



WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Telegraphic Address: EPIDNATIONS GENEVA Telex 27821

Adresse télégraphique: EPIDNATIONS GENÈVE Têlex 27821

| | |
|---|---|
| Automatic Telex Reply Service Telex 28150 Geneva with ZCZC and ENGL for a reply in English | Service automatique de réponse par têlex Têlex 28150 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français |
|---|---|

28 JUNE 1985

60th YEAR - 60^e ANNÉE

28 JUIN 1985

DIARRHOEAL DISEASES CONTROL PROGRAMME

Country programme review

INDONESIA. — From 21 November to 3 December 1983, a comprehensive programme review of the national diarrhoeal diseases control (CDD) programme was carried out, based on the following terms of reference:

- review the major components of the programme, including management, staffing, morbidity and mortality reduction objectives, service expansion, surveillance, logistics, monitoring and supervision, and evaluation procedures, and identify any problems that may hinder the programme from reaching its targets;
- review the operational aspects of the programme, within the context of primary health care, at the provincial, regency, sub-district, and community levels, and identify problems;
- recommend feasible solutions for the problems identified;
- submit a joint Government/Review team report to the Director-General of Communicable Diseases, Ministry of Health.

The comprehensive programme review methodology followed by the team was that described in the WHO Manual for the Planning and Evaluation of National Diarrhoeal Diseases Control Programmes.¹

The joint review team was made up of representatives of the Government of Indonesia, the World Health Organization (WHO), the United Nations Children's Fund (UNICEF) and the United States Agency for International Development (USAID).

The 15-member review group examined the different components of the programme and reviewed the objectives and targets. After initial briefing, the group divided into 4 teams, which visited 4 randomly selected provinces and carried out studies of the programme's activities at all levels, from households to hospitals. Baseline surveys on diarrhoea mortality and morbidity had been previously carried out in 15 provinces.

Programme status

The CDD programme evolved from the cholera control programme which had existed since the seventh pandemic of cholera started in Sulawesi in 1961. After a number of meetings and training courses, the CDD programme began operations in 1981.

¹ WHO unpublished document WHO/CDD/SER/81.5, Rev. 1 (1984).

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHÉIQUES

Examen du programme par pays

INDONÉSIE. — Du 21 novembre au 3 décembre 1983 un examen complet du programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD) a été réalisé selon les directives suivantes:

- étudier les principales composantes du programme, notamment la gestion, la dotation en personnel, les objectifs en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité, le développement des services, la surveillance, la logistique, le contrôle continu et l'encadrement, les méthodes d'évaluation, et relever tout obstacle à la réalisation des objectifs du programme;
- étudier les aspects opérationnels du programme, dans le cadre des soins de santé primaires, au niveau des provinces, des districts, des sous-districts et des collectivités locales, et inventorier les problèmes;
- recommander des solutions réalisables aux problèmes inventoriés;
- présenter au Directeur général des maladies transmissibles auprès du Ministère de la Santé un rapport rédigé conjointement par une équipe composée de fonctionnaires et de membres du groupe examinateur.

L'équipe chargée de l'examen complet du programme a suivi la méthodologie décrite dans le manuel OMS pour la planification et l'évaluation des programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques.¹

Le groupe examinateur se composait de représentants du Gouvernement indonésien, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE) et de l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique (USAID).

Le groupe, fort de 15 membres, a analysé les différentes composantes du programme et en a étudié les objectifs. Après une réunion d'information préliminaire, le groupe s'est scindé en 4 équipes, qui se sont rendues dans 4 provinces choisies au hasard où elles ont étudié les activités du programme à tous les échelons, depuis les ménages jusqu'aux hôpitaux. Les données de référence sur la mortalité et la morbidité diarrhéiques avaient été préalablement recueillies par le canal d'enquêtes conduites dans 15 provinces.

Situation du programme

Le programme LMD est issu du programme de lutte anticholérique qui était en place dès le début de la septième pandémie de choléra survenue à Sulawesi en 1961. Après un certain nombre de réunions et de cours de formation, le programme LMD a commencé à fonctionner en 1981. Son

¹ Document non publié OMS/CDD/SER/81.5 Rev. 1 (1984).

Epidemiological notes contained in this issue:

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS), Diarrhoeal Diseases Control Programme, International Health Regulations.

Index to Nos. 14 to 26, p. 202.

List of newly infected areas, p. 204.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, Règlement sanitaire international, syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA).

Index des N° 14 à 26, p. 202.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 204.

Its planned activities are consonant with the third and fourth 5-year national health plans covering the period 1979/1980-1988/1989.

The CDD programme is centrally managed by the Directorate-General of Communicable Diseases, and coordination with other related health programmes such as Maternal and Child Health, Nutrition, Primary Health Care and Family Planning, is assured by a CDD working group.

The CDD programme's objectives and targets for the end of 1983 were: (1) to reduce mortality from diarrhoeal diseases, and more specifically to reduce the case-fatality rate to less than 2.5%; (2) to reduce the morbidity caused by diarrhoea; (3) to attain 23% coverage of diarrhoea cases with oral rehydration therapy (ORT); (4) to ensure implementation of the CDD programme in 1 200 health centres; and (5) to increase the number of village health workers involved in CDD activities to 48 000.

Data from health facilities showed a case-fatality rate below 2.5%, but it is unlikely that this is based on complete information on all cases and deaths. A total of 477 health centres (40% of the target) had implemented the CDD programme.

The baseline morbidity and mortality surveys carried out during 1983 in 15 provinces showed that, on average, children under 5 years of age have approximately 2 episodes of diarrhoea annually, and that approximately one-third of all deaths in this age group are associated with diarrhoeal disease (Table 1)

plan d'activités est en accord avec les troisième et quatrième plans quinquennaux nationaux de santé couvrant la période 1979/1980-1988/1989.

