



# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

# RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2 APRIL 1993 • 68th YEAR

68<sup>e</sup> ANNÉE • 2 AVRIL 1993

CONTENTS	SOMMAIRE
Global health situation — V) Noncommunicable diseases, disability 93	La situation sanitaire dans le monde — V) Maladies non transmissibles, incapacités 93
Influenza 99	Grippe 99
Epidemiological surveillance and control of communicable diseases — International Training Course in French, Paris, October 1993-January 1994 99	Surveillance épidémiologique et lutte contre les maladies transmissibles — Cours international en langue française, Paris, octobre 1993-janvier 1994 99
New publication — International guidelines for ethical review of epidemiological studies 100	Nouvelle publication — Directives internationales pour l'examen éthique des enquêtes épidémiologiques 100
Diseases subject to the Regulations 100	Maladies soumises au Règlement 100

## Global health situation<sup>1</sup>

### V) Noncommunicable diseases, disability

#### Cancer

In 1990, an estimated 9 million people developed cancer, 5.1 million died of cancer and over 20 million suffered from the disease. Before the year 2000, over 60 million people will die of cancer, and over 80 million are likely to die of the disease in the first decade of the next century. *Fig. 1* illustrates estimates of cancer deaths in 1985 and 2015. The number of cancer deaths worldwide is predicted to increase by 86% (4.9 to 9.1 million) for this period, more than doubling in developing countries, but increasing by only 0.4 million (about 20%) in developed countries.

*Fig. 2* illustrates changes in cancer incidence for the same years in developed and developing countries. *Fig. 3* shows estimated prevalence in 1985 and 2015 — in the twenty-first century, two-thirds of cancer patients are likely to be from developing countries.

Cancer is mainly a disease of the elderly: cancer and cancer deaths are likely to increase markedly in developing regions, where the elderly population is expected to increase by 240% over the next 3 decades. An important reason for the anticipated cancer epidemic is that people in developing countries are adopting the lifestyles of developed countries, particularly cigarette smoking. Tobacco consumption is now increasing by more than 2% annually in the developing world. The result would be an extra 1.5 million cases of lung cancer, of which 90% are likely to be incurable. Tobacco use is currently estimated to account for 3 million deaths per year; if this trend continues, the annual number of tobacco-related deaths is expected to rise worldwide from 3 million to about 10 million by 2025.

<sup>1</sup> See No. 45, 1992, pp. 337-340, No. 47, 1992, pp. 350-352; No. 6, 1993, pp. 33-36; No. 7, 1993, pp. 43-44.

## La situation sanitaire dans le monde<sup>1</sup>

### V) Maladies non transmissibles, incapacités

#### Cancer

En 1990, on estimait à 9 millions le nombre des personnes chez qui un cancer s'est déclaré, à 5,1 millions le nombre des décès par cancer et à plus de 20 millions le nombre des personnes atteintes de cette maladie. D'ici l'an 2000, plus de 60 millions de personnes mourront d'un cancer et plus de 80 millions mourront probablement de cette maladie pendant la première décennie du siècle prochain. *La Fig. 1* donne les chiffres estimatifs des décès par cancer en 1985 et en 2015. On prévoit une augmentation de 86% (de 4,9 à 9,1 millions) du nombre des décès par cancer dans le monde pendant cette période, qui atteindra plus du double dans les pays en développement, mais n'augmentera que de 0,4 million (environ 20%) dans les pays développés.

*La Fig. 2* illustre l'évolution de l'incidence du cancer pendant les mêmes années dans les pays développés et dans les pays en développement. *La Fig. 3* donne la prévalence estimative en 1985 et 2015 — au XXI<sup>e</sup> siècle, les deux tiers des personnes atteintes du cancer vivront probablement dans des pays en développement.

Le cancer touche principalement les personnes âgées: il est prévu que le cancer et les décès par cancer accusent une forte augmentation dans les pays en développement, où on s'attend à une augmentation de 240% du nombre des personnes âgées au cours des 3 prochaines décennies. L'une des raisons majeures pour lesquelles cette épidémie de cancer est attendue tient à l'adoption, par les populations des pays en développement, des modes de vie des pays industrialisés, en particulier le tabagisme. L'usage du tabac augmente maintenant de plus de 2% par an dans les pays en développement. Il devrait s'ensuivre une augmentation supplémentaire de 1,5 million de cas de cancer du poumon, dont 90% seront vraisemblablement incurables. On estime actuellement que le tabagisme est responsable de 3 millions de décès par an; si cette tendance se maintient, le nombre annuel de décès dus au tabagisme devrait passer de 3 millions à 10 millions environ dans le monde d'ici 2025.

<sup>1</sup> Voir N° 45, 1992, pp. 337-340; N° 47, 1992, pp. 350-352; N° 6, 1993, pp. 33-36, N° 7, 1993, pp. 43-44.

Fig. 1 Estimated number of cancer deaths, 1985 and 2015 (millions)

Fig. 1 Nombre estimatif de décès par cancer, 1985 et 2015 (millions)

