



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

28 JUNE 1991 • 66th YEAR

66^e ANNÉE • 28 JUIN 1991

AIDS		SIDA	
HIV and HBV transmission in the health care setting	189	Transmission du VIH et du virus de l'hépatite B (VHB) en milieu médicalisé	189
AIDS and HIV infection in the WHO Western Pacific Region	191	SIDA et infections à VIH dans la Région OMS du Pacifique occidental	191
Influenza	195	Grippe	195
Tickborne encephalitis, Sweden	195	Encéphalite à tiques, Suède	195
New WHO publication – Evaluation of certain food additives and contaminants	195	Nouvelle publication de l'OMS – Evaluation de certains additifs alimentaires et contaminants	195
Diseases subject to the regulations	196	Maladies soumises au règlement	196

Global Programme on AIDS*HIV and HBV transmission in the health care setting*

Following the reported transmission of human immunodeficiency virus (HIV) from a United States dentist to 3 of his patients, the World Health Organization (WHO) received requests from a number of countries for practical guidance on how to avoid such incidents. The WHO Global Programme on AIDS (GPA) accordingly organized a consultation of international experts on HIV and hepatitis B virus (HBV) transmission in the health care setting in Geneva on 11-12 April 1991.

The consultation report examines the risk of transmission of bloodborne HIV and HBV from patient to patient, from patient to health care worker, and from health care worker to patient. Transmission by any of these pathways is rare, and the third pathway is the rarest of all. For HIV, the United States dentist-to-patient case is the only reported instance of its kind.

The bloodborne spread of HIV and HBV from patient to patient represents a minimal risk wherever sufficient medical and surgical equipment is available and careful attention is paid to the sterilization of instruments and other procedures to minimize the risk of blood contamination. Patient-to-patient spread in the health care setting poses a greater risk in countries with limited supplies and equipment and where techniques to minimize contamination may not be rigorously practised.

HBV spread from patients to health care workers is proportional to the degree of blood exposure. For highly exposed health care workers such as surgeons and laboratory personnel, the lifetime risk of HBV infection may reach 30-50%. The situation with HIV is quite different. Because HIV circulates in blood at much lower concentrations than HBV, and because it is not able to survive as well outside the human body, occupationally acquired HIV infection is believed to be uncommon.

Programme mondial de lutte contre le SIDA*Transmission du VIH et du virus de l'hépatite B (VHB) en milieu médicalisé*

A la suite d'informations selon lesquelles un dentiste des Etats-Unis aurait transmis le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à 3 de ses patients, de nombreux pays ont demandé à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de fournir certains conseils pratiques pour éviter que de tels cas ne se reproduisent. Le programme mondial OMS de lutte contre le SIDA (GPA) a donc organisé, les 11 et 12 avril 1991 à Genève, une consultation réunissant des experts venus du monde entier et portant sur la transmission du VIH et du virus de l'hépatite B (VHB) en milieu médicalisé.

Le rapport de la consultation examine le risque de transmission du VIH et du VHB par l'intermédiaire de sang contaminé, d'un malade à l'autre, de patient à professionnel de la santé, et de professionnel de la santé à patient. Ces types de transmission sont très rares. Les experts soulignent que le troisième des cas de figure évoqués est le plus rare de tous. Le cas susmentionné de transmission du VIH de dentiste à patient est le seul connu.

Le risque de transmission du VIH et du VHB d'un malade à l'autre, par l'intermédiaire de sang contaminé, est pour ainsi dire inexistant si l'on dispose d'un matériel médical et chirurgical suffisant, si l'on prend soin de bien stériliser les instruments et si l'on observe d'autres précautions qui permettent de réduire au minimum le risque de contamination par le sang. Le risque de transmission d'un malade à l'autre en milieu médicalisé est plus grand dans les pays où les fournitures et le matériel sont limités et où les techniques permettant de réduire au minimum le risque de contamination ne sont peut-être pas utilisées comme il le faudrait.

Le risque de transmission du VHB de patient à professionnel de la santé est proportionnel au degré d'exposition au sang. Dans le cas des professions très exposées comme les chirurgiens et les personnels de laboratoire, le risque de contracter l'hépatite B, rapporté à la durée totale de la vie, peut atteindre 30-50%. En ce qui concerne le VIH, la situation est tout à fait différente. Du fait que le VIH circule dans le sang à des concentrations beaucoup plus faibles que le VHB et qu'il ne peut survivre aussi bien hors de l'organisme humain, on peut penser qu'il est très rare de contracter l'infection à VIH dans l'exercice d'une profession de santé.

The report examines and then rejects routine and/or mandatory testing of either health care workers or patients as a possible approach to minimizing HIV and HBV transmission in the health care setting. Such testing carries many disadvantages and may actually be counterproductive, especially for AIDS control. Because of the stigma and other potential consequences of being identified as HIV-positive, individuals who think they might be infected may go to extremes to avoid being tested. Mandatory testing is thus bound to miss some infected persons. For those who are reached by testing, a negative result is no guarantee that they were not infected very recently (in most instances the "window" period for the development of antibody to HIV is a few weeks to several months) or that they will not become infected in the future. Routine testing thus creates a false sense of security, which may lull the health care worker into lesser vigilance about safety precautions. Moreover, it is costly, absorbing precious resources that could be put to much better use.

For all these reasons, and because there is no evidence that knowledge of infection status reduces the risk of accidental exposure, the experts concluded that, for HIV and HBV, prevention must be based on universal blood and body fluid precautions. Their report includes the following recommendations concerning these and other infection control measures.