Le programme LMD est géré à l'échelon central par la Direction générale des maladies transmissibles, et la coordination avec d'autres programmes sanitaires connexes, tels que la santé maternelle et infantile, la nutrition, les soins de santé primaires et la planification familiale, est assurée par un de ses groupes de travail.

Les objectifs que s'était fixés le programme LMD pour la fin de 1983 étaient les suivants: 1) réduire la mortalité due aux maladies diarrhéiques et, en particulier, ramener le taux de létalité à moins de 2,5%; 2) réduire la mortalité imputable aux diarrhées; 3) assurer une couverture de 23% des cas de diarrhée par la thérapie par réhydratation orale (TRO); 4) assurer la mise en œuvre du programme LMD dans 1 200 centres de santé; et 5) porter à 48 000 le nombre d'agents sanitaires de village engagés dans la lutte contre les maladies diarrhéiques.

Les données provenant des établissements de soins ont révélé un taux de létalité inférieur à 2,5%, mais il est peu probable que ce chiffre prenne en compte absolument tous les cas et les décès. Un total de 477 centres de santé (40% de la valeur fixée) avaient mis en œuvre le programme LMD.

Les enquêtes pour la collecte des données de référence sur la morbidité et la mortalité réalisées en 1983 dans 15 provinces ont montré que les enfants âgés de moins de 5 ans avaient en moyenne chaque année 2 crises de diarrhées et qu'environ un tiers de tous les décès dans ce groupe d'âge étaient imputables à une maladie diarrhéique (Tableau 1).

Table 1 Morbidity and mortality from diarrhoeal diseases in children under 5 years of age in 15 provinces in Indonesia, 1983
Tableau 1. Morbidité et mortalité dues aux maladies diarrhéiques chez des enfants de moins de 5 ans dans 15 provinces d'Indonésie, 1983

| Province | Morbidity episodes per child per year Episodes morbides par enfant et par an | Annual death rates from all causes Taux annuels de mortalité, toutes causes confondues (per/pour 1 000) | Diarrhoea-associated death rates per year Taux annuels de mortalité associés à la diarrhée (per/pour 1 000) |
|----------------------------------|---|--|--|
| Bali | 1.5 | 5.8 | 0.5 |
| Jawa Barat | 3.9 | 29.6 | 4.9 |
| Jawa Tengah (Pati) | 2.8 | 19.1 | 1.9 |
| Jawa Tengah (Purworejo) | 1.1 | 8.5 | 0.9 |
| Jawa Timur | 0.7 | 21.2 | 5.9 |
| Kalimantan Barat | 2.0 | 24.8 | 10.9 |
| Kalimantan Selatan | 0.8 | 14.7 | 3.9 |
| Lampung | 1.4 | 28.6 | 8.6 |
| Nusatenggara Barat | 0.8 | 44.4 | 10.9 |
| Nusatenggara Timur | 5.7 | 34.3 | 18.4 |
| Sulawesi Selatan | 3.1 | 11.7 | 3.7 |
| Sulawesi Utara | 1.4 | 8.8 | 1.8 |
| Sumatera Barat | 1.3 | 9.2 | 2.1 |
| Sumatera Selatan | 2.1 | 22.3 | 5.7 |
| Sumatera Utara | 2.1 | 12.1 | 4.3 |
| Yogyakarta | 1.8 | 7.8 | 0.7 |
| Weighted mean - Moyenne pondérée | 2.0 | 19.1 | 5.7 |
| Median - Médiane | 1.7 | 16.9 | 4.1 |

* From 15 surveys. - A partir de 15 enquêtes.

Among other achievements, the review group noted that:

- High priority is given to the management of programme activities, and a strong managerial structure exists at central and provincial levels. At the village level, the CDD programme is implemented through primary health care, with community participation.
- All key staff at the central level have received CDD management training. From 1974 to 1983, some 1 100 physicians and 2 300 paramedical staff received clinical training. In addition, more than 49 000 village health workers were trained in the use of oral rehydration salts (ORS) between 1981 and 1983.
- The Infectious Disease Hospital, Jakarta, has developed an ORT centre, which is playing an important role in the training of medical staff.
- ORS packets are very widely available at all levels through both government and commercial channels.
- ORT coverage of up to 70% has been achieved in areas included in the CDD programme, the average national coverage being 35% according to an estimate made by the review group.

The major constraints identified were:

- Improper case management and insufficient use of ORS:

Entre autres résultats obtenus, le groupe examinateur a noté les points suivants:

- Un rang élevé de priorité a été accordé à la gestion des activités du programme et une solide structure gestionnaire existe à l'échelon central et des provinces. Au niveau des villages, le programme LMD est mis en œuvre dans le cadre des soins de santé primaires, avec participation communautaire.
- L'ensemble des personnels de base au niveau central a été formé à la gestion de la lutte contre les maladies diarrhéiques. De 1974 à 1983, quelque 1 100 médecins et 2 300 membres des professions paramédicales ont reçu une formation clinique. En outre, plus de 49 000 agents sanitaires de village ont été formés à l'utilisation des sels de réhydratation orale (SRO) entre 1981 et 1983.
- L'Hôpital des Maladies infectieuses de Djakarta a créé un centre de TRO qui joue un rôle décisif dans la formation du personnel médical.
- On peut se procurer très facilement et à tous les niveaux les sachets de SRO grâce aux réseaux de distribution publics et commerciaux.
- On a atteint une couverture de 70% pour la TRO dans les régions couvertes par le programme LMD, la couverture moyenne nationale étant de 35% selon l'estimation du groupe examinateur.