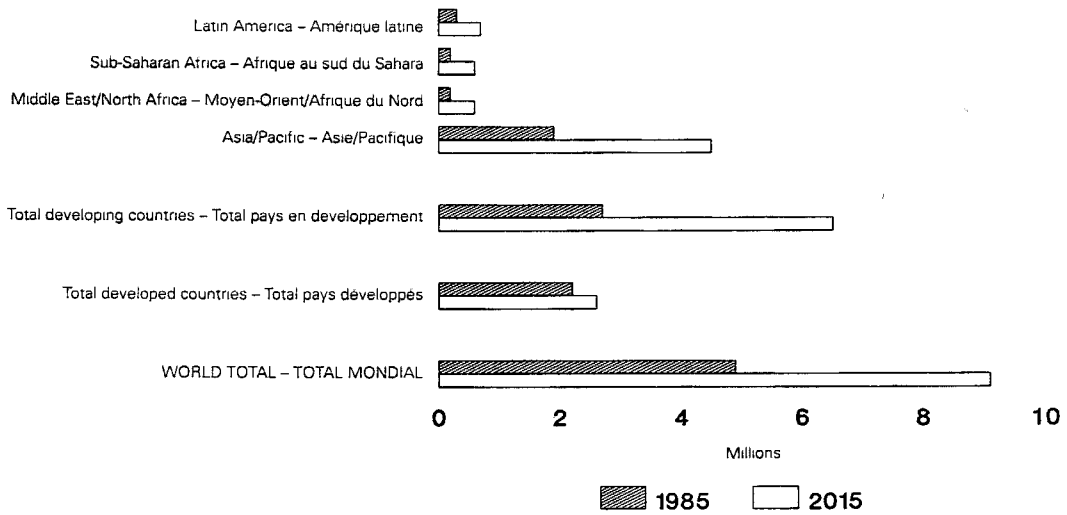


Fig. 2 Estimated number of new cases of cancer, 1985 and 2015 (millions)

Fig. 2 Nombre estimatif de nouveaux cas de cancer, 1985 et 2015 (millions)

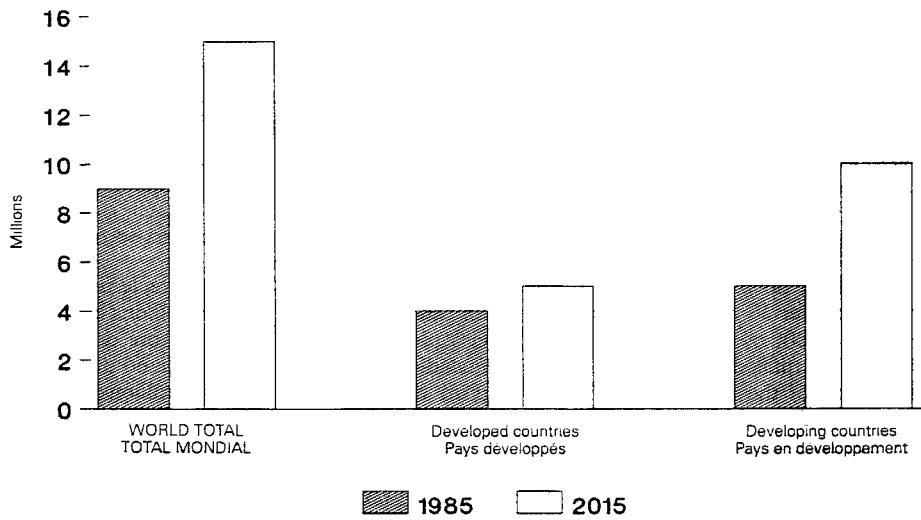
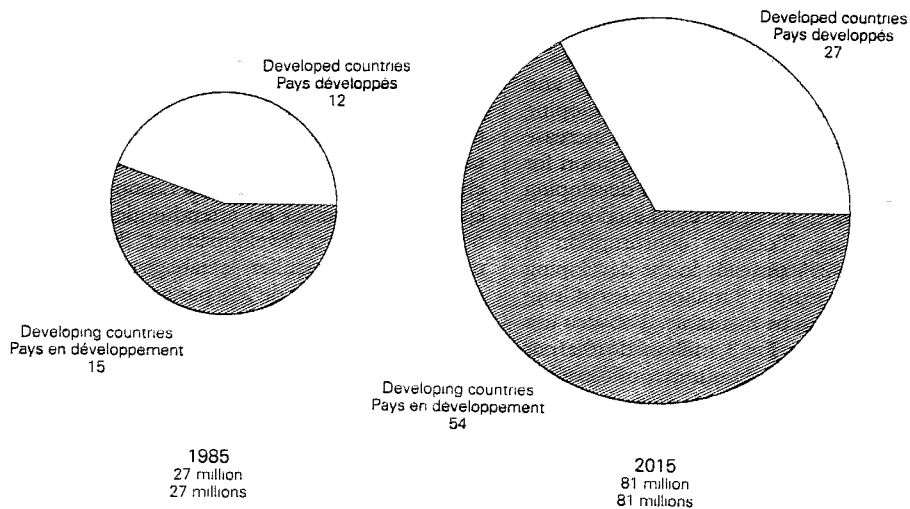


Fig. 3 Estimated number of cancer cases, 1985 and 2015 (millions)

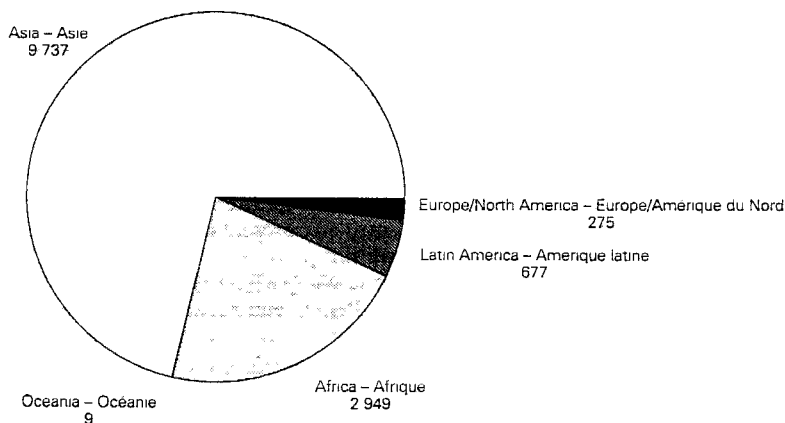
Fig. 3 Nombre estimatif des cas de cancer, 1985 et 2015 (millions)



**Cataract**

Several recent epidemiological studies on blindness estimate that cataract is responsible for 50% to 80% of visual loss in most settings. Fig. 4 illustrates the lowest estimate of numbers of blind people in need of cataract surgery, totalling 13.6 million worldwide, which is currently an unmet demand.