General

1. Universal blood and body fluid precautions, subsequently referred to as universal precautions, are the cornerstone of prevention of transmission of bloodborne infections. The underlying concept of universal precautions is that all blood and certain body fluids¹ are assumed to be infectious for HBV/HIV and other bloodborne pathogens.
2. The concept of universal precautions should be adopted by all governments, health authorities and institutions even if details of the specific control measures vary from place to place.
3. Health care workers need to understand the modes of transmission of HBV/HIV in the health care setting and learn the procedures for universal precautions that must be followed to minimize the risk of transmission. Effective training is essential to ensure that these concepts are understood and put into practice wherever health care is provided.
4. Routine and/or mandatory testing of either health care workers or patients for HIV antibody or HBsAg is not an effective strategy for controlling HBV/HIV transmission in the health care setting and is not recommended. However, consideration should be given to making confidential testing and appropriate counselling available to health care workers who wish to know their serological status.
5. Components of universal precautions include: hand-washing; careful handling of sharp objects; sterilization, disinfection, or disposal of instruments as appropriate; adherence to sterilization and disinfection protocols; and appropriate use of personal protective equipment (e.g. gloves, masks, gowns or aprons, and protective eyewear, as indicated by the nature of the specific procedure). Where resources are limited, priorities must be set for their allocation and use. In such situations, simple infection control measures which do not require major resources must receive special emphasis.

¹ While blood is the single most important source of HBV, HIV and other bloodborne pathogens in the health care setting, transmission can also occur through accidental exposure to contaminated tissues, semen, vaginal secretions, cerebrospinal fluid, synovial fluid, pleural fluid, peritoneal fluid, pericardial fluid, and amniotic fluid.

Le rapport examine, puis rejette, le principe du dépistage systématique et/ou obligatoire chez les professionnels de la santé et chez les patients, en tant que méthode susceptible de minimiser le risque de transmission du VIH et du VHB en milieu médicalisé. Le dépistage comporte de nombreux inconvénients et peut même aller à l'encontre du but recherché, surtout s'agissant de la lutte contre le SIDA. Par crainte de rejet social et d'autres conséquences potentielles d'une séropositivité éventuelle, ceux qui se croient infectés peuvent en arriver à certains extrêmes pour fuir le dépistage. En procédant au dépistage obligatoire, on passera inévitablement à côté de certains cas d'infection. Pour ceux qui subissent un dépistage, une sérologie négative ne veut pas dire qu'ils n'ont pas été infectés hier (dans la plupart des cas, la période sérologiquement muette va de quelques semaines à plusieurs mois) ou qu'ils ne le seront pas demain. Le dépistage systématique donne donc une fausse impression de sécurité, qui peut conduire le professionnel de la santé à relâcher sa vigilance pour ce qui est des précautions à prendre. En outre, le dépistage systématique coûte cher, et engloutit des ressources précieuses dont on pourrait faire un bien meilleur usage.

Pour toutes ces raisons, et parce que rien ne prouve que le fait de savoir qu'une personne est, ou n'est pas, infectée diminue le risque d'exposition accidentelle, les experts ont conclu que, pour éviter la transmission de l'infection à VIH et de l'hépatite B par exposition à du sang ou à un liquide biologique contaminés, il faut respecter ce que l'on appelle «les précautions universelles». Leur rapport contient les recommandations suivantes, relatives aux mesures de lutte contre l'infection.

Généralités

1. Les précautions qu'il est universellement recommandé de respecter en cas d'exposition au sang ou à un liquide biologique (d'où leur nom de «précautions universelles»), constituent la pierre angulaire de la prévention des infections transmises par le sang. Les précautions universelles sont fondées sur l'hypothèse selon laquelle le VIH, le VHB et d'autres agents pathogènes peuvent circuler dans le sang et dans les liquides biologiques de toute personne.¹
2. Les précautions universelles doivent être adoptées par tous les États, autorités sanitaires et établissements de soins même s'il peut exister des variantes locales dans les mesures de lutte.
3. Il est nécessaire que les professionnels de la santé connaissent les différents modes possibles de transmission du VHB et du VIH en milieu médicalisé, et apprennent à suivre les précautions universelles pour réduire au minimum le risque de transmission. Une formation efficace s'impose pour que ces notions soient bien comprises et appliquées partout où sont donnés des soins.
4. Le dépistage systématique et/ou obligatoire, chez les professionnels de la santé ou chez les malades, à la recherche d'anticorps anti-VIH ou d'HBsAg, ne constitue pas une stratégie efficace pour faire obstacle à la transmission du VIH et du VHB en milieu médicalisé et n'est pas conseillé. Cependant, les professionnels de la santé qui souhaitent savoir s'ils sont ou non infectés devraient pouvoir bénéficier d'un dépistage confidentiel et de conseils appropriés; il conviendrait donc d'examiner cette question.
5. Les précautions universelles consistent notamment à se laver les mains, à manipuler avec soin les objets tranchants, à stériliser/désinfecter convenablement les instruments ou à les jeter après utilisation, et à porter un équipement de protection personnel (par exemple, des gants, un masque, une blouse ou un tablier et des lunettes, etc., selon l'acte auquel il est procédé). Là où les ressources sont limitées, il est impératif d'établir des priorités pour l'affectation et l'utilisation de ces ressources; en pareille situation, il faut mettre tout particulièrement l'accent sur certaines mesures simples de prévention des infections, qui n'exigent pas des ressources importantes.

¹ S'il est vrai que c'est essentiellement par l'intermédiaire du sang que se transmettent, en milieu médicalisé, le VHB, le VIH et d'autres agents pathogènes, la transmission peut également se faire par contact accidentel avec des tissus, du sperme, des sécrétions vaginales, du liquide céphalo-rachidien, du liquide synovial, du liquide pleural, du liquide péritonéal, du liquide péricardique et du liquide amniotique.

6. HBV vaccine should be available for health care workers at risk (i.e. those in contact with blood and certain body fluids), subject to the availability of affordable vaccine, it being recognized that an infant HBV immunization programme should also be in place.

WHO

7. WHO should continue to support national health authorities in establishing the concept of universal precautions against bloodborne infections as a fundamental part of infection control activities.