Principales insuffisances relevées par le groupe:

- Prise en charge défectueuse des cas et utilisation insuffisante des

there was still an excessive use of antidiarrhoeal drugs, antibiotics and intravenous fluids. Many health professionals had not yet accepted ORT as an effective treatment of diarrhoea. Many village health workers who had received training in ORT were not practising such therapy. These problems were thought to result from a lack of practical experience in treating cases with ORT.

- Lack of coordination between the various programmes involved in CDD activities: each programme has a different approach to the training of staff, distribution of ORS and management of diarrhoea cases.
- Inadequate involvement of the regency level in the CDD programme: this may be attributable to a lack of information on the programme and a shortage of resources; the regency level staff were only partly involved in the planning process.

Conclusions

The review group concluded that the comprehensive programme review had demonstrated the usefulness of the method and highlighted the considerable progress made by the Indonesian CDD programme. The group made detailed recommendations for addressing the problems that had been identified, particularly concerning the need to increase the use of ORT by health workers, and to have better coordination between programmes, and more health education and communication with the public. The plan of operation of the programme has since been revised accordingly.

(Based on/D'après: A joint Government/WHO/UNICEF/USAID report/Rapport commun Gouvernement/OMS/FISE/USAID.)

ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS) - UPDATE¹

UNITED STATES OF AMERICA. - As of 30 April 1985, physicians and health departments in this country had reported 10 000 patients (9 887 adults and 113 children) meeting the surveillance definition for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Since the initial reports of AIDS in the spring of 1981, the number of cases reported each half-year has increased (Fig. 1). Over half of the 10 000 cases have been reported within the last 12 months. Of all reported patients 4 942 (49% of the adults and 69% of the children), and 75% of patients diagnosed before January 1983, are known to have died.

SRO: on continue à utiliser encore trop les antidiarrhéiques, les antibiotiques et les solutions pour perfusion intraveineuse. Beaucoup de professionnels de la santé n'ont pas encore admis l'efficacité de la TRO. De nombreux agents sanitaires de village ayant reçu une formation à la TRO ne l'utilisent pas. Ces problèmes semblent dus à une expérience pratique insuffisante de la TRO.

- Manque de coordination entre les divers programmes concernés par la lutte contre les maladies diarrhéiques: chaque programme a une approche différente en matière de formation du personnel, de distribution des SRO et de traitement des cas de diarrhée.
- Participation insuffisante de l'échelon de district au programme LMD: les raisons peuvent en être le manque d'informations sur le programme et une pénurie de ressources; le personnel de l'échelon de district a semblé ne participer que partiellement à la planification.

Conclusions

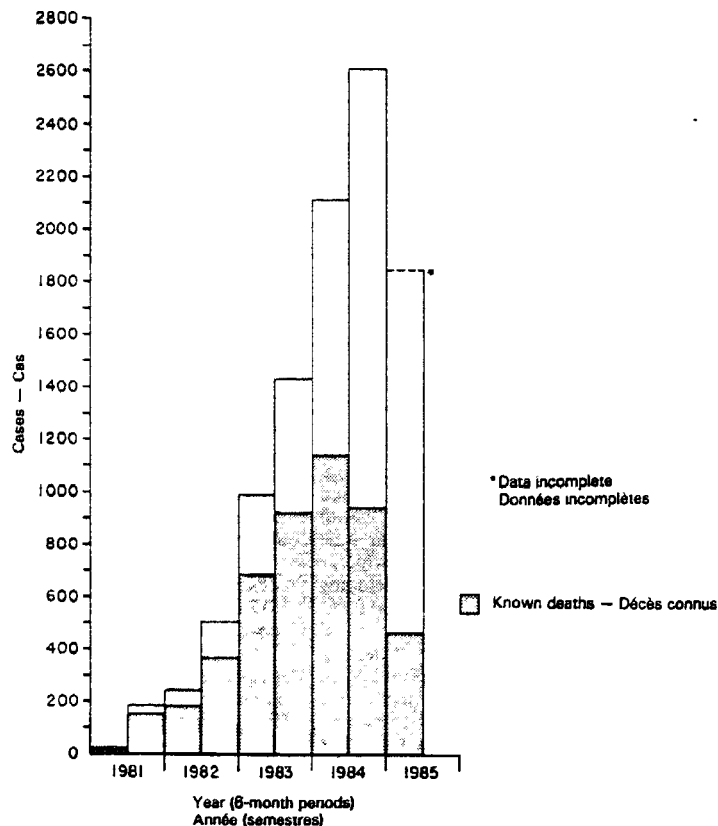
Le groupe examinateur a conclu que son examen complet du programme avait mis en évidence l'intérêt de la méthode suivie et souligné les progrès sensibles faits par le programme LMD indonésien. Le groupe a émis des recommandations détaillées pour la solution des problèmes recensés, notamment la nécessité d'un usage de la TRO par les agents de santé, d'une meilleure coordination des programmes, d'un effort plus intense d'éducation sanitaire et de contacts plus fréquents avec le public. Le plan d'opérations du programme a été révisé en conséquence.

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIT ACQUIS (SIDA) - MISE À JOUR¹

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. - Au 30 avril 1985, les médecins et les services de santé des Etats-Unis avaient notifié 10 000 cas de syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA) (9 887 adultes et 113 enfants) répondant à la définition adoptée aux fins de la surveillance. Depuis les notifications initiales du SIDA au printemps 1981, le nombre de cas notifiés chaque semestre a augmenté (Fig. 1). Plus de la moitié des 10 000 cas ont été notifiés au cours des 12 derniers mois. Sur le total des cas notifiés 4 942 (49% des adultes et 69% des enfants), dont 75% des cas diagnostiqués avant janvier 1983,

Fig. 1

AIDS cases and known deaths, by 6-month period of report, United States of America, 1981-April 1985
Cas de SIDA et décès connus, par semestre de diagnostic, Etats-Unis d'Amérique, 1981-avril 1985



¹ See No 10, 1985, pp 71-73

¹ Voir N° 10, 1985, pp. 71-73.

