaths caused by HIV/AIDS in the world occur. Conversely, epidemics in Africa are diverse, both in terms of the scale and the pace at which they are evolving. There is no single “African” epidemic. Some urban parts of eastern Africa show modest declines in HIV prevalence among pregnant women, while prevalence levels in west and central Africa remained steady and lower than in the rest of sub-Saharan Africa. However, national HIV/AIDS data hide much higher levels of infection in some parts of countries.

HIV infection is becoming endemic in sub-Saharan Africa. Unfortunately, southern Africa offers only faint hints of

## Tendances régionales

**Afrique subsaharienne.** Cette région reste de loin la plus touchée: on y recense 25,4 millions (23,4-28,4 millions) de personnes vivant avec le VIH/SIDA à la fin de 2004, contre 24,4 millions (22,5-27,3 millions) en 2002. Elle abrite un peu moins des deux tiers (65%) des porteurs du virus et plus des trois quarts (76%) des femmes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde.

Il semble que, d'une manière générale, les épidémies se stabilisent en Afrique subsaharienne. La prévalence du VIH avoisine 7,5% dans l'ensemble de la région. La prévalence chez les adultes est restée à peu près stable ces dernières années, mais cette stabilisation ne signifie pas forcément que l'épidémie marque le pas: bien au contraire, elle peut masquer les pires phases de l'épidémie – avec un nombre à peu près égal de nouvelles infections à VIH et de décès par VIH/SIDA. La régularité apparente des taux de prévalence cache une réalité désastreuse, surtout en Afrique australe, où se produisent un tiers des décès dus au VIH/SIDA dans le monde. Toutefois, les épidémies qui sévissent en Afrique diffèrent entre elles, du point de vue de leur échelle et du train auquel elles évoluent. On ne peut donc pas parler d'une épidémie «africaine» en général. La prévalence du VIH chez les femmes enceintes fléchit légèrement dans certaines zones urbaines d'Afrique orientale, alors qu'en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, elle reste stationnaire et inférieure à celle enregistrée dans le reste de l'Afrique subsaharienne. Mais les chiffres nationaux du VIH/SIDA masquent des taux bien plus élevés dans certaines parties des pays.

L'infection à VIH devient endémique en Afrique subsaharienne. Malheureusement, les signes d'une baisse imminente de la préva-

impending declines in HIV prevalence. This means that an estimated 11.4 million (10.5–12.6 million) people are living with HIV in these 9 countries – almost 30% of the global number of PLWHA in an area where only 2% of the world's total population resides.

While HIV prevalence measured at antenatal clinics has edged lower in parts of some countries and in specific age groups (for example, in Lilongwe, Malawi), there is no sign yet of an overall, national decline in any southern African country. There is no simple and reliable method to assess HIV incidence in sub-Saharan Africa. The closest proxy would be the HIV prevalence in 15–24 year-old pregnant women. In South Africa, infection levels continue to rise among that age group of women, while in the other countries of southern Africa, the indicator reveals little sign of change. According to the data reported by sentinel systems, all the countries in this subregion are showing either stable or increasing HIV prevalence rates.

**West Africa.** HIV/AIDS appears to have stabilized in most west African countries. The median HIV prevalence measured among women in 112 antenatal care clinics in the subregion remained at an average of 3–4% between 1997 and 2002. Overall, HIV prevalence is lowest in the Sahel countries and highest in Côte d'Ivoire and Nigeria. Nigeria has the third largest number of PLWHA in the world (after South Africa and India). Commercial sex work remains a major driver of west Africa's epidemics. Very high prevalence rates are found among female sex workers, even in countries where infection levels remain generally low among adults.

**Central Africa.** Cameroon and the Central African Republic are the hardest-hit countries, but here too HIV prevalence among pregnant women appears to have stabilized.

**Eastern Africa.** continues to show signs of a real decline in HIV infection levels. Uganda, where national prevalence fell from 13% in the early 1990s to 4.1% (2.8–6.6%) by the end of 2003, is the most notable. Comparisons of HIV prevalence among antenatal care clinic attendees across the subregion show a significant overall decline, from a median HIV prevalence of 12.9% (7.0–16.9%) in 1997–1998 to 8.5% (5.3–14.0%) in 2002. Kenya could be on a similar path. There, data from antenatal care clinics show median HIV prevalence dropping from 13.6% (12.2–27.1%) in 1997–1998 to 9.4% (6.6–14.3%) in 2002 and remained hardly unchanged in 2003. Figures for Burundi and Rwanda also suggest a decline in HIV prevalence, but this is based on limited data. Ethiopia's epidemic is most severe in urban areas, including in Addis Ababa, the capital city. However, there are encouraging signs that decline of HIV (first detected there in 1997) is continuing among pregnant women in the capital. It is much too early to claim that these recent declines herald a definitive reversal in these countries' epidemics and, furthermore, the need for treatment, care and support will continue to increase in the forthcoming years.

A recent analysis of trends provided by the antenatal care clinic sites and covering the past 5 years offers a clear idea of the situation in the subregions (*Fig. 3*).

Several countries have conducted national population-based surveys and several others are in progress or

lence du VIH sont timides en Afrique australe. On estime à 11,4 millions (10,5–12,6 millions) le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les neuf pays de cette région, soit 30% environ du nombre total de porteurs du virus sur la planète dans une région qui abrite seulement 2% de la population mondiale.

La prévalence du VIH enregistrée par les services prénatals a diminué par endroits dans certains pays et dans des tranches d'âge données (par exemple à Lilongwe, au Malawi), mais il n'y a encore aucun signe de décrue à l'échelle nationale dans les pays d'Afrique australe. Il n'existe pas de méthode simple et fiable pour mesurer l'incidence du VIH en Afrique subsaharienne. L'indicateur le plus proche serait la prévalence du VIH chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans. Or les taux d'infection continuent de grimper chez les femmes de cette tranche d'âge en Afrique du Sud, tandis que dans les autres pays d'Afrique australe, ils n'évoluent guère. Selon les données des systèmes sentinelles, les taux de prévalence du VIH restent stationnaires ou augmentent dans tous les pays de cette sous-région.

