

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

17 AUGUST 2001, 76th YEAR / 17 AOÛT 2001, 76^e ANNÉE

No. 33, 2001, 76, 249–256

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

Contents

- 249 Outbreak news
- 249 Nomenclature for describing the genetic characteristics of wild-type measles viruses (update) – Part II
- 251 Global Agenda on Influenza
- 253 Prevention of mother-infant HIV transmission – Thailand, 1998-2000 – Part I
- 256 Cholera, 2000 – Corrigendum
- 256 Influenza
- 256 International Health Regulations

Sommaire

- 249 Le point sur les épidémies
- 249 Nomenclature relative à la description des caractéristiques génétiques des virus rougeoleux sauvages (mise à jour) – Partie II
- 251 Programme d'action mondiale contre la grippe
- 253 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH – Thaïlande, 1998-2000 – Partie I
- 256 Choléra, 2000 – Rectificatif
- 256 Grippe
- 256 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 230.–

6.500 1.2001
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Cholera, India. The local authorities have reported 34 111 cases of diarrhoea (including 33 deaths) since 7 July in 24 districts in Orissa state. The cases were detected through the early warning surveillance system and were related to the floods that occurred at that time. Orissa has a population of 37 million people, of which 8 million were affected by the floods.

Among the cases of severe acute diarrhoea that were positive for *Vibrio cholerae* among a cluster of 121 samples (taken from 5 districts), 46% were positive for serogroup O139. The proportion of O139 is high compared to the rates found in 2000 in neighbouring Bangladesh, where 24% of isolates were positive for O139 in non-coastal areas, and 7.2% in coastal areas. ■

Nomenclature for describing the genetic characteristics of wild-type measles viruses (update)

Part II¹

Global distribution of measles genotypes

Molecular virological surveillance activities must become part of routine surveillance for measles. The recent identification of new genotypes and the rate at which these have been found suggests that our understanding of the extent of genetic heterogeneity present among wild-type measles viruses is still far from complete. The quality of virological surveillance needs to be improved in all areas and standardization of laboratory methods will increase the utility of the molecular data.

¹ Part I appeared in No. 32 on 10 August 2001.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Choléra, Inde. Les autorités locales ont signalé 34 111 cas de diarrhée (dont 33 décès) depuis le 7 juillet dans 24 districts de l'Etat d'Orissa. Les cas ont été dépistés par le système de surveillance d'alerte précoce et étaient liés aux inondations qui se sont produites à cette période. La population d'Orissa est de 37 millions d'habitants, dont 8 millions ont été touchés par les inondations.

Parmi les cas de diarrhée grave aiguë qui se sont avérés positifs pour *Vibrio cholerae* dans une grappe de 121 échantillons (prélevés dans 5 districts), 46% étaient positifs pour le sérotype O139. Le pourcentage de O139 est élevé comparé aux taux observés en 2000 au Bangladesh voisin, où 24% des isolements étaient positifs pour O139 dans les zones non côtières et 7,2% dans les zones côtières. ■

Nomenclature relative à la description des caractéristiques génétiques des virus rougeoleux sauvages (mise à jour)

Partie II¹

Distribution mondiale des génotypes rougeoleux

Les activités de surveillance virologique moléculaire devront faire partie de la surveillance de routine de la rougeole. L'identification récente de nouveaux génotypes et le rythme auquel on les a découverts laissent à penser qu'il reste beaucoup à apprendre sur l'étendue de l'hétérogénéité génétique au sein des virus rougeoleux sauvages. La qualité de la surveillance virologique doit être améliorée en toutes régions et la standardisation des méthodes de laboratoire permettra une meilleure utilisation des données moléculaires.

¹ La partie I a paru dans le N° 32 du 10 août 2001.

Table 2 provides a summary of current knowledge regarding the global distribution of measles genotypes, and shows genotypes that have been detected in areas with endemic measles, or frequent measles outbreaks. Also shown are countries that have endemic or widespread measles and have been identified as the source of importation of a particular genotype. In the latter cases, the circulation of a genotype has not been verified by virological surveillance in that country, but was inferred based on a consistent pattern of importations. For example, although genotype D3 viruses have never been isolated in the Philippines, there have been several instances of genotype D3 being detected in cases imported from the Philippines.

Le Tableau 2 résume les connaissances actuelles concernant la répartition mondiale des génotypes rougeoleux, et indique les génotypes qui ont été détectés dans des régions où la rougeole est endémique ou donne lieu à des flambées fréquentes. Le tableau montre également les pays où la rougeole est endémique ou répandue et qui ont été identifiés en tant que source d'importation d'un génotype particulier. Dans ce dernier cas, la circulation du génotype n'a pas été vérifiée par surveillance virologique dans le pays en question, mais a été déduite des données sur les importations. Par exemple, même si on n'a jamais isolé de virus du génotype D3 aux Philippines, on connaît plusieurs exemples de ce génotype chez des cas importés des Philippines.

Table 2. **Current knowledge of the global distribution of wild-type measles viruses**

Tableau 2. **Etat des connaissances sur la distribution mondiale des virus rougeoleux sauvages**

Genotype Génotype	Countries with endemic measles or frequent outbreaks or countries identified as the source of imported cases, 1995-2001 Pays où la rougeole est endémique ou donne lieu à de fréquentes flambées ou pays identifiés comme source de cas importés, 1995-2001
B1	Cameroon (based on isolates from the early 1980s) – Cameroun (d'après les isolements réalisés au début des années 80)
B2	Gabon (based on isolates from the early 1980s) – Gabon (d'après les isolements réalisés au début des années 80)
B3	Congo, Democratic Republic of the Congo, Gambia, Ghana, Kenya, Nigeria, Sudan – Congo, Gambie, Ghana, Kenya, Nigéria, République démocratique du Congo, Soudan
C2	Czech Republic, Denmark, Germany, Luxembourg, Morocco, Spain – Allemagne, Danemark, Espagne, Luxembourg, Maroc, République tchèque
D2	Ireland (outbreak in 2000), South Africa, Zambia – Afrique du Sud, Irlande (flambée en 2000), Zambie
D3	Japan, Philippines ^a – Japon, Philippines ^a
D4	Ethiopia, India, Iran (Islamic Republic of), Kenya, Namibia, Pakistan, Russian Federation, South Africa, Zimbabwe – Afrique du Sud, Ethiopie, Fédération de Russie, Inde, Iran (République islamique d'), Kenya, Namibie, Pakistan, Zimbabwe
D5	Japan, Namibia, Thailand – Japon, Namibie, Thaïlande
D6	Argentina, Brazil, Bolivia, Dominican Republic, Germany, Italy, ^a Luxembourg, Poland, Russian Federation, Spain, Turkey – Allemagne, Argentine, Brésil, Bolivie, Espagne, Fédération de Russie, Italie, ^a Luxembourg, Pologne, République dominicaine, Turquie
D7	Germany, Spain – Allemagne, Espagne
D8	Ethiopia, India, Nepal – Ethiopie, Inde, Népal
G2	Indonesia, Malaysia – Indonésie, Malaisie
g3 ^b	East Timor – Timor oriental
H1	China, Republic of Korea – Chine, République de Corée
H2	Viet Nam

^a Identified as source of imported virus only. – Seulement comme source de virus importé.

^b Proposed new genotype, pending isolation of reference strain. – Nouveau génotype proposé, dans l'attente de l'isolement de la souche de référence.

Virological and epidemiological data collected in the United States between 1989 and 2000 indicated that interruption of viral transmission was achieved in 1993 and subsequently maintained. Surveillance of viruses isolated from measles cases in the United States between 1994 and 2000 failed to detect ongoing transmission of an endemic genotype. Rather, the diversity of genotypes detected (11) in the past 7 years is indicative of multiple, imported sources of virus. Likewise, the diversity of genotypes detected in Australia, Canada and the United Kingdom is similar to that of the United States, suggesting frequent importation and lack of an endemic strain. In contrast, virological surveillance in

Les données virologiques et épidémiologiques recueillies aux Etats-Unis d'Amérique entre 1989 et 2000 indiquent que la transmission virale s'est interrompue en 1993 et n'a pas repris. La surveillance des virus isolés à partir de cas de rougeole aux Etats-Unis d'Amérique entre 1994 et 2000 n'a pas permis de détecter de transmission d'un génotype endémique. La diversité des génotypes détectés au cours des 7 dernières années (11 génotypes) indique au contraire l'existence de multiples sources importées de virus. De même, la diversité des génotypes détectés en Australie, au Canada et au Royaume-Uni est analogue à celle observée aux Etats-Unis, ce qui laisse supposer des importations fréquentes et l'absence de souche endémique. En revanche, la surveillance virologique dans

countries that have endemic transmission of measles indicated the presence of a limited number of endemic genotypes. Of course, virological surveillance is still poor in many areas.

Viral isolates obtained in western European countries belong to genotypes C2 and D6, and these genotypes have also been associated with imported cases of measles into other parts of the world. Clade B viruses are endemic in central and western Africa, while D2 and D4 viruses have been the most frequently detected genotypes in the southern and eastern parts of the African continent. Genotype D2 viruses were also detected in a recent outbreak in Dublin (Ireland). D4 viruses have been associated with imported measles cases from India and are circulating in India, Nepal and Pakistan. Viruses from genotypes D5 and D3 are circulating in Japan and D5 viruses have been associated with cases imported from Japan. Elsewhere in Asia, the wild-type measles viruses isolated in China and the Republic of Korea are in genotype H1.

Virological surveillance has improved in South America and the laboratories of the Pan American Health Organization have greatly expanded efforts to obtain viral isolates. Viruses in genotype D6 were responsible for the large measles outbreak in São Paulo (Brazil) in 1997 and D6 viruses have also been isolated from subsequent outbreaks in Rio de Janeiro (Brazil), Argentina, Chile, Bolivia and, most recently, the Dominican Republic. Virological surveillance will be increasingly important as this region moves toward elimination of measles.