Adult patients: Among adult AIDS patients, there has been no significant change over time in distribution by age and sex. Ninety per cent of adult patients are 20-49 years old. Ninety-four per cent are men.

Reported cases have increased substantially in all patient groups. However, some changes in the relative proportion of cases have been noted. Since 1981, the proportion of AIDS cases in transfusion recipients has increased significantly ($p < 0.01$), while the proportion of cases in other/unknown patients has decreased significantly ($p < 0.001$) (Table 1). The latter reflects a smaller rate of increase of AIDS among Haitian-born patients who are placed in the other/unknown category. Although there has been a slight increase in the proportion of patients who are homosexual/bisexual men, it is not statistically significant.

Malades adultes: Parmi les adultes atteints du SIDA, la distribution par âge et sexe n'a pas connu de changement significatif dans le temps. Quarante-vingt-dix pour cent des malades adultes ont de 20 à 49 ans, et 94% sont des hommes.

Le nombre de cas notifiés a augmenté considérablement dans tous les groupes de malades. Toutefois, certains changements dans la proportion relative des cas ont été notés. Depuis 1981, la proportion de cas de SIDA post-transfusionnels s'est accrue de manière significative ($p < 0,01$), tandis que la proportion de cas chez les autres malades non transfusés ou dont les antécédents sont inconnus diminue de façon significative ($p < 0,001$) (Tableau 1). Cela reflète un taux plus faible d'accroissement du SIDA parmi les malades d'origine haïtienne placés dans le groupe «autres malades/antécédents inconnus». Bien qu'on ait observé une légère augmentation de la proportion des malades homosexuels ou bisexuels de sexe masculin, elle n'est pas statistiquement significative.

Table 1. AIDS patients, by patient group and date of report, United States of America, through April 1985
Tableau 1. Malades atteints du SIDA, par groupe de malades et date du rapport, États-Unis d'Amérique, à la fin avril 1985

| Patient group - Groupe de malades | Cases reported - Cas signalés | | | | | | Total | (%) |
|--|-----------------------------------|----------------|--|----------------|--|----------------|---------------|----------------|
| | Before May 1983 Avant mai 1983 | | May 1983 - April 1984 mai 1983 - avril 1984 | | May 1984 - April 1985 mai 1984 - avril 1985 | | | |
| | No. | (%) | No. | (%) | No. | (%) | | |
| Adult - Adultes | | | | | | | | |
| Homosexual/bisexual - Homosexuels/bisexuels | 992 | (71.5) | 2 070 | (72.5) | 4 199 | (74.4) | 7 261 | (73.4) |
| IV drug user - Toxicomanes recourant aux injections intraveineuses | 233 | (16.8) | 510 | (17.9) | 942 | (16.7) | 1 685 | (17.0) |
| Haemophilia patient - Hémophiles | 11 | (0.8) | 17 | (0.6) | 37 | (0.7) | 65 | (0.7) |
| Heterosexual contact - Contacts hétérosexuels | 13 | (0.9) | 23 | (0.8) | 45 | (0.8) | 81 | (0.8) |
| Transfusion recipient - Transfusés | 12 | (0.9) | 34 | (1.2) | 88 | (1.6) | 134 | (1.4) |
| Other/unknown - Autres/non connus | 126 | (9.1) | 202 | (7.1) | 333 | (5.9) | 661 | (6.7) |
| Total | 1 387 | (100.0) | 2 856 | (100.0) | 5 644 | (100.0) | 9 887 | (100.0) |
| Paediatric - Enfants | | | | | | | | |
| Parent with AIDS or at increased risk for AIDS - Parents atteint du SIDA ou à risque accru | 11 | (57.9) | 27 | (67.5) | 43 | (79.6) | 81 | (71.7) |
| Haemophilia patient - Hémophiles | 2 | (10.5) | 1 | (2.5) | 3 | (5.6) | 6 | (5.3) |
| Transfusion recipient - Transfusés | 2 | (10.5) | 8 | (20.0) | 5 | (9.3) | 15 | (13.3) |
| Other/unknown - Autres/non connus | 4 | (21.1) | 4 | (10.0) | 3 | (5.6) | 11 | (9.7) |
| Total | 19 | (100.0) | 40 | (100.0) | 54 | (100.0) | 113 | (100.0) |
| TOTAL | 1 406 | (100.0) | 2 896 | (100.0) | 5 698 | (100.0) | 10 000 | (100.0) |

The proportion of adult patients with Kaposi's sarcoma alone and with both Kaposi's sarcoma and *Pneumocystis carinii* pneumonia has decreased significantly ($p < 0.001$) (Table 2). This is associated with a significant increase in the proportion of cases with *P. carinii* pneumonia and no Kaposi's sarcoma. The distribution of cases with other opportunistic diseases has remained relatively constant.

Adult AIDS patients have been reported from 46 states, the District of Columbia, and 3 United States territories. Among cases reported before May 1983, 47% of the adults were residents of New York. Between May 1984 and April 1985, the proportion of adults reported with AIDS from this state decreased significantly ($p < 0.001$) to 34% of the total.

Paediatric patients: Among AIDS patients under 13 years old, there has been no statistically significant change in distribution by age, sex and disease presentation over time. Fifty-eight per cent of the paediatric patients were under 1 year old at diagnosis. Sixty-three per cent are males. Sixty-eight per cent had *P. carinii* pneumonia without Kaposi's sarcoma; 2% had Kaposi's sarcoma and *P. carinii* pneumonia; 4% had Kaposi's sarcoma without *P. carinii* pneumonia; and 26% had other opportunistic diseases. Eighty-one (72%) of the 113 paediatric patients came from families in which 1 or both parents had AIDS or were at increased risk for developing AIDS; 15 (13%) had received transfusions of blood or blood components before onset of their illness, and 6 (5%) had haemophilia. Risk factor information on the parents of the 11 (10%) remaining patients is incomplete. Paediatric cases have been reported from 17 states; cases reported per state ranged from 1 to 53 (median 1). Eighty-two per cent of the paediatric cases have been reported from New York, New Jersey, Florida, and California. Of the 81 paediatric patients with a parent with AIDS or at increased risk for AIDS, 69 (85%) were residents of New York, New Jersey, or Florida—states in which over 84% of the heterosexual adult cases were reported.