**Afrique de l'Ouest.** Il semble que le VIH/SIDA se soit stabilisé dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest. La prévalence médiane du VIH chez les femmes enregistrée dans 112 centres de soins prénatals de la sous-région est restée en moyenne de 3 à 4% entre 1997 et 2002. Dans l'ensemble, c'est dans les pays du Sahel que la prévalence est la plus faible, en Côte d'Ivoire et au Nigéria qu'elle est la plus forte. Le Nigéria est le troisième pays du monde où vit le plus grand nombre de porteurs du virus (après l'Afrique du Sud et l'Inde). La prostitution reste l'un des principaux moteurs des épidémies en Afrique de l'Ouest. Le taux de prévalence est très élevé chez les femmes qui se prostituent, même dans les pays où l'infection est généralement peu répandue chez les adultes.

**Afrique centrale.** Les pays les plus touchés sont le Cameroun et la République centrafricaine, mais il semble là encore que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes se soit stabilisée.

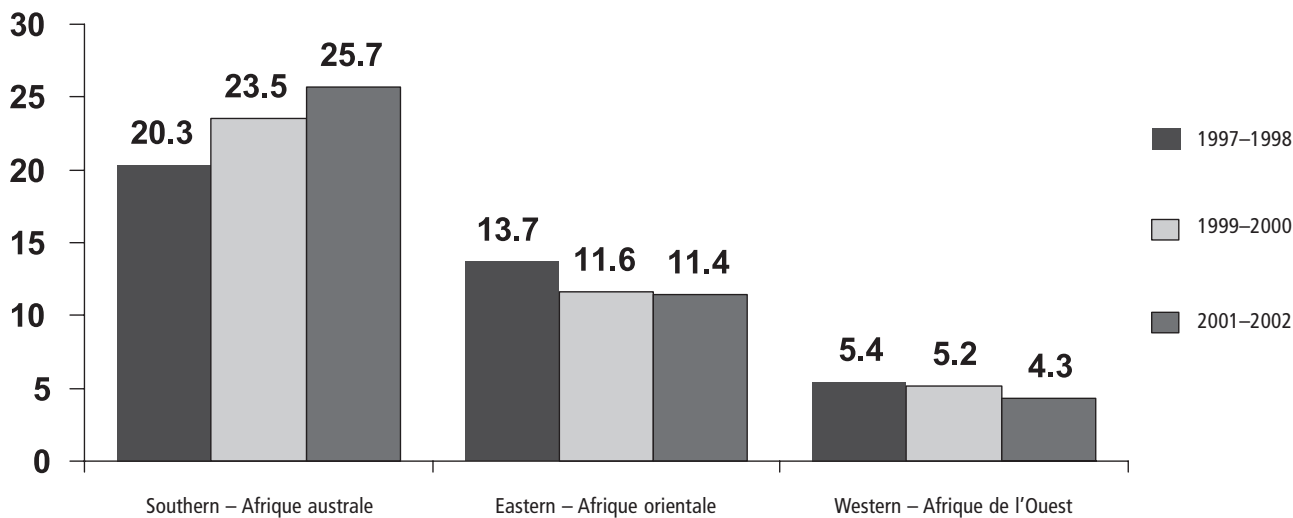
**Afrique orientale.** On continue d'observer les signes d'une baisse réelle des taux d'infection à VIH. L'exemple le plus notable est celui de l'Ouganda, où la prévalence nationale est passée de 13% au début des années 90 à 4,1% (2,8–6,6%) à la fin de 2003. La comparaison des taux de prévalence du VIH chez les femmes qui consultent les services de santé prénatals dans l'ensemble de la sous-région fait apparaître une diminution générale sensible: estimée à 12,9% (7,0–16,9%) en 1997–1998, la prévalence médiane n'était plus que de 8,5% (5,3–14,0%) en 2002. Il pourrait en être de même au Kenya, où, d'après les données des services prénatals, la prévalence médiane est passée de 13,6% (12,2–27,1%) en 1997–1998 à 9,4% (6,6–14,3%) en 2002 et n'a pratiquement pas changé en 2003. Les chiffres du Burundi et du Rwanda indiquent eux aussi une baisse de la prévalence du VIH, mais ils reposent sur des données limitées. En Ethiopie, c'est dans les villes que l'épidémie est la plus grave, notamment dans la capitale, Addis-Abeba. Il semblerait cependant que le VIH (dont le recul a été constaté pour la première fois en 1997) continue de perdre du terrain chez les femmes enceintes de la capitale. Il est encore bien trop tôt pour dire que les baisses enregistrées dernièrement augurent un repli définitif des épidémies dans ces pays et, par ailleurs, les besoins en matière de traitement, de soins et de soutien vont continuer de croître dans les années à venir.

Une récente analyse des tendances signalées par les services de soins prénatals pour les 5 dernières années permet de se faire une idée précise de la situation dans les sous-régions (*Fig. 3*).

Plusieurs pays ont réalisé des enquêtes nationales en population; d'autres sont en cours ou programmées pour les 5 prochaines

Fig. 3 Trends in median HIV prevalence (%) based on data from the same antenatal clinics for countries in Africa, by subregion, 1997–2002

Fig. 3 Tendances de la prévalence médiane du VIH (en %) d'après les données obtenues par les mêmes services prénatals dans les pays d'Afrique, par sous-région, 1997-2002



planned for the next few years. In most cases, these surveys are household based, and they obviously capture a much wider representation of the general population than do antenatal care clinics. They also provide information on HIV prevalence among men and non-pregnant women, and can provide better information for rural areas. The information collected in surveys contributes to improving national and regional estimates (Fig. 4). Generally, population-based surveys show somewhat lower HIV prevalence among adults than previously estimated from antenatal care clinic data. The main reason is that rural prevalence turns out to be lower in reality than previously estimated by antenatal clinic data.