Summary

Two areas of current research have the potential to improve the quality of virological surveillance of measles. A new highly sensitive cell line that does not secrete Epstein Barr virus is being tested as a replacement for B95a cells. Also, alternative protocols that simplify the logistics of specimen collection, such as dried blood spots, are being evaluated.

A list of literature references about measles molecular epidemiology is available from WHO upon request.² Periodic updates about the genetic characteristics of currently circulating strains and new genotypes will be published in the *WHO Measles Bulletin*³ and will be available via the Internet from the WHO strain bank at CDC.⁴ ■

² From featherstoned@who.int.

³ Quarterly publication available from VAB documentation centre, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

⁴ <http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/measles/>. For country codes please refer to <http://www.un.org/Depts/unsd/methods/m49.htm>.

des pays où la transmission de la rougeole est endémique indique la présence d'un nombre limité de génotypes endémiques. La surveillance virologique est toutefois encore insuffisante dans de nombreuses régions.

Les isolements viraux obtenus dans les pays d'Europe occidentale appartiennent aux génotypes C2 et D6, lesquels ont également été associés à des cas importés de rougeole dans d'autres parties du monde. Les virus appartenant au clade B sont endémiques en Afrique centrale et occidentale, tandis que les virus D2 et D4 sont les génotypes les plus fréquemment détectés dans les parties australe et orientale du continent africain. Des virus de génotype D2 ont également été détectés lors d'une récente flambée à Dublin (Irlande). Des virus D4 ont été associés à des cas de rougeole importés d'Inde et circulent en Inde, au Népal et au Pakistan. Des virus appartenant aux génotypes D5 et D3 circulent au Japon et des virus D5 ont été associés à des cas importés du Japon. Ailleurs en Asie, les virus rougeoleux sauvages isolés en Chine et en République de Corée appartiennent au génotype H1.

La surveillance virologique s'est améliorée en Amérique du Sud et les laboratoires de l'Organisation panaméricaine de la Santé ont multiplié leurs efforts pour se procurer des isolements viraux. Les virus du génotype D6 ont été responsables d'une vaste flambée de rougeole à São Paulo (Brésil) en 1997 et des virus D6 ont également été isolés à partir de flambées ultérieures à Rio de Janeiro (Brésil), en Argentine, au Chili, en Bolivie et, plus récemment, en République dominicaine. La surveillance virologique jouera un rôle croissant à mesure de la progression de cette région vers l'élimination de la rougeole.

Résumé

Deux domaines de recherche actuels sont susceptibles d'améliorer la qualité de la surveillance virologique de la rougeole. Une nouvelle lignée cellulaire hautement sensible qui ne sécrète pas le virus d'Epstein Barr est actuellement testée en remplacement des cellules B95a, et de nouveaux protocoles permettant de simplifier la logistique du recueil des échantillons, par exemple au moyen de prélèvements de sang séché, sont en cours d'évaluation.

Une liste bibliographique sur l'épidémiologie moléculaire de la rougeole peut être obtenue sur demande auprès de l'OMS.² Des mises à jour périodiques sur les caractéristiques génétiques des souches circulantes et des nouveaux génotypes seront publiées dans le *WHO Measles Bulletin*³ et pourront être consultées sur Internet sur la page de la banque de souches de l'OMS aux CDC.⁴ ■

² Auprès de featherstoned@who.int.

³ Publication trimestrielle en anglais seulement, disponible auprès du Centre de documentation de VAB, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

⁴ <http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/measles/>. Pour les codes des pays prière de consulter <http://www.un.org/Depts/unsd/methods/m49.htm>.

Global Agenda on Influenza

Call for proposals

WHO has a long-standing influenza surveillance network, which has contributed greatly to the understanding of influenza epidemiology and which provides an effective basis for regular updating of influenza vaccine formulations. However, it is recognized that it is important to further develop the capacity for influenza surveillance and control and to encourage wider input and participation. To this end, WHO is calling for proposed contributions to the development of a *Global Agenda on Influenza* (Global Agenda).

Programme d'action mondial contre la grippe

Appel d'offres

L'OMS a depuis longtemps un réseau de surveillance de la grippe qui a grandement contribué à faire comprendre l'épidémiologie de cette maladie et qui constitue une base efficace pour mettre régulièrement à jour la formulation des vaccins antigrippaux. Elle reconnaît cependant l'importance de développer davantage les moyens de surveillance de la grippe et de lutte, ainsi que de stimuler une plus grande participation. A cette fin, l'OMS lance un appel à des propositions de contributions au *Programme d'action mondiale contre la grippe*.

The Global Agenda – a tool for action

The Global Agenda will represent a compilation of prioritized activities particularly important to reduce morbidity and mortality due to annual influenza epidemics and to prepare for the next influenza pandemic.

The following major areas have been identified for inclusion in the Global Agenda:

- (1) Improve quality and coverage of virological and epidemiological influenza surveillance.
- (2) Improve understanding of the health and economic burden of influenza, including benefits from epidemic control and pandemic preparedness.
- (3) Expand the use of existing vaccines, particularly in developing countries and in high-risk groups, and accelerate the introduction of new vaccines.
- (4) Increase national and global epidemic and pandemic preparedness, including vaccine and pharmaceutical supplies.

The Global Agenda will be based on an analysis of gaps, needs, problems and issues in relevant areas of influenza surveillance and control.

The Global Agenda will provide impartial and prioritized guidance for research and development to all parties involved in influenza surveillance and control, policy development, advocacy and fund-raising. The Global Agenda could also become a tool to support tracking, coordination and advocacy of global and regional activities on influenza surveillance and control.

The Global Agenda will be continuously updated and expanded as appropriate, with input from parties interested in influenza surveillance and control (having due regard, however, to the avoidance of conflicts of interest).

Proposals

Proposed contributions for inclusion in the Global Agenda should reach WHO by 7 September 2001. They should comprise 2 items:

- (1) Need: description of gaps/problems/ issues.
- (2) Proposed activities to address the identified need, including expected outcome (see examples below).

Please also indicate which priority level (1-highest; 5-lowest) should be assigned to the proposal. New subject areas and related projects and activities may also be suggested.

Examples of proposed items for the Global Agenda

(1) Problem. Difficulties in comparing/ranking the public health and economic impact of influenza with other health issues in developing countries, with resulting problems in advocacy for strengthened surveillance, need for national policy development and pandemic preparedness.

(2) Project/activity. Sentinel studies on the epidemiology, and health and economic burden of influenza in 2 countries in each of Africa and Asia. Expected outcome: understanding of influenza epidemiology and burden (seasonality, strain variation, risk groups, morbidity, mortality, economic impact).

Le programme d'action mondial: un moyen d'agir

Ce programme est la compilation des activités particulièrement importantes et classées par ordre de priorité pour diminuer la morbidité et la mortalité imputables aux épidémies annuelles de grippe et se préparer à la prochaine pandémie.

Principaux domaines reconnus pour l'inscription dans le Programme d'action mondial:

1. Améliorer la qualité et la couverture de la surveillance virologique et épidémiologique.
2. Améliorer la compréhension du fardeau sanitaire et économique que représente la grippe, ce qui couvre les avantages tirés de la lutte et de la préparation à la pandémie.
3. Développer l'utilisation des vaccins, notamment dans les pays en développement et pour les groupes à haut risque; accélérer la mise en circulation des nouveaux vaccins.
4. Renforcer la préparation nationale et mondiale aux épidémies et à la pandémie, dont l'approvisionnement en vaccins et en produits pharmaceutiques.

Le Programme d'action mondial reposera sur l'analyse des lacunes, des besoins, des problèmes et des questions dans les domaines de la surveillance de la grippe et de la lutte.

Il donnera, à toutes les parties impliquées dans la surveillance de la grippe, la lutte, l'élaboration de la politique, la sensibilisation et la mobilisation des fonds, des orientations impartiales et classées par ordre de priorité pour la recherche et le développement. Il pourrait également devenir un outil de suivi, de coordination et de sensibilisation pour les actions mondiales et régionales de surveillance de la grippe et de lutte.

Il sera remis à jour en permanence et développé selon les besoins avec les apports des parties intéressées dans la surveillance de la grippe et la lutte (tout en veillant comme il se doit à éviter les conflits d'intérêts).

Propositions

Les contributions proposées pour l'inscription au Programme d'action mondial doivent parvenir à l'OMS le 7 septembre 2001 au plus tard. Elles devront comporter 2 volets:

1. Besoins: description des lacunes, problèmes ou questions.
2. Activités proposées visant à répondre aux besoins définis, y compris les résultats escomptés (voir les exemples ci-dessous).

Veillez également indiquer le niveau de priorité (de 1 à 5, du plus élevé au plus faible) qui devrait être attribué à la proposition. De nouveaux sujets de recherche, projets et activités peuvent également être suggérés.

Exemple de propositions pour le Programme mondial d'action:

1. Problème. Difficultés dans la comparaison ou le classement des conséquences économiques et de santé publique de la grippe par rapport à d'autres problèmes de santé dans les pays en développement, et problèmes qui en résultent pour faire comprendre la nécessité de renforcer la surveillance; nécessité d'élaborer une politique nationale et de se préparer à une éventuelle pandémie.

2. Projet/activité. Etudes sentinelles sur le fardeau épidémiologique, sanitaire et économique de la grippe dans 2 pays d'Afrique et d'Asie; résultats escomptés: mieux comprendre l'épidémiologie de la grippe et le fardeau qu'elle représente (caractère saisonnier, variation des souches, groupes à risque, morbidité, mortalité, répercussions économiques).

Priority level: 2.

Proposals should be submitted with full details about the identity of the proposer (including name, address and a brief description of professional, business or other activities), as well as a description of the proposer's interest in influenza surveillance and/or control. Proposers should also confirm, in writing, that they agree to the full or partial public disclosure of their proposal on the Internet.

Global Agenda development: timeframe

- Deadline for receipt of proposed submissions of Global Agenda items (email to flu@who.int or fax: +41 22 791 4878, both clearly marked "Global Agenda proposal" and addressed to the contact person mentioned below): by 7 September 2001.
- Collection and analysis of responses by WHO: end September 2001.
- Publication of selected proposals with a commentary by WHO and public discussion of draft Global Agenda on the Internet (electronic discussion group): October/November 2001.
- Meeting of the WHO Global Forum on Influenza: discussion of a draft Global Agenda and results of electronic discussion group; finalization of Global Agenda: February 2002.

Subject to availability of funds, WHO may invite originators of key proposals to attend the planned WHO Global Forum in Geneva in February 2002.

Proposals will be evaluated by WHO, and may or may not be selected for inclusion in the draft and/or final Global Agenda. All proposals will be fully or partially published by WHO on the Internet, including those which WHO does not propose to include in the draft Global Agenda. Thus all proposals will benefit from the Internet discussion. ■

For further information or questions, please contact:

**Project Leader Influenza, World Health Organization,
Department for Communicable Disease Surveillance
and Response,
Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Fax: +41 22 791 4878 or 4498; email: flu@who.int.**

Niveau de priorité: 2.

Les propositions doivent être envoyées avec tous les détails sur l'identité du proposant (nom, adresse, brève description de l'activité professionnelle, commerciale ou autre), ainsi que sur son intérêt pour la surveillance de la grippe ou la lutte contre cette maladie. Les candidats doivent également confirmer par écrit qu'ils acceptent que leur proposition soit communiquée partiellement ou intégralement au public par Internet.

Elaboration du Programme mondial d'action: calendrier

- Date limite pour la réception des propositions pour le Programme d'action mondial (envoyer par e-mail à flu@who.int ou par fax au +41 22 791 4878, en inscrivant clairement dans les deux cas 'Proposition pour le Programme d'action mondial' à l'adresse mentionnée ci-dessous): 7 septembre 2001.
- Regroupement et analyse des réponses par l'OMS: fin septembre 2001.
- Publication des propositions retenues avec un commentaire de l'OMS et une discussion publique du projet de Programme d'action mondial sur Internet (groupe de discussion électronique): octobre/novembre 2001.
- Réunion du Forum mondial de l'OMS sur la grippe: discussion du projet de Programme d'action mondial et résultats du groupe de discussion électronique; finalisation du Programme d'action mondial: février 2002.

En fonction des fonds disponibles, l'OMS invitera les auteurs des principales propositions à participer à la réunion du Forum mondial de l'OMS prévue à Genève en février 2002.

Après évaluation par l'OMS, les propositions seront éventuellement retenues pour être inscrites dans le Programme d'action mondial provisoire ou définitif. Toutes les propositions seront publiées partiellement ou intégralement par l'OMS sur Internet, même celles que l'Organisation ne prévoit pas d'inscrire dans le projet de Programme mondial. Les discussions sur Internet porteront donc sur toutes les propositions. ■

Pour toute question ou demande d'information, veuillez prendre contact avec:

**Le Responsable du Projet Grippe, Organisation mondiale de la Santé, Département Maladies transmissibles: surveillance et action
Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse.
Télécopie : +41 22 791 4878 ou 4498; e-mail : flu@who.int.**

Prevention of mother-infant HIV transmission

Thailand, 1998-2000¹

Part I²

Worldwide, approximately 2.2 million women and 600 000 infants are infected with human immunodeficiency virus (HIV) each year. Extended zidovudine prophylaxis and other antiretroviral and obstetric interventions and the avoidance of breastfeeding have reduced dramatically

¹ First published in *Mortality and morbidity weekly report*, 50 (28): 599-603 (2001) under the title *Evaluation of a regional pilot programme to prevent mother-infant HIV transmission - Thailand, 1998-2001*.

² Part II will be published in No. 34 on 24 August 2001.

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Thaïlande, 1998-2000¹

Partie I²

Chaque année dans le monde, environ 2,2 millions de femmes et 600 000 nourrissons contractent une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Dans les pays qui disposent de moyens suffisants sur le plan sanitaire, l'extension de la prophylaxie par la zidovudine et d'autres thérapies antirétrovirales ou interventions de nature

¹ Première publication: *Mortality and morbidity weekly report*, 50 (28) : 599-603 (2001) sous le titre *Evaluation of a regional pilot programme to prevent mother-infant HIV transmission - Thailand, 1998-2001*.

² La partie II paraîtra dans le N° 34 du 24 août 2001..

mother-infant HIV transmission in countries with adequate health-care resources. However, in developing countries, where the impact of HIV is greatest, implementation has been limited by the complexity and expense of these interventions. In Thailand, where approximately 15 000 infants are born to HIV-infected women each year, the Ministry of Public Health has collaborated with other organizations to identify simpler and more cost-effective interventions to reduce mother-infant HIV transmission. In 1998, a placebo-controlled clinical trial in Thailand using a simplified zidovudine regimen from 36 weeks' gestation until delivery reduced the risk for mother-infant transmission by 50%. In 1998, the Ministry initiated a pilot programme to prevent mother-infant HIV transmission in Region 7, a rural area in north-eastern Thailand with an antenatal HIV prevalence of approximately 1%, to assess programme feasibility, effectiveness and acceptability. This article summarizes an evaluation of the 2-year pilot programme, which indicated that acceptance of HIV testing and adherence to zidovudine were high, and that HIV transmission was reduced. The findings demonstrate the feasibility of implementing programmes to prevent mother-infant HIV transmission on a large scale in a developing country. The Ministry requested technical assistance from the HIV/AIDS Collaboration (a joint activity of the Ministry and the Centers for Disease Control and Prevention, United States – CDC) to monitor and evaluate the programme. In Region 7, routine antenatal counseling and voluntary confidential HIV testing were integrated into public antenatal clinic services by July 1998. HIV-infected pregnant women were offered zidovudine from 36 weeks' gestation and during labour and free powdered infant formula for 12 months.

Programme coverage was monitored through monthly reports collected from the antenatal and delivery departments in the 90 public hospitals in Region 7, and summaries were disseminated regularly to participating hospitals, programme staff and policy-makers. During July 1998–June 2000, 104 393 (86%) of 122 094 new antenatal clinic clients were tested for HIV; 964 (1%) were HIV-infected (Table 1). Of 153 598 women who gave birth in the 90 hospitals in Region 7 during the same period, 151 928 (99%) had received antenatal care, and HIV status was documented in the delivery records of 106 834 (70%).

At delivery, of 922 HIV-infected women, 640 (69%) had received antenatal zidovudine prophylaxis. Testing, documentation of HIV results at delivery and zidovudine use increased significantly during the programme period.

To evaluate the programme's coverage, acceptability and impact, 2 groups of women were interviewed: those who had given birth within 2 months of the interview and whose delivery record lacked documentation of HIV status; and HIV-infected women who had given birth during the 12 months preceding the interview. Women were identified from hospital logs from 11 hospitals where 44% of HIV-infected women had given birth during the preceding year. All HIV-infected women and a random sample of women whose HIV status was not documented were invited by letter to attend a health-care facility. Women who agreed to

obstétricale, de même que le renoncement à l'allaitement au sein, ont entraîné un recul spectaculaire de la transmission mère-enfant du VIH. Par contre, dans les pays en développement, qui sont les plus frappés par l'infection à VIH, la mise en œuvre de ces interventions est limitée en raison de leur complexité et de leur coût. En Thaïlande, où quelque 15 000 enfants naissent chaque année de mères porteuses du VIH, le Ministère de la santé publique collabore avec d'autres organisations à la recherche d'interventions plus simples et plus économiques pour réduire la transmission du virus de la mère à l'enfant. En 1998, un essai clinique avec groupe placebo portant sur un schéma thérapeutique simplifié à base de zidovudine à partir de la 36^e semaine de grossesse et jusqu'à l'accouchement, a montré que le risque de transmission mère-enfant pouvait être réduit de 50%. En 1998, le Ministère a lancé un programme pilote pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans la Région 7, une zone rurale du nord-est de la Thaïlande où la prévalence prénatale de l'infection à VIH est d'environ 1%, dans le but d'évaluer la faisabilité, l'efficacité et l'acceptabilité de ce genre de programme. Le présent article résume l'évaluation du programme pilote de 2 ans montrant que les tests de dépistage du VIH ont été bien acceptés, que l'observance du traitement par la zidovudine a été bonne et que la transmission du virus a diminué. Ces résultats confirment qu'il est possible de mettre en œuvre, dans un pays en développement, des programmes à grande échelle pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Le Ministère a demandé l'assistance technique de la *HIV/AIDS Collaboration* (une activité conjointe du Ministère et des *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC – des Etats-Unis) pour l'évaluation du programme. Dans la Région 7, le conseil prénatal habituel et les tests de dépistage volontaires et confidentiels du VIH ont été pris en charge en juin 1998 par les dispensaires de soins prénatals. On a proposé aux femmes enceintes séropositives de la zidovudine à partir de la 36^e semaine de grossesse et au cours du travail ainsi qu'une préparation en poudre pour nourrissons fournie gratuitement pendant 12 mois.

Pour contrôler la couverture du programme, on s'est basé sur des rapports mensuels en provenance des services prénatals et des services d'obstétrique de 90 hôpitaux publics de la Région 7 et des récapitulatifs ont été adressés régulièrement aux hôpitaux participants, au personnel du programme et aux décideurs. De juin 1998 à juillet 2000, 104 393 nouvelles clientes des services de soins prénatals sur 122 094 (86%) ont subi le test VIH; 964 (1%) se sont révélées porteuses de l'infection (Tableau 1). Sur les 153 598 femmes qui ont accouché dans les 90 hôpitaux de la Région 7 au cours de cette même période, 151 928 (99%) avaient bénéficié de soins prénatals et la présence ou l'absence d'infection par le VIH était mentionnée dans les dossiers obstétricaux de 106 834 d'entre elles (70%).

Au moment de l'accouchement, sur 922 femmes porteuses du VIH, 640 (69%) avaient reçu de la zidovudine à titre de prophylaxie prénatale. Pendant la durée du programme, les tests de dépistage, l'enregistrement des résultats des tests VIH lors de l'accouchement et la prise de zidovudine ont été en augmentation sensible.

Pour évaluer la couverture, l'acceptabilité et l'impact du programme, on a interrogé 2 groupes de femmes: d'une part, celles qui avaient accouché dans les 2 mois et dont le dossier d'accouchement n'indiquait rien quant à une éventuelle infection à VIH et d'autre part, celles qui avaient accouché au cours des 12 mois précédents. L'identification de ces femmes s'est faite par consultation des fichiers de 11 hôpitaux où 44% des femmes porteuses du VIH avaient accouché au cours de l'année précédente. Toutes les femmes infectées ainsi qu'un échantillon aléatoire de celles dont le statut vis-à-vis de l'infection n'était pas indiqué ont été invitées par courrier à se présenter dans un établissement de soins. Celles qui

Table 1. **Number and percentage of women reporting receipt of HIV testing and zidovudine prophylaxis, by location of receipt — Region 7, Thailand, July 1998-June 2000**

Tableau 1. **Nombre et proportion de femmes ayant déclaré avoir subi un test VIH et reçu de la zidovudine à titre prophylactique, selon le lieu du test et de la thérapie – Région 7, Thaïlande, juillet 1998-juin 2000**

Location / Lieu	July-December Juillet-décembre 1998		January-June Janvier-juin 1999		July-December Juillet-décembre 1999		January-June Janvier-juin 2000		Total	
	Number	(%)	Number	(%)	Number	(%)	Number	(%)	Number	(%)
	Nombre		Nombre		Nombre		Nombre		Nombre	
Antenatal clinic – Service de soins prénatals										
New clients – Nouvelles clientes	29 510		31 299		31 811		29 474		122 984	
Tested for HIV ^a – Soumises à un test VIH ^a	22 046	(75)	26 387	(84)	28 489	(90)	27 471	(93)	104 393	(86)
HIV positive – Séropositives	235	(1)	260	(1)	233	(1)	236	(1)	964	(1)
Delivery room – Salle d'accouchement										
Deliveries – Accouchements	38 682		36 062		40 816		37 038		153 598	
No antenatal care – Pas de soins prénatals	405	(1)	397	(1)	449	(1)	419	(1)	1 670	(1)
HIV status recorded ^a – Présence ou absence d'infection notée ^a	22 318	(58)	24 669	(67)	30 237	(74)	29 610	(80)	106 834	(70)
HIV positive – Séropositives	221	(1)	192	(1)	291	(1)	218	(1)	922	(1)
Maternal zidovudine ^b – Prise de zidovudine par la mère ^b	132	(60)	134	(70)	213	(73)	161	(74)	640	(69)

^a Chi-square for linear trend: $p < 0.00001$. – Chi carré pour tendance à la linéarité: $p < 0,00001$.

^b Chi-square for linear trend: $p < 0.001$. – Chi carré pour tendance à la linéarité: $p < 0,001$.

participate were interviewed during April–May 2000 by trained interviewers who used structured questionnaires. Of 215 women whose HIV status was not documented at delivery, 117 (54%) reported that they had had an HIV test during pregnancy. In addition, 83 (71%) of the 117 women tested knew their HIV result, and all reported a negative test result. Of 162 HIV-infected women interviewed, 152 (94%) reported an HIV diagnosis before delivery, 159 (98%) reported that they had received post-test counselling, and 128 (79%) reported that they had taken zidovudine prophylaxis. Most women (89%) who had taken zidovudine reported not missing any doses of medication. Two (1%) women refused zidovudine prophylaxis. All HIV-infected women reported using infant formula, and 10 (6%) women reported breastfeeding for a short period. In comparison, 204 (95%) of the 215 women whose HIV status was not documented reported that they breastfed. Of the 162 HIV-infected women, 146 (90%) reported not wanting another child, and 78 (48%) already had had a tubal ligation.

Results from HIV polymerase chain reaction (PCR) tests were used to assess the programme's effectiveness in preventing HIV transmission. Tests were provided as a service to children born to HIV-infected women during the latter part of the programme period. One or more PCR tests were performed on 293 HIV-exposed infants after age 1 month. Of these, 19 (8%) of 229 (95% confidence interval [CI]=5%–13%) infants whose mothers had received zidovudine tested HIV-positive, and 9 (14%) of 64 (95% CI=7%–25%) infants whose mothers had not received zidovudine tested HIV-positive and were considered infected. Overall, the risk for mother-infant HIV transmission was estimated at 10% (95% CI=6%–14%). Working groups periodically reviewed programme data and developed strategies to strengthen programme coverage, acceptability and impact. On the basis of clinical trials and pilot projects in Thailand during 1996–1999, the Ministry launched a national programme to prevent mother-infant HIV transmission in Thailand in 2000. ■

ont donné leur accord ont été interrogées en avril-mai 2000 par des enquêteurs dûment formés utilisant des questionnaires structurés. Sur 215 femmes dont le statut vis-à-vis de l'infection à VIH n'avait pas été noté à l'accouchement, 117 (54%) ont indiqué qu'elles avaient subi un test VIH pendant leur grossesse. En outre, 83 de ces 117 femmes (71%) avaient connaissance du résultat de leur test et toutes ont précisé que ce résultat était négatif. Sur les 162 femmes séropositives qui ont été interrogées, 152 (94%) ont déclaré avoir subi un test VIH avant l'accouchement, 159 (98%) ont indiqué avoir bénéficié d'un conseil après le test et 128 (79%) ont précisé qu'elles avaient pris de la zidovudine à titre prophylactique. La plupart des femmes qui avaient pris de la zidovudine (89%) ont précisé qu'elles avaient pris toutes leurs doses de médicament sans en sauter aucune. Deux femmes (1%) ont refusé la prophylaxie à la zidovudine. Les femmes séropositives ont toutes indiqué qu'elles utilisaient des préparations pour nourrisson et 10 (6%) ont précisé qu'elles avaient allaité pendant un court laps de temps. Par comparaison, 204 des 215 femmes dont on n'avait pas noté si elles étaient infectées ou non (95%), ont indiqué qu'elles avaient allaité. Sur les 162 femmes porteuses du virus, 146 (90%) ont déclaré qu'elles ne souhaitaient pas avoir d'autre enfant et 78 (48%) avaient déjà subi une ligature des trompes.

Pour déterminer si le programme avait été capable d'assurer une prévention efficace de la transmission du VIH, on s'est basé sur des tests de dépistage du virus par amplification génique (PCR). Les enfants nés de mères séropositives au cours de la dernière partie du programme ont bénéficié de tests de dépistage au titre des services cliniques. Un ou plusieurs tests par PCR ont été pratiqués sur 293 nourrissons exposés au VIH ayant dépassé l'âge de 1 mois. Parmi ceux-ci, 19 enfants (8%) sur les 229 (intervalle de confiance à 95% [IC] = 5-13%) dont la mère avait pris de la zidovudine ont eu un test positif, ce qui était également le cas de 9 des 64 enfants (14%) dont la mère n'avait pas pris de zidovudine et qui étaient considérés comme infectés. Globalement, on a estimé que le risque de transmission mère-enfant du VIH était de 10% (IC à 95% = 6-14%). Des groupes de travail ont procédé à des examens périodiques du programme et élaboré des stratégies en vue d'en améliorer la couverture, l'acceptabilité et l'impact. Sur la base des résultats des essais cliniques et des projets pilotes menés en Thaïlande de 1996 à 1999, le Ministère a lancé en 2000 un programme national en vue de prévenir la transmission mère-enfant du VIH. ■

Cholera, 2000**Choléra, 2000**

Map 1. Countries/areas reporting cholera in 2000

Carte 1. Pays/territoires ayant notifié des cas de choléra en 2000



The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Influenza

Argentina (4 August 2001).¹ Influenza activity, due to influenza A and B, has remained at a regional level for the second week. Most of the influenza virus isolates were influenza A.

Hong Kong Special Administrative Region of China (4 August 2001).¹ Sporadic activity of influenza A and B viruses continued to be detected.

New Caledonia (11 August 2001).² Influenza activity remained sporadic with only a few influenza A and B viruses isolated. ■

¹ See No. 29, 2001, p. 224.

² See No. 30, 2001, p. 232.

Grippe

Argentine (4 août 2001).¹ Pour la deuxième semaine, l'activité grippale, due à la grippe de types A et B, s'est maintenue à un niveau régional. La plupart des isoléments étaient de type A.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (4 août 2001).¹ On a continué à détecter une activité grippale sporadique de virus A et B.

Nouvelle-Calédonie (11 août 2001).² L'activité grippale est restée sporadique avec seulement quelques virus A et B isolés. ■

¹ Voir N° 29, 2001, p. 224.

² Voir N° 30, 2001, p. 232.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL**Notifications of diseases received from 10 to 16 August 2001 / Notifications de maladies reçues du 10 au 16 août 2001****Cholera / Choléra**

	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique		Asia / Asie		Europe	
Côte d'Ivoire	1.I-29.VII 267	Hong Kong, Special Administrative Region of China / Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	23.VII-6.VIII 6	Russian Federation / Fédération de Russie	25.VII-13.VIII 53
	22		0		0