La proportion de malades adultes atteints de sarcome de Kaposi seul ou de sarcome de Kaposi et de pneumonie à *Pneumocystis carinii* s'est abaissée de manière significative ($p < 0,001$) (Tableau 2). Cela s'accompagne d'une augmentation significative de la proportion des cas atteints de pneumonie à *P. carinii* sans sarcome de Kaposi. La distribution des cas de pneumonie à *P. carinii* sans sarcome de Kaposi. La distribution des cas présentant d'autres maladies opportunistes est restée relativement constante.

Des adultes souffrant du SIDA ont été signalés dans 46 États, le district de Columbia et 3 territoires des États-Unis d'Amérique. Parmi les cas notifiés avant mai 1983, 47% des adultes étaient des habitants de l'État de New York. Entre mai 1984 et avril 1985, la proportion d'adultes atteints du SIDA dans cet État a diminué de manière significative ($p < 0,001$), jusqu'à 34% du total.

Enfants: Parmi les malades de moins de 13 ans atteints du SIDA, la distribution par âge, sexe et tableau de la maladie n'a pas subi de changement statistiquement significatif dans le temps. Cinquante-huit pour cent des enfants avaient moins d'un an au moment du diagnostic. Soixante-trois pour cent sont de sexe masculin. Soixante-huit pour cent présentaient une pneumonie à *P. carinii* sans sarcome de Kaposi; 2% avaient à la fois une pneumonie à *P. carinii* et un sarcome de Kaposi; 4% un sarcome de Kaposi sans pneumonie à *P. carinii*; et 26% avaient d'autres maladies opportunistes. Sur les 113 enfants malades, 81 (72%) provenaient de familles où l'un des parents ou les deux étaient atteints du SIDA ou présentaient un risque accru de SIDA; 15 (13%) avaient reçu des transfusions de sang ou de dérivés du sang avant le début de la maladie et 6 (5%) étaient atteints d'hémophilie. En ce qui concerne les 11 (10%) malades restants, les renseignements sur les facteurs de risque chez les parents sont incomplets. Des cas chez les enfants ont été notifiés par 17 États; le nombre signalé par État allait de 1 à 53 (médiane 1). Quarante-deux pour cent des cas chez les enfants ont été signalés dans les États de New York, New Jersey, Floride et Californie. Parmi les 81 enfants malades dont un parent présentait un SIDA ou un risque accru de SIDA, 69 (85%) habitaient les États de New York, New Jersey ou Floride, États dans lesquels ont été signalés plus de 84% des cas touchant des adultes hétérosexuels.

Table 2. Percentage distribution of adult AIDS patients, by disease and date of report, United States of America, through April 1985
Tableau 2. Répartition en pourcentage des cas de SIDA chez les adultes par maladie et date du rapport, Etats-Unis d'Amérique, à la fin avril 1985

| Disease - Maladie | Before May 1983 Avant mai 1983 | May 1983- April 1984 mai 1983-avril 1984 | May 1984-April 1985 mai 1984-avril 1985 | Total |
|---|-----------------------------------|---|--|--------------|
| Kaposi's sarcoma, no <i>P. carinii</i> pneumonia — Sarcome de Kaposi sans pneumonie à <i>P. carinii</i> | 24.7 | 24.1 | 18.9 | 21.2 |
| Kaposi's sarcoma and <i>P. carinii</i> pneumonia — Sarcome de Kaposi et pneumonie à <i>P. carinii</i> | 10.3 | 6.7 | 4.3 | 5.8 |
| <i>P. carinii</i> pneumonia, no Kaposi's sarcoma — Pneumonie à <i>P. carinii</i> sans sarcome de Kaposi | 51.3 | 51.7 | 59.5 | 56.1 |
| Other opportunistic diseases — Autres maladies opportunistes | 13.7 | 17.5 | 17.2 | 16.8 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

MMWR EDITORIAL NOTE: The number of AIDS cases reported nationally continues to increase. The first 5 000 diagnosed cases were reported to the Centers for Disease Control between June 1981 and June 1984 (37 months); the last 5 000 cases have been reported since June 1984 (10 months).

Haitian-born AIDS patients have now been placed into the other/unknown group. The previous separate listing for Haitian-born patients has been discontinued in the light of current epidemiological information that suggests both heterosexual contact and exposure to contaminated needles (not associated with intravenous (IV) drug abuse) play a role in disease transmission. Similar risk factors have been described for AIDS patients in some central African countries. Evidence from surveillance case report forms is insufficient to establish the specific modes of transmission in particular cases reported among Haitian immigrants.

Among Haitian-American control patients who were age- and sex-matched¹ to patients with AIDS, the prevalence of antibody to human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus (HTLV-III/LAV) was 5%. While this seroprevalence is lower than that found in other patient groups, it is several times higher than that seen in random blood donors. The following US Public Health Service guidelines¹ continue to apply: blood and/or plasma should not be donated by persons with symptoms and signs of AIDS, sexual partners of AIDS patients, sexually active homosexual/bisexual men with multiple partners, Haitian entrants to the United States, present or past abusers of IV drugs, patients with haemophilia, and sexual partners of individuals at increased risk for AIDS.