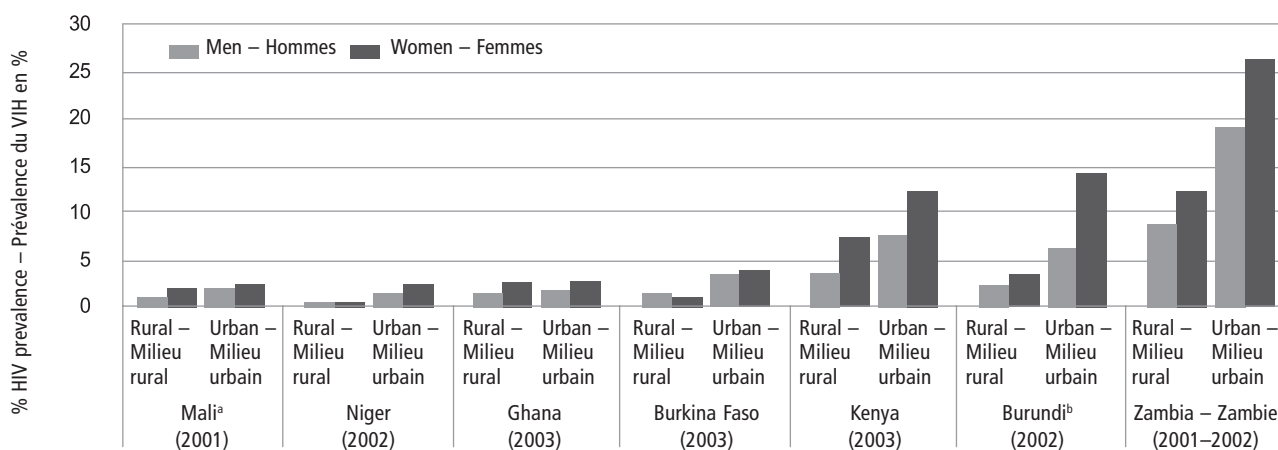
**Asia.** Although national HIV infection levels in Asia are low compared with other continents, notably Africa, the popu-

années. Il s'agit principalement d'enquêtes auprès des ménages, qui sont manifestement beaucoup plus représentatives de la population générale que les enquêtes dans les services de soins prénatals. Elles renseignent également sur la prévalence du VIH chez les hommes et chez les femmes qui ne sont pas enceintes et peuvent donner de meilleures indications sur les zones rurales. Les informations recueillies par enquête permettent d'affiner les estimations nationales et régionales (Fig. 4). D'une manière générale, les enquêtes en population donnent une prévalence du VIH légèrement moindre chez les adultes que celle calculée précédemment d'après les données des services prénatals. La principale raison en est que la prévalence en milieu rural s'avère plus faible en réalité que ne l'indiquaient les données des services prénatals.

**Asie.** Bien que les taux d'infection à VIH enregistrés au niveau national en Asie soient faibles comparés à ceux d'autres continents,

Fig. 4 HIV prevalence among 15–49 year-old men and women, in urban and rural areas, in selected sub-Saharan Africa countries, 2001–2003

Fig. 4 Prévalence du VIH chez les hommes et les femmes de 15 à 49 ans de milieu urbain et rural dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 2001-2003



<sup>a</sup> Population age for men is 15–59. – Tranche d'âge 15-59 ans pour les hommes.

<sup>b</sup> Population age is 15–54. – Tranche d'âge 15-54 ans.



lations of many Asian nations are so high that even low national HIV prevalence means that large numbers of people are living with HIV/AIDS. Latest estimates show some 8.2 million (5.4 million–11.8 million) people, of whom 2.3 million (1.5 million–3.3 million) were adult women living with HIV/AIDS by the end of 2004, and includes the 1.2 million (720 000–2.4 million) people who became newly infected in the past year. HIV/AIDS claimed some 540 000 (350 000–810 000) lives in 2004. Among young people aged 15–24 years, 0.3% of women (0.2–0.6%) and 0.4% of men (0.3–0.8%) were living with HIV/AIDS by the end of 2004.

Asia is not just vast but diverse, and HIV epidemics in the region share this diversity, with the nature, pace and severity of epidemics differing across the region.<sup>3</sup> Overall, Asian countries can be divided into several categories, according to the epidemics they are experiencing. While some countries were hit early (for example, Cambodia, Myanmar and Thailand), others are only now starting to experience rapidly expanding epidemics. They include Indonesia, Nepal, Viet Nam and several provinces in China. In Myanmar and in parts of India and China, HIV has become well entrenched in some sections of society, despite efforts to halt the virus' spread. Cambodia and Thailand are the only 2 countries in this region that have experienced signs of declining prevalence among women attending antenatal care clinics.

HIV has spread to all of China's 31 provinces, autonomous regions and municipalities. In some of them, such as Anhui, Henan and Shandong, an HIV already gained a grip a decade ago among rural people who sold blood plasma to supplement their incomes. More generally, injecting drug use and, to a lesser extent, commercial sex work, are the main drivers of HIV spread.

India's epidemic is even more diverse than China's. Serious epidemics are under way in states such as Maharashtra and Tamil Nadu (where an HIV prevalence of 50% was found among sex workers), while in the north-east (Manipur, for example), an epidemic driven by injecting drug use has continued for more than a decade and has acquired a firm presence among the wider population.

**Latin America and the Caribbean.** More than 1.7 million (1.3 million–2.2 million) people are living with HIV/AIDS in Latin America. In 2004, around 95 000 (73 000–120 000) people died of HIV/AIDS, and 240 000 (170 000–430 000) were newly infected. Among young people aged 15–24 years, an estimated 0.5% (0.4–0.9%) of women and 0.8% (0.6–1.3%) of men were living with HIV at the end of 2004. In the Caribbean, more than 440 000 (270 000–780 000) people are living with HIV, 53 000 (27 000–140 000) of whom acquired the virus in 2004. An estimated 36 000 (24 000–61 000) people died of HIV/AIDS during the same year. Among young people aged 15–24 years, an estimated 3.1% (1.6–8.3%) of women and 1.7% (0.9–4.6%) of men were living with HIV by the end of 2004.

With an average adult HIV prevalence of 2.3%, the Caribbean is the second most affected region in the world. National

notamment l'Afrique, beaucoup de pays d'Asie sont si peuplés que le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA est élevé même si la prévalence nationale du VIH est faible. D'après les dernières estimations, environ 8,2 millions (5,4 millions-11,8 millions) d'asiatiques, dont 2,3 millions (1,5 million-3,3 millions) de femmes adultes, vivent avec le VIH/SIDA en cette fin de 2004 et 1,2 million (720 000-2,4 millions) de personnes ont été contaminées au cours de l'année écoulée. Quelque 540 000 (350 000-810 000) personnes sont mortes du SIDA en 2004. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 0,3% des femmes (0,2-0,6%) et 0,4% des hommes (0,3-0,8%) vivaient avec le VIH/SIDA à la fin de 2004.

