



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

8 NOVEMBER 1991 • 66th YEAR

66^e ANNÉE • 8 NOVEMBRE 1991

CONTENTS		SOMMAIRE	
Readership survey	329	Enquête auprès des lecteurs	329
Traffic accidents — Safety-belt use among drivers involved in alcohol-related fatal motor-vehicle crashes, 1982-1989, United States of America	333	Accidents de la route — Port de la ceinture de sécurité par les conducteurs de véhicules automobiles impliqués dans des accidents mortels imputables à l'alcool, 1982-1989, Etats-Unis d'Amérique	333
Corrigendum	335	Rectificatif	335
Influenza	336	Grippe	336
Diseases subject to the regulations	336	Maladies soumises au règlement	336

Readership survey

The *Weekly Epidemiological Record* (WER) is grateful to those readers who took the trouble to complete the questionnaires sent with issue No. 13 of 29 March 1991. At the time of preparing this analysis, 447 questionnaires had been received; analysis of the replies was done using EPI INFO software.¹ The response rate is rather low (about 6% of 7 700 subscribers). Although at least 1 reply was received from 93 out of the 166 Member States of WHO, plus 5 other areas or countries in all WHO Regions (*Fig. 1*), about three-quarters of the replies (327/447) came from developed countries, mainly from the WHO European Region (250/447). This is not surprising since developed countries represent about 70% and the European Region just over 60% of subscriber addresses. Nine countries (Australia, China, France, Germany, the Netherlands, Sweden, Switzerland, the United Kingdom, the United States of America) provided over half the replies (243/447), whereas these countries represent only 30% of subscriber addresses. The answers received cannot be considered a statistically valid sample of WER readership — the main purpose of the survey was in any event to allow readers to express their views on the WER. The results give a general indication of what interested readers think of the WER, what they expect from it, and what improvements they suggest.

In developing countries, readers were distributed more or less equally among recipients of free copies, library copies, or paid individual or institutional copies. In developed countries, the proportion of paid copies was higher and that of library copies correspondingly lower (*Fig. 2*).

The distribution of readers according to employers is shown in *Fig. 3*: respondents from both developing and

¹ See No. 43, 1990, p. 333

Enquête auprès des lecteurs

Le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* (REH) remercie les lecteurs qui ont pris la peine de répondre au questionnaire inclus dans le N° 13 du 29 mars 1991. Au moment de la rédaction de cet article, 447 questionnaires avaient été renvoyés; l'analyse des réponses a été effectuée à l'aide du logiciel EPI INFO.¹ Le taux de réponses est assez faible (environ 6% des 7 700 abonnés). Une réponse a été reçue de 93 des 166 Etats Membres de l'OMS, et 5 autres territoires ou pays situés dans l'ensemble des Régions de l'OMS (*Fig. 1*), mais les trois quarts environ des réponses (327 sur 447) venaient de pays développés, essentiellement de la Région européenne de l'OMS (250 sur 447). Il n'y a pas lieu de s'en étonner car les pays développés représentent environ 70% des abonnements et la Région européenne un peu plus de 60%. Neuf pays (Allemagne, Australie, Chine, Etats-Unis d'Amérique, France, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse) comptent pour plus de la moitié des réponses (243 sur 447), alors qu'ils ne représentent que 30% des abonnements. On ne peut considérer les réponses reçues comme un échantillon statistiquement valable du lectorat du REH. Le principal objectif de cette enquête était d'ailleurs plutôt de permettre aux lecteurs intéressés de s'exprimer. Les réponses donnent ainsi une indication générale de ce que les lecteurs pensent du REH, de ce qu'ils en attendent et des améliorations qu'ils proposent.

Dans les pays en développement, les lecteurs se répartissent de manière à peu près équivalente entre ceux qui reçoivent des exemplaires gratuits, des exemplaires de bibliothèques, ou les lecteurs d'exemplaires acquis à titre onéreux, soit par des particuliers, soit par des institutions. Dans les pays développés, la proportion des lecteurs d'exemplaires payants est plus élevée et celle des lecteurs d'exemplaires de bibliothèques est plus faible (*Fig. 2*).

La *Fig. 3* indique la distribution des lecteurs par employeur: tant dans les pays développés que dans les pays en développement, il y

¹ Voir N° 43, 1990, p. 333.

developed countries show a preponderance of government employees, as is the case among subscribers in general.

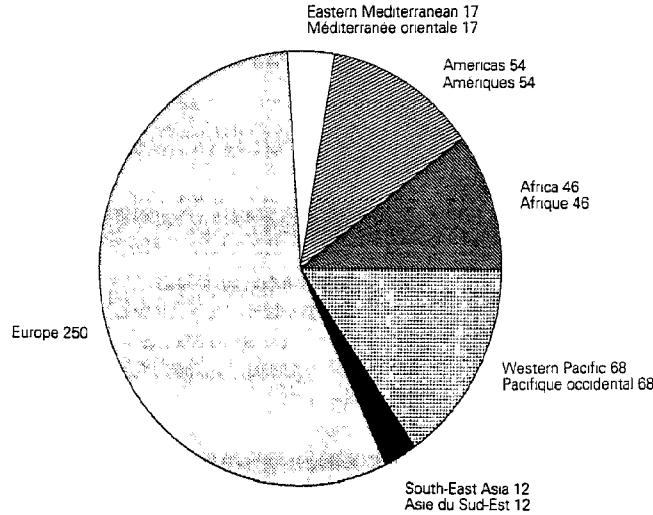
The readership of the WER has broad interests: the WER has of necessity to include articles that will be of interest to most readers and to use language understandable to those whose mother tongue may be neither English nor French.

à une prépondérance de fonctionnaires de l'Etat parmi les répondants, de même que parmi les abonnés en général.

Les lecteurs du REH ont des intérêts très variés: le REH doit donc nécessairement proposer des articles qui correspondent aux préoccupations du plus grand nombre et utiliser un langage accessible à des personnes dont la langue maternelle n'est parfois ni l'anglais, ni le français.

Fig. 1 Replies by WHO Region, WER readership survey, 1991

Fig. 1 Réponses par Région OMS, enquête auprès des lecteurs du REH, 1991



About one-fifth of the respondents answered in French; there was in this regard no significant difference between developing and developed countries. Queries regarding the suitability of a bilingual edition were few, and some readers commented positively on this aspect of the WER (e.g., the terminological usefulness of a bilingual version). Some readers suggested that the WER should be made available in local languages (a Chinese version is issued regularly in China). Any part of the WER can be reproduced and translated, on the understanding that reference clearly be made to the WER; WHO welcomes proposals from governments or organizations that would like to publish or adapt the WER in their own language, as is already the case in several countries or areas. The WER is included in a large number of abstracting or indexing journals and, since 1990, in MEDLINE.

Environ un cinquième des répondants s'expriment en français; à cet égard, il n'y a guère de différence significative entre pays en développement et pays développés. Rares sont les lecteurs qui se sont interrogés sur l'opportunité d'une édition bilingue et certains lecteurs ont réagi favorablement à cet égard (en relevant par exemple l'intérêt terminologique d'une version bilingue). D'autres lecteurs ont suggéré que le REH soit distribué dans d'autres langues nationales (une version chinoise paraît régulièrement en Chine). L'OMS autorise la reproduction et la traduction de tout ou partie du REH, sous réserve que le nom de ce dernier soit clairement indiqué. L'OMS accueille favorablement les propositions des gouvernements ou des organisations qui souhaiteraient publier ou adapter le REH dans leur propre langue, comme c'est déjà le cas dans plusieurs pays ou territoires. Le REH est cité dans un grand nombre de revues de résumés analytiques ou de catalogues et, depuis 1990, dans MEDLINE.

Fig. 2 Source of copy, WER readership survey, 1991

Fig. 2 Mode d'acquisition des exemplaires, enquête auprès des lecteurs du REH, 1991

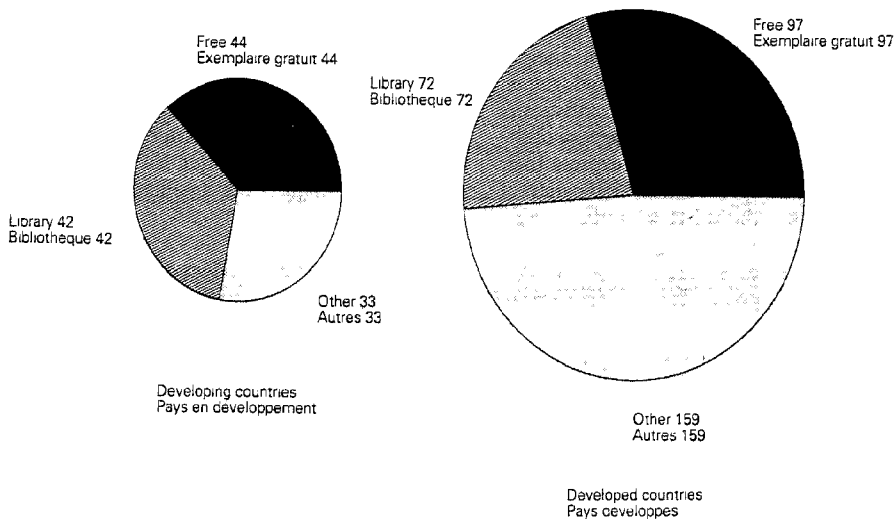
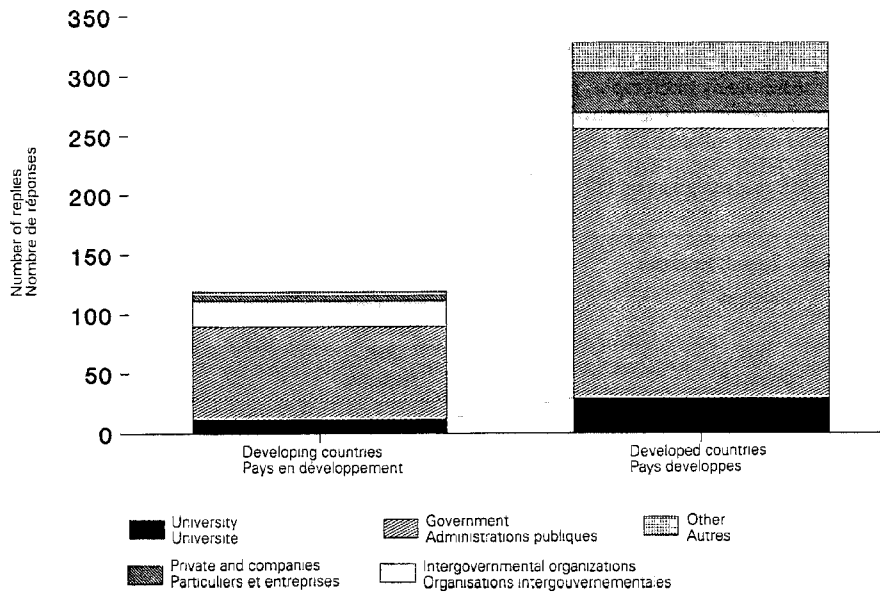


Fig. 3 Respondents' employer, WER readership survey, 1991

Fig. 3 Employeurs des répondants, enquête auprès des lecteurs du REH, 1991



Over 90% consider the contents to be satisfactory ("about right", to be precise); over 90% of respondents (422/447) in both developing and developed countries use the WER in their work: the main use is listed as "documentation" (306/422), followed by "advice to travellers" (140) and "use as material for teaching" (107). Other uses mentioned were reproduction and/or translation of part or all of the publication in national or local epidemiological bulletins and its use as reference when planning programme or policy changes.

As is to be expected, there are nearly as many proposals for topics to be included as there are disciplines and specialties, ranging from oral health to health economics, from malaria to mental health, from ethics to food safety.

The geographical distribution of articles was mentioned, generally regretting the overemphasis on Europe and North America. Several readers from Africa and Asia would like more articles concerning their continent. This imbalance has been frequently noted by the WER. A dozen readers mentioned the importance of the WER as a timely source of information and regretted that it was not always easy to refer to the original article, e.g., to obtain information on methods. Full and systematic referencing of articles is beyond the resources of the WER, but the WER welcomes queries and requests about the original article. Likewise, should the WER know of an imminent more detailed publication on the topic covered, information to this effect will be given at the same time. The role of editorial comments was also stressed — efforts will be made to improve both the frequency and the quality of comments.

About half the respondents (209/447, 79 of them from 45 developing countries and areas) were willing to contribute to the WER; 162 suggested specific areas of contribution and 2 provided outlines of texts. These proposals will be followed up, particularly for countries and topics currently underrepresented in the WER.

Plus de 90% des répondants jugent le contenu du REH satisfaisant (plus précisément «adéquat»); plus de 90% (422 sur 447), tant dans les pays développés que dans les pays en développement, utilisent le REH dans leur travail, d'abord à titre de «documentation» (306 sur 422), pour les «conseils aux voyageurs» (140) et enfin, pour l'enseignement (107). Parmi les autres utilisations mentionnées figurent la reproduction et/ou la traduction de tout ou partie de la publication dans des bulletins épidémiologiques nationaux ou locaux, et l'emploi du REH comme référence pour la planification ou la réorientation des programmes.

Comme on pouvait s'y attendre, les sujets que les lecteurs souhaiteraient voir traiter couvrent pratiquement l'ensemble des disciplines et spécialités, de la santé bucco-dentaire à l'économie de la santé, du paludisme à la santé mentale, et de l'éthique à la sécurité des produits alimentaires.

Certains lecteurs ont mentionné la distribution géographique des sujets abordés dans les articles, en regrettant généralement qu'une place excessive y soit réservée à l'Europe et à l'Amérique du Nord. Plusieurs lecteurs d'Afrique et d'Asie souhaiteraient que davantage d'articles soient consacrés à leur continent. Ce déséquilibre a été fréquemment noté par la REH. Une douzaine de lecteurs ont estimé que l'intérêt du REH tient au fait qu'il leur fournit des informations récentes tout en regrettant qu'il ne soit pas toujours facile de se rapporter à l'original des articles cités, par exemple pour se renseigner sur les méthodes décrites. Le REH n'a pas les ressources voulues pour indiquer systématiquement les références détaillées des articles cités, mais il accueille favorablement les demandes des lecteurs qui voudraient obtenir des précisions ou se procurer l'article original. De même, si le REH est informé de la parution imminente d'une publication plus détaillée sur un des sujets traités, son article s'accompagnera des renseignements nécessaires. Des lecteurs ont également souligné le rôle des Notes de la Rédaction — dont on s'attachera à améliorer à la fois la fréquence et la qualité.

La moitié environ des répondants (209 sur 447, dont 79 sont les ressortissants de 45 pays ou territoires en développement) seraient disposés à fournir des contributions au REH; 162 ont proposé de le faire dans des domaines précis et 2 ont envoyé des esquisses d'articles. Ces propositions seront examinées avec soin, notamment quand elles émanent de pays et portent sur des sujets actuellement sous-représentés dans le REH.

An encouraging sign of the readers' interest is their willingness to comment on the WER in future (387/447 replies — 96.5% of respondents in developing countries, 80% elsewhere).

Readers had been asked to score specific items on a scale from 6 (essential) to 1 (superfluous). Results of this scoring (Table 1) are discussed in the following paragraphs, together with respondents' comments relating to that item.

La volonté des lecteurs de continuer à adresser des commentaires sur le REH (387 réponses sur 447 — 96,5% dans les pays en développement, 80% ailleurs) est un signe d'intérêt encourageant.

Les lecteurs ont été invités à noter de 6 («essentiel») à 1 («superflu») les rubriques du REH. Les résultats de cette notation (Tableau 1) sont analysés ci-après avec les commentaires des lecteurs qui accompagnaient les notes.

Table 1 Respondents' scores,^a WER readership survey, 1991Tableau 1 Notes attribuées^a par les répondants, enquête auprès des lecteurs du REH, 1991

Score Notes	A. Reviews — Rapports périodiques			B. Notifications			C. Outbreaks — Poussées épidémiques		
	Developing countries Pays en développement	Developed countries Pays développés	Total	Developing countries Pays en développement	Developed countries Pays développés	Total	Developing countries Pays en développement	Developed countries Pays développés	Total
1	—	3	3	—	8	8	—	3	3
2	1	2	3	3	9	12	1	2	3
3	3	8	11	6	18	24	11	11	22
4	16	32	48	15	47	62	16	42	58
5	29	92	121	32	65	97	35	87	122
6	69	190	259	62	180	242	55	182	237
Total	118	327	445	118	327	445	118	327	445
Score Notes	D. AIDS — SIDA			E. WHO activities — Activités de l'OMS			F. WHO meetings ^b — Réunions de l'OMS ^b		
	Developing countries Pays en développement	Developed countries Pays développés	Total	Developing countries Pays en développement	Developed countries Pays développés	Total	Developing countries Pays en développement	Developed countries Pays développés	Total
1	—	7	7	1	3	4	3	9	12
2	2	12	14	5	18	23	7	30	37
3	6	28	34	5	52	57	18	51	69
4	12	57	69	20	93	113	33	104	137
5	22	82	104	47	81	128	31	75	106
6	76	141	217	40	80	120	25	54	79
Total	118	327	445	118	327	445	117	323	440

^a No answers were provided in 2 questionnaires — Aucune réponse n'a été fournie dans 2 questionnaires.

^b No answer to this question was provided in 7 questionnaires. — Aucune réponse à cette question n'a été fournie dans 7 questionnaires.

Regular reviews (diseases)

These scored high (more than 85% with a score of 5-6, less than 2% with a score of 1-2). Suggestions have been made that separate issues of the WER be devoted to an in-depth review of one specific disease. This may be difficult to undertake in view of the space limitations of the WER; supplementary offprints of issues which deal mainly with a major problem (e.g., malaria or cholera) are already issued, and this may be undertaken more regularly, resources permitting.

Notifications of cholera, plague, yellow fever, and of infected areas
Information on outbreaks of other diseases

These items also scored high, over three-quarters of respondents giving them a score of 5-6. Problems singled out as needing regular comment among the communicable diseases were malaria, foodborne diseases, discussions of outbreak control methods and new vaccines; dengue, zoonoses and rabies were also mentioned.

AIDS updates

Overall, 72% of respondents gave this item a score of 5-6 (68% of respondents in developed countries, 83% in developing countries, a significant difference). Eleven commentators (mainly from developed countries) considered that detailed information on the number of AIDS cases

Rapports périodiques (maladies)

Cette rubrique est bien notée (plus de 85% des lecteurs lui attribuent la note 5 ou 6, moins de 2% la note 1 ou 2). Certains lecteurs ont proposé que des numéros spéciaux du REH soient consacrés à l'analyse approfondie d'une maladie spécifique. Faute de place, le REH pourra sans doute difficilement réaliser ce vœu. Des tirés à part de numéros consacrés principalement à un grand problème (par exemple le paludisme ou le choléra) ont déjà paru et l'expérience pourrait être renouvelée plus régulièrement si les ressources le permettent.

Notifications concernant le choléra, la fièvre jaune, la peste, et les zones infectées
Informations sur d'autres poussées épidémiques

Ces rubriques ont été également bien notées, plus des trois quarts des répondants leur ayant donné la note 5 ou 6. Parmi les sujets en rapport avec les maladies transmissibles qui devraient faire régulièrement l'objet d'articles, on a cité le paludisme, les maladies d'origine alimentaire, les méthodes de lutte contre les poussées épidémiques et les nouveaux vaccins; la dengue, les zoonoses et la rage ont également été mentionnées.

Mise à jour SIDA

Dans 72% de l'ensemble des réponses cette rubrique est notée 5 ou 6 (par 68% des répondants des pays développés et 83% des répondants des pays en développement — soit un écart notable). Onze commentateurs (en majorité de pays développés) ont estimé qu'une place excessive était donnée à des informations détaillées sur le

took an excessive amount of space in the WER (a suggestion that this information be published quarterly has already been implemented). At the same time, more information was requested on AIDS control methods.

Reports on WHO activities

This item scored relatively low (only 248/445 respondents scoring 5-6), with a significantly higher proportion (87/118) of 5-6 scores among respondents from developing countries, several of whom stated the WER was their main source of information on WHO activities and programmes.

Reports of WHO meetings

This item scored lowest, with a 5-6 rating from less than half the respondents; this was the only item where more than 10% of respondents (49/440) gave a low rating of 1-2. There was no significant difference between replies from developed and developing countries.

Other topics

Apart from mentions of specific communicable diseases, other topics and suggestions included:

- more emphasis on the epidemiology of noncommunicable diseases;
- studies of environmental epidemiology (including disaster epidemiology and foodborne disorders) and the epidemiology of factors related to life-style factors;
- health economics;
- travel medicine;
- description of innovative methods of data collection and analysis;
- problems such as the ethical aspects of epidemiological studies and applications;
- information about approaches to training in epidemiology.

The WER values its readers' comments and will take them into account in the months to come. The WER would like to hear more from its readers, especially, but by no means exclusively, from those colleagues who work in developing countries at district level. Readers who are dissatisfied with the contents of the WER (and even others) are invited to write to us, especially if they have a contribution to offer. Contributions (which are published anonymously) are subject to technical review within WHO. They are all the more easily considered if they are brief, relevant, written in English or in French, and cleared through government authorities.

Traffic accidents

Safety-belt use among drivers involved in alcohol-related fatal motor-vehicle crashes, 1982-1989

United States of America. Since the early 1980s, safety-belt use by motor-vehicle drivers in the United States has increased substantially from approximately 11% in 1982 to 49% in 1990. From 1983 to 1989, the use of safety belts saved an estimated 20 086 lives and prevented approximately 523 100 moderate to critical injuries. Despite these benefits, a large proportion of drivers continues to drive without using safety belts, including many persons who drive after drinking alcoholic beverages. In addition, it has been established that drivers who are unrestrained by safety belts are more likely to be involved in crashes and to commit traffic violations. This report summarizes data from the National Highway Traffic Safety Administration's (NHTSA) Fatal Accident Reporting System on trends in safety-belt use among drivers involved in alcohol-related fatal crashes in the United States from 1982 to 1989.

nombre de cas de SIDA (le REH a déjà donné effet à une proposition tendant à ne publier ces informations qu'une fois par trimestre au maximum). En revanche, il a été demandé plus de renseignements sur les méthodes de lutte contre le SIDA.

Rapport sur les activités de l'OMS

Cette rubrique reçoit une note relativement faible: seuls 248 répondants sur 445 lui donnent 5 ou 6 mais leur proportion est nettement plus élevée (87 sur 118) dans les pays en développement, où plusieurs lecteurs ont déclaré que le REH était leur principale source d'information sur les activités et programmes de l'OMS.

Rapports des réunions de l'OMS

Cette rubrique est la plus mal notée, moins de la moitié des répondants donnant 5 ou 6; c'est la seule rubrique à laquelle plus de 10% des répondants (49/440) donnent une note de 1 ou 2. On ne constate pas de différence significative à cet égard entre les lecteurs des pays développés ou en développement.

Autres sujets

Outre les maladies transmissibles qu'ils ont expressément mentionnées, les lecteurs ont proposé d'autres sujets d'articles et soumis diverses suggestions que l'on peut résumer comme suit:

- place accrue réservée à l'épidémiologie des maladies non transmissibles;
- études sur l'éco-épidémiologie (y compris l'épidémiologie des catastrophes et les affections d'origine alimentaire) et sur l'épidémiologie de facteurs en rapport avec le mode de vie;
- économie de la santé;
- médecine et voyages;
- description de méthodes novatrices de collecte et d'analyse des données;
- problèmes posés, par exemple, par les aspects éthiques des études épidémiologiques et de leurs applications;
- informations sur les approches de la formation en épidémiologie.

Le REH apprécie les commentaires de ses lecteurs et en tiendra dûment compte dans les mois à venir. Il souhaiterait cependant recevoir davantage d'observations, notamment, mais pas exclusivement, de collègues travaillant dans des pays en développement au niveau du district, et de lecteurs mécontents. Les lecteurs qui n'approuvent pas le contenu du REH (et même les autres) sont invités à nous écrire, particulièrement s'ils ont une contribution à offrir. Les contributions des lecteurs (qui paraissent non signées) font l'objet d'une évaluation technique à l'OMS. Leur publication sera envisagée d'autant plus volontiers qu'elles seront succinctes, pertinentes, et rédigées en français ou en anglais, et qu'elles auront reçu l'aval des autorités du pays de concerné.

Accidents de la route

Port de la ceinture de sécurité par les conducteurs de véhicules automobiles impliqués dans des accidents mortels imputables à l'alcool, 1982-1989

Etats-Unis d'Amérique. Depuis le début des années 80, le port de la ceinture de sécurité par les conducteurs de véhicules automobiles a beaucoup progressé aux Etats-Unis, passant d'environ 11% en 1982 à 49% en 1990. Entre 1983 et 1989, il a permis, selon les estimations, de sauver 20 086 vies humaines et de prévenir environ 523 100 traumatismes de modérés à très graves. Malgré cela, une forte proportion de conducteurs continue à ne pas porter de ceinture de sécurité, y compris beaucoup de ceux qui conduisent après avoir consommé des boissons alcoolisées. Or, il s'avère que les conducteurs ne portant pas de ceinture de sécurité risquent en outre plus que d'autres d'être impliqués dans des accidents ou de commettre des infractions au code de la route. Ce rapport récapitule les données du système de notification des accidents mortels de l'Administration nationale de la Sécurité routière (NHTSA) sur l'évolution des accidents mortels de la circulation liés à la consommation d'alcool aux Etats-Unis entre 1982 et 1989.

NHTSA defines a fatal traffic crash to be alcohol-related if either a driver or nonoccupant (e.g., a pedestrian) had a blood alcohol concentration (BAC) ≥ 0.01 g/dl in a police-reported traffic crash.¹ NHTSA defines a BAC ≥ 0.01 g/dl but < 0.10 g/dl as a low level of alcohol and a BAC ≥ 0.10 g/dl as indicating intoxication. Because BAC levels are not available for all persons involved in fatal crashes, NHTSA estimates the number of alcohol-related traffic fatalities based on a discriminant analysis of information from all cases for which driver or nonoccupant BAC data are available. In this report, "drinking driver" refers to drivers with a BAC ≥ 0.01 g/dl, and "unrestrained" refers to drivers not using safety belts. Data on drivers refer only to drivers involved in fatal crashes.

From 1982 to 1989, safety-belt use increased from 6.3% to 53.6% among nondrinking drivers involved in fatal crashes; in contrast, among drinking drivers involved in fatal crashes, safety-belt use increased from 2.0% to 19.6% (Table 1). During this same period, the proportion of unrestrained, nondrinking drivers involved in fatal crashes decreased by 50%, while the proportion of unrestrained, drinking drivers involved in fatal crashes decreased by 18%. For each year from 1982 to 1989, safety-belt use among drinking drivers involved in fatal crashes was less than that of nondrinking drivers.

Pour l'Administration nationale, un accident mortel de la circulation est lié à l'alcool lorsque l'accident signalé par la police met en cause un conducteur ou une personne qui ne se trouvait pas dans un véhicule (un piéton par exemple), ayant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 0,01 g/dl.¹ La NHTSA considère qu'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 0,01 g/dl, mais inférieur à 0,10 g/dl, est faible, et qu'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 0,10 g/dl indique une intoxication. Comme on ne connaît pas le taux d'alcoolémie de toutes les personnes impliquées dans un accident mortel, la NHTSA estime le nombre d'accidents mortels de la circulation liés à l'alcool en se fondant sur une analyse discriminante de l'information relative à tous les cas pour lesquels on connaît le taux d'alcoolémie d'un conducteur ou d'une personne ne se trouvant pas dans un véhicule. Dans ce rapport, l'expression «conducteur ayant bu» s'applique aux conducteurs dont le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à 0,01 g/dl et par «conducteur non attaché», on entend tout conducteur ne portant pas de ceinture de sécurité. Les données relatives aux conducteurs ne concernent que les conducteurs impliqués dans un accident mortel.

Entre 1982 et 1989, le port de la ceinture de sécurité a progressé de 6,3% à 53,6% chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel sans avoir bu. En revanche, chez les conducteurs ayant bu qui ont été impliqués dans un accident mortel, le port de la ceinture de sécurité n'a progressé que de 2,0% à 19,6% (Tableau 1). Au cours de cette même période, la proportion de conducteurs non attachés et n'ayant pas bu qui ont été impliqués dans un accident mortel a diminué de 50%, tandis que la proportion des conducteurs non attachés et ayant bu qui ont été impliqués dans un accident mortel diminuait de 18%. Pour chacune des années 1982 à 1989, le port de la ceinture de sécurité chez les conducteurs ayant bu qui ont été impliqués dans un accident mortel a été moins fréquent que chez les conducteurs n'ayant pas bu.

Table 1 Estimated number and percentage of drivers involved in fatal crashes, by driver^a blood alcohol concentration (BAC) level and safety-belt use, United States of America, 1982-1989

Tableau 1 Nombre et pourcentage estimatifs de conducteurs impliqués dans des accidents mortels,^a d'après le taux d'alcoolémie et le port de la ceinture de sécurité, États-Unis d'Amérique, 1982-1989

Year Année	Number of drivers ^c Nombre de conducteurs ^c	Drivers, by BAC ^b and safety-belt use Conducteurs, d'après le taux d'alcoolémie ^b et le port de la ceinture de sécurité							
		BAC = 0.00 – Taux d'alcoolémie = 0,00				BAC ≥ 0.01 – Taux d'alcoolémie $\geq 0,01$			
		Restrained – Attachés		Unrestrained – Non attachés		Restrained – Attachés		Unrestrained – Non attachés	
		Number Nombre	(%)	Number Nombre	(%)	Number Nombre	(%)	Number Nombre	(%)
1982	56 029	1 539 (6.3)	22 990 (93.7)	314 (2.0)	15 415 (98.0)				
1983	54 656	1 901 (7.6)	23 147 (92.4)	366 (2.4)	14 785 (97.6)				
1984	57 512	2 785 (10.3)	24 389 (89.8)	497 (3.3)	14 534 (96.7)				
1985	57 883	6 199 (21.9)	22 116 (78.1)	1 048 (7.3)	13 311 (92.7)				
1986	60 335	10 329 (34.0)	20 059 (66.0)	2 005 (12.8)	13 700 (87.2)				
1987	61 442	13 907 (42.0)	19 202 (58.0)	2 524 (15.6)	13 699 (84.4)				
1988	62 253	16 465 (47.1)	18 502 (52.9)	2 785 (16.5)	14 098 (83.5)				
1989	60 435	17 239 (53.6)	14 909 (46.4)	2 685 (19.6)	11 009 (80.4)				

^a Driver may or may not have been killed – Ayant entraîné ou non la mort du conducteur.

^b BAC distributions are estimates for drivers involved in fatal crashes. Numbers of drivers are rounded to the nearest whole number – Les distributions des taux d'alcoolémie sont des estimations pour les conducteurs impliqués dans un accident mortel. Les nombres de conducteurs sont arrondis au chiffre entier le plus proche.

^c Numbers represent total number of drivers involved in fatal crashes for a given year. Numbers in columns do not sum to total because of missing data on safety-belt use – Ces nombres correspondent au total des conducteurs impliqués dans un accident mortel au cours d'une année donnée. La somme des chiffres des colonnes ne correspond pas nécessairement au total en raison de l'absence de données sur le port de la ceinture de sécurité.

The proportion of unrestrained drivers among nondrinking and drinking drivers involved in fatal crashes was examined before and after 1984, when state legislatures began to enact laws regarding mandatory safety-belt use. From 1982 to 1984, the proportion of unrestrained, nondrinking drivers in fatal crashes decreased by 4%, and the proportion of unrestrained, drinking drivers decreased by 1%. However, from 1984 to 1989, the proportion of unrestrained, nondrinking drivers in fatal crashes decreased by 48%; in comparison, the proportion of drinking drivers who were unrestrained decreased by 17%. By 1989, when

On a examiné la proportion des sujets non attachés parmi les conducteurs n'ayant pas bu et ayant bu qui ont été impliqués dans un accident mortel avant et après 1984, date où les instances législatives des États ont commencé à promulguer des lois instituant le port obligatoire de la ceinture de sécurité. De 1982 à 1984, la proportion des conducteurs non attachés et n'ayant pas bu qui ont été impliqués dans un accident mortel a baissé de 4%, tandis que celle des conducteurs non attachés et ayant bu a diminué de 1%. Cependant, de 1984 à 1989, le pourcentage des conducteurs non attachés et n'ayant pas bu impliqués dans un accident mortel a diminué de 48%, tandis que la proportion des conducteurs ayant bu et

¹ See No. 21, 1991, pp. 151-154.

¹ Voir N° 21, 1991, pp. 151-154.

33 states had mandatory safety-belt use laws, 80% of drinking drivers in fatal crashes were unrestrained, compared with 46% of nondrinking drivers (Table 1).

MMWR Editorial Note: The findings in this report suggest that drinking drivers are less likely to use safety belts; however, 2 considerations affect this interpretation. First, data regarding use of safety belts are not available for approximately 25% of all drivers; however, until 1989, the proportions of both drinking and nondrinking drivers for whom data were missing were consistent. Second, in states with mandatory safety-belt use laws, police reports regarding safety-belt use in crashes may be biased. Previous studies indicate that estimates of safety-belt use based on self-reporting exceed those based on observation. Because the data presented here reflect police-reported safety-belt use based on information provided by drivers involved in fatal crashes or by witnesses, the levels of safety-belt use among drivers involved may be overreported.

Despite the potential limitations, the findings in this report indicate that among drivers involved in fatal crashes, the proportion using safety belts has increased.

(Based on: Morbidity and Mortality Weekly Report, 40, No. 24, 1991; US Centers for Disease Control.)

Editorial Note: This analysis of the situation in the United States is of general interest as it reflects a situation which prevails in many countries. Three points should be emphasized on the basis of the findings of this survey:

1. Life saving due to seat-belt wearing in front and now in back seats of cars is irrefutable and can be measured in terms of death avoided but also of economic saving for society.
2. Despite this evidence, the wearing rate in countries which have enacted mandatory belt use is in general still too low, like the number of countries which have enacted such legislation.
3. Alcohol is a risk factor by itself, but is also associated in many cases with other risk factors, particularly low level of seat-belt wearing or disregard of legislation. In other words, those with an alcohol problem will tend in greater proportion not to comply with safety rules and education and enforcement measures have to take into account the heterogeneity of the population covered.

The promotion of the use of seat belts through legislation, information and education should be strengthened and health professionals should be more active in this respect. Individuals with alcohol problems are usually overrepresented in accident occurrence and alcohol control programmes should include safety-related aspects in addition to more traditional road checks of BAC.

CORRIGENDUM

WER No. 41, 1991

Eurosentinel

Surveillance of measles and mumps by sentinel networks of general practitioners (Table 2, page 298)

The figures concerning the French/RNTMT network should be corrected as follows:

non attachés diminuait de 17%. En 1989, année où 33 Etats ont promulgué des lois instituant le port obligatoire de la ceinture de sécurité, 80% des conducteurs ayant bu qui ont été impliqués dans un accident mortel n'étaient pas attachés, contre 46% des conducteurs n'ayant pas bu (Tableau 1).

Note de la Rédaction du MMWR: Les conclusions de ce rapport permettent de penser que les conducteurs ayant bu ont moins tendance à porter une ceinture de sécurité que les autres. Cependant, 2 considérations obligent à nuancer cette interprétation. Premièrement, on ne dispose pas de données sur le port de la ceinture de sécurité pour environ 25% de tous les conducteurs, mais jusqu'en 1989, il n'y avait pas de discordance entre les proportions de conducteurs ayant bu et n'ayant pas bu pour lesquels on ne disposait pas de données. Deuxièmement, dans les Etats qui ont adopté des lois instituant le port obligatoire de la ceinture de sécurité, les rapports de la police sur le port de la ceinture de sécurité lors d'un accident risquent d'être faussés. En effet, des études antérieures montrent que les estimations concernant le port de la ceinture de sécurité sont plus souvent basées sur les déclarations des conducteurs que sur l'observation. Comme les données présentées ici au sujet du port de la ceinture de sécurité proviennent de rapports de police basés sur les déclarations des conducteurs impliqués dans un accident mortel ou de témoins, le port de la ceinture de sécurité chez les conducteurs risque d'être surévalué.

Malgré ces limites éventuelles, il ressort des conclusions de ce rapport que chez les conducteurs impliqués dans un accident mortel, la proportion de ceux qui portent une ceinture de sécurité a augmenté.

(D'après: Morbidity and Mortality Weekly Report, 40, N° 24, 1991; US Centers for Disease Control.)