8. WHO should assist national authorities to develop infection control policies and guidelines, including training materials, for the application of universal precautions relevant to specific national needs and resources.

9. WHO should formulate a research agenda focusing on the epidemiology and prevention of HBV and HIV transmission in health care settings.

10. WHO and national authorities should develop strategies and implement programmes to inform the general public of the modes of transmission of HBV and HIV.

National authorities

11. National authorities should strengthen national infection control committees, develop effective infection control policies and establish training programmes in the control of bloodborne infections, including the concept of universal precautions.

12. National authorities should ensure that health care institutions implement effective infection control programmes including the concept of universal precautions. This should be the responsibility of infection control committees and practitioners.

13. National authorities should also ensure that the general public is informed of the risk of bloodborne infection from invasive procedures using contaminated instruments and other medical equipment, whether performed by clinicians or by traditional practitioners. Practices and procedures involving a risk of HBV/HIV transmission include injections; acupuncture; scarification; tattooing; circumcision; ear, nose and other body piercing; dental procedures; and other medical or surgical procedures such as those performed during childbirth.

14. If universal precautions are strictly followed and adequate infection control procedures adhered to, the risk of HBV or HIV transmission from an infected health care worker to a patient is extremely remote. In general, health care workers who are chronic HBV carriers and/or who are infected with HIV should not be prevented from providing health care.

• The report of the consultation (unpublished document WHO/GPA/DIR/91.5, available in English and French) may be obtained on request from: Global Programme on AIDS, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

AIDS and HIV infection in the WHO Western Pacific Region

The countries in the WHO Western Pacific Region report statistics on HIV and AIDS on a regular basis to the WHO Regional Office in Manila, Philippines. The Region includes countries which cover an enormous population

6. Tous les professionnels de la santé exposés au risque de contracter l'hépatite B, à savoir ceux qui sont en contact avec du sang et certains liquides biologiques, doivent avoir accès au vaccin contre cette maladie; encore faut-il disposer d'un vaccin dont le prix soit abordable, étant par ailleurs entendu qu'un programme de vaccination infantile contre l'hépatite B devrait être également mis en place.

L'OMS

7. L'OMS doit continuer d'apporter son appui aux autorités sanitaires nationales qui ont décidé de faire respecter dans leur pays les précautions universelles pour prévenir les infections transmises par le sang en les inscrivant dans le cadre général de la lutte contre les maladies infectieuses.

8. L'OMS doit aider les autorités nationales à définir une politique et à établir des directives en matière de lutte contre les maladies infectieuses, notamment à mettre au point du matériel pédagogique, en vue de l'application de précautions universelles adaptées aux besoins et aux ressources de chaque pays.

9. L'OMS doit élaborer un programme de recherche sur l'épidémiologie et la prévention de la transmission du VHB et du VIH en milieu médicalisé.

10. L'OMS et les autorités nationales doivent mettre au point des stratégies et mettre en œuvre des programmes destinés à informer le grand public des modes de transmission du VHB et du VIH.

Les autorités nationales

11. Les autorités nationales doivent renforcer les commissions nationales de lutte contre les maladies infectieuses, développer des stratégies efficaces de lutte et mettre en place des programmes de formation à la lutte contre les infections transmises par le sang, notamment en vue de faire appliquer les précautions universelles.

12. Les autorités nationales doivent veiller à ce que les établissements de soins mettent en œuvre des programmes efficaces de prévention des infections, notamment en introduisant la notion de précautions universelles. Les commissions de lutte contre les maladies infectieuses et les médecins pourraient se charger de cette mise en œuvre.

13. Les autorités nationales doivent également faire en sorte que le grand public soit informé du risque de transmission d'infections par le sang, lors d'actes d'effraction cutanéomuqueuse au cours desquels sont utilisés des instruments et du matériel médical souillés, que ces actes soient effectués par des cliniciens ou par des tradipraticiens; les actes d'effraction entraînant un risque de transmission du VHB et du VIH comprennent les injections, l'acupuncture, la scarification, le tatouage, la circoncision, le percement des oreilles, du nez et d'autres parties du corps, les soins dentaires, et autres actes médicaux et chirurgicaux tels que ceux auxquels il est procédé lors d'un accouchement.

14. Si l'on observe rigoureusement les précautions universelles et que l'on applique des mesures correctes de lutte contre les infections, le risque de transmission du VHB et du VIH d'un professionnel de la santé infecté à un patient est tout à fait minime. En règle générale, on ne doit pas interdire aux professionnels de la santé qui sont des porteurs chroniques du VHB et/ou qui sont infectés par le VIH, de dispenser des soins.

• Pour obtenir le rapport de la consultation (document WHO/GPA/DIR/91.5, non publié, disponible en anglais et en français), s'adresser au Programme mondial de lutte contre le SIDA, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

SIDA et infections à VIH dans la Région OMS du Pacifique occidental

Les pays de la Région OMS du Pacifique occidental font régulièrement parvenir au Bureau régional de l'OMS à Manille, aux Philippines, les statistiques relatives aux cas d'infections à VIH et de SIDA. Le nombre d'individus regroupés dans les différents pays

range, from China with over 1000 million people to some of the Pacific states, the populations of which number in the thousands. There is also a wide range of political systems, socioeconomic levels and public health structures, and a consequent variation in the manner in which health statistics are obtained. The Regional Office requests a specific set of tabulations on HIV and AIDS from each country and maintains the information in a computer data base.

que comporte la Région est énorme; cela va de la Chine avec plus d'un milliard d'habitants à quelques-uns des Etats du Pacifique, dont les habitants se comptent par milliers. Les régimes politiques, les niveaux socio-économiques et les structures sanitaires sont très variés, ce qui implique une certaine diversité au niveau des méthodes utilisées pour obtenir les statistiques de santé. Le Bureau régional demande que les chiffres relatifs aux cas de SIDA et d'infections à VIH soient disposés en tableaux selon un modèle bien déterminé; il conserve et met à jour l'information dans une base de données informatique.