L'Asie est un continent à la fois vaste et varié, diversité qui caractérise aussi les épidémies d'infection à VIH dans la région: elles diffèrent de par leur nature, leur rythme et leur gravité.<sup>3</sup> En gros, les pays asiatiques peuvent être classés en plusieurs catégories selon le type d'épidémie qui y sévit. Certains pays ont été touchés de bonne heure (comme le Cambodge, le Myanmar et la Thaïlande) tandis que dans d'autres, l'épidémie démarre seulement maintenant et prend rapidement de l'ampleur. C'est le cas notamment en Indonésie, au Népal, au Viet Nam et dans plusieurs provinces chinoises. Au Myanmar et dans certaines parties de l'Inde et de la Chine, le VIH est désormais bien établi dans certains segments de la société malgré les efforts déployés pour endiguer la propagation du virus. Le Cambodge et la Thaïlande sont les deux seuls pays de la région où il semblerait que la prévalence faiblisse chez les femmes qui consultent les services prénatals.

Le VIH a gagné les 31 provinces, régions autonomes et municipalités de la Chine. Dans certaines d'entre elles, par exemple Anhui, Henan et Shandong, le VIH s'était déjà implanté il y a une dizaine d'années chez les habitants des zones rurales qui vendaient leur sang pour augmenter leurs revenus. Plus généralement, l'injection de drogues intraveineuses et, dans une moindre mesure, la prostitution, sont les principaux moteurs de l'épidémie.

En Inde, l'épidémie est plus inégale encore qu'en Chine. Des Etats comme le Maharashtra et le Tamil Nadu (où la prévalence du VIH atteint 50% chez les prostitué(e)s) sont en proie à de graves épidémies, tandis que dans le Nord-Est (Manipur, par exemple), une épidémie principalement imputable à l'injection de drogues persiste depuis plus d'une décennie et s'est fermement établie dans l'ensemble de la population.

**Amérique latine et Caraïbes.** Plus de 1,7 million (1,3 million-2,2 millions) de personnes vivent avec le VIH/SIDA en Amérique latine. En 2004, environ 95 000 (73 000-120 000) personnes sont mortes du SIDA et 240 000 (170 000-430 000) ont été contaminées par le virus. On estime que chez les jeunes de 15 à 24 ans, 0,5% (0,4-0,9%) des femmes et 0,8% (0,6-1,3%) des hommes vivaient avec le VIH à la fin de 2004. Dans les Caraïbes, plus de 440 000 (270 000-780 000) personnes vivent avec le VIH, et 53 000 (27 000-140 000) ont été contaminées en 2004. Un nombre estimatif de 36 000 (24 000-61 000) personnes sont mortes du SIDA pendant l'année. On estime que chez les jeunes de 15 à 24 ans, 3,1% (1,6-8,3%) des femmes et 1,7% (0,9-4,6%) des hommes vivaient avec le VIH à la fin de 2004.

Avec une prévalence moyenne de 2,3% chez les adultes, les Caraïbes sont la deuxième région la plus touchée du globe. La prévalence

<sup>3</sup> Monitoring the AIDS Pandemic (MAP). *The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific*, 4 October 2001. Also available at [http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/map2001\\_en\\_doc.htm](http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/map2001_en_doc.htm)

<sup>3</sup> Monitoring the AIDS Pandemic (MAP). *The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific*, 4 October 2001. Egalement disponible à l'adresse [http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/map2001\\_en\\_doc.htm](http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/map2001_en_doc.htm)

prevalence exceeds 2% in 4 countries (the Bahamas, Guyana, Haïti, and Trinidad and Tobago). Overall, the highest HIV infection levels among women in the Americas are in Caribbean countries, where HIV/AIDS has become the leading cause of death among adults aged 15–44 years.

In this subregion, HIV spread is mainly due to sexual transmission, and the highest levels of HIV infection are found in men who have unprotected sex with men and in female sex workers. However, for some countries (especially in the southern cone), injecting drug users and their partners are the most affected by HIV infection. Overall, this region made important progress in delivering ART, although there are extreme disparities within the region in the coverage of such services.<sup>4</sup>

**Eastern Europe and central Asia.** The number of PLWHA has been rising in every region, compared with 2 years ago, with the steepest increases occurring in eastern Asia, eastern Europe and central Asia. The number of PLWHA in eastern Asia rose by almost 50% between 2002 and 2004. In eastern Europe and central Asia, there were 40% more PLWHA in 2004 than in 2002. Accounting for much of that trend is Ukraine's resurgent epidemic and the growing number of PLWHA in the Russian Federation.

In eastern Europe and central Asia, the number of PLWHA has risen dramatically in just a few years, reaching an estimated 1.4 million (920 000–2.1 million) by the end of 2004. This is an increase of more than 9-fold in less than 10 years. Some 210 000 (110 000–480 000) people were newly infected with HIV in 2004, while an estimated 60 000 (39 000–87 000) died of HIV/AIDS. Among young people aged 15–24 years, an estimated 0.8% (0.4–1.6%) of women and 1.7% (0.8–3.7%) of men were living with HIV/AIDS at the end of 2004.

Diverse HIV epidemics are under way in this region. The most serious and firmly established epidemic is in Ukraine, which is experiencing a new surge of infections, while the Russian Federation is home to the largest epidemic in the entire region (indeed in all of Europe). However, HIV is unevenly distributed in the Russian Federation, with, to date, about 60% of all HIV infection having been reported in just 10 of the country's 89 regions. There is considerable scope for further expansion of the epidemic in this vast country – alongside great opportunities to prevent such an outcome. Several central Asian and Caucasian republics have entered the early stages of the epidemic, while in south-eastern Europe, HIV has acquired a tenuous presence amid behavioural patterns that favour significant spread of the virus.

**North Africa and the Middle East.** Concerns that HIV would continue to strengthen its presence are borne out by the latest estimates, which show that 92 000 (34 000–350 000) people became infected with HIV in 2004, bringing to 540 000 (230 000–1.5 million) the total number of people living with the virus in this region. HIV/AIDS killed an estimated 28 000 (12 000–72 000) people in 2004. Among young people aged 15–24 years, 0.3% of women (0.1–0.8%) and 0.1% of men (0.1–0.3%) were living with HIV/AIDS by the

nationale dépasse 2% dans 4 pays (Bahamas, Guyane, Haïti, Trinité-et-Tobago). Dans les Amériques, ce sont les pays des Caraïbes qui enregistrent les taux d'infection les plus élevés chez les femmes et le VIH/SIDA y est devenu la première cause de décès chez les adultes de 15 à 44 ans.