Fig. 4 World backlog of blind people in need of cataract surgery, 1991 (thousands)

**Cataracte**

Selon plusieurs études épidémiologiques récentes sur la cécité, la cataracte serait responsable de 50% à 80% des pertes de vision dans la plupart des pays. La Fig. 4 donne l'estimation minimale du nombre des aveugles nécessitant une opération de la cataracte, soit 13,6 millions dans le monde, demande actuellement non satisfaite.

Fig 4 Nombre de personnes en attente d'une opération de la cataracte dans le monde, 1991 (milliers)

**Diabetes mellitus**

Diabetes is a chronic disease which affects all populations and all age groups. The onset of insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM, the rarer form) is most frequent in childhood, whereas non-insulin dependent diabetes (NIDDM, the more common form) rises in prevalence from 30 to 60 years of age. A third form, malnutrition-related diabetes (MRDM), is also recognized. It occurs mainly in young individuals in tropical countries, but its frequency and epidemiology have not been well established.

The incidence and prevalence of IDDM vary considerably between countries, ranging from 0.5 to 28.8 per 100 000 person-years in the age group 0-14 years. IDDM is reportedly rare in developing countries, but is probably underdiagnosed. In adults, diabetes mortality rises markedly from 50 to 70 years of age.

In developed countries, NIDDM is about 10 times more common than IDDM, so that in adult populations prevalence of diabetes largely reflects the underlying frequency of NIDDM. In most settings, diabetes prevalence rises with age. In adult populations of developing countries diabetes has a prevalence of less than 3% in traditional settings, although a prevalence of 5% to 20% can be reached in urbanized communities. In developed countries, diabetes prevalence in adults is about 3% to 10% in populations of European ancestry. In migrant groups of South-Asian Indian, Chinese and Hispanic ancestry it frequently exceeds this figure. Prevalence of diabetes is approximately 2% to 5% in adults in Eastern Europe. Prevalence is nearly 30% in certain Micronesian and North American Indian population.

Globally, an estimated 60 million people suffer from this chronic and largely irreversible disease; 40 million of them live in developing countries, where age-specific mortality associated with diabetes is highest. For the age group 65-74 years and in each WHO Region, mortality exceeds 100 per 100 000 person-years in some countries.

**General and micronutrient malnutrition**

Poverty, drought, war, environmental degradation, rapid population growth, disrupted markets and inadequate public services and community participation are associated

**Diabète sucré**

Le diabète est une maladie chronique qui affecte toutes les populations et tous les groupes d'âge. Le diabète sucré insulino-dépendant (DSID, forme la plus rare) se déclare plus fréquemment chez les enfants, tandis que la prévalence du diabète non insulino-dépendant (DSNID, forme la plus courante) augmente entre 30 et 60 ans. On distingue aussi une troisième forme, le diabète lié à la malnutrition (DSLMD) qui touche principalement les jeunes des pays tropicaux, mais sa fréquence et son épidémiologie sont encore mal connues.

L'incidence et la prévalence du DSID varient sensiblement selon les pays, allant de 0,5 à 28,8 pour 100 000 années-personnes dans le groupe des 0-14 ans. Le DSID est rarement signalé dans les pays en développement, probablement parce qu'il est sous-diagnostiqué. Chez les adultes, la mortalité due au diabète augmente sensiblement entre 50 et 70 ans.

Dans les pays développés, le DSNID est environ 10 fois plus courant que le DSID, de sorte que, dans les populations adultes, la prévalence du diabète reflète largement la fréquence sous-jacente du DSNID. Presque partout, la prévalence du diabète augmente avec l'âge. Chez les adultes des pays en développement, la prévalence du diabète est inférieure à 3% dans les milieux traditionnels, mais peut atteindre de 5% à 20% dans les communautés urbanisées. Dans les pays développés, la prévalence du diabète chez les adultes est d'environ 3% à 10% dans les populations d'extraction européenne. Dans les groupes migrants d'origine indienne, chinoise et hispanique d'Asie du Sud, elle est fréquemment supérieure à ce chiffre. La prévalence du diabète est d'environ 2% à 5% chez les adultes d'Europe orientale. La prévalence avoisine 30% dans certains groupes d'origine micronésienne et chez les Indiens d'Amérique du Nord.

On estime à 60 millions dans le monde le nombre de personnes qui souffrent de cette maladie chronique et essentiellement irréversible; 40 millions d'entre elles vivent dans les pays en développement, où la mortalité par âge associée au diabète est la plus élevée. Pour le groupe des 65-74 ans et dans chaque Région de l'OMS, la mortalité est supérieure à 100 pour 100 000 années-personnes dans certains pays.

**Malnutrition générale ou due à une carence en micronutriments**

La pauvreté, la sécheresse, la guerre, la détérioration de l'environnement, l'accroissement démographique rapide, la désorganisation des marchés et l'insuffisance des services publics et de la participation

with malnutrition, of which pockets may occur also in developed countries. Because of the increase in numbers of children under 5 years, there has been little change in the absolute number of children underweight in recent years, although their proportion has decreased from about 53% to about 45%. Asia has the highest prevalence and total numbers of malnourished children: projections for the area foresee that one-half (about 149 million) of all children under 5 are likely to be malnourished in 2005.

Chronic diet-related disorders including cardiovascular diseases, hypertension, diabetes mellitus, liver disease, obesity and dental caries are no longer restricted to developed countries and are becoming a problem in urban areas worldwide, as a result of changes in lifestyles and in dietary habits.