Table 1 AIDS and HIV in the Western Pacific Region, by country,* as at 15 May 1991

Tableau 1 Cas de SIDA et d'infections à VIH dans la Région du Pacifique occidental, par pays,* au 15 mai 1991

Country/Area Pays/Territoire	Cumulative AIDS cases – Cas cumulés de SIDA				AIDS rate ^b Taux de SIDA ^b	Cumulative HIV diagnoses Cas cumulés d'infections à VIH diagnostiquées	Ratio HIV/AIDS Rapport VIH/SIDA
	Male Sexe masculin	Female Sexe féminin	Children <15 years Enfants <15 ans	Total			
American Samoa – Samoa américaines	—	—	—	—	—	—	—
Australia – Australie	2 418	76	20	2 494	14.89	18 025	7.2
Brunei Darussalam – Brunéi Darussalam	2	—	—	2	0.74	6	3.0
Cambodia – Cambodge	—	—	—	—	—	—	—
China ^c – Chine ^c	5	—	—	5	—	493	98.6
Cook Islands – Iles Cook	—	—	—	—	—	—	—
Federated States of Micronesia – Etats fédérés de Micronésie	1	—	—	1	1.03	5	5.0
Fiji – Fidji	1	2	—	3	0.40	7	2.3
French Polynesia – Polynésie française	18	4	1	22	12.22	96	4.4
Guam	7	1	—	8	6.67	26	3.3
Hong Kong	44	1	2	45	0.77	210	4.7
Japan – Japon	359	12	—	371	0.30	1 627	4.4
Kiribati	—	—	—	—	—	—	—
Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	—	—	—	—	—	1	—
Macao	1	—	—	1	0.21	3	3.0
Malaysia – Malaisie	23	3	1	26	0.15	974	37.5
Marshall Islands – Iles Marshall	1	1	—	2	4.88	5	—
Nauru	—	—	—	—	—	—	—
New Caledonia – Nouvelle-Calédonie	15	1	1	16	9.41	50	3.1
New Zealand – Nouvelle-Zélande	254	7	4	261	7.72	626	2.4
Niue	—	—	—	—	—	—	—
Northern Mariana Islands – Iles Mariannes du Nord	—	—	—	—	—	2	—
Palau	—	—	—	—	—	—	—
Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	19	13	1	32	0.80	67	2.1
Philippines	34	9	2	43	0.07	220	5.1
Republic of Korea – République de Corée	5	2	—	7	0.02	131	18.7
Samoa	1	—	—	1	0.59	1	1.0
Singapore – Singapour	23	—	—	23	0.85	61	2.7
Solomon Islands – Iles Salomon	—	—	—	—	—	—	—
Tokelau	—	—	—	—	—	—	—
Tonga	2	—	—	2	1.67	3	1.5
Tuvalu	—	—	—	—	—	—	—
Vanuatu	—	—	—	—	—	—	—
Viet Nam	—	—	—	—	—	1	—
Wallis and Futuna – Wallis-et-Futuna	—	—	—	—	—	—	—
Total	3 233	132	32	3 365	0.22	22 640	6.7

* See text for details of reporting periods — Pour les dates de notification, voir le texte.

^b AIDS cases per 100 000 population. — Cas de SIDA pour 100 000 individus.

^c The above statistics relating to China do not include 30 cases of AIDS and 185 HIV diagnoses in the Province of Taiwan. — Les statistiques ci-dessus ne comprennent pas 30 cas de SIDA et 185 cas d'infections à VIH diagnostiquées dans la province de Taïwan.

— = Nil — Zéro

. = Not available. — Non disponible

For each country in the Region, Table 1 shows the cumulative numbers of cases of AIDS and HIV infection reported, the cumulative totals of AIDS cases for males, females and children less than 15 years, and the rate of AIDS cases per 100 000 total population. In addition, the table gives the ratio of cumulative diagnoses of HIV to AIDS. The dates to which the figures are cumulative vary among countries.

Sur le Tableau 1, on montre pour chaque pays de la Région le nombre cumulé de cas de SIDA et d'infections à VIH notifiés, le total cumulé de cas de SIDA chez les individus de sexe masculin, de sexe féminin, et chez les enfants de moins de 15 ans, ainsi que le taux de cas de SIDA pour 100 000 individus. De plus, ce tableau donne le rapport: cas cumulés d'infections à VIH diagnostiquées/cas de SIDA déclarés. Les dates auxquelles le nombre de cas est cumulé

They range from 10 September 1990 (Lao People's Democratic Republic) to 5 April 1991 (New Zealand), but most fall in November 1990.

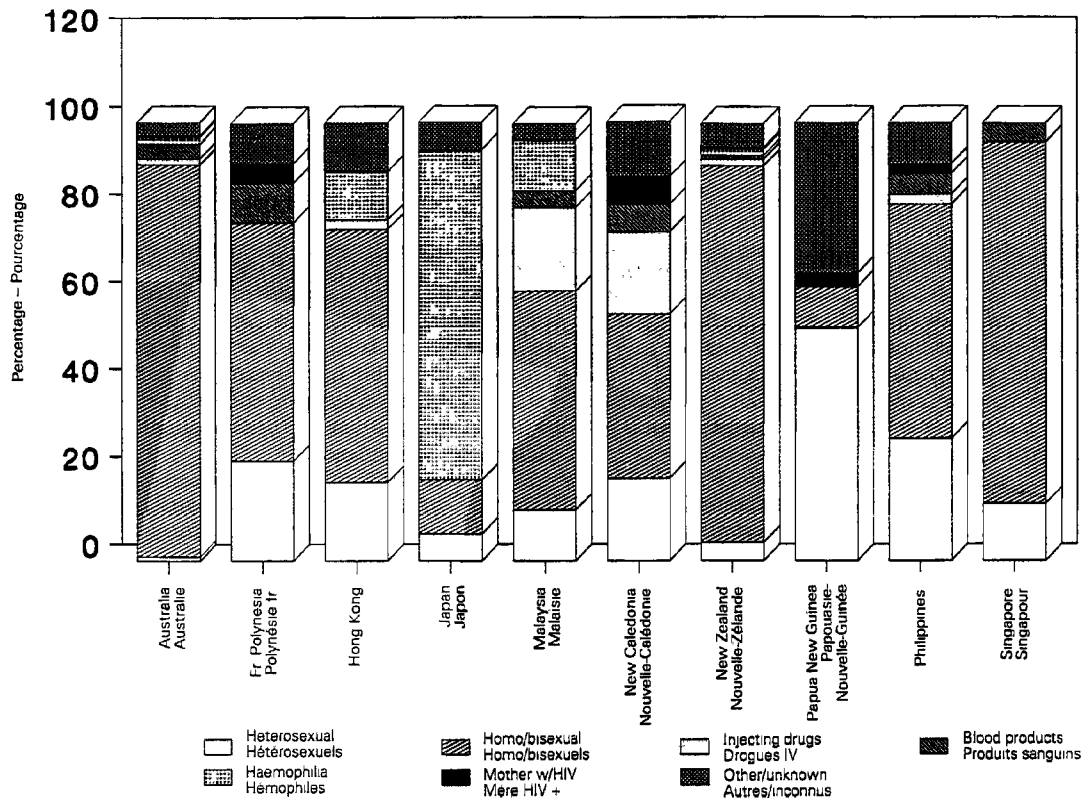
Australia has the highest number of reported AIDS cases in the Region (2 494), followed by Japan (371) and New Zealand (261). The remaining countries have reported a total of 239 cases of AIDS. Australia also has the highest cumulative rate of AIDS (14.89 per 100 000 total population), and is followed by French Polynesia (12.22), New Caledonia (9.41), New Zealand (7.72) and Guam (6.67). Over 90% of AIDS cases reported in the Region have occurred among men. Percentages are higher in Australia (98%), New Zealand (97%) and Japan (97%), but lower in Papua New Guinea (59%), the Republic of Korea (71%) and the Philippines (79%). The ratio between reports of HIV diagnoses and AIDS cases is a measure of how recent the HIV epidemic is in a country, with a high ratio indicating a preponderance of cases of HIV infection which have not progressed to AIDS. The reported ratios are particularly high for China (98.6) and Malaysia (37.5).

varient selon les pays. Cela va du 10 septembre 1990 (République démocratique populaire lao) au 5 avril 1991 (Nouvelle-Zélande); la plupart du temps, les cas sont cumulés en novembre 1990.

C'est en Australie que l'on a signalé le plus grand nombre de cas de SIDA de la Région (2 494); vient ensuite le Japon avec 371 cas, suivi de la Nouvelle-Zélande (261 cas). Les autres pays ont à eux tous signalé 206 cas de SIDA. C'est également en Australie que l'on trouve le plus fort taux cumulé de cas de SIDA (14,89 pour 100 000 habitants); viennent ensuite la Polynésie française (12,22), la Nouvelle-Calédonie (9,41), puis la Nouvelle-Zélande (7,72) et Guam (6,67). Plus de 90% des cas de SIDA notifiés dans la Région concernent les hommes. Les pourcentages sont supérieurs en Australie (98%), en Nouvelle-Zélande (97%) et au Japon (97%), mais inférieurs en Papouasie-Nouvelle-Guinée (59%), en République de Corée (71%) et aux Philippines (79%). Le rapport infections à VIH diagnostiquées/cas de SIDA déclarés permet de savoir depuis combien de temps l'épidémie à VIH est présente dans un pays donné; un rapport élevé indique une prépondérance de cas d'infections à VIH n'ayant pas évolué vers un SIDA. Ce rapport est particulièrement élevé en Chine (98.6) et en Malaisie (37.5).

Fig 1 Exposure category, in percentage, of cumulative AIDS cases for selected countries in the WHO Western Pacific Region, 1990*

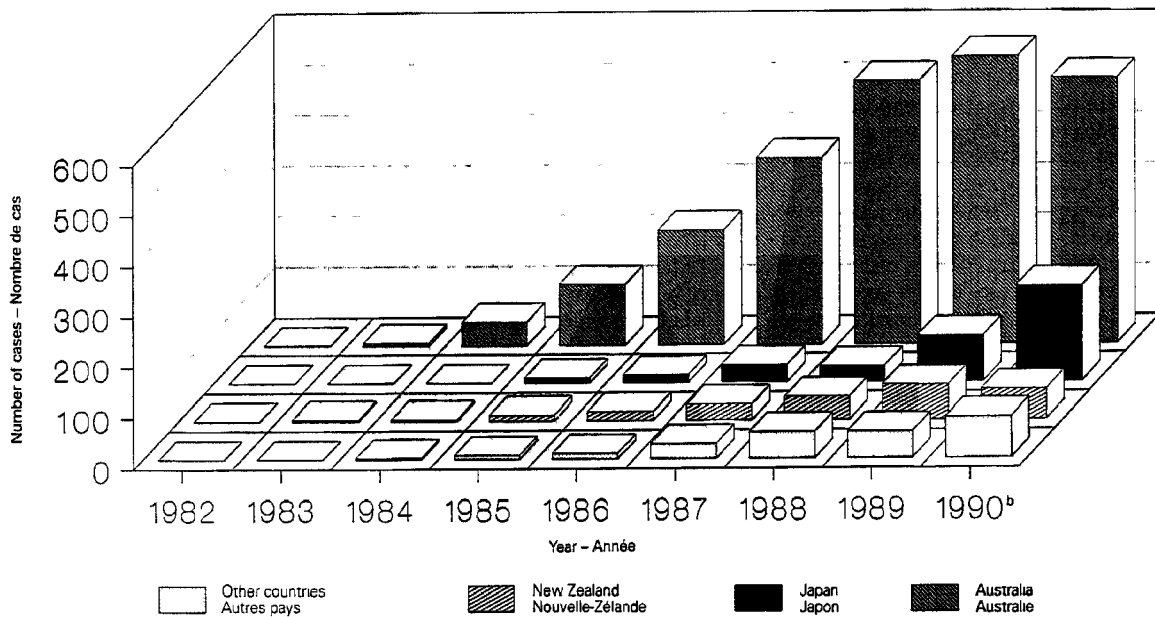
Fig. 1 Répartition, en pourcentage, par mode de transmission, des cas de SIDA cumulés dans certains pays de la Région OMS du Pacifique occidental, 1990*