Dans cette sous-région, le VIH se propage essentiellement par voie sexuelle, les plus touchés étant les hommes qui ont des rapports homosexuels non protégés et les femmes qui se prostituent. Toutefois, dans certains pays (surtout ceux du cône sud), l'infection est plus fréquente chez les utilisateurs de drogues intraveineuses et leurs partenaires. D'une manière générale, les ART sont désormais beaucoup plus largement disponibles dans cette région, encore que la couverture présente d'énormes disparités.<sup>4</sup>

**Europe orientale et Asie centrale.** Le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA a augmenté dans toutes les régions depuis deux ans, mais plus particulièrement en Asie orientale, en Europe orientale et en Asie centrale. En Asie orientale, le nombre de porteurs du virus s'est accru de près de 50% entre 2002 et 2004. En Europe orientale et en Asie centrale, la hausse est de 40%. Cette montée en flèche est principalement due à la résurgence de l'épidémie en Ukraine et au nombre de plus en plus grand de porteurs du virus dans la Fédération de Russie.

En Europe orientale et en Asie centrale, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA a explosé en quelques années et atteindrait 1,4 million (920 000–2,1 millions) à la fin de 2004. Le chiffre a été multiplié par plus de neuf en dix ans. Quelque 210 000 (110 000–480 000) personnes ont été contaminées en 2004 et on estime à 60 000 (39 000–87 000) le nombre de décès par SIDA. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 0,8% (0,4–1,6%) des femmes et 1,7% (0,8–3,7%) des hommes vivaient avec le VIH à la fin de 2004 selon les estimations.

La région connaît des épidémies de plusieurs types. La plus grave et la plus solidement implantée sévit en Ukraine, où l'on constate une nouvelle vague d'infections, la plus étendue de la région (et de l'Europe tout entière) s'observe en Fédération de Russie, où la distribution du VIH est inégale: jusqu'à présent, environ 60% des infections sont concentrées dans seulement 10 régions des 89 que compte le pays. Ce grand pays offre un vaste territoire où l'épidémie peut encore s'étendre, mais qui augmente aussi les chances de l'endiguer. Plusieurs pays d'Asie centrale et républiques du Caucase en sont aux premiers stades de l'épidémie, tandis que dans l'Europe du Sud-Est, la présence du VIH reste discrète malgré des comportements très propices à la transmission.

**Afrique du Nord et Moyen-Orient.** Les dernières estimations font craindre que le VIH ne gagne du terrain: 92 000 (34 000–350 000) personnes ont été contaminées en 2004, portant à 540 000 (230 000–1,5 million) le nombre total de personnes vivant avec le virus dans la région. Selon les estimations, il y a eu 28 000 (12 000–72 000) décès par SIDA en 2004. Dans la tranche d'âge 15–24 ans, 0,3% des femmes (0,1–0,8%) et 0,1% des hommes (0,1–0,3%) vivaient avec le VIH/SIDA à la fin de 2004. Dans cette région, la transmission du virus a plusieurs moteurs, notamment la prostitution, les rapports sexuels

<sup>4</sup> Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2004 report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th Global report. Also available at [http://www.unaids.org/bangkok2004/report\\_pdf.html](http://www.unaids.org/bangkok2004/report_pdf.html)

<sup>4</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA: 4<sup>e</sup> rapport mondial. Également disponible à l'adresse [http://www.unaids.org/bangkok2004/report\\_pdf.html](http://www.unaids.org/bangkok2004/report_pdf.html)

end of 2004. In this region, HIV is being transmitted along diverse paths, including commercial sex, sex between men, and injecting drug uses – significant scope exists for further expansion of the epidemic.

Wracked by civil war and humanitarian crises, Sudan remains the region's worst-affected country, with an epidemic largely concentrated in the south. Latest estimates show that more than 2% of the adult population were living with HIV/AIDS at the end of 2003 – some 400 000 (120 000–1.3 million) people – amounting to more than 80% of all PLWHA in the region. Previous HIV surveillance data have shown HIV prevalence to be up to 8 times higher in the south of the country, compared with Khartoum, the capital city.

In most of the other countries in the region, epidemics are still in their early stages, boosting the chances that effective prevention efforts can limit further spread of the virus. However, inadequate surveillance data in several countries could mean that significant HIV outbreaks in some populations (including men who have unprotected sex with men and injecting drug users) are being missed.

**Developed countries.** Some 64 000 (34 000–140 000) new infections occurred in north America and in western and central Europe in 2004, raising the number of PLWHA in these areas to between 1.1 million and 2.2 million. Among young people aged 15–24 years, 0.1% of women (0.1–0.2%) and 0.2% of men (0.1–0.5%) were living with HIV/AIDS by the end of 2004. Widespread access to life-extending ART kept the number of HIV/AIDS deaths between 15 000 and 32 000 in 2004. However, there are ample indications that prevention efforts are not keeping pace with the changing epidemics in several countries. Nevertheless, the developed world continues to benefit from wide access to ART for HIV/AIDS patients.

Unprotected sex between men and, to a lesser extent, injecting drug use remain prominent factors in the epidemics in these countries, but the patterns of HIV transmission are changing. New sections of the population are being affected, with an increasing proportion of people becoming infected through unprotected heterosexual intercourse.

In the United States, the epidemic has been changing over the past decade, with an estimated 40 000 people infected with HIV/AIDS each year. In 2003, African-Americans accounted for at least 25% of all HIV/AIDS cases, compared with 20% in 2001. Although they represent only 12% of the country's population, more than half of the new HIV cases have been diagnosed among them in recent years (in 2002 the proportion was 54%, according to the most recent available data).

In the 12 western European countries with available data for *newly diagnosed* HIV infections, HIV diagnoses in people who were infected through heterosexual contact increased by 122% between 1997 and 2002. A large share of those diagnoses were in people originating from countries with serious epidemics, principally countries from sub-Saharan Africa and, for the United Kingdom, the English-speaking Caribbean. Moreover, there are signs that the

entre hommes et l'injection de drogues intraveineuses, et le potentiel d'expansion de l'épidémie est important.

Ravagé par la guerre civile et les crises humanitaires, le Soudan reste le pays le plus durement touché de la région. L'épidémie se concentre dans le sud du pays. D'après les dernières estimations, plus de 2% de la population adulte était contaminée à la fin de 2003, 400 000 (120 000–1,3 million) habitants environ, soit plus de 80% des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la région. D'après des données de surveillance du VIH recueillies précédemment, la prévalence est huit fois plus élevée dans le sud du pays qu'à Khartoum, la capitale.

Dans la plupart des autres pays de la région, les épidémies ne font que commencer, ce qui augmente considérablement les chances d'empêcher, par une prévention efficace, le virus de se propager davantage. Mais comme les données de surveillance laissent à désirer dans plusieurs pays, il se peut que d'importantes flambées au sein de certaines populations (hommes ayant des rapports homosexuels non protégés et utilisateurs de drogues intraveineuses) passent inaperçues.

**Pays développés.** L'Amérique du Nord et l'Europe occidentale et centrale ont enregistré quelque 64 000 (34 000–140 000) nouvelles infections en 2004 et comptent entre 1,1 et 2,2 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Dans la tranche d'âge 15–24 ans, 0,1% des femmes (0,1–0,2%) et 0,2% des hommes (0,1–0,5%) étaient porteurs du virus à la fin de 2004. Grâce à l'accès généralisé aux ART qui prolongent la vie, le nombre de décès par VIH/SIDA a été maintenu entre 15 000 et 32 000 en 2004. Mais beaucoup d'éléments montrent que, dans plusieurs pays, la prévention prend du retard sur l'épidémie. Les pays développés continuent de profiter des effets d'un accès élargi aux ART.

Les rapports sexuels non protégés entre hommes et, dans une moindre mesure, l'injection de drogues restent des facteurs importants de l'épidémie dans ces pays, mais les modes de transmission du VIH évoluent. L'infection s'étend à de nouveaux segments de la population et une proportion croissante de personnes sont contaminées lors de rapports hétérosexuels non protégés.

Aux Etats-Unis, l'épidémie a changé au cours des dix dernières années et on estime que 40 000 personnes sont contaminées chaque année. En 2003, au moins 25% des cas de SIDA étaient des afro-américains, contre 20% en 2001. Ces dernières années, plus de la moitié des nouveaux cas d'infection à VIH ont été diagnostiqués chez des afro-américains alors qu'ils ne représentent que 12% de la population du pays (selon les dernières données dont on dispose, la proportion était de 54% en 2002).

Dans les 12 pays d'Europe occidentale pour lesquels on dispose de données sur les infections à VIH *nouvellement diagnostiquées*, le nombre de personnes contaminées lors de rapports hétérosexuels a augmenté de 122% entre 1997 et 2002. Une grande partie des personnes concernées étaient originaires de pays frappés par une grave épidémie, principalement de pays d'Afrique subsaharienne et, pour le Royaume-Uni, des Caraïbes anglophones. De plus, il semble que la recrudescence des rapports non protégés entre



resurgence of risky sex between men noted in previous years is, in some countries, leading to increased HIV transmission among men who have sex with men.

HIV diagnoses among men who have sex with men increased by 22% in 2001–2002 in western Europe, reversing the slow decline seen in previous years. Data on new diagnoses should not be mistaken for HIV incidence, however, since data may reflect an increased uptake of testing services (and therefore include people who became infected several years earlier). The recent rise in new HIV diagnoses in the United Kingdom appears partly attributable to increases in HIV testing (half the HIV diagnoses in 2002 among men who have sex with men occurred at least 6 years after the men became infected). In Germany, where greater treatment access had already boosted uptake of testing in the late 1990s, a recent increase in diagnoses (from 642 HIV diagnoses in 2000 to 742 in 2002) probably reflects an actual increase in new infections.

Although injecting drug use accounts for a diminishing share of newly diagnosed HIV infections in most western European countries, it remains an important factor in several countries' epidemics, such as Italy, Spain or Portugal, and in some cities of other countries. In most cases, this reflects declines in unsafe injecting practices probably associated with effective prevention efforts among injecting drug users in many western European countries. Spain offers a striking example of how a comprehensive set of harm-reduction efforts (including methadone maintenance programmes and needle-exchange projects) can reverse an epidemic among injecting drug users. New HIV infections among drug injectors reached as high as 16 000 in 1985–1986, but plummeted subsequently.

There is an increasing trend in the share of HIV infection attributable to heterosexual intercourse in western Europe, and an accompanying rise in the number of women who are diagnosed with the virus. In the 12 western European countries for which data are available, the proportion of women among people newly diagnosed with HIV infection increased from 25% (1955 out of 7770) in 1997 to 38% (4269 out of 11 337) in 2002.

### **Conclusion**

The number of PLWHA has been rising in every region, compared with 2 years ago, with the steepest increases occurring in eastern Asia, eastern Europe and central Asia. However, sub-Saharan Africa remains by far the hardest-hit region. ■

hommes constatée ces dernières années relance dans certains pays la transmission du virus chez les hommes qui ont des rapports homosexuels.

Le nombre de cas d'infection à VIH diagnostiqués chez les hommes qui ont des rapports homosexuels a progressé de 22% en 2001–2002 en Europe occidentale, alors qu'il diminuait lentement les années précédentes. Il ne faut pas confondre les chiffres concernant les infections nouvellement diagnostiquées avec l'incidence du VIH car ils peuvent refléter une plus grande utilisation des services de dépistage (et donc englober des personnes contaminées plusieurs années auparavant). L'augmentation du nombre de diagnostics du VIH constatée récemment au Royaume-Uni semble due en partie à une plus grande fréquence du dépistage (pour la moitié des cas diagnostiqués en 2002 chez des hommes ayant des rapports homosexuels, la contamination avait eu lieu 6 ans auparavant). En Allemagne, où, à la fin des années 90, un accès élargi au traitement s'est traduit par une plus grande utilisation des services de dépistage, l'augmentation du nombre de cas diagnostiqués constatée dernièrement (de 642 en 2000 à 742 en 2002) reflète probablement une augmentation réelle du nombre de cas nouveaux.

Bien que l'injection de drogues intraveineuses représente une part de moins en moins grande des infections à VIH nouvellement diagnostiquées dans la plupart des pays d'Europe occidentale, elle demeure un facteur important de l'épidémie dans plusieurs pays, dont l'Italie, l'Espagne et le Portugal, et dans certaines villes d'autres pays. C'est le plus souvent parce que les toxicomanes adoptent des pratiques plus sûres, probablement sous l'influence des campagnes de prévention dont ils font l'objet dans de nombreux pays d'Europe occidentale. L'exemple de l'Espagne est éloquent à cet égard et montre que la conjugaison de mesures d'atténuation des effets néfastes (dont les programmes de substitution par la méthadone et d'échange de seringues) peut renverser le cours de l'épidémie chez les toxicomanes. Le nombre de nouveaux cas d'infection chez les utilisateurs de drogues intraveineuses, qui atteignait 16 000 en 1985–1986, a chuté par la suite.

La proportion de cas de contamination lors de rapports hétérosexuels augmente en Europe occidentale et parallèlement, le nombre de cas diagnostiqués chez les femmes. Dans les 12 pays d'Europe occidentale pour lesquels on dispose de données, la proportion de femmes parmi les nouveaux cas diagnostiqués a augmenté, passant de 25% (1195 sur 7770) en 1997 à 38% (4269 sur 11 337) en 2002.

### **Conclusion**

Le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA a augmenté dans toutes les régions depuis deux ans, et plus particulièrement en Asie orientale, en Europe orientale et en Asie centrale. Mais l'Afrique subsaharienne reste de loin la région la plus durement touchée. ■

---

## **Two AIDS medicines back on WHO prequalification list**

### **Generic manufacturers continue to upgrade their practices**

On 30 November 2004, WHO announced that it is to reinstate 2 antiretrovirals used for the treatment of AIDS in its list of prequalified medicines.

---

## **Retour de deux médicaments antiSIDA sur la liste des médicaments préselectionnés de l'OMS**

### **Les fabricants de génériques continuent d'améliorer leurs pratiques**

Le 30 novembre 2004, l'OMS a rétabli deux antirétroviraux utilisés dans le traitement contre le SIDA sur sa liste des médicaments préselectionnés.

The two medicines – lamivudine 150 mg tablet from Cipla Ltd., Kurkumbh, blister pack of 10; and lamivudine 150 mg plus zidovudine 300 mg tablet, Cipla Ltd., Vikhroli, blister pack of 10 – are widely used by patients in developing countries. WHO delisted the medicines in May 2004 because of non-compliance with international standards to conduct bioequivalence tests on the products at the contract research organizations hired by Cipla Ltd., the Indian manufacturer.

As a consequence of WHO's delisting, Cipla Ltd. carried out new bioequivalence studies to confirm that the 2 medicines are as effective as their respective brand-name counterparts. Further WHO scientific assessment and inspections have validated the compliance of these new studies, including the contract research organizations involved, with all international requirements.

The Director-General of WHO welcomed the development as good news for patients and another important step towards the "3 by 5" global target.<sup>1</sup> The development demonstrates that generic manufacturers have reacted responsibly to recent de-listings and that the prequalification process works. As well as providing a list of validated products, the WHO prequalification list represents a much-needed capacity building effort to promote high quality and safety of medicines in developing countries.

WHO will continue rigorous assessment and monitoring of antiretrovirals and their manufacturers to promote the safety, efficacy and high quality of these products. At the same time, the Organization is counting on companies to ensure compliance with international standards at all levels of the prequalification process and accelerate submission of high-quality data to allow for quick turnaround on assessments and listings.

A number of new antiretrovirals – including fixed-dose combinations of drugs – are currently in the pipeline for WHO assessment.

#### For more information contact:

WHO Department of Health Technology and Pharmaceuticals  
E-mail: [bagozzid@who.int](mailto:bagozzid@who.int)

<sup>1</sup> The "3 by 5" global target is to get 3 million people living with HIV/AIDS in developing and middle-income countries on antiretroviral treatment by the end of 2005. It is a step towards the goal of providing universal access of HIV/AIDS prevention and treatment services for all who need them as a human right. Further information on the WHO "3 by 5" initiative is available at <http://www.who.int/3by5/en/index.html>

Les deux médicaments – comprimés de lamivudine, 150mg, fabriqués par Cipla Ltd, Kurkumbh, présentés en plaquettes thermoformées de 10, et comprimés de lamivudine, 150mg plus zidovudine, 300mg, fabriqués par Cipla Ltd, Vikhroli, présentés en plaquettes thermoformées de 10 – sont utilisés par de nombreux patients dans les pays en développement. L'OMS avait retiré ces deux médicaments de la liste en mai 2004, en raison du non-respect des normes internationales en vigueur par le contractant chargé par Cipla Ltd (Inde) des épreuves de bioéquivalence sur ces produits.

A la suite du retrait de la liste de l'OMS, le fabricant a effectué de nouvelles études de bioéquivalence destinées à confirmer que les deux médicaments sont aussi efficaces que leurs équivalents de marque respectifs. Par des évaluations et inspections scientifiques, l'OMS a en outre confirmé la conformité de ces nouvelles études avec les normes internationales, et le respect de ces normes par les contractants en cause.

Le Directeur général de l'OMS, s'est félicité de ce progrès, qui représente une bonne nouvelle pour les malades et un nouveau pas en avant vers la cible «trois millions d'ici à 2005»<sup>1</sup>. C'est la preuve que les fabricants de génériques ont réagi de façon responsable aux récents retraits de la liste et que le processus de présélection fonctionne. Avec l'établissement d'une liste de produits validés, c'est également là une mesure indispensable de renforcement des capacités qui contribuera à améliorer la qualité et la sécurité des médicaments dans les pays en développement.

L'OMS continuera à évaluer et surveiller rigoureusement les antirétroviraux et leurs fabricants afin de promouvoir la sécurité, l'efficacité et la qualité de ces produits. L'Organisation compte en même temps sur les laboratoires pharmaceutiques pour veiller à la conformité aux normes internationales à tous les niveaux du processus de présélection et pour accélérer la présentation de données de qualité qui permettront d'améliorer rapidement les évaluations et l'établissement des listes.

Plusieurs nouveaux antirétroviraux – y compris des associations en dose fixe – attendent actuellement leur évaluation par l'OMS.

#### Pour tout renseignement supplémentaire:

Département technologie de la santé et produits pharmaceutiques  
[bagozzid@who.int](mailto:bagozzid@who.int)

<sup>1</sup> L'objectif mondial de l'initiative «3 millions d'ici 2005» est de fournir d'ici fin 2005 un traitement antirétroviral contre le VIH/SIDA à 3 millions de personnes vivant dans des pays en développement ou à revenu faible ou intermédiaire. Il s'agit d'un premier pas visant à offrir, en tant que droit de la personne, un accès universel aux services de prévention et de traitement du VIH/SIDA à tous ceux qui en ont besoin. De plus amples informations sur l'initiative OMS «3 millions d'ici 2005» sont disponibles sur <http://www.who.int/3by5/en/index.html> (anglais seulement)

## Influenza

Sporadic activities of influenza A(H1), A(H3) and B were detected in most parts of the world in weeks 47–48.