Figs. 5 and 6 illustrate the estimated prevalence of iodine deficiency and of anaemia, including iron-deficiency anaemia, in the WHO Regions affected. In addition, at least 40 million preschool children probably suffer from vitamin A deficiency, 13 million of whom already have eye damage. Each year, a quarter to half a million preschool children become blind from vitamin A deficiency, and almost two-thirds of them die within a few months of becoming blind. About half of the nearly 40 countries in which vitamin A deficiency occurs are in Africa but, because of larger populations, two-thirds of the children affected live in countries of South-East Asia.

de la communauté sont liées à la malnutrition, dont il existe aussi des poches dans les pays développés. En raison de l'augmentation du nombre des enfants de moins de 5 ans, le nombre absolu des enfants de poids insuffisant n'a guère changé au cours de ces dernières années, même si la part qu'ils représentent est passée d'environ 53% à environ 45%. C'est en Asie que la prévalence et le nombre total des enfants souffrant de malnutrition sont les plus élevés: les projections dans ce domaine indiquent que la moitié (soit environ 149 millions) de tous les enfants de moins de 5 ans souffriront probablement de malnutrition en 2005.

Les troubles chroniques liés à l'alimentation, y compris les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension, le diabète sucré, les affections du foie, l'obésité et les caries dentaires ne sont plus l'apanage des pays développés mais affectent les zones urbaines du monde entier, par suite de l'évolution des modes de vie et des habitudes alimentaires.

Les Fig. 5 et 6 illustrent la prévalence estimative de la carence en iode et de l'anémie, anémie ferriprive comprise, dans les Régions OMS atteintes. En outre, au moins 40 millions d'enfants d'âge préscolaire souffrent probablement d'avitaminose A, 13 millions d'entre eux présentant déjà des affections oculaires. Chaque année, entre un quart et un demi-million d'enfants d'âge préscolaire perdent la vue par suite d'une carence en vitamine A et près des deux tiers d'entre eux meurent quelques mois après être devenus aveugles. Sur 40 pays environ où l'avitaminose A existe, près de la moitié se trouvent en Afrique mais, compte tenu des chiffres de population plus élevés, les deux tiers des enfants qui en sont atteints dans le monde vivent dans des pays de l'Asie du Sud-Est.

Fig. 5 Iodine deficiency: subjects at risk or affected, all ages, by WHO Region, 1991 (millions)

Fig. 5 Carence en iode: sujets à risque ou atteints, tous âges, par Région OMS, 1991 (millions)

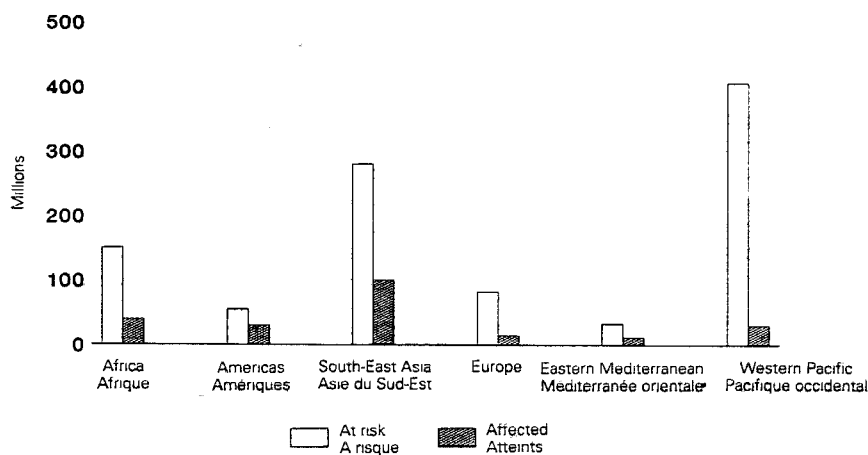
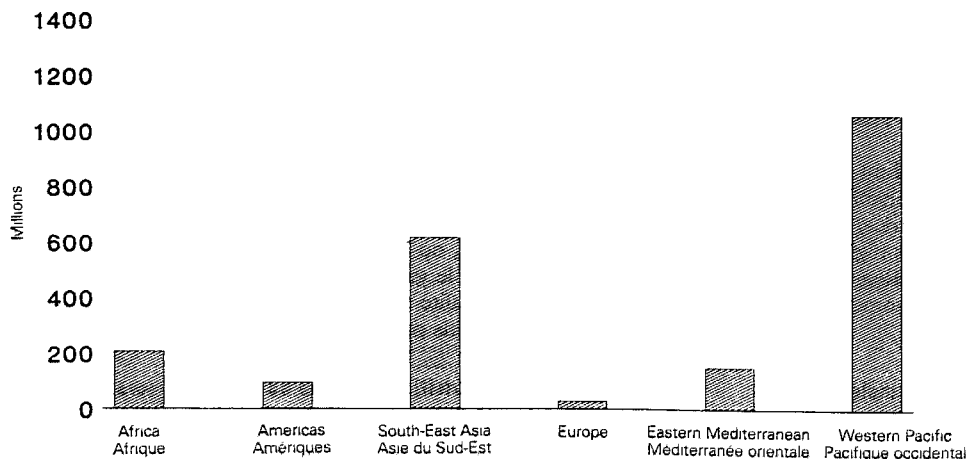


Fig. 6 People with anaemia, including iron-deficiency anaemia, by WHO Region, 1991 (millions)

Fig. 6 Personnes atteintes d'anémie, anémie ferriprive comprise, par Région OMS, 1991 (millions)



An estimated 1 000 million people in 95 countries live in areas at risk for iodine deficiency. Probably 200 million people have goitre, and 26 million people suffer from some mental retardation as a result of the deficiency, 6 million of whom are severely mentally retarded.

Probably over 2 000 million people suffer from anaemia. The groups affected are, by order of importance, pregnant women (10% of whom are anaemic in developed countries, and between 40% and 60% in developing countries), pre-school children, infants with low birthweight, women who are not pregnant, the elderly, school-age children, and adult men.

**Mental diseases and disorders**

At least 52 million people in the world suffer from severe mental disease such as schizophrenia or severe depression. Fig. 7 shows the estimated total number of people affected in 1990 by less severe mental disorders, which nevertheless may have long-term consequences, with projections to the year 2000.

On estime à 1 milliard, dans 95 pays, le nombre des personnes qui vivent dans des zones à risque de carence en iode. Deux cents millions de personnes sont probablement atteintes de goitre, et 26 millions souffrent d'une arriération mentale due à cette carence, dont 6 millions présentent un retard mental grave.

Plus de 2 milliards de personnes souffrent probablement d'anémie. Les groupes touchés sont, par ordre d'importance, les femmes enceintes (10% dans les pays développés et de 40% à 60% dans les pays en développement), puis les enfants d'âge préscolaire, les nourrissons de faible poids à la naissance, les femmes qui ne sont pas enceintes, les personnes âgées, les enfants d'âge scolaire et les hommes adultes.

**Maladies et troubles mentaux**

Au moins 52 millions de personnes dans le monde souffrent de maladies mentales graves comme la schizophrénie ou la dépression sévère. La Fig. 7 montre le nombre estimatif total des personnes atteintes en 1990 de troubles mentaux moins graves mais pouvant néanmoins entraîner des conséquences à long terme, ainsi que des projections pour l'an 2000.

Fig. 7 Estimated number of people with mental disease or brain disorders, 1990 and 2000 (millions)

Fig. 7 Nombre estimatif de personnes atteintes de maladie mentale ou de troubles cérébraux, 1990 et 2000 (millions)

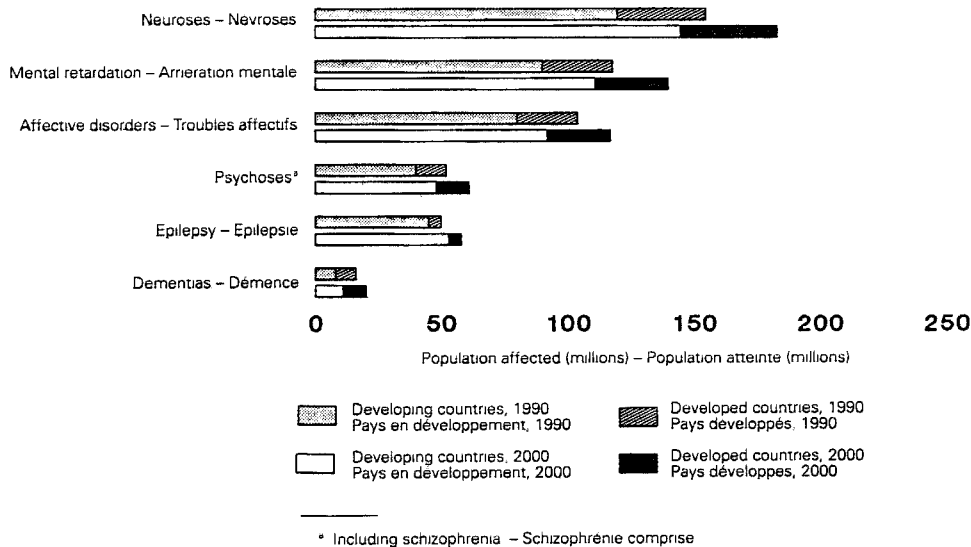
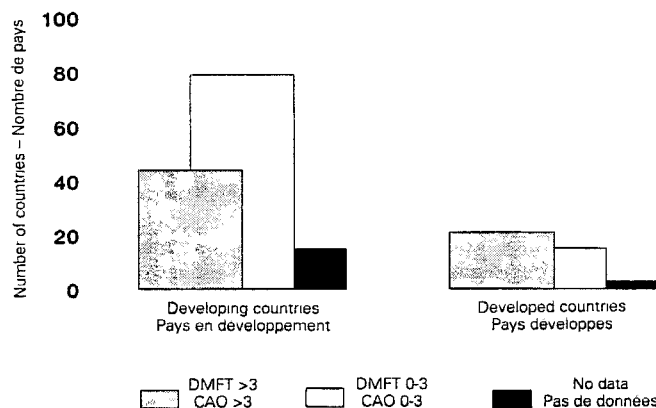


Fig. 8 Number of countries by DMFT index at age 12, 1991

Fig. 8 Nombre de pays par indice CAO à 12 ans, 1991



**Oral health**

The mean number of decayed, missing, and filled teeth at 12 years (DMFT<sub>12</sub>) is perhaps the most informative and widely available indicator of achievement in oral health. The global goal is "no more than 3 DMFT at 12 years of age". In developed countries, the average value of DMFT<sub>12</sub> decreased from 4.5 in 1980 to 3.2 in 1991. In developing

**Santé bucco-dentaire**

Le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées à l'âge de 12 ans (CAO<sub>12</sub>) est peut-être l'indicateur le plus révélateur et le plus largement disponible des progrès de la santé bucco-dentaire. Le but mondial est «pas plus de 3 dents CAO à 12 ans». Dans les pays développés, l'indice moyen CAO<sub>12</sub> est passé de 4,5 en 1980 à 3,2 en 1991. Dans les pays en développement, les mêmes estima-

countries, the same estimates for DMFT<sub>12</sub> are 1.6 and 2.1 (2.0 in 1991). Although average DMFT<sub>12</sub> values are higher and thus less satisfactory for developed than for developing countries, improvements in oral health have been registered in a much larger number of developed countries than of developing countries. In developing and least developed countries, a worsening in the value of DMFT<sub>12</sub> occurs more often than the reverse.

Fig. 8 illustrates trends for DMFT<sub>12</sub> values in developing and developed countries. Periodontal disease distribution and trends differ from those of caries, and the highest disease levels are reported in developing countries. It is not possible to ascertain the trend in developing countries, but in developed countries, there are signs of decreased periodontal disease where oral hygiene programmes have been intensified to reach all sectors of the community.

**Disability**

The collection of information on the long-term consequences of disease, such as impairments (related to organs) and disabilities (related to functioning of the person) is costly and presents specific problems of method: such information is therefore relatively scarce. Data collected from 63 surveys in 55 countries indicate that persons with disabilities represent between 0.2% and 20.9% of the population; part of this variation in percentage is attributable to the types of questions used.

Fig. 9, taken from a document recently published by the Statistical Division of the United Nations Department of Social and Economic Development<sup>1</sup> shows data from nationwide surveys or censuses between 1978 and 1987. The results are significantly affected by whether the survey or census was based on the identification of impairments, with a range of 156 to 5 488 per 100 000 for crude rates, or of persons with disabilities, where crude rates are higher.

tions des indices CAO<sub>12</sub> sont 1,6 et 2,1 (2,0 en 1991). Bien que l'indice moyen CAO<sub>12</sub> soit supérieur et donc moins satisfaisant pour les pays développés que pour les pays en développement, des améliorations dans le domaine de la santé bucco-dentaire ont été enregistrées dans beaucoup plus de pays développés que de pays en développement. Dans les pays en développement et les pays les moins avancés, on observe plus souvent une aggravation de l'indice CAO<sub>12</sub> que l'inverse.

La Fig. 8 illustre les tendances de l'indice CAO<sub>12</sub> dans les pays en développement et les pays développés. La distribution et les tendances des parodontopathies diffèrent de celles des caries, et c'est dans les pays en développement que les parodontopathies sont les plus répandues. Il n'est pas possible de vérifier avec certitude la tendance dans les pays en développement mais, dans les pays développés, les parodontopathies régressent là où les programmes d'hygiène bucco-dentaire ont été intensifiés et étendus à tous les secteurs de la communauté.

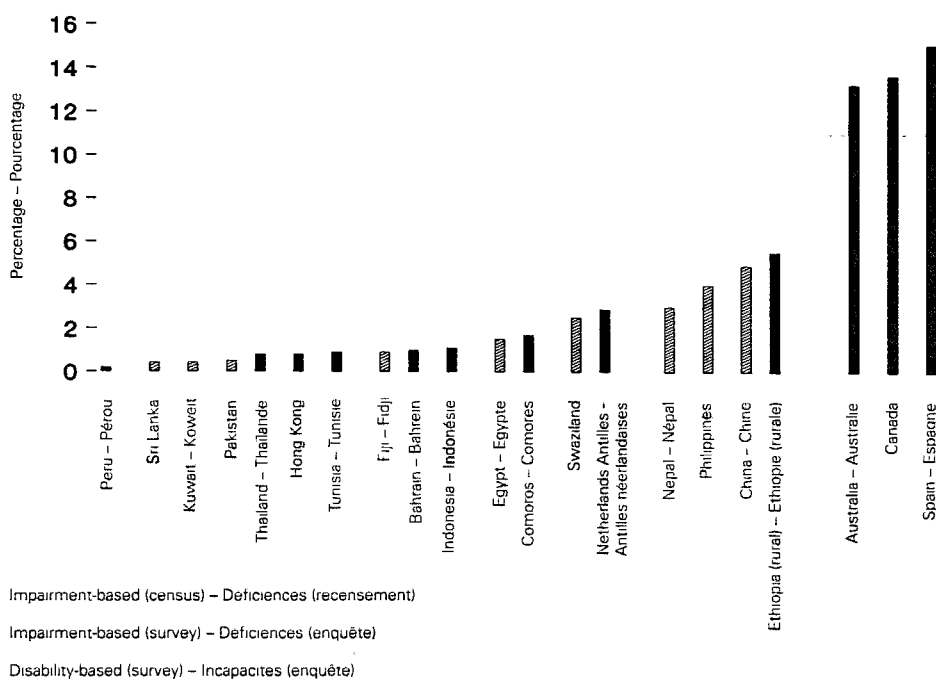
**Incapacités**

La collecte d'informations sur les conséquences à long terme des maladies, par exemple les déficiences (liées aux organes) et les incapacités (liées aux fonctions de la personne) coûte cher et pose d'importants problèmes de méthode: ces informations sont donc relativement rares. Les données de 63 enquêtes dans 55 pays indiquent que les personnes présentant des incapacités constituent entre 0,2% et 20,9% de la population, une partie de cette variabilité étant due au type de question posée.

La Fig. 9, extraite d'un document publié récemment par le Bureau de statistique du Département du développement économique et social de l'Organisation des Nations Unies,<sup>1</sup> présente des données provenant d'enquêtes nationales ou de recensements effectués entre 1978 et 1987. Les résultats varient sensiblement selon que l'enquête ou le recensement était basé sur l'identification des déficiences, avec des taux bruts se situant entre 156 et 5 488 pour 100 000 personnes, ou sur l'identification de personnes atteintes d'incapacité, avec des taux bruts supérieurs.

Fig. 9 Percentage of population with disability or impairment, 1978-1987

Fig. 9 Pourcentage de la population souffrant d'incapacités ou de déficiences, 1978-1987



<sup>1</sup> United Nations Statistical Division of the Department of Social and Economic Development. Disability Statistics Compendium. New York, 1990, ST/ESA/STAT/SER.Y/4.

<sup>1</sup> Nations Unies. Bureau de statistique du Département du développement économique et social. Recueil de statistiques sur les incapacités. New York, 1992, ST/ESA/STAT/SER.Y/4.

Disabilities associated with mental and neurological disorders can amount to as much as 40% of all disabilities in some countries.

An estimated 42 million people over the age of 3 have a hearing loss corresponding to 41 decibels or more.

Of an estimated 120 million people with disabilities living in developing countries who could benefit from rehabilitation, only 2-3 million receive services.

## Influenza

**Canada** (30 March 1993).<sup>1</sup> The number of laboratory-confirmed cases has decreased after a peak during the first week of March. Most (70%) of the 772 cases diagnosed this season were influenza B. A few of the influenza A cases have been further identified as influenza A(H3N2), but only one was influenza A(H1N1).

**Finland** (23 March 1993).<sup>2</sup> Outbreaks have been reported all over the country since the beginning of March. Many occurred in schools and caused high absenteeism. Influenza B was the predominant influenza type all through the season, but a few cases of influenza A have also been diagnosed.

**Poland** (15 March 1993). The number of cases of influenza-like illness increased from 17 000 in the second half of January to nearly 40 000 in the first half of February and 550 000 in the second half of that month. Between 1 and 15 March, nearly 1.3 million cases were registered, most of them in Katowice, Lodz, and Warsaw. The first influenza viruses, influenza B, were isolated during this period from 3 cases in the northern and southern parts of the country.

**United States of America** (26 March 1993).<sup>1</sup> Twenty-one states reported regional or widespread influenza activity, and 21 reported sporadic activity during the week ending 20 March. Mortality from influenza and pneumonia again increased to above the expected level in the second week of March; it continued to increase in the following week. Influenza B has been predominant, with 82% of all typed isolates this season. Influenza A viruses have increased since February and accounted for 38% of all isolates in the week ending 13 March. In some eastern states they were more or about as common as influenza B.

<sup>1</sup> See No. 10, 1993, pp. 69-70.

<sup>2</sup> See No. 9, 1993, p. 62.

## Epidemiological surveillance and control of communicable diseases

International Training Course in French, Paris, October 1993–January 1994

The eighteenth International Training Course in French on Methods for the Control of Communicable Diseases will take place in Paris from 4 October 1993 to 21 January 1994.

The aim of the course is to train all participants to analyse the epidemiological situation in their countries; and to plan, reorient or strengthen, and evaluate measures for the control of communicable diseases, in their present professional positions and in the context of the national health policy, with a view to reducing the extent of these problems in their country. The course is therefore intended for physicians or technical health personnel (nursing, veterinary, or sanitary engineering personnel), who have or will have responsibilities at the central or middle levels in their country's health programme.

- There will be not more than 20 places available and applications should be received by 1 July 1993. The registration fees amount to US \$2 000. Further information is available on request from: CIELF – INSERM, B.P. 34, 44, chemin de Ronde, 78110 Le Vésinet, France (tel. 34 80 24 64, fax 34 80 24 48).

Les incapacités associées aux troubles mentaux et neurologiques peuvent constituer jusqu'à 40% des incapacités rencontrées dans certains pays.

Environ 42 millions de personnes âgées de plus de 3 ans présentent une perte d'ouïe correspondant à au moins 41 décibels.

Sur les 120 millions de personnes présentant des incapacités que l'on estime vivre dans les pays en développement, seules 2-3 millions reçoivent les soins que réclame leur état.

## Grippe

**Canada** (30 mars 1993).<sup>1</sup> Le nombre des cas confirmés au laboratoire a diminué après un pic pendant la première semaine de mars. La plupart (70%) des 772 cas diagnostiqués cette saison étaient dus au virus B. Parmi les cas de grippe A, quelques-uns ont été identifiés comme des virus A(H3N2), mais un seul était un virus A(H1N1).

**Finlande** (23 mars 1993).<sup>2</sup> Des flambées ont été signalées dans tout le pays depuis le début de mars. Beaucoup d'entre elles sévissent dans les écoles et provoquent un absentéisme élevé. La grippe B a été le type de grippe prédominant pendant toute la saison, mais quelques cas de grippe A ont aussi été diagnostiqués.

**Pologne** (15 mars 1993). Le nombre de cas de syndromes grippaux a augmenté de 17 000 la seconde quinzaine de janvier à près de 40 000 la première quinzaine de février, et 550 000 la seconde quinzaine de ce même mois. Entre le 1<sup>er</sup> et le 15 mars, près de 1,3 million de cas ont été enregistrés, dont la plupart à Katowice, Lodz et Varsovie. Les premiers virus grippaux, des virus B, ont été isolés de 3 cas pendant cette période dans les parties septentrionale et méridionale du pays.

**Etats-Unis d'Amérique** (26 mars 1993).<sup>1</sup> Vingt et un Etats ont signalé une activité grippale régionale ou étendue, et 21 ont signalé une activité sporadique pendant la semaine s'achevant le 20 mars. La mortalité due à la grippe et à la pneumonie a encore augmenté et a dépassé le niveau attendu pendant la deuxième semaine de mars; elle a continué à augmenter la semaine suivante. La grippe B a prédominé, avec 82% de tous les isolements caractérisés cette saison. Les virus A sont en augmentation depuis février et représentaient 38% de tous les isolements pendant la semaine s'achevant le 13 mars. Dans quelques Etats de l'est du pays ils ont été plus fréquents ou aussi répandus que les virus B.

<sup>1</sup> Voir N° 10, 1993, pp. 69-70.

<sup>2</sup> Voir N° 9, 1993, p. 62.

## Surveillance épidémiologique et lutte contre les maladies transmissibles

Cours international en langue française, Paris, octobre 1993–janvier 1994

Le dix-huitième cours international, en langue française, de formation aux méthodes de lutte contre les maladies transmissibles aura lieu à Paris du 4 octobre 1993 au 21 janvier 1994.

Ce cours a pour but de rendre chaque participant capable d'analyser la situation épidémiologique dans son pays et de planifier, réorienter ou renforcer et évaluer les activités de cette lutte, dans le poste qu'il occupe et dans le cadre de la politique nationale de santé, en vue de contribuer à réduire l'ampleur des problèmes dans son pays. Il s'adresse donc à des médecins ou des techniciens de la santé (infirmier(ère)s, vétérinaires, ingénieurs) ayant déjà ou devant exercer des responsabilités dans le programme national au niveau central ou intermédiaire.

- Le nombre des places disponibles est limité à 20 et les dossiers d'inscription doivent être envoyés avant le 1<sup>er</sup> juillet 1993. Le montant des droits d'inscription est de US \$2 000. Les demandes de renseignements doivent être adressées au CIELF – INSERM, B.P. 34, 44, chemin de Ronde, 78110 Le Vésinet, France (tél. 34 80 24 64, fax 34 80 24 48).

NEW PUBLICATION

NOUVELLE PUBLICATION

**International guidelines for ethical review of epidemiological studies<sup>1,2</sup>**

These guidelines were formulated in response to expressions of concern about the wide range of methods now available to epidemiology for the collection, storage and use of data on individuals and communities, especially the application of information technology to the study of large data bases.

The Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), in collaboration with WHO, undertook a project to draw up international ethical guidelines for epidemiological studies. These guidelines should enable countries to develop a national policy on the ethics of epidemiological studies and to adopt ethical standards and appropriate examination procedures.

The full report of the conference that drew up these guidelines has been published in English only, by the CIOMS.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CIOMS, Geneva, 1991, 31 pages, ISBN 92 9036 048 8; Sw.fr. 6.- (in developing countries: Sw.fr. 4.20); Order No. 1840013.

<sup>2</sup> See No. 4, 1991, pp 17-18

<sup>3</sup> *Ethics and Epidemiology: International Guidelines - Proceedings of the XXVth CIOMS Conference, Geneva, Switzerland, 7-9 November 1990.* CIOMS, 1991.

**Directives internationales pour l'examen éthique des enquêtes épidémiologiques<sup>1,2</sup>**

Ces directives répondent aux préoccupations exprimées face à l'ampleur des moyens dont dispose aujourd'hui l'épidémiologie pour recueillir, conserver et utiliser des informations de caractère individuel ou collectif, notamment en appliquant la technologie informatique à l'étude de vastes fichiers.

Le Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS), en collaboration avec l'OMS, a lancé un projet visant à établir des directives internationales d'éthique relatives aux enquêtes épidémiologiques. Ces directives doivent permettre aux pays d'élaborer une politique nationale en matière d'éthique des enquêtes épidémiologiques et d'adopter des normes déontologiques ainsi que des procédures appropriées d'examen.

Le rapport complet, en anglais seulement, de la conférence qui a élaboré ces directives a été publié par le CIOMS.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, 1992. Tiré à part du *Recueil international de Législation sanitaire*; 36 pages (disponible également en anglais); ISBN 92 4 254452 3, Fr.s. 6.- (dans les pays en développement: Fr.s. 4.20); N° de commande 2840013.

<sup>2</sup> Voir N° 4, 1991, pp 17-18

<sup>3</sup> *Ethics and Epidemiology: International Guidelines - Proceedings of the XXVth CIOMS Conference, Geneva, Switzerland, 7-9 November 1990.* CIOMS, 1991.

Health administrations are reminded that under the provisions of Article 3 of the International Health Regulations they should notify the Organization by telegram, fax or telex within 24 hours of being informed that the first case of a disease subject to the Regulations has occurred in their territory. The infected area should be notified within the subsequent 24 hours if not already communicated.

In addition, they should notify the Organization by telegram, fax or telex within 24 hours of being informed of an imported or transferred case of such a disease into a non-infected area including all information available on the origin of infection.

Il est rappelé aux administrations sanitaires qu'aux termes de l'article 3 du Règlement sanitaire international elles doivent adresser une notification à l'Organisation par télégramme, fax ou par télex dans les 24 heures, dès qu'elles sont informées qu'un premier cas d'une maladie soumise au Règlement a été signalé dans une zone de leur ressort. Dans les 24 heures qui suivent, elles adressent notification de la zone infectée si elle n'a pas encore été communiquée.

En outre, elles doivent adresser une notification à l'Organisation, par télégramme, fax ou par télex dans les 24 heures, dès qu'elles sont informées d'un cas importé ou transféré dans une zone non-infectée, y compris tous les renseignements disponibles sur l'origine de l'infection.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

**Notifications received from 26 March to 1 April 1993**

C - cases, D - deaths, .. - data not yet received, i - imported, r - revised, s - suspect

Cholera • Choléra	
Africa • Afrique	
	C D
Tanzania, United Rep. of	1 IV-31.XII.92
Tanzanie, Rép. Unie de	16 055 1951
Zambia - Zambie	30.I-10.III
	3017r 214r
Zimbabwe	15-21.III
	27 5

America • Aménique	
	C D
El Salvador	14-20.III
	315 0
French Guiana	9-10.II
Guyane française	2r 0
Honduras	1.I-20.II
	11 1
Mexico - Mexique	1.II-6.III
	122 3
Peru - Pérou	1.I-...
	12 374 62

**Notifications reçues du 26 mars au 1<sup>er</sup> avril 1993**

C - cas, D - décès, .. - données non encore disponibles, i - importé, r - révisé, s - suspect

Plague • Peste	
Africa • Afrique	
	C D
Madagascar	26.I-8.II
Antananarivo Province	
Antananarivo S. Préf	1 0
Betafo S. Préf	1 0
Faratsiho S. Préf	1 0
Fianarantsoa Province	
Ambatofinandrahana S. Préf	1 0
Ambositra S. Préf	3s 0
Fandriana S. Préf	2 0
Fianarantsoa S. Préf	1 0
Manandriana S. Préf	3 0
Toamasina Province	
Moramanga S. Préf	1 0

Telex: 415416 Fax: 788 00 11  
(Attention EPIDNATIONS for notifications of diseases subject to the regulations)  
Automatic telex reply service:  
Telex 415768 Geneva followed by ZCZC ENGL for reply in English  
Price of the Weekly Epidemiological Record  
Annual subscription Sw. fr. 170.-

Telex: 415416 Fax: 788 00 11  
(A l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au règlement)  
Service automatique de réponse par télex:  
Telex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français  
Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire  
Abonnement annuel Fr. s. 170.-