* As at 1 May 1991 - Au 1^{er} mai 1991

Fig. 1 displays the distribution of exposure categories for AIDS cases in the 10 countries of the Region with the highest numbers of reported cases. In Australia, New Zealand and Singapore, 83-90% of cases have been attributed to male homosexual contact. Very different patterns are seen in Japan, where 76% of cases have occurred in people with haemophilia, and Papua New Guinea, where 53% of cases are attributed to heterosexual contact. The percentage of AIDS cases attributed to homosexual contact in these 2 countries is 12% and 9%, respectively. Heterosexual contact is the reported route of HIV exposure in 28% of AIDS cases in the Philippines, 23% in French Polynesia, and 19% in New Caledonia.

La Fig. 1 montre la répartition des cas de SIDA par mode de transmission dans les 10 pays de la Région où l'on recense le plus grand nombre de cas. En Australie, en Nouvelle-Zélande et à Singapour, 83-90% des cas concernent les homosexuels masculins. Les schémas observés au Japon et en Papouasie-Nouvelle-Guinée sont très différents: au Japon, 76% des individus atteints du SIDA sont des hémophiles; en Papouasie-Nouvelle-Guinée, 53% des sujets atteints ont contracté la maladie lors de rapports hétérosexuels. Dans ces 2 pays, les pourcentages de cas de SIDA dus à la transmission homosexuelle sont respectivement de 12% et de 9%. Aux Philippines, en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie, la transmission hétérosexuelle est respectivement à l'origine de 28%, 23% et 19% des cas de SIDA.

Fig. 2 Incidence of AIDS in the WHO Western Pacific Region, 1982-1990^aFig. 2 Incidence du SIDA dans la Région OMS du Pacifique occidental, 1982-1990^a

^a As at 1 May 1991 - Au 1^{er} mai 1991
^b Incomplete - Incomplet

In Fig. 2 the yearly number of AIDS diagnoses is shown for Australia, Japan, New Zealand, and the remaining countries of the Region combined. Compared with the earlier years of the epidemic, the number of new diagnoses of AIDS is now relatively stable in the 3 countries selected. Because of the small numbers, it is difficult to interpret trends in other individual countries.

(Based on: Communicable Diseases Intelligence, Vol. 15, No. 7, 1991, updated in May 1991; Department of Community Services and Health, Australia.)

Editorial Note: The countries in the WHO Western Pacific Region represent a wide range of epidemiological patterns of HIV infection. Both high- and low-prevalence countries are found in this Region, including some where heterosexual transmission has been the predominant mode of spread, at least 3 where homosexual transmission has predominated, and 1 country where, to date, most persons with AIDS were infected by HIV-contaminated blood products.

While this article describes patterns of reported HIV infections and AIDS cases, it is recognized that the true number of both infections and AIDS cases is substantially greater, owing to under-reporting and undetection. Sero-prevalence studies, including sentinel HIV surveillance, provide more accurate information on the estimated number of total infections and changes in prevalence over time.

Although most of the countries in this Region still appear to have a relatively low prevalence of HIV infection, this situation could change dramatically, given the prevalence of other sexually transmitted diseases and self-injecting drug use in some of the countries. Effective AIDS control programmes are needed now to prevent HIV infection from becoming a major problem in the WHO Western Pacific Region as it is in some of the other WHO Regions.

La Fig. 2 montre le nombre annuel des cas de SIDA diagnostiqués en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Japon et dans l'ensemble des autres pays de la Région. Par rapport aux premières années de l'épidémie, le nombre de nouveaux cas de SIDA s'est relativement stabilisé en Australie, au Japon et en Nouvelle-Zélande. Les chiffres pour les autres pays sont trop peu importants pour qu'il soit possible d'interpréter les tendances.

(D'après: Communicable Diseases Intelligence, Vol. 15, N° 7, 1991, mis à jour en mai 1991; Department of Community Services and Health, Australia.)

Note de la Rédaction: Les pays de la Région du Pacifique occidental de l'OMS présentent un large éventail de schémas épidémiologiques d'infection à VIH. On trouve dans cette Région des pays où la prévalence est élevée, d'autres où elle est faible, y compris certains où la transmission hétérosexuelle a été le principal mode de propagation, 3 au moins où c'est la transmission homosexuelle qui a prédominé et 1 où, jusqu'à ce jour, la plupart des malades du SIDA ont été infectés par des produits sanguins contaminés par le VIH.

Cet article décrit les schémas observés pour les cas notifiés d'infection à VIH et de SIDA, mais l'on sait que le nombre réel des infections à VIH et des cas de SIDA est sensiblement plus élevé en raison des lacunes de la notification et du dépistage. Les études de séroprévalence, y compris la surveillance sentinelle du VIH, fournissent des renseignements plus précis sur le total estimatif des infections et l'évolution de la prévalence dans le temps.

Bien que la prévalence de l'infection à VIH paraisse encore relativement faible dans la plupart des pays de cette Région, cette situation pourrait changer radicalement si l'on considère la prévalence d'autres maladies sexuellement transmissibles et des toxicomanies par voie intraveineuse dans certains de ces pays. Des programmes efficaces de lutte contre le SIDA doivent être mis en œuvre maintenant pour empêcher l'infection à VIH de devenir un problème majeur dans la Région du Pacifique occidental comme dans d'autres Régions de l'OMS.