**Canada.**<sup>1</sup> Four outbreaks were reported in a hospital, a school, a retirement lodge and a long-term care facility in week 47. Influenza activity remained generally low.

<sup>1</sup> See No. 48, 2004, p. 432.

## Grippe

On a signalé une activité sporadique des virus grippaux A(H1), A(H3) et B pratiquement partout dans le monde au cours des semaines 47–48.

**Canada.**<sup>1</sup> Au cours de la semaine 47, quatre flambées ont été signalées: dans un hôpital, une école, une maison de retraite et un établissement médical pour longs séjours. L'activité grippale est restée généralement faible.

<sup>1</sup> Voir N° 48, 2004, p. 432.

**United States.**<sup>1</sup> Influenza activity remained generally low during week 48, with regional influenza activity reported from New York State and local activity reported from Minnesota and Washington State. The overall influenza-like illness consultation rate and the percentage of deaths attributed to pneumonia and influenza were below national baseline levels for both weeks 47 and 48.

**Other reports.** During weeks 47–48, low influenza activity was reported from Argentina,<sup>1</sup> Belgium, Chile,<sup>1</sup> Hong Kong Special Administrative Region of China,<sup>1</sup> Italy, Japan,<sup>1</sup> Madagascar,<sup>3</sup> Norway,<sup>3</sup> Russian Federation,<sup>1</sup> Slovenia, Sweden,<sup>1</sup> Ukraine<sup>1</sup> and the United Kingdom.<sup>2</sup> ■

<sup>2</sup> See No. 45, 2004, p. 408.

<sup>3</sup> See No. 41, 2004, p. 376.

**États-Unis.**<sup>1</sup> L'activité grippale est restée généralement faible pendant la semaine 48, avec seulement une activité grippale régionale signalée par l'État de New York et une activité grippale signalée par le Minnesota et l'État de Washington. Le taux général de consultations pour syndromes grippaux et le pourcentage de décès dus à la pneumonie et à la grippe étaient au-dessous du niveau de base national pour les semaines 47 et 48.

**Autres rapports.** Au cours des semaines 47-48, une faible activité grippale a été signalée par l'Argentine,<sup>1</sup> la Belgique, le Chili,<sup>1</sup> la Fédération de Russie,<sup>1</sup> Hong Kong Région administrative spéciale de la Chine,<sup>1</sup> l'Italie, le Japon,<sup>1</sup> Madagascar,<sup>3</sup> la Norvège,<sup>3</sup> la Slovénie, la Suède,<sup>1</sup> le Royaume-Uni<sup>2</sup> et l'Ukraine.<sup>1</sup> ■

<sup>2</sup> Voir N° 45, 2004, p. 408.

<sup>3</sup> Voir N° 41, 2004, p. 376.

## WHO web sites on infectious diseases Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

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

## Renewal of paid subscriptions

For more than 70 years, the *Weekly Epidemiological Record* has served as an essential instrument for the collation and dissemination of epidemiological data useful in disease surveillance on a global level. Priority is given to diseases or risk factors known to threaten international health.

To ensure that you continue to receive the *Weekly epidemiological record* without interruption, please remember to renew your subscription for 2005, or place a new one. This can be done through your sales agent. For countries without appointed sales agents, please write to: World Health Organization, Marketing and Dissemination, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax: +41 (0)22 791 48 57; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int). For existing subscribers, please include your subscriber identification number from the mailing label. For online subscriptions, please use <http://www.who.int/bookorders/anglais/subscription1.jsp?sesslan=1>

Please find below the revised annual subscription rates:

### Standard rate

Sw.fr. 299.—/US\$239.00 Economy mail

Sw.fr. 324.—/US\$259.00 Priority mail within Europe

Sw.fr. 334.—/US\$267.00 Priority mail outside Europe

### Developing country price

Sw.fr. 150.—/US\$120.00 Economy mail

Sw.fr. 175.—/US\$140.00 Priority mail within Europe

Sw.fr. 185.—/US\$148.00 Priority mail outside Europe

A copy of *International travel and health 2005* is included as part of the subscription. ■

## Renouvellement des abonnements payants

Depuis plus de 70 ans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* a servi comme instrument essentiel de collecte et de diffusion de données épidémiologiques utiles pour la surveillance des maladies sur le plan mondial. La priorité est donnée aux maladies ou facteurs de risque qui menacent la santé sur le plan international.

Pour continuer de recevoir sans interruption le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* en 2005, merci de ne pas oublier de renouveler votre abonnement ou de souscrire pour la première fois. Cela peut être fait par votre dépositaire. Pour les pays où aucun dépositaire n'a été désigné, veuillez écrire à l'Organisation mondiale de la Santé, Marketing et Diffusion, 1211 Genève 27, Suisse. Fax: +41 (0)22 791 48 57; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int). Pour les personnes déjà abonnées, merci de ne pas oublier de préciser le numéro d'abonnement figurant sur l'étiquette d'expédition. Enfin, pour les abonnements en ligne, merci de vous rendre sur <http://www.who.int/bookorders/francais/subscription2.jsp?sesslan=2>

Veuillez trouver ci-dessous les nouveaux prix des abonnements annuels:

### Prix standard

CHF. 299.—/US\$239.00 Envoi normal

CHF. 324.—/US\$259.00 Envoi prioritaire en Europe

CHF. 334.—/US\$267.00 Envoi prioritaire en dehors de l'Europe

### Prix pour les pays en développement

CHF. 150.—/US\$120.00 Envoi normal

CHF. 175.—/US\$140.00 Envoi prioritaire en Europe

CHF. 185.—/US\$148.00 Envoi prioritaire en dehors de l'Europe

Cet abonnement comprend également un exemplaire de *Voyages internationaux et santé 2005*. ■

### How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to [listserv@who.int](mailto:listserv@who.int). The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply

### Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à [listserv@who.int](mailto:listserv@who.int) en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

## INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

### Notifications of diseases received from 3 to 9 December 2004 / Notifications de maladies reçues du 3 au 9 décembre 2004

#### Cholera / Choléra

	Cases / Deaths	Cas / Décès
Africa / Afrique		
Guinea / Guinée	8-28.XI	
.....	164	7
United Republic of Tanzania / République-Unie de Tanzanie	13-26.XI	
.....	405	13