The proportion of AIDS patients with a history of blood transfusion as their only risk factor has increased significantly during the last 2 years, although these cases still contribute less than 2% of the total. Because the time from infection with HTLV-III/LAV to onset of AIDS may be several years, persons exposed to the virus through transfusion before institution of the self-deferral guidelines for blood donors in 1983 and screening of blood for HTLV-III/LAV antibody in 1985 may remain at risk of AIDS.

Over 93% of all AIDS patients who have Kaposi's sarcoma are homosexual/bisexual men. Although the proportion of homosexual/bisexual men reported with AIDS has been increasing, the proportion with Kaposi's sarcoma has decreased significantly and has led to an overall decrease in the proportion of adult cases with Kaposi's sarcoma. The reasons for the change in proportion of cases of Kaposi's sarcoma among homosexual/bisexual men are unclear.

Forty-five states, the District of Columbia, and Puerto Rico now require reporting of AIDS to health departments. Although the majority of cases have been reported from a few states, proportionately greater increases have recently been noted from other states. The geographical distribution of AIDS among children with parents in high-risk groups is similar to that seen for heterosexual adult AIDS patients. Since several years usually separate acquisition of infection with HTLV-III/LAV and onset of AIDS, current reports of AIDS cases may not reflect the present geographical distribution of infected persons.

¹ See No. 4, 1985, pp. 21-24.

NOTE DE LA RÉDACTION DU MMWR: Le nombre de cas de SIDA notifiés à l'échelon national continue à augmenter. Les 5 000 premiers cas diagnostiqués ont été signalés aux Centers for Disease Control (CDC) entre juin 1981 et juin 1984 (37 mois); les derniers 5 000 cas l'ont été depuis juin 1984 (10 mois).

Les malades d'origine haïtienne atteints du SIDA ont maintenant été placés dans le groupe «autres malades/antécédents inconnus». Le classement séparé des malades d'origine haïtienne pratiqué antérieurement a été interrompu à la lumière des renseignements épidémiologiques actuels, d'après lesquels le contact hétérosexuel tout comme l'exposition à des aiguilles contaminées (non associée à l'abus de drogues par voie intraveineuse) jouent un rôle dans la transmission de la maladie. Des facteurs de risques analogues ont été décrits pour des sujets atteints du SIDA dans certains pays d'Afrique centrale. Les données provenant des formulaires de notification des cas dans le cadre de la surveillance ne permettent pas d'établir les modes spécifiques de transmission dans des cas particuliers signalés parmi les immigrants haïtiens.

Parmi les patients américano-haïtiens témoins, appariés en ce qui concerne l'âge et le sexe avec les malades atteints du SIDA, la prévalence d'anticorps antiviral T-lymphotrope humain type III/virus associé à une lymphadénopathie (HTLV-III/LAV) était de 5%. Si cette séroprevalence est plus basse que dans d'autres groupes de malades, elle est toutefois supérieure de plusieurs fois à celle qu'on observe chez les donneurs de sang choisis au hasard. Les directives ci-après du Service de la Santé publique des Etats-Unis¹ restent applicables: devront s'abstenir de donner du sang ou du plasma les personnes présentant des symptômes et signes de SIDA, les partenaires sexuels de malades atteints du SIDA, les hommes homosexuels/bisexuels sexuellement actifs et ayant de multiples partenaires, les Haïtiens entrant aux Etats-Unis, les sujets s'administrant ou s'étant administrés des drogues par voie intraveineuse, les hémophiles et les partenaires sexuels de sujets à risque accru de SIDA.

La proportion des patients atteints du SIDA ayant des antécédents de transfusion sanguine comme unique facteur de risque a augmenté de manière significative pendant les 2 dernières années, bien que ces cas représentent moins de 2% du total. Du fait que l'intervalle de temps entre l'infection par HTLV-III/LAV et le début du SIDA peut être de plusieurs années, les personnes exposées au virus par une transfusion avant qu'il soit recommandé, en 1983, aux personnes présentant un risque accru de SIDA de s'abstenir de donner du sang et avant que soit instituée la recherche dans le sang d'anticorps anti-HTLV-III/LAV en 1985, risquent encore de présenter le SIDA.

Plus de 93% de la totalité des malades atteints du SIDA et présentant un sarcome de Kaposi sont des homosexuels/bisexuels de sexe masculin. Bien que la proportion des hommes homosexuels/bisexuels atteints du SIDA ait augmenté, la proportion de ceux qui présentaient un sarcome de Kaposi a diminué de manière significative, ce qui a entraîné une baisse globale de la proportion des cas de sarcome de Kaposi chez les adultes. Les raisons du changement dans la proportion de cas de sarcome de Kaposi parmi les hommes homosexuels/bisexuels sont obscures.

La notification des cas de SIDA aux services de santé est maintenant obligatoire dans 45 Etats, le district de Columbia et Porto Rico. Bien que la majorité des cas ait été notifiée par un petit nombre d'Etats, c'est dans les autres qu'on a noté récemment des augmentations proportionnellement supérieures. La distribution géographique des cas parmi les enfants dont les parents appartiennent à un groupe à risque élevé est analogue à celle qu'on observe parmi les malades adultes hétérosexuels. Comme plusieurs années s'écoulent généralement entre l'acquisition de l'infection à HTLV-III/LAV et le début du SIDA, les notifications actuelles de cas de SIDA ne reflètent peut-être pas la présente distribution géographique des personnes infectées.

¹ Voir N° 4, 1985, pp. 21-24.

JAPAN. — As of 31 May 1985, 6 cases of AIDS (including 3 deaths) had been confirmed by the AIDS *Chōsa Kentō Inkaï* (Investigation Committee).

Clinical and immunological diagnosis

All 6 cases are Japanese males (3 homosexuals and 3 haemophiliacs), showing antibody to LAV/HTLV-III and an inversion of the T-helper/T-suppressor cell ratio, as well as presenting some of the clinical signs and symptoms characteristic of AIDS.