Note de la Rédaction: Cette analyse de la situation aux Etats-Unis présente un intérêt général car elle reflète la situation de nombreux autres pays. A cet égard, il convient de souligner 3 points:

1. On ne saurait nier que le port de la ceinture de sécurité à l'avant, et maintenant à l'arrière, des véhicules automobiles sauve des vies humaines, ce qui peut se mesurer non seulement en nombre de décès évités, mais également en dépenses épargnées à la société.
2. Malgré cette constatation, le port de la ceinture dans les pays qui ont promulgué des lois le rendant obligatoire est encore, d'une manière générale, insuffisant, de même que le nombre des pays ayant promulgué ces lois.
3. L'alcool, qui est lui-même un facteur de risque, est aussi associé, dans bien des cas, à d'autres facteurs de risque, notamment la faible fréquence du port de la ceinture de sécurité ou le non-respect de la loi. En d'autres termes, ceux qui ont tendance à boire seront en général plus nombreux à ne pas respecter les règles de sécurité, et les mesures d'éducation et de répression doivent tenir compte de la diversité de la population.

Il convient de promouvoir davantage le port de la ceinture de sécurité par des dispositions législatives ainsi que par l'information et l'éducation, les professionnels de la santé devant jouer un rôle plus actif à cet égard. Les personnes qui ont des problèmes de consommation d'alcool sont généralement surreprésentées dans les accidents, et les programmes de lutte antialcoolique doivent comprendre des activités axées sur la sécurité ainsi qu'une augmentation du nombre des tests d'alcoolémie traditionnellement pratiqués sur les routes.

RECTIFICATIF

REH N° 41, 1991

Eurosentinel

Surveillance de la rougeole et des oreillons par des réseaux sentinelles de médecins généralistes (Tableau 2, page 298)

Les chiffres se rapportant au réseau français RNTMT sont à corriger comme suit:

Table 2 Number of cases of measles and mumps, per general practitioner (GP)/per year, Eurosentinel, 1990			Tableau 2 Nombre de cas de rougeole et d'oreillons, par médecin généraliste et par an, Eurosentinel, 1990			
Country Pays	Number of cases measles Nombre de cas rougeole	Mean number of participating GPs Nombre moyen de médecins gé- néralistes participants	Number of cases/ GP/year Nombre de cas/ médecin généraliste/an	Number of cases mumps Nombre de cas oreillons	Mean number of participating GPs Nombre moyen de médecins gé- néralistes participants	Number of cases/ GP/year Nombre de cas/ médecin généraliste/an
France/RNTMT	288	104 ^a	2.8	208	104 ^a	2.0

^a Full time equivalents. — Equivalent plein temps.

The text and *Fig. 1* have to be modified accordingly.
(Based on: Eurosentinel Final Report, August 1991; Institute of Hygiene and Epidemiology, Brussels.)

Influenza

Chile (15 October 1991).¹ The influenza B outbreak which started in Santiago in June ended in September. Towards the end of the season, cases of influenza A were diagnosed in Santiago and one other region of the country.

¹ See No. 35, 1991, p. 262.

Le texte et la *Fig. 1* doivent être modifiés en conséquence.
(D'après: Eurosentinel, rapport final, août 1991; Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, Bruxelles.)

Grippe

Chili (15 octobre 1991).¹ La flambée de grippe B qui a débuté à Santiago en juin s'est terminée en septembre. Vers la fin de la saison, des cas de grippe A ont été diagnostiqués à Santiago et dans une autre région du pays.

¹ Voir N° 35, 1991, p. 262.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS MALADIES SOUMISES AU RÉGLEMENT

Notifications received from 1 to 7 November 1991			Notifications reçues du 1 ^{er} au 7 novembre 1991		
C – cases, D – deaths, ... – data not yet received, i – imported, r – revised, s – suspect			C – cas, D – décès, ... – données non encore disponibles, i – importé, r – révisé, s – suspect		
Cholera • Choléra			Asia • Asie		
Africa • Afrique			Ecuador – Equateur		
Chad – Tchad	C	D	29.IX-5.X		
.....	30.IX-27.X	426	7		
.....	295	15	Guatemala	29.IX-19.X	
America • Amérique			583	18
Bolivia – Bolivie	C	D	Honduras	25-26.X	
.....	25-31.X	2	2	0
.....	14	0	Panama	20-26.X	
			61	2

Newly infected areas as at 7 November 1991 For criteria used in compiling this list, see No. 16, 1991, pp. 115-116.	Zones nouvellement infectées au 7 novembre 1991 Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 16, 1991, pp. 115-116.
---	--

<p>Cholera • Choléra</p> <p>America • Amérique</p> <p>Guatemala</p> <p><i>Baja Verapaz Department</i></p> <p><i>Chimaltenango Department</i></p> <p><i>El Progreso Department</i></p> <p><i>Quiché Department</i></p> <p><i>Sacatepequez Department</i></p> <p><i>Santa Rosa Department</i></p> <p><i>Zacapa Department</i></p>

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

Areas removed from the infected area list between 1 and 7 November 1991 For criteria used in compiling this list, see No. 16, 1991, pp. 115-116.	Zones supprimées de la liste des zones infectées entre le 1^{er} et 7 novembre 1991 Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 16, 1991, pp. 115-116.
--	--

<p>Cholera • Choléra</p> <p>America • Amérique</p> <p>Brazil – Brésil</p> <p><i>São Paulo State</i></p>
