

World Health Organization
Geneva



Organisation mondiale de la Santé
Genève

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Telegraphic Address: EPIDNATIONS GENEVA Telex 415416 Fax 791 07 46

Adresse télégraphique: EPIDNATIONS GENÈVE Télax 415416 Fax 791 07 46

Automatic Telex Reply Service
Telex 415768 Geneva with ZCZC and ENGL for reply in English

Service automatique de réponse par télex
Télex 415768 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français

27 April 1990

65th YEAR - 65^e ANNÉE

27 avril 1990

DRACUNCULIASIS

BURKINA FASO. — Burkina Faso is a land-locked West African country encompassing an area of 274 122 km² with a population of about 8.7 million. Most (87%) of the population lives in rural areas and only about 30% has access to sources of safe drinking-water. The country is divided into 30 administrative provinces and 300 *départements*. It has a vast network of 6 921 primary health care units, and 549 centres for health and social promotion to serve the 7 599 villages throughout the country.

Even though dracunculiasis is routinely reportable in Burkina Faso, and is known to occur in all 30 provinces, the existing surveillance system may record only a small proportion of the annual cases which occur each year. The passive surveillance system has registered 1 897 cases in 1986, 1 957 in 1987, and 1 069 in 1988 (for the distribution by province, see *Map 1*). Transmission of dracunculiasis is coincident with the onset of seasonal rainfall (May through September) and worm emergence is more frequent from June through August.

The Government of Burkina Faso considers dracunculiasis a serious public health problem. It estimates that between 75 000 to 115 000 cases may occur each year, which represents an annual loss to Burkina Faso of over 1 billion Francs CFA (about US \$3 million). Hence elimination of dracunculiasis by 1995 is a goal of the Government. Although a plan for a national eradication programme was prepared in 1984, and revised in 1987, it has yet to be fully funded.

In October 1988, the Band Aid Foundation granted US \$120 000 to support pilot control efforts during 3 years in the Provinces of Bam and Oubritenga. Activities in these projects began in January 1989, and are being implemented through the primary health care structure. A house-to-house survey of all villages in these 2 provinces, completed within a 2-week period, revealed the following:

Province	Number of villages	Number of affected villages
Bam	255	140
Oubritenga	307	218
Total	562	358

Burkina Faso has planned to begin its national programme in 1989. As a first step, it has scheduled a national survey to define the extent of dracunculiasis for December 1989-January 1990,

DRACUNCULOSE

BURKINA FASO. — Le Burkina Faso, pays enclavé d'Afrique occidentale, a une superficie de 274 122 km² et une population essentiellement rurale (87%) d'environ 8,7 millions d'habitants, dont seulement quelque 30% ont accès à des sources d'eau potable. Le pays est divisé en 30 provinces administratives et 300 départements. Il dispose d'un vaste réseau de soins de santé primaires (6 921 unités) et de 549 centres de promotion sanitaire et sociale pour desservir les 7 599 villages répartis à travers le pays.

Bien que la dracunculose soit passible de déclaration obligatoire au Burkina Faso, où elle n'épargne aucune des 30 provinces, le système actuel de déclaration ne permettrait de repérer qu'une très faible proportion des cas qui se produisent chaque année. Le système de surveillance passive a enregistré 1 897 cas en 1986, 1 957 en 1987 et 1 069 en 1988 (pour la répartition par province, voir la *Carte 1*). La période de transmission de la dracunculose coïncide avec la saison des pluies (mai à septembre) et c'est entre juin et août que l'émergence des vers a lieu le plus souvent.

Le Gouvernement du Burkina Faso considère la dracunculose comme un grave problème de santé publique. Selon ses estimations, il se produirait chaque année de 75 000 à 115 000 cas, ce qui représente une perte annuelle de plus d'un milliard de francs CFA (environ 3 millions de dollars des Etats-Unis d'Amérique) pour le pays. C'est pourquoi le Gouvernement s'est fixé comme objectif d'éliminer la dracunculose d'ici à 1995. Les plans d'un programme national d'éradication ont été élaborés en 1984 et revus en 1987, mais il reste encore à trouver une partie des fonds.

En octobre 1988, la *Band Aid Foundation* a fait un don de US \$120 000 pour soutenir des projets pilotes de lutte contre cette maladie pendant 3 ans dans les provinces du Bam et de l'Oubritenga. Les activités des projets ont commencé en janvier 1989, et s'appuient sur la structure de soins de santé primaires. Une enquête portant sur l'ensemble des villages de ces 2 provinces et réalisée en 2 semaines a donné les résultats suivants:

Province	Nombre de villages	Nombre de villages affectés
Bam	255	140
Oubritenga	307	218
Total	562	358

Le Burkina Faso avait prévu le démarrage de son programme national pour 1989. La première étape (décembre 1989-janvier 1990) consiste en une enquête nationale, pour laquelle l'aide de l'UNICEF a été

Epidemiological notes contained in this issue

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), dracunculiasis, influenza, maternal and perinatal deaths, tobacco or health, toxoplasmosis.
List of newly infected areas, p. 132.

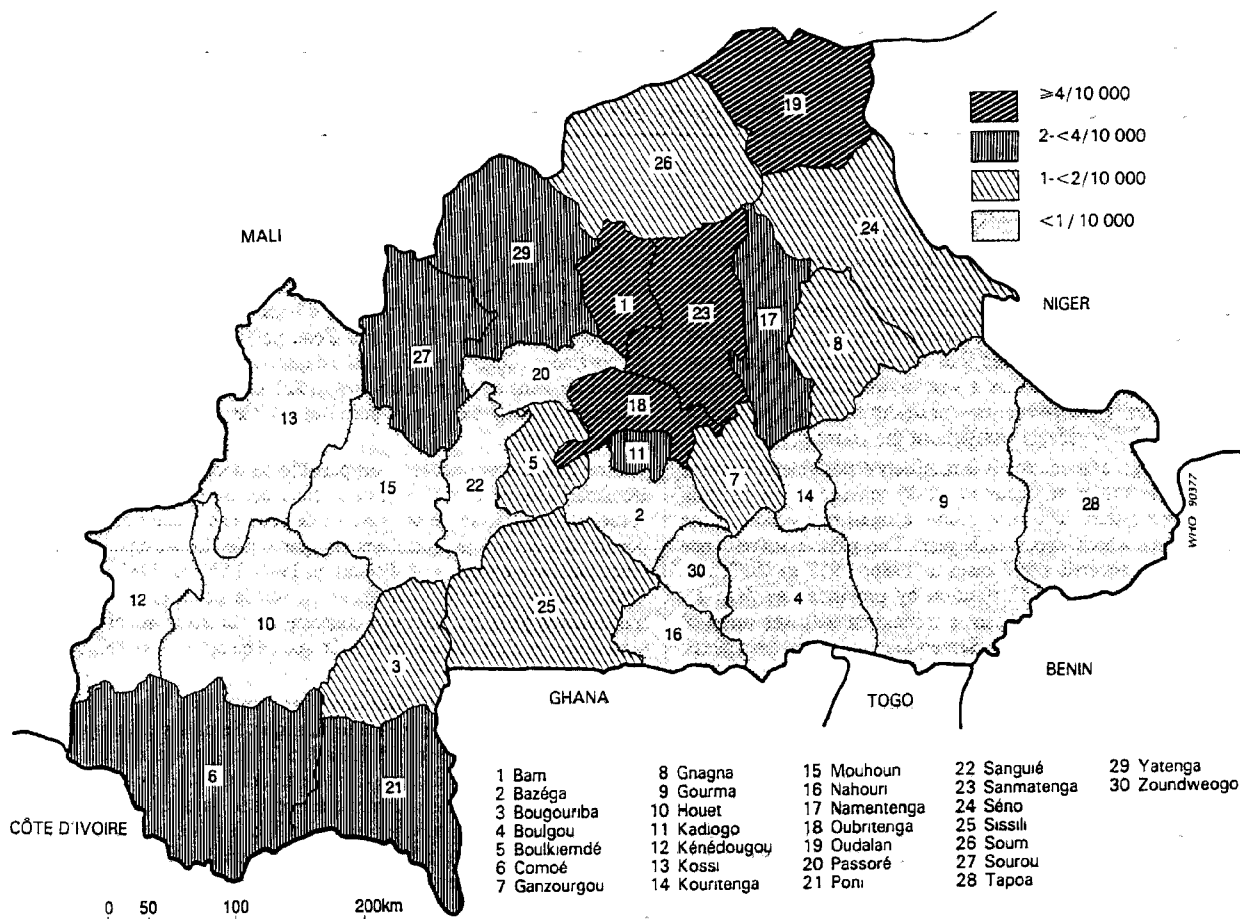
Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Décès maternels et mortalité périnatale, dracunculose, grippe, syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), tabac ou santé, toxoplasmosis.
Liste des zones nouvellement infectées, p. 132.

and requested UNICEF's assistance. The main emphasis of the eradication programme will be educating people about dracunculiasis, how it is transmitted, and what people and communities can do to prevent its transmission, e.g., promoting filtration of all drinking-water using the "tamis filtres" being sold by the programme for 100 Francs CFA (US \$0.30). National efforts to extend the provision of safe drinking-water to more rural communities will also continue. The impact of these control measures will be monitored annually through active case detection on a house-to-house, village-by-village basis.

demandée; cette enquête devrait permettre de préciser l'ampleur du problème. Le programme d'éradication mettra essentiellement l'accent sur l'éducation de la population, à qui l'on apprendra ce qu'est cette maladie, comment elle se transmet, et comment empêcher cette transmission, par exemple en encourageant un filtrage systématique de l'eau de boisson avec des «filtres-tamis» vendus 100 francs CFA (US \$0,30) dans le cadre du programme. On poursuivra également sur le plan national les efforts déployés pour approvisionner les communautés rurales en eau potable. L'impact de ces mesures sera vérifié chaque année grâce à une détection active, ménage par ménage et village par village.

Map 1. Average annual incidence of dracunculiasis, by province, Burkina Faso, 1986, 1987, 1988
 Carte 1. Incidence annuelle moyenne de la dracunculose, par province, Burkina Faso, 1986, 1987, 1988



EDITORIAL NOTE: In Burkina Faso, as in Nigeria and Ghana, dracunculiasis is known to be endemic throughout the country. The disease is recognized by the authorities as a serious public health problem. Since the beginning of the International Drinking Water Supply and Sanitation Decade (1981-1990), Burkina Faso has made rapid progress in providing safe sources of drinking-water to its rural population. The country has benefited from large amounts of international aid in response to recurring Sahelian droughts. Although this aid has reportedly increased rural water supply coverage to about 30% of rural inhabitants, there is concern that this figure may not represent the actual operational status of wells. Water may not be available from many of these installations because of broken pumps or lowered water tables. Hence, it is uncertain whether the observed decrease in reports of dracunculiasis (from 5 822 in 1971 to 1 069 in 1988) reflects a reduction of transmission. More certain is Burkina Faso's current need for external funding to help better define the current extent and amount of dracunculiasis, and to implement its national plan of action for elimination of this disease.

NOTE DE LA RÉDACTION: Au Burkina Faso, de même qu'au Nigeria et au Ghana, la dracunculose sévit à l'état endémique sur l'ensemble du territoire national. Elle est reconnue par les autorités comme un grave problème de santé publique. Depuis le début de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1981-1990), le Burkina Faso a fait des progrès rapides dans l'approvisionnement en eau potable de la population rurale. Le pays a bénéficié d'une importante aide internationale en raison de la sécheresse qui sévit à nouveau dans le Sahel. Cette aide a apparemment permis d'étendre l'approvisionnement en eau potable à près de 30% de la population des zones rurales, mais on craint que ce chiffre ne reflète pas la situation réelle en ce qui concerne l'état des puits. Beaucoup de ces installations sont probablement inutilisables parce que les pompes sont en panne ou que le niveau de la nappe phréatique a baissé. Il n'est donc pas certain que la diminution observée des cas de dracunculose déclarés (de 5 822 en 1971 à 1 069 en 1988) corresponde à une réduction de la transmission. Ce qui est certain, par contre, c'est que le Burkina Faso a besoin d'une assistance financière extérieure pour mieux définir l'étendue et l'ampleur actuelle de la dracunculose et appliquer son plan national d'action pour l'élimination de cette maladie.

(Based on/D'après: A Report from the WHO Collaborating Centre for Research, Training and Control of Dracunculiasis/Un rapport du Centre collaborateur OMS pour la recherche, la formation et la lutte concernant la dracunculose, Atlanta.)

TOXOPLASMOSIS

FRANCE. — When toxoplasmosis is contracted during pregnancy, the child runs a risk of severe cerebral or ocular congenital involvement, the manifestations of which are sometimes delayed.

In France, the prevalence of immunity to toxoplasmosis among pregnant women is on average between 50% and 72% (Table 1). A study conducted in a hospital in Toulouse shows that prevalence remained stable between 1980 and 1986.

TOXOPLASMOSE

FRANCE. — La toxoplasmosse contractée pendant la grossesse fait courir à l'enfant un risque d'atteinte congénitale cérébrale ou oculaire sévère dont les manifestations sont parfois tardives.

En France, le taux de prévalence de l'immunité toxoplasmique chez les femmes enceintes se situe en moyenne entre 50 et 72% (Tableau 1). Une étude réalisée dans un centre hospitalier de Toulouse révèle une stabilité de la prévalence entre 1980 et 1986.

Table 1. Prevalence of immunity to toxoplasmosis in pregnant women, France
Tableau 1. Prévalence de l'immunité contre la toxoplasmosse chez les femmes enceintes, France

Place of study Lieu de l'étude	Year of study Année de l'étude	Number of women studied Nombre de femmes suivies	Percentage of immune women (confidence interval) Pourcentage de femmes immunes (intervalle de confiance)
Cochin (Paris)	1977-1982	8 333	55 (54-56)
France	1983	86 058	50 (49-51)
France	1982-1983	8 594	63 (62-64)
La Pitié (Paris)	1981-1983	1 074	61 (58-64)
Toulouse	1980	2 829	68 (66-70)
	1983	2 969	72 (70-74)
	1986	3 039	69 (67-71)
France	1986	2 013	63 (61-65)
Cochin (Paris)	Sept 1987-Sept. 1988	3 976	70 (69-71)

The seroconversion rates in seronegative pregnant women vary between 4 and 16 per 1 000 (Table 2). From the fluctuations observed it cannot be concluded that there has been any significant reduction in this rate since 1961.

Les taux de séroconversion chez les femmes enceintes séronégatives varient entre 4 et 16 pour 1 000 (Tableau 2). Les fluctuations observées ne permettent pas de conclure à une réduction significative de ce taux depuis 1961.

Table 2. Seroconversion during pregnancy in women not immunized against toxoplasmosis, France
Tableau 2. Séroconversion pendant la grossesse chez les femmes non immunisées contre la toxoplasmosse, France

Place of study Lieu de l'étude	Year — Année	Number of seroconversions Nombre de séroconversions	Number of women studied Nombre de femmes suivies	Seroconversion rate (confidence interval) Taux de séroconversion (intervalle de confiance)
Paris Region — Région parisienne	1961-1971	73	5 100	14‰ (11-18)
Cochin (Paris)	1977-1982	39	6 739	6‰ (4-8)
La Pitié (Paris)	1981-1983	33	2 216	16‰ (11-21)
France	1983	86	20 000	4‰ (3-5)
Cochin (Paris)	1987-1988	11	1 176	9‰ (4-15)

In 1988 (780 000 births), it may be estimated that 35% of pregnant women were not immune, i.e. 290 000. In 0.4-1.6% of these women, i.e. 1 200-4 600 women, seroconversion was observed during pregnancy.

En 1988 (780 000 naissances), on peut estimer que 35% des femmes enceintes étaient non immunes, soit 290 000. Chez 0,4 à 1,6% d'entre elles, soit de 1 200 à 4 600 femmes, une séroconversion a été observée au cours de la grossesse.

These figures underestimate the true level of infection during pregnancy since they do not include the probable infections detected by a significant increase in the antibody level during several successive tests. The total number of toxoplasmosis cases in pregnant women may be estimated at over twice the number of seroconversions (i.e. from 2 400 to 9 200).

Ces chiffres sous-estiment la réalité des contaminations pendant la grossesse puisqu'ils n'incluent pas les contaminations probables, décelées par une augmentation significative du taux d'anticorps lors de plusieurs prélèvements successifs. Le nombre total de cas de toxoplasmosse chez les femmes enceintes pourrait être estimé à plus de 2 fois le nombre de séroconversions (soit de 2 400 à 9 200).

Initially there was no system for evaluating the national policy for preventing congenital toxoplasmosis, which accounts for the methodological problems encountered when comparing the uncoordinated local studies that are the only sources of information.

Aucun système d'évaluation de la politique nationale de prévention de la toxoplasmosse congénitale n'a été prévu initialement; ce qui explique les problèmes méthodologiques de la comparaison d'études ponctuelles non coordonnées qui sont les seules sources d'information.

From a comparison of such studies performed in France since 1961, it cannot be concluded that there has been any reduction in the risk of infection during pregnancy.

La comparaison de ces études effectuées en France depuis 1961 ne permet pas de conclure à une réduction du risque d'infection pendant la grossesse.

Two major problems persist:

Deux problèmes majeurs persistent:

1. Women at risk are largely unaware of the recommendations, as stressed by a study conducted by the National Health Laboratory (see below).
2. Women know little about the risks of infection, particularly from mass catering. It has been shown that one of the most important risk factors for contracting toxoplasmosis during

1. Les recommandations sont mal connues des femmes à risque, comme le souligne une étude du Laboratoire national de la Santé (voir ci-dessous).
2. Les femmes maîtrisent mal les risques de contamination, notamment en restauration collective. Parmi les facteurs de risque d'acquisition de la toxoplasmosse pendant la grossesse, l'un des plus importants était

pregnancy is eating a daily meal outside the home (relative risk [RR]: 2.8; confidence interval [CI]: 1.2-6.8). The other risks identified are as follows:

- eating rare meat (RR: 2.5; CI: 1.1-5.6);
- presence of a cat in the home (RR: 3; CI: 1.2-7.8).

No risk has been demonstrated in relation to eating unwashed raw fruit or vegetables.

Secondary prevention reduces the severity of congenital infections, but represents a source of anxiety and involves repeated examinations and prolonged treatment. It would therefore seem necessary to stress primary prevention. An information leaflet for pregnant women is being prepared and will be distributed in 1990 by the French Committee for Health Education. This action will be evaluated by a network of laboratories coordinated by the National Health Laboratory.

Results of a survey conducted in 1986

A survey organized jointly by the *Direction générale de la Santé*, the National Health Laboratory and the National Federation of Associations of Midwives was conducted in 1986 by getting the midwives at 15 hospitals to fill in a questionnaire for the 2 013 women who gave birth from 1 to 30 June inclusive.

The survey form included:

- information contained in the woman's records: type of maternity establishment (teaching hospital or non-teaching hospital); age; number of previous live births; geographical origin; occupation; immunity to toxoplasmosis;
- information obtained by questioning the patient: Is it dangerous to contract toxoplasmosis during pregnancy? Can measures be taken to prevent toxoplasmosis?

One per cent of the women believed there was no danger from contracting toxoplasmosis during pregnancy, 15% did not know and 84% were aware of the danger; 88% of non-immune women were aware of this danger; 63% of the women questioned knew at least 2 of the following preventive measures:

- wash their hands before meals;
- wash vegetables;
- cook meat very thoroughly;
- avoid contact with cats (faeces).

Five per cent mentioned incorrect measures; 2% thought there were no preventive measures and 30% did not know any of these measures. These preventive measures were known to 71% of non-immune women.

Women from metropolitan France were on the whole better informed than others: 91% as against 39% knew the danger existed, while 69% as against 22% knew that there were preventive measures.

While members of the health and social professions, managers and other employed women were generally well informed (over 90% of these women were aware of the risks and 73% knew the preventive measures), only 69% of non-employed women were aware of the dangers and only 46% knew what steps to take to prevent toxoplasmosis. This gap in knowledge between employed and non-employed women remains after adjustment for geographical origin and type of maternity centre.

It is also noted that while almost 98% of women in the health and social professions were aware of the risks, 15% of them did not know about preventive measures.

(Based on/D'après: *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* No. 4/1990; *Direction générale de la Santé*.)

TOBACCO OR HEALTH

Tobacco use by adults

UNITED STATES OF AMERICA. — The 1987 National Health Interview Survey of Cancer Epidemiology and Control (NHIS-CEC) collected information on smoking and other tobacco-use practices from a representative sample of some 44 000 adults in households throughout the country.

la prise quotidienne d'un repas à l'extérieur (risque relatif [RR]: 2,8, intervalle de confiance [IC]; 1,2-6,8). Les autres risques identifiés étaient les suivants:

- consommation de viande saignante (RR: 2,5, IC: 1,1-5,6);
- présence d'un chat au foyer (RR: 3, IC: 1,2-7,8).

Aucun risque n'a été mis en évidence en ce qui concerne la consommation de fruits ou de légumes crus non lavés.

La prévention secondaire réduit la sévérité des infections congénitales mais constitue une source d'anxiété, d'examen multiples et de traitement prolongé. Il apparaît donc nécessaire d'insister sur la prévention primaire. Un dépliant d'information destiné aux femmes enceintes est en préparation et sera diffusé en 1990 par le Comité français d'Éducation pour la Santé. Une évaluation de cette action sera faite à partir d'un réseau de laboratoires coordonné par le Laboratoire national de la Santé.

Résultats d'une enquête réalisée en 1986

Une enquête, organisée conjointement par la Direction générale de la Santé, le Laboratoire national de la Santé et la Fédération nationale des Associations de Sages-femmes, a été effectuée en 1986 au moyen d'un questionnaire rempli par les sages-femmes de 15 centres hospitaliers, pour les 2 013 femmes ayant accouché entre le 1^{er} et le 30 juin inclus.

La fiche d'enquête comprenait:

- des informations contenues dans le dossier de la femme accouchée: type d'établissement d'accouchement (centre hospitalier universitaire ou non universitaire; âge; nombre de naissances vivantes antérieures; origine géographique; profession; immunité vis-à-vis de la toxoplasmosis);
- des informations obtenues après interrogatoire de la patiente: Est-il dangereux d'avoir la toxoplasmosis en cours de grossesse? Y a-t-il des mesures de prévention contre la toxoplasmosis?

Un pour cent des femmes interrogées considéraient que le danger de contracter la toxoplasmosis en cours de la grossesse n'existe pas, 15% ne le connaissent pas et 84% en ont connaissance; 88% des femmes non immunes ont connaissance de ce danger; 63% des femmes interrogées connaissent au moins 2 des mesures préventives suivantes:

- se laver les mains avant les repas;
- laver les légumes;
- consommer de la viande très cuite;
- éviter les contacts avec les chats (excréments).

Cinq pour cent donnent des mesures erronées; 2% pensent qu'il n'existe pas de mesures préventives et 30% n'ont connaissance d'aucune de ces mesures. Ces mesures préventives sont connues de 71% des femmes non immunes.

Les femmes d'origine métropolitaine sont globalement mieux informées que les autres: 91% contre 39% connaissent l'existence d'un danger et 69% contre 22% l'existence de mesures préventives.

Si les femmes appartenant aux professions médico-sociales, les cadres et les employées sont généralement bien informées (plus de 90% de ces femmes connaissent les risques et 73% les mesures préventives), les femmes sans profession ne sont que 69% à connaître les dangers et 46% les mesures à prendre pour se prémunir de la toxoplasmosis. Cet écart de niveau de connaissance entre les femmes avec ou sans profession se maintient après ajustement sur l'origine géographique et sur le type d'établissement.

On remarque également que si près de 98% des femmes de professions médico-sociales ont connaissance des risques, 15% d'entre elles ignorent les mesures de prévention.

TABAC OU SANTÉ

L'usage du tabac chez les adultes

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — L'enquête nationale de 1987 sur l'épidémiologie du cancer et la lutte anticancéreuse (*National Health Interview Survey of Cancer Epidemiology and Control* [NHIS-CEC]) a permis de recueillir des informations sur le tabagisme et l'usage du tabac sous une forme quelconque à partir d'un échantillon représentatif d'environ 44 000 adultes dans des ménages répartis dans tout le pays.

In 1987, approximately 33% of adults in the United States regularly used some form of tobacco — 38.9% of men and 27.2% of women. Most of these persons used only cigarettes, although 4.7% of men and 0.8% of women used cigarettes in combination with some other form of tobacco.

Cigarette smoking

Overall, 28.8% of adults smoked cigarettes — 31.2% of men and 26.5% of women (Table 1). Smoking was most prevalent among persons 25-44 years of age (33.2%) and least prevalent among those ≥75 years of age (8.9%). Among men, blacks were more likely to smoke (39.0%) than whites (30.5%). In contrast, rates for black (26.7%) and white (28.0%) women were similar.

En 1987, environ 33% des adultes aux Etats-Unis faisaient régulièrement usage du tabac sous une forme quelconque — 38,9% des hommes et 27,2% des femmes. La plupart de ces personnes ne fumaient que la cigarette mais 4,7% des hommes et 0,8% des femmes faisaient en outre usage de tabac sous une autre forme.

Usage de la cigarette

Au total, 28,8% des adultes fumaient la cigarette — 31,2% des hommes et 26,5% des femmes (Tableau 1). La prévalence du tabagisme était la plus élevée chez les personnes de 25 à 44 ans (33,2%) et la moins élevée chez ceux de 75 ans ou plus (8,9%). Chez les hommes, les Noirs avaient plus de chances de fumer (39,0%) que les Blancs (30,5%). Par contre, les taux pour les femmes noires (26,7%) et pour les femmes blanches (28,0%) étaient analogues.

Table 1. Percentage of adults who smoke cigarettes, by age and sex, United States of America, 1987
Tableau 1. Pourcentage des adultes fumant la cigarette, selon l'âge et le sexe, Etats-Unis d'Amérique, 1987

Age (years) Age (années)	Men Hommes	Women Femmes	Total
18-24	28.1	26.1	27.1
25-44	35.6	30.8	33.2
45-64	33.5	28.6	30.9
65-74	20.2	18.0	19.0
≥75	11.3	7.5	8.9
Total ^a	31.2	26.5	28.8

^a 95% confidence intervals: men, 30.4-32.0, women, 25.8-27.2, total, 28.3-29.3. Intervalle de confiance à 95%: hommes, 30,4-32,0; femmes, 25,8-27,2; total, 28,3-29,3

Separated and divorced persons were more likely to be smokers than were married persons: 45.1% of separated/divorced men smoked compared with 28.7% of married men, and 38.9% of separated/divorced women smoked compared with 24.2% of married women.¹ Widowed (19.5%) and never-married (24.9%) persons were less likely to smoke than married persons (26.4%).

Smokeless tobacco

Four per cent of men chewed tobacco and 3.1% used snuff (Table 2); 6.1% of men used one or both of these forms of tobacco. Of men 18-24 years of age, 8.9% reported using either chewing tobacco or snuff or both, compared with 5.3% of men 25-64 years of age. Smokeless tobacco use was also higher in men ≥75 years (7.9%). Use of smokeless tobacco among women was rare: 0.3% of women used chewing tobacco and 0.5% used snuff.

Les personnes séparées ou divorcées étaient portées à plus fumer que les personnes mariées: 45,1% des hommes séparés/divorcés fumaient contre 28,7% des hommes mariés et 38,9% des femmes séparées/divorcées contre 24,2% des femmes mariées.¹ Les veufs (19,5%) et les célibataires (24,9%) étaient moins enclins à fumer que les personnes mariées (26,4%).

Tabac sans fumée

Chez les hommes, 4% chiquaient et 3,1% prisait (Tableau 2); 6,1% des hommes utilisaient le tabac sous l'une de ces formes, ou les deux. Chez les hommes de 18 à 24 ans, 8,9% ont déclaré chiquer ou priser, ou les deux, contre 5,3% chez les hommes de 25 à 64 ans. L'usage du tabac sans fumée était aussi supérieur chez les hommes de 75 ans et plus (7,9%). L'usage du tabac sans fumée était rare chez les femmes: 0,3% des femmes chiquaient et 0,5% prisait.

Table 2. Percentage of men who use non-cigarette tobacco,^a by age and form of smokeless tobacco or alternative smoking method, United States of America, 1987

Tableau 2. Pourcentage des hommes faisant usage du tabac sous une forme autre que la cigarette,^a selon l'âge et le type de tabac sans fumée ou toute autre forme de tabagisme, Etats-Unis d'Amérique, 1987

Age (years) Age (années)	Smokeless tobacco form Tabac sans fumée		Alternative smoking method Autre forme de tabagisme	
	Chewing tobacco Tabac à chiquer	Snuff Tabac à priser	Pipes Pipe	Cigars Cigare
18-24	5.5	6.4	0.8	1.6
25-44	3.2	3.1	2.9	5.8
45-64	3.9	1.6	5.1	7.0
65-74	5.0	1.9	5.0	5.2
≥75	6.1	2.7	4.1	3.9
Total ^b	4.0	3.1	3.4	5.3

^a Prevalence of use among women was ≤0.5%. — Prévalence de l'usage chez les femmes: ≤0,5%.
^b 95% confidence intervals: chewing tobacco, 3.7-4.3, snuff, 2.8-3.4; pipes, 3.1-3.7; cigars, 4.9-5.7 — Intervalle de confiance à 95%: tabac à chiquer, 3,7-4,3; tabac à priser, 2,8-3,4; pipe, 3,1-3,7; cigare, 4,9-5,7.

Pipes and cigars

In 1987, 3.4% and 5.3% of men smoked pipes and cigars, respectively (Table 2). Men ≥45 years were more likely to smoke pipes. Cigar smoking was most common among men aged 45-64 years (7.0%). Only 1.6% of men <25 years of age smoked cigars. The prevalence of pipe and cigar smoking among women was ≤0.1%.

¹ Age-adjusted to the 1980 United States population.

Pipes et cigares

En 1987, 3,4% des hommes fumaient la pipe et 5,3% le cigare (Tableau 2). Les hommes de 45 ans et plus étaient plus enclins à fumer la pipe. L'usage du cigare était plus répandu chez les hommes de 45 à 64 ans (7,0%). Seulement 1,6% des hommes de moins de 25 ans fumaient le cigare. La prévalence de l'usage de la pipe et du cigare chez les femmes était égale ou inférieure à 0,1%.

¹ Corrigé en fonction de l'âge de la population des Etats-Unis en 1980.

Cigarette smoking and alcohol consumption

Persons who smoked cigarettes were more likely to drink beer frequently (5 times or more per week) — 10.7% compared with 8.5% of former smokers and 3.0% of those having never smoked. For all beverage types (i.e., beer, wine, and spirits), smokers were more likely to consume larger quantities of alcohol (3 drinks or more per occasion) than were nonsmokers.

MMWR EDITORIAL NOTE: The 1987 NHIS-CEC data show that the prevalence of cigarette smoking continues to decline in the United States. NHIS data have shown a consistent decline in cigarette smoking among adults during the past quarter century of approximately 0.50 percentage points per year. The rate of annual decline has been higher among men (0.84 percentage points) than among women (0.21 percentage points).

Despite these declines, cigarette smoking remains the most important preventable cause of death in our society. Smoking is responsible for an estimated 390 000 deaths annually — more than 1 of every 6 deaths in the United States. Based on the current rate of decline, the country as a whole will not achieve the 1990 national health objectives for smoking prevalence among adults (a 25% reduction), although 7 states are likely to do so.

(Based on/D'après: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 38, No. 40, 1989; *US Centers for Disease Control*.)

MATERNAL AND PERINATAL DEATHS (1981-1985)

UNITED KINGDOM (SCOTLAND). — The first of a series of quinquennial reports on maternal and perinatal deaths in Scotland was published in May 1989, covering the years 1981-1985. The Report is an extension of the confidential enquiries into maternal deaths which began nearly 60 years ago and therefore constitute the longest-standing example of continuous medical audit in Scotland. The new format, by providing information on both maternal and perinatal deaths in the same period, is considered to give a more complete overview of the outcomes of pregnancies resulting in a fatality. The Report demonstrates the continuing reduction in these deaths.

The section on maternal deaths is a shorter version of previous quinquennial reports which were concerned solely with these deaths. It is based, as for the previous reports, on confidential enquiries carried out by a panel of expert assessors over a 5-year period. The approach of the perinatal section is epidemiological and is also the product of the work of an expert group which in this instance reviews perinatal mortality. The information which forms the basis of the work of these expert panels is collected and collated by clinicians throughout Scotland.

The first special enquiry into maternal deaths in Scotland started in 1930. The Confidential Enquiry into Maternal Deaths in its present form was begun in 1965 and aims to cover all deaths of women in Scotland which are due to or are associated with pregnancy.

The Scottish Perinatal Mortality Review Advisory Group was established in 1982 to continue and further develop the survey work carried out in the previous 5 years on a research basis. The Group advises on the collection, in collaboration with the Information and Statistics Division of the Common Services Agency, and interpretation of data for the epidemiological monitoring of perinatal deaths and of infant deaths from perinatal causes.

In this Report maternal deaths assessed as being due either directly or indirectly to pregnancy numbered 44, compared with 54 in the previous 5 years. Pulmonary embolism and ectopic pregnancy were together responsible in 1981-1985 for almost half the deaths judged to be directly due to pregnancy. Haemorrhage, sepsis and hypertensive disease, which used to figure prominently as causes of maternal death, have largely disappeared. While the continuing downward trend in maternal deaths is welcomed, attention is drawn in the Report to issues which are believed to be important in the continued reduction of maternal mortality.

Usage de la cigarette et consommation d'alcool

Les fumeurs de cigarettes étaient plus portés à boire de la bière fréquemment (5 fois par semaine ou plus) — 10,7% contre 8,5% chez les anciens fumeurs et 3,0% chez les personnes n'ayant jamais fumé. Quel que soit le type de boisson (bière, vin ou spiritueux), les fumeurs étaient plus enclins à consommer de l'alcool en plus grande quantité (3 verres ou plus chaque fois) que les non-fumeurs.

NOTE DE LA RÉDACTION DU MMWR: Les données de l'enquête NHIS-CEC de 1987 montrent que l'usage de la cigarette continue de baisser aux Etats-Unis. Les données NHIS ont fait apparaître un déclin régulier de l'usage de la cigarette d'environ 0,50 points de pourcentage par an parmi les adultes depuis un quart de siècle. La baisse annuelle a accusé un taux plus élevé chez les hommes (0,84 points de pourcentage) que chez les femmes (0,21 points de pourcentage).

Malgré ce recul, l'usage de la cigarette demeure la cause de décès évitable la plus importante dans notre société. On esume à 390 000 par an le nombre des décès dus au tabagisme — plus d'un sur 6 aux Etats-Unis. Si l'on se fonde sur le taux de régression actuel, le pays dans son ensemble n'atteindra pas les objectifs de santé nationaux fixés pour 1990 concernant la prévalence du tabagisme chez les adultes (une réduction de 25%), objectifs que pourraient cependant atteindre 7 Etats.

DÈCÈS MATERNELS ET MORTALITÉ PÉRINATALE (1981-1985)

ROYAUME-UNI (ECOSSE). — Le premier d'une série de rapports quinquennaux sur les décès maternels et la mortalité périnatale en Ecosse portant sur les années 1981 à 1985 a été publié en mai 1989. Ce rapport fait suite à une série d'enquêtes confidentielles sur les décès maternels qui a débuté il y a près de 60 ans et constitue donc l'exemple le plus ancien de surveillance médicale continue en Ecosse. La nouvelle présentation, qui contient à la fois des informations sur les décès maternels et sur la mortalité périnatale pour une même période, est considérée comme donnant une vue d'ensemble plus complète sur les issues fatales de la grossesse. Ce rapport démontre aussi la diminution continue du nombre de ces décès.

La section relative aux décès maternels est plus condensée que dans les précédents rapports quinquennaux qui traitaient uniquement de cette mortalité. Elle se fonde, comme dans les rapports précédents, sur des enquêtes confidentielles effectuées par un groupe d'experts évaluateurs sur une période de 5 ans. Une approche épidémiologique a été adoptée dans la section relative à la mortalité périnatale, qui est également le fruit des travaux d'un groupe d'experts chargés, en l'occurrence, d'examiner ce sujet. Les données servant de base à ces travaux d'experts ont été rassemblées et collationnées par des cliniciens dans toute l'Ecosse.

La première enquête spéciale sur la mortalité maternelle en Ecosse remonte à 1930. L'Enquête confidentielle sur les décès maternels sous sa forme actuelle a été lancée en 1965 et vise à recenser tous les décès de femmes imputables ou associés à la grossesse en Ecosse.

Un groupe consultatif, le *Scottish Perinatal Mortality Review Advisory Group*, a été créé en 1982 pour poursuivre et développer le travail d'enquête effectué au cours des 5 années précédentes à titre de recherche. Le groupe, en collaboration avec la Division de l'Information et des Statistiques de la *Common Services Agency*, donne des conseils sur la collecte et l'interprétation des données pour la surveillance épidémiologique des décès périnataux et des décès de nourrissons imputables à des causes périnatales.

Le nombre de décès maternels identifiés comme étant directement ou indirectement imputables à la grossesse recensés dans le rapport est de 44 contre 54 pendant la période quinquennale précédente. Les embolies pulmonaires et les grossesses extra-utérines ont été responsables ensemble de près de la moitié des décès considérés comme directement imputables à la grossesse pendant la période 1981-1985. Les hémorragies, les septicémies et les affections dues à l'hypertension artérielle, qui comptaient autrefois parmi les causes principales de mortalité maternelle, ont en grande partie disparu. Bien que l'on puisse se féliciter de la diminution continue du nombre des décès maternels, le rapport appelle l'attention sur certains points considérés comme importants pour le maintien de cette tendance.

The perinatal mortality rate decreased from 11.6 per 1 000 total births in 1981 to 9.8 in 1985. The perinatal death rate due to congenital anomaly fell steadily over the 5-year period and the virtual absence of deaths due to isoimmunization during the perinatal period demonstrates the success of the anti-D immunization programme. The death rate in babies of low birth weight decreased markedly throughout the period covered by the report. Certain conditions are identified which merit particular attention in order to maintain the steady reduction in the perinatal mortality rate.

In future the primary vehicle for reporting maternal deaths in Scotland will be the new series of triennial reports on maternal deaths in the United Kingdom. The small number of these deaths now occurring would be liable to create problems in maintaining confidentiality if reports continued to be limited to deaths in Scotland. The section on maternal deaths in future quinquennial Scottish reports will therefore include mainly statistical data. Assessors from all the countries involved are collaborating in the preparation of the first United Kingdom report, which will cover maternal deaths in the years 1985-1987. Assessors in each individual country are continuing to discuss and classify the deaths occurring in their own countries and their conclusions are collated for the various chapters in the combined report. An editorial board including representatives of each country maintains an overall responsibility.

(Based on/D'après: *Health Bullenn*, Vol. 47, No. 6 (Nov. 1989); *Scottish Home and Health Department*.)

Le taux de mortalité périnatale a diminué, passant de 11,6 pour un total de 1 000 naissances en 1981 à 9,8 pour 1 000 naissances en 1985. Le taux de mortalité périnatale due à des anomalies congénitales a diminué constamment pendant la période quinquennale et l'absence virtuelle de décès dus à l'iso-immunisation pendant la période périnatale démontre le succès du programme d'immunisation anti-rhésus. Le taux de mortalité chez les débés ayant une insuffisance pondérale à la naissance a diminué sensiblement pendant la période visée par le rapport. Toutefois, on a identifié certains états pathologiques qui mériteraient de recevoir un attention particulière si on veut continuer à réduire le taux de mortalité périnatale.

A l'avenir, le principal instrument pour la notification des décès maternels en Ecosse sera la nouvelle série de rapports triennaux sur la mortalité maternelle au Royaume-Uni. Vu le petit nombre de décès enregistrés actuellement, il pourrait se poser des problèmes pour maintenir la confidentialité de l'information si les rapports continuaient à être limités aux seuls décès survenus en Ecosse. La section relative à la mortalité maternelle dans les futurs rapports quinquennaux de l'Ecosse comprendra donc essentiellement des données statistiques. Les experts évaluateurs de toutes les autres régions concernées collaborent à la préparation du premier rapport du Royaume-Uni, qui couvrira l'ensemble des décès maternels survenus pendant les années 1985-1987. Les experts évaluateurs de chacun des différentes parties du Royaume-Uni continuent à examiner et à classer les décès survenus sur leur propre territoire et leurs conclusions sont récapitulées dans les différents chapitres du rapport combiné. Un comité de rédaction comprenant des représentants de chacun des participants aura la responsabilité globale du rapport final.

ASSESSING AIDS PREVENTION

Conference announcement

An international conference on Assessing AIDS Prevention, will take place in Montreux, Switzerland from 29 October to 1 November 1990 under the auspices of the European Community Working Party on AIDS, the World Health Organization, the Swiss National Science Foundation, the Federal Office of Public Health and the Swiss Institute of Public Health and Health Services.

This conference will be devoted to the analysis of:

- the evaluation of national preventive strategies and targeted prevention;
- the methodology of the assessment of these campaigns;
- the social impact of different facets of the epidemic.

Target groups for the conference are health practitioners and researchers involved in AIDS prevention. The conference will consist of invited speakers, workshops and submitted presentations (oral and poster). Further information and abstract submission forms may be obtained from:

Assessing AIDS Prevention
Department of Social and Preventive Medicine
University of Lausanne
Rue du Bugnon 17
CH-1005 Lausanne, Switzerland
Tel. (41) 21 49 20 19
Fax (41) 21 49 20 35

ÉVALUATION DE LA PRÉVENTION DU SIDA

Annonce de conférence

Une conférence internationale sur l'évaluation de la prévention du SIDA aura lieu à Montreux (Suisse) du 29 octobre au 1^{er} novembre 1990 sous les auspices du Groupe de travail de la Communauté européenne sur le SIDA, de l'Organisation mondiale de la Santé, du Fonds national suisse de la recherche scientifique, de l'Office fédéral de la Santé publique et de l'Institut suisse de la Santé publique et des Hôpitaux.

Cette conférence sera consacrée à l'analyse des questions suivantes:

- l'évaluation des stratégies nationales de prévention et de la prévention ciblée;
- la méthodologie d'évaluation de ces campagnes;
- l'impact social des différents aspects de l'épidémie.

La conférence est organisée à l'intention des professions de santé et des chercheurs concernés par la prévention du SIDA. Elle comporte des interventions d'orateurs invités, des ateliers et des exposés à soumettre à l'avance (oraux ou par voie d'affichage). Pour de plus amples informations, prière de s'adresser à:

Evaluation de la prévention du SIDA
Département de Médecine sociale et préventive
Université de Lausanne
Rue du Bugnon 17
CH-1005 Lausanne, Suisse
Tél. (41) 21 49 20 19
Télécopie (41) 21 49 20 35

INFLUENZA

HUNGARY (6 April 1990). —¹ Sporadic cases of influenza have been registered since the week beginning 10 March. Some of them were confirmed as influenza B.

REPUBLIC OF KOREA (13 April 1990). —² Influenza continued to be detected in March, but the outbreaks which started in December peaked in early January. Influenza A(H1N1) virus was isolated on 15 March from a child, out-patient in one of the sentinel hospitals.

¹ See No 12, 1990, p 90

² See No 2, 1990, p. 12.

GRIPPE

HONGRIE (6 avril 1990). —¹ Des cas sporadiques de grippe ont été enregistrés depuis la semaine du 10 mars. Certains d'entre eux ont été confirmés comme étant dus au virus grippal B.

RÉPUBLIQUE DE CORÉE (13 avril 1990). —² La grippe a continué d'être décelée en mars, mais les flambées qui avaient débuté en décembre ont atteint un pic au début janvier. Le virus grippal A(H1N1) a été isolé le 15 mars d'un enfant en traitement ambulatoire dans un des hôpitaux sentinelles.

¹ Voir N° 12, 1990, p. 90.

² Voir N° 2, 1990, p. 12.

PAPUA NEW GUINEA (3 April 1990). —¹ The local outbreaks which started in early March in and around Goroka are waning after a peak around 15 March, but sporadic cases of influenza A(H1N1) continue to be detected. Infection was noted in all age groups and associated with severe illness, but no deaths were reported.

SWEDEN (11 April 1990). —² An outbreak of influenza B occurred in a school in the central part of the country during the fourth week of March. More than 50% of the students were absent from the school.

¹ See No 13, 1990, p 99

² See No. 7, 1990 p 51

PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE (3 avril 1990). —¹ Les flambées locales qui avaient commencé au début mars à Goroka et ses environs sont sur le déclin après un pic vers le 15 mars, mais des cas sporadiques de grippe A(H1N1) continuent d'être décelés. La maladie a été observée dans tous les groupes d'âge et était associée à de graves affections, mais aucun décès n'a été signalé.

SUÈDE (11 avril 1990). —² Une flambée de grippe B s'est produite dans une école située dans le centre du pays au cours de la quatrième semaine de mars. Plus de 50% des étudiants étaient absents de cette école.

¹ Voir N° 13, 1990, p 99.

² Voir N° 7, 1990, p 51

Information that builds a better world

Reliable information is the cornerstone for building the awareness, expertise, and practical strategies necessary to improve the world at its heart: the health — physical, mental and social — of humanity.

For 40 years the development of reliable information has been one of the functions of the World Health Organization. Charged to act as the world's directing and coordinating authority on questions of human health, WHO has developed a host of networks and mechanisms for generating data, applying facts to problems, and recommending solutions that will lead to sustained improvements in health.

Much of the information developed by WHO is made available to the world through an extensive programme of publications, now numbering 7 periodicals and close to 80 new books each year. Some are practical manuals for use in preventing and controlling disease or developing quality health care. Others are unique guides to internationally accepted procedures, standards, or practice, introducing uniformity to world medical care. Still others attack urgent technical problems with advice formulated and agreed upon by international groups of experts.

Closely tied to the work of WHO, each of these publications articulates part of a global plan, conveying information that can push the world forward through the protection and promotion of health.

- Requests for information should be addressed to:
Distribution and Sales, World Health Organization,
1211 Geneva 27, Switzerland.

Informations pour construire un monde meilleur

Il est essentiel de pouvoir disposer d'informations fiables pour sensibiliser l'opinion et renforcer les compétences techniques et les stratégies pratiques si l'on veut améliorer ce facteur déterminant que représente pour l'humanité sa santé physique, mentale et sociale.

Depuis 40 ans, la mise au point d'informations fiables est l'une des fonctions de l'Organisation mondiale de la Santé. Chargée de diriger et de coordonner l'action mondiale en matière de santé, l'OMS a mis en place toute une série de réseaux et de dispositifs pour obtenir des données, analyser les problèmes et proposer des solutions susceptibles d'améliorer durablement la santé.

La plupart des informations émanant de l'OMS sont diffusées dans le monde entier grâce à un vaste programme de publications, qui comprend actuellement 7 périodiques et près de 80 ouvrages nouveaux chaque année. Ce sont pour certains des manuels pratiques à l'usage des personnes chargées de prévenir et combattre la maladie et d'assurer des soins de santé de qualité; pour d'autres des guides uniques en leur genre, réunissant les procédures, normes ou pratiques internationalement acceptées qui ont introduit un élément d'uniformité dans les soins médicaux dispensés dans le monde. D'autres encore traitent des problèmes techniques pressants et contiennent des recommandations formulées et approuvées par des groupes internationaux d'experts.

Ces publications, étroitement liées à l'activité de l'OMS, s'inscrivent dans le cadre d'un plan mondial et fournissent des informations susceptibles de faire progresser le monde en favorisant la protection et la promotion de la santé.

- Pour tous renseignements, s'adresser à:
Distribution et Vente, Organisation mondiale de la Santé,
1211 Genève 27, Suisse.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications received from 20 to 26 April 1990 — Notifications reçues du 20 au 26 avril 1990

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

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

CHOLERA † - CHOLÉRA †

Africa - Afrique

	C	D
ZAMBIA - ZAMBIE	20 III-20 IV	
.....	543	28

† 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 26 April 1990 - Zones nouvellement infectées au 26 avril 1990

For criteria used in compiling this list, see No 13, page 100. — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 13, page 100.

The complete list of infected areas was last published in WER No. 16 page 123 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° 16, page 123 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

Africa - Afrique

ZAMBIA - ZAMBIE

Southern Province

*Price of the Weekly Epidemiological Record
Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire*

Annual subscription - Abonnement annuel Fr. s. 150.-