Influenza

Argentina (14 June 1991). An increased incidence of respiratory infections has been observed in Cordoba in a paediatric clinic, a factory and in a military school since 1 June. Influenza B virus has been isolated from cases in all 3 establishments.

New Zealand (31 May 1991). Influenza B virus was isolated from cases investigated during localized outbreaks among the general population in central and southern regions of South Island. The outbreaks started around 21 May and were the first signs of influenza activity observed this season.

Thailand (May 1991).¹ Influenza B continued to be isolated in Bangkok during April and May. The number of confirmed cases decreased in May.

¹ See No. 17, 1991, p. 124.

Tickborne encephalitis

Sweden. Three hundred and twenty-nine cases of tickborne encephalitis were laboratory confirmed during 1985-1990. Of 103 cases diagnosed during 1989-1990, 86 were adults and 17 were children under 15 years of age. Almost twice as many cases occurred in males as in females (55/31 among adults, 11/6 among children). Some of the affected adults suffered a severe and prolonged illness which in some cases resulted in paresis. Most cases occurred in the northernmost counties, but a few were infected in the central part of the country.

(Based on: EPID Aktuell, 1991, No. 1; Statens Bakteriologiska Laboratorium.)

Grippe

Argentine (14 juin 1991). Depuis le 1^{er} juin, un accroissement de l'incidence des infections respiratoires a été observé à Cordoba dans une clinique de pédiatrie, une usine et une école militaire. Le virus grippal B a été isolé parmi des cas dans ces 3 établissements.

Nouvelle-Zélande (31 mai 1991). Le virus grippal B a été isolé de cas étudiés durant des flambées localisées au sein de la population générale dans les régions centrale et méridionale de l'île du Sud. Les flambées ont commencé vers le 21 mai; il s'agissait des premiers signes d'activité grippale observés cette saison.

Thaïlande (mai 1991).¹ Le virus grippal B a continué d'être isolé à Bangkok en avril et en mai. Le nombre de cas confirmés a diminué en mai.

¹ Voir N° 17, 1991, p. 124.

Encéphalite à tiques

Suède. Trois cent vingt-neuf cas d'encéphalite à tiques ont été confirmés en laboratoire entre 1985 et 1990. Sur les 103 cas diagnostiqués entre 1989 et 1990, 86 se sont déclarés chez des adultes et 17 chez des enfants de moins de 15 ans. On a recensé 2 fois plus d'hommes que de femmes (55/31 parmi les adultes, 11/6 parmi les enfants). Certains adultes ont été gravement touchés, et ce pendant une période prolongée, les symptômes allant même dans certains cas jusqu'à des parésies. La majorité des cas ont été dénombrés dans les comtés de l'extrême-Nord; quelques cas ont également été signalés dans le centre du pays.

(D'après: EPID Aktuell, 1991, N° 1; Statens Bakteriologiska Laboratorium.)

NEW WHO PUBLICATION**Evaluation of Certain Food Additives and Contaminants**

Thirty-seventh Report of the Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives¹

This report presents the conclusions of a Joint FAO/WHO Expert Committee convened to evaluate the safety of various food additives and contaminants, with a view to recommending acceptable daily intakes for humans, and to prepare specifications for the identity and purity of food additives.

The first part of the report contains a general discussion of principles governing the toxicological evaluation of food additives and contaminants, carcinogenic food contaminants and flavouring agents, and the establishment and revision of specifications, together with comments concerning enzyme preparations from genetically modified micro-organisms.

A summary follows of the Committee's evaluations of toxicological data on various antioxidants, enzyme preparations, flavouring agents, food colours, sweeteners, and other additives, and on the contaminants benzo[a]pyrene and ochratoxin A.

Annexed to the report are a table summarizing the Committee's recommendations for acceptable daily intakes of these substances and changes in the status of specifications, and a list of further toxicological studies and other information required or desired, together with a discussion of matters of interest arising from meetings of the Codex Alimentarius Commission and the Codex Committee on Food Additives and Contaminants, and the Forty-third World Health Assembly.

¹ *Technical Report Series*, No. 806, 1991, 49 pages (available in English and French, Spanish edition in preparation); ISBN 92 4 120806 6; Sw.fr.10.-/US \$9.00 (in developing countries Sw.fr. 7.-); Order No. 1100806.

Evaluation de certains additifs alimentaires et contaminants

Trente-septième rapport du Comité mixte FAO/OMS d'experts des additifs alimentaires¹

Ce rapport présente les conclusions d'un Comité mixte FAO/OMS d'experts réuni pour évaluer l'innocuité de divers additifs alimentaires et contaminants, recommander des doses journalières admissibles pour l'homme et préparer des normes relatives à l'identité et à la pureté des additifs alimentaires.

La première partie est un exposé général des principes régissant, d'une part, l'évaluation toxicologique des additifs alimentaires et contaminants, des contaminants alimentaires cancérigènes et des aromatisants et, d'autre part, l'établissement des normes et leur révision. Cet exposé est accompagné de remarques relatives aux préparations enzymatiques dérivées de micro-organismes génétiquement modifiés.

Vient ensuite un résumé des évaluations de données toxicologiques auxquelles a procédé le Comité pour divers antioxygènes, préparations enzymatiques, aromatisants, colorants, édulcorants et autres additifs ainsi que pour 2 contaminants: le benzo[a]pyrène et l'ochratoxine A.

On trouvera en annexe un tableau résumant les recommandations du Comité concernant les doses journalières admissibles de ces substances et les modifications à apporter aux normes, une liste des études toxicologiques et autres données nécessaires ou souhaitables ainsi qu'un résumé des débats sur les questions d'intérêt particulier soulevées lors de réunions de la Commission du Codex Alimentarius et du Comité du Codex sur les additifs alimentaires et les contaminants et lors de la Quarante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.

¹ *Série de Rapports techniques*, N° 806, 1991, 53 pages (disponible en anglais et en français, version espagnole en préparation); ISBN 92 4 220806 X; Fr.s. 10.- (dans les pays en développement: Fr.s. 7.-); N° de commande 2200806.

<p>AUTOMATIC TELEX REPLY SERVICE for Latest Available Information on Communicable Diseases Telex Number 415768 Geneva Exchange identification codes and compose: ZCZC ENGL (for reply in English) ZCZC FRAN (for reply in French)</p>	<p>SERVICE AUTOMATIQUE DE RÉPONSE PAR TÉLÉX pour les dernières informations sur les maladies transmissibles Numéro de télex 415768 Genève Faire échange d'indicatifs et composer le code: ZCZC ENGL (pour une réponse en anglais) ZCZC FRAN (pour une réponse en français)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS MALADIES SOUMISES AU RÉGLEMENT

<p>Notifications received from 21 to 27 June 1991 C - cases, D - deaths, ... - data not yet received, i - imported, r - revised, s - suspect</p> <p>Cholera • Choléra Africa • Afrique</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">C</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>Benin - Bénin</td> <td style="text-align: center;">8.IV-27.V</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: center;">400</td> <td style="text-align: center;">33</td> </tr> <tr> <td>Chad - Tchad</td> <td style="text-align: center;">16-24.VI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: center;">1 457</td> <td style="text-align: center;">158</td> </tr> <tr> <td>Niger</td> <td style="text-align: center;">...-7.VI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: center;">446</td> <td style="text-align: center;">54</td> </tr> <tr> <td>America • Amérique</td> <td style="text-align: center;">C</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>Colombia - Colombie</td> <td style="text-align: center;">8 III-25 VI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: center;">2 599</td> <td style="text-align: center;">31</td> </tr> <tr> <td>Ecuador - Equateur</td> <td style="text-align: center;">28 II-8.VI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: center;">22 551</td> <td style="text-align: center;">375</td> </tr> <tr> <td>Mexico - Mexique</td> <td style="text-align: center;">13-22.VI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>		C	D	Benin - Bénin	8.IV-27.V		400	33	Chad - Tchad	16-24.VI		1 457	158	Niger	...-7.VI		446	54	America • Amérique	C	D	Colombia - Colombie	8 III-25 VI		2 599	31	Ecuador - Equateur	28 II-8.VI		22 551	375	Mexico - Mexique	13-22.VI		17	0	<p>Notifications reçues du 21 au 27 juin 1991 C - cas, D - décès, ... - données non encore disponibles, i - importé, r - révisé, s - suspect</p> <p>Asia • Asie</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">C</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>Singapore - Singapour</td> <td style="text-align: center;">2-8.VI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Plague • Peste Africa • Afrique</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">C</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>Madagascar</td> <td style="text-align: center;">9-16.V</td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Antananarivo Province</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Antanifotsy S. Préf.</i></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td><i>Fianarantsoa Province</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Ambositra S. Préf.</i></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>		C	D	Singapore - Singapour	2-8.VI		1	0		C	D	Madagascar	9-16.V		<i>Antananarivo Province</i>			<i>Antanifotsy S. Préf.</i>	1	0	<i>Fianarantsoa Province</i>			<i>Ambositra S. Préf.</i>	1	0
	C	D																																																																				
Benin - Bénin	8.IV-27.V																																																																					
.....	400	33																																																																				
Chad - Tchad	16-24.VI																																																																					
.....	1 457	158																																																																				
Niger	...-7.VI																																																																					
.....	446	54																																																																				
America • Amérique	C	D																																																																				
Colombia - Colombie	8 III-25 VI																																																																					
.....	2 599	31																																																																				
Ecuador - Equateur	28 II-8.VI																																																																					
.....	22 551	375																																																																				
Mexico - Mexique	13-22.VI																																																																					
.....	17	0																																																																				
	C	D																																																																				
Singapore - Singapour	2-8.VI																																																																					
.....	1	0																																																																				
	C	D																																																																				
Madagascar	9-16.V																																																																					
<i>Antananarivo Province</i>																																																																						
<i>Antanifotsy S. Préf.</i>	1	0																																																																				
<i>Fianarantsoa Province</i>																																																																						
<i>Ambositra S. Préf.</i>	1	0																																																																				

<p>Newly infected areas as at 27 June 1991 For criteria used in compiling this list, see No. 16, 1991, pp. 115-116.</p> <p>Cholera • Choléra Africa • Afrique</p> <p>Benin - Bénin <i>Département de Borgou</i> <i>Département de Mono</i> <i>Département de Zou</i></p> <p>Chad - Tchad <i>Lac Préfecture</i></p>	<p>Zones nouvellement infectées au 27 juin 1991 Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 16, 1991, pp. 115-116.</p> <p>America • Amérique</p> <p>Colombia - Colombie <i>Cundinamarca Department</i> <i>Huila Department</i></p> <p>Mexico - Mexique <i>Mexico State</i> <i>San Miguel Totolmaloya</i></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**There have been no notifications of areas removed.
Aucune notification de zones supprimées n'a été reçue.**

<p>Telex: 415416 Fax: 791 07 46 (Attention EPIDNATIONS for notifications of diseases subject to the regulations)</p> <p>Automatic telex reply service: Telex 415768 Geneva followed by ZCZC ENGL for reply in English</p> <p>Price of the <i>Weekly Epidemiological Record</i> Annual subscription Sw. fr. 150.-</p>	<p>Télex: 415416 Fax: 791 07 46 (A l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au règlement)</p> <p>Service automatique de réponse par télex: Télex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français</p> <p>Prix du <i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i> Abonnement annuel Fr. s. 150.-</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------