Homosexual cases: The first is a 36-year-old male who had multiple sexual contacts in Europe and in the United States of America, where he is now residing; the second is a 35-year-old male who had an amoebic liver abscess, but has since recovered and is now an out-patient; the third is a 33-year-old male with a history of *Pneumocystis carinii* pneumonia who is now hospitalized for another disease event.

Haemophilia patients: All 3 haemophiliacs had candidiasis. The first (48 years old) died in July 1983; the second (62 years old) died in November 1984; and the third (27 years old) died in April 1985.

National surveillance of AIDS

The surveillance of AIDS is based on the voluntary reporting of cases by some 558 hospitals to local government offices which, in turn, notify the Infectious Disease Surveillance Division of the Ministry of Health and Welfare.

(Based on/D'après: A report of the Ministry of Health and Welfare/Un rapport du Ministère de la Santé et du Bien-Etre.)

INDEX, VOLUME 60, 1985, Nos. 14 to 26 Epidemiological notes and other information

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS): the Americas (excluding the United States) 153; Japan 202; prospective evaluation of health care workers exposed to blood or body fluids from patients with AIDS, USA 186; report on the situation in Europe as of 31 March 1985 189; update, Australia 191, USA 199; WHO consultation 129

Brucellosis: human brucellosis, epidemiological study 1976-1981, France (Upper Corsica) 183

Cancer: cancer increases in developed countries 125; lung cancer and breast cancer trends among women, USA (Texas and Tennessee) 111

Cholera: in 1984 149

Dengue haemorrhagic fever (DHF): first international seminar on DHF in the Americas 105

Diarrhoeal diseases control programme: country programme review, Indonesia 197

Drugs of dependence, monitoring and control: 194

Environmental health: preventing lead poisoning in young children, USA 136

Expanded Programme on Immunization: economic appraisal, Sri Lanka 191; European Conference on Immunization Policies 165; field evaluation of vaccine efficacy 133; investigation of a measles outbreak, Brazil 157; programme impact: decreasing morbidity in Bangkok 141; programme review, Islamic Republic of Iran 119; public health importance of measles, Burma 103

Health surveillance in the context of primary health care: 130

Hepatitis: viral hepatitis B vaccines prepared from yeast by recombinant DNA techniques 137

Infected area list, criteria used in compiling: 123

Influenza (notes): 106, 115, 123, 131, 155, 163, 170, 179, 185, 195

International Health Regulations (1969): position of Brunei Darussalam 203

Lassa fever: UK 115

Lead poisoning see Environmental health

Legionnaires' disease: UK 153

Malaria chemoprophylaxis: problems associated with the chemoprophylaxis of malaria in travellers to endemic areas 181

Maternal and child health: Task Force on Appropriate Technology for Pregnancy and Perinatal Care 114

Measles see Expanded Programme on Immunization

JAPON. — Au 31 mai 1985, 6 cas de SIDA (dont 3 mortels) avaient été confirmés par l'*AIDS Chōsa Kentō Inkaï* (Comité d'étude sur le SIDA).

Diagnostic clinique et immunologique

Dans les 6 cas, il s'agit de Japonais de sexe masculin (3 homosexuels et 3 hémophiles) porteurs d'anticorps anti-LAV/HTLV-III et présentant une inversion du rapport lymphocytes T-coopérants/T-suppressifs ainsi que certains des signes et symptômes caractéristiques du SIDA.

Homosexuels: Le premier malade est un homme de 36 ans ayant eu de multiples contacts sexuels en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique, où il réside actuellement; le deuxième est un homme de 35 ans ayant souffert d'une amibiase hépatique et actuellement guéri, mais qui suit maintenant un traitement ambulatoire; le troisième est un homme de 33 ans présentant des antécédents de pneumonie à *Pneumocystis carinii*, actuellement hospitalisé pour une autre affection.

Hémophiles. Les 3 hémophiles atteints du SIDA souffraient d'une candidose. Le premier (âgé de 48 ans) est décédé en juillet 1983, le deuxième (âgé de 62 ans) en novembre 1984, et le troisième (âgé de 27 ans) en avril 1985.

Surveillance nationale du SIDA

La surveillance du SIDA est fondée sur la notification spontanée des cas par 558 hôpitaux aux services officiels locaux qui informent à leur tour la Division de la surveillance des maladies infectieuses au Ministère de la Santé et du Bien-Etre.

INDEX, VOLUME 60, 1985, Nos 14 à 26 Notes épidémiologiques et autres informations

Brucellose: brucelloses humaines, étude épidémiologique 1976-1981, France (Haute-Corse) 183

Cancer: le cancer en augmentation dans les pays développés 125; tendances du cancer du poumon et du cancer du sein chez les femmes, Etats-Unis d'Amérique (Texas et Tennessee) 111

Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux: amendements à la publication de 1985 116, 124, 132, 138, 148, 155, 163, 180, 204

Choléra: en 1984 149

Dengue hémorragique: premier séminaire international sur la dengue hémorragique aux Amériques 105

Diarrhée voir Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques

Fièvre jaune voir Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux

Fièvre Q: épidémie en Valais, Suisse 121

Grippe (notes): 106, 115, 123, 131, 155, 163, 170, 179, 185, 195

Hépatite: vaccins contre l'hépatite virale B préparés à partir de levures par des techniques de recombinaison de l'ADN 137

Hygiène du milieu: prévention du saturnisme chez les jeunes enfants, Etats-Unis d'Amérique 136

Infections respiratoires aiguës: ARI News 187

Lassa, fièvre de: Royaume-Uni 115

Légionnaires, maladie des: Royaume-Uni 153

Maladies parasitaires: plans établis pour un programme national de lutte contre la schistosomiase, Botswana 117

Médicaments engendrant une dépendance, surveillance et contrôle: 194

Méningocoques, affections à: flambées de méningite méningococcique à Delhi (Inde) et dans la vallée de Katmandou (Népal) 122; méningite bactérienne, Royaume-Uni 146

Neisseria gonorrhoeae productrices de β -lactamase (NGPP): Venezuela 106

Nutrition: état nutritionnel des enfants en milieu rural, Bangladesh 109

Paludisme, chimioprophylaxie: problèmes liés à la chimioprophylaxie du paludisme chez les personnes se rendant en zone d'endémie 181

Poliomyélite: en 1983 173

Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international: amendements à la publication de 1984 131, 203

Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques: examen du programme par pays, Indonésie 197

Programme élargi de vaccination: bilan économique, Sri Lanka 191; Conférence européenne sur les politiques de vaccination 165; enquête sur une poussée de rougeole, Brésil 157; évaluation sur le terrain de l'efficacité des vaccins 133; examen du programme, Botswana 119;

**YELLOW-FEVER VACCINATING CENTRES
FOR INTERNATIONAL TRAVEL**
Amendments to 1985 publication

**CENTRES DE VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE
POUR LES VOYAGES INTERNATIONAUX**
Amendements à la publication de 1985

**NETHERLANDS
PAYS-BAS**
Insert - Insérer:
Terneuzen -
Districtsgezondheidsdienst Zeeland
A. Bijnstraat 25
Vlissingen -
Districtsgezondheidsdienst Zeeland
Koudekerkseweg 52
Vlissingen (Oost Souburg) -
Districtsgezondheidsdienst Zeeland
Kanaalstraat 70

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT
Notifications received from 21 to 27 June 1985 - Notifications reçues du 21 au 27 juin 1985

C Cases - Cas
D Deaths - Décès
P Port
A Airport - Aéroport

Figures not yet received - Chiffres non encore disponibles
i Imported cases - Cas importés
r Revised figures - Chiffres révisés
s Suspected cases - Cas suspects

| CHOLERA† - CHOLÉRA† | | YELLOW FEVER - FIÈVRE JAUNE | | |
|---------------------|-----------------------|---|----------------------|--|
| Africa - Afrique | | America - Amérique | | |
| | <i>C</i> <i>D</i> | <i>C</i> <i>D</i> | | |
| BURKINA FASO | 25.III-2.VI 384 56 | PERU - PÉROU | 15-20.V ¹ | Madre de Dios Department Tambopata Province |
| | | Junin Department Chanchamayo Province | | ² 1 1 |
| | | ² | 1 1 | ² 1 1 |
| | | ² | 16-... | 9-12.III ¹ |
| | | ² | 1 1 | Cusco Department La Convencion Province |
| | | ² | 5-15.V ¹ | ² 1 1 |
| | | Junin Department Satipo Province | | ² 1 1 |
| | | ² | 1 1 | 9-11.III ¹ |
| | | ² | 1 1 | ² 1 1 |
| | | San Martin Department Tocache Province | ...-26.IV | ...-10.III |
| | | ² | 1 1 | ² 1 1 |
| | | ² | ...-4.IV | ...-9.III |
| | | ² | 1 1 | ² 1 1 |
| | | ² | ... | ² 2 2 |
| | | ² | 1 1 | ¹ Date of onset and death / Date du debut et décès. |
| | | ² | ... | ² No details / Pas de détails. |

† The total number of cases and deaths reported for each country occurred in infected areas already published, or in newly infected areas, see below / Tous les cas et décès notifiés pour chaque pays se sont produits dans des zones infectées déjà signalées ou dans des zones nouvellement infectées, voir ci-dessous.

Newly infected areas as on 27 June 1985 - Zones nouvellement infectées au 27 juin 1985

For criteria used in compiling this list, see No. 16, page 123. - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 16, page 123

The complete list of infected areas was last published in WER No. 22, page 171. It should be brought up to date by consulting the additional information published subsequently in the WER regarding areas to be added or removed. The complete list is usually published once a month.

La liste complète des zones infectées a paru dans le REH N° 22, page 171. Pour sa mise à jour, il y a lieu de consulter les Relevés publiés depuis lors où figurent les listes de zones à ajouter et à supprimer. La liste complète est généralement publiée une fois par mois.

| CHOLERA - CHOLÉRA | Asia - Asie | YELLOW FEVER - FIÈVRE JAUNE |
|---|--|---|
| Africa - Afrique | THAILAND - THAÏLANDE | America - Amérique |
| BURKINA FASO Gnangnan Province Namatenga Province Seno Province Soum Province | Kanchanaburi Province Kanchanaburi District Loei Province Wang Saphung District | PERU - PÉROU Cusco Department La Convencion Province San Martin Department Tocache Province |

Areas removed from the infected area list between 21 and 27 June 1985
Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 21 et 27 juin 1985

For criteria used in compiling this list, see No. 16, page 123 - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 16, page 123

| CHOLERA - CHOLÉRA | Asia - Asie | |
|---|---|--|
| THAILAND - THAÏLANDE | | |
| Bangkok Metropolis Bang Khun Thian District Phaya Thai District Chanthaburi Province Tha Mai District Krabi Province Plai Phraya District | Maha Sarakham Province Maha Sarakham District Nakhon Ratchasima Province Dan Khun Thot District Kong District Pak Chong District Pak Thong Chai District Pathum Thani Province Lam Luk Ka District Pathum Thani District Ratchaburi Province Ratchaburi District | Roi Et Province Chaturaphak Phuman District Samut Prakan Province Bang Bo District Bang Phli District Saraburi Province Nong Khae District Ubon Ratchathani Province Trakan Phutphon District Ubon Ratchathani District Warin Chamrap District |

Price of the Weekly Epidemiological Record
Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire