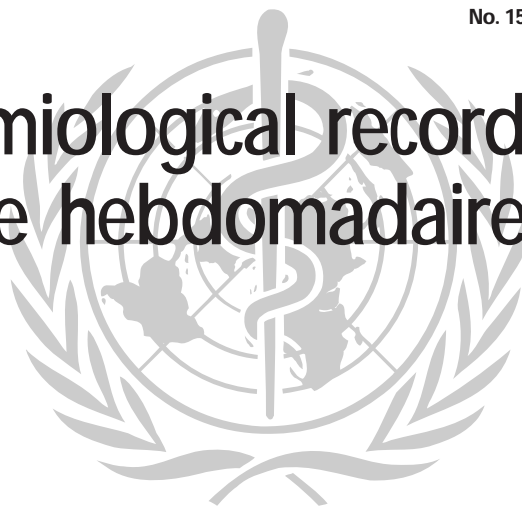


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

11 AVRIL 2003, 78th YEAR / 11 AVRIL 2003, 78^e ANNÉE

No. 15, 2003, 78, 121–128

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

Contents

- 121 WHO Multicentre Collaborative Networks for Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) diagnosis
- 122 WHO annual report on global TB control – summary
- 128 International Health Regulations

Sommaire

- 121 Réseau de centres collaborateurs OMS chargés du diagnostic du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- 122 Résumé du rapport annuel de l'OMS sur la lutte antituberculeuse dans le monde
- 128 Règlement sanitaire international

WHO Multicentre Collaborative Networks for Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) diagnosis

On 17 March 2003, WHO called upon 11 laboratories in 9 countries to join a network for multicentre research on the etiology of SARS and simultaneously to develop a robust and reliable diagnostic test. This network takes advantage of modern communication technologies (e-mail; secure web site) to share outcomes of investigation of clinical samples from SARS cases in real time.

WHO collaborative multicentre research project on Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) diagnosis
(<http://www.who.int/csr/sars/project/en/>)

Identification of the SARS causative agent and the development of a diagnostic test are of paramount importance. Detection of disease in its early stages, understanding its pathways of transmission, and implementing disease-specific prevention measures are dependent upon swift progress and results in etiological and diagnostic research.

Daily assessment of research results supports immediate refinement of investigative strategies and permits instant validation of laboratory findings. Network members share on the secure WHO web site electron microscopic pictures of viruses, sequences of genetic material for virus identification and characterization, virus isolates, various samples from patients and postmortem tissues. Samples from one patient can be analysed in parallel in several laboratories and the results shared in real time. This network combines the intellectual resources of leading laboratories worldwide working towards a common goal: detection of the SARS causative agent and the development of a diagnostic test.

Réseau de centres collaborateurs OMS chargés du diagnostic du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Le 17 mars 2003, l'OMS a invité 11 laboratoires de 9 pays différents à se joindre au réseau de centres de recherche qui travaillent à définir l'étiologie du SRAS et, simultanément, à mettre au point un test biologique résistant et fiable. Ce réseau utilise des moyens de communication modernes (courrier électronique, site Internet sécurisé) afin de partager en temps réel les résultats des recherches effectuées sur les échantillons cliniques de SRAS.

Centres collaborateurs OMS de recherche sur le diagnostic du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) (<http://www.who.int/csr/sars/project/en/>)

L'identification de l'agent infectieux du SRAS et la mise au point d'un test biologique sont d'une importance primordiale. Dépister la maladie de façon précoce, comprendre ses modes de transmission et mettre en place des mesures de prévention spécifiques à la maladie dépendent des progrès rapides et des résultats de la recherche en matière d'étiologie et de test biologique.

Une évaluation quotidienne des résultats de la recherche permet immédiatement de redéfinir au mieux les stratégies d'investigation et de valider instantanément les résultats de laboratoire. Sur le site sécurisé de l'OMS, les membres du réseau partagent des photos du virus prises au microscope électronique, du matériel de séquençage génétique pour travailler à l'identification et à la caractérisation du virus, des isolats de virus, et divers échantillons prélevés sur des patients ou sur des tissus post-mortem. Les échantillons prélevés sur un patient peuvent être analysés en parallèle par plusieurs laboratoires et les résultats partagés en temps réel. Ce réseau réunit les ressources intellectuelles des plus grands laboratoires internationaux dont l'objectif commun est de dépister l'agent infectieux du SRAS et de mettre au point un test biologique.

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

6.500 4.2003

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

Significant progress has been made in the identification of the causative agent. A new human coronavirus has been identified, and a final phase of experiments is under way to fulfil the remaining Koch's postulates to conclusively identify the virus as the SARS causative agent (<http://www.who.int/csr/sars/findings/en/>).

Three diagnostic tests are now available, but all have limitations as tools for bringing this outbreak quickly under control. The ELISA detects antibodies reliably but only from about day 20 after the onset of clinical symptoms. It therefore cannot be used to detect cases at an early stage before they have a chance to spread the infection to others. The second test, an immunofluorescence assay (IFA), detects antibodies reliably as of day 10 of infection, but is a demanding and comparatively slow test that requires the growth of virus in cell culture. The currently available polymerase chain reaction (PCR) molecular test for detection of SARS virus genetic material is useful in the early stages of infection but produces many false-negatives, meaning that many persons who actually carry the virus may not be detected – creating a dangerous sense of false security for a virus that is known to spread easily in close person-to-person contact (http://www.who.int/csr/sars/testing2003_04_08/en/). Results of PCR using primers can be used to complement clinical diagnostic evaluation. However, tests have not been validated for confirmation of cases or exclusion of the disease. The WHO case definition remains unchanged at present (<http://www.who.int/csr/sars/primers/en/>).

SARS: Availability and use of laboratory testing
(http://www.who.int/csr/sars/testing2003_04_08/en/)

WHO encourages each country to designate a laboratory at national level for investigation and shipment of specimens from possible SARS patients. ■

L'identification de l'agent pathogène a fait d'importants progrès. Un nouveau coronavirus humain a été identifié et des expériences sont en cours, afin que les critères du postulat de Koch soient remplis et que l'on puisse ainsi identifier de façon certaine ce virus comme étant l'agent infectieux du SRAS (<http://www.who.int/csr/sars/findings/en/>).

Trois tests biologiques sont à présent disponibles, mais en l'état actuel, aucun ne permet d'aider à contenir cette flambée. Le test ELISA détecte les anticorps de façon fiable, mais seulement une vingtaine de jours après le début des symptômes cliniques. Par conséquent, on ne peut pas l'utiliser pour un dépistage précoce des cas, du moins avant que ces derniers n'aient eu l'occasion d'infecter d'autres personnes. Le second, un test d'immunofluorescence, détecte les anticorps de façon fiable à partir du dixième jour de l'infection mais s'avère difficile à mettre en œuvre et relativement lent, nécessitant une croissance du virus en culture cellulaire. Le test moléculaire d'amplification génique actuellement disponible pour identifier le matériel génétique du SRAS est utile pour un dépistage précoce de l'infection mais génère de nombreux faux-négatifs, ce qui signifie que beaucoup de personnes actuellement porteuses du virus pourraient ne pas être dépistées, créant ainsi un dangereux sentiment de fausse sécurité vis-à-vis de ce virus, connu pour se propager rapidement lors de contacts rapprochés entre personnes (http://www.who.int/csr/sars/testing2003_04_08/en/). Les résultats des tests d'amplification génique se servant d'amorces peuvent être utilisés en complément de l'évaluation des diagnostics cliniques. Cependant, ces tests n'ont pas été validés pour confirmer ou infirmer la présence de la maladie. La définition des cas proposée par l'OMS reste inchangée pour le moment (<http://www.who.int/csr/sars/primers/en/>).

SRAS: Disponibilité et utilisation des tests de laboratoire
(http://www.who.int/csr/sars/testing2003_04_08/en/)

L'OMS encourage chaque pays à désigner un laboratoire au niveau national afin d'effectuer des recherches et d'expédier les spécimens prélevés chez des cas possibles de SRAS. ■

WHO annual report on global TB control – summary

Background and aims

This is the 7th WHO annual report on global TB control. It includes data on case notifications and treatment outcomes from all national control programmes that have reported to WHO, together with an analysis of plans, finances, and constraints on DOTS expansion for 22 high-burden countries (HBCs). Eight consecutive years of data are now available to assess progress towards the 2005 global targets for case detection (70%) and treatment success (85%).

Methods

During 2002, a standard form for reporting surveillance data was sent to 210 countries via WHO regional offices. The form requests information about policy and practice in TB control, the number and types of TB cases notified in 2001, and the outcomes of treatment and re-treatment for smear-positive cases registered in 2000.

Résumé du rapport annuel de l'OMS sur la lutte antituberculeuse dans le monde

Introduction et objectifs

Il s'agit du septième rapport annuel de l'OMS sur la lutte antituberculeuse dans le monde. Il contient des informations concernant le nombre de cas notifiés et les résultats du traitement en provenance de tous les programmes nationaux de lutte qui ont envoyé des rapports à l'OMS, ainsi qu'une analyse des plans, du financement et des contraintes à l'extension de la stratégie DOTS pour les 22 pays fortement touchés. On dispose désormais de huit années consécutives de données pour évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs mondiaux pour 2005 concernant le dépistage des cas (70%) et la réussite du traitement (85%).

Méthodes

En 2002, un formulaire type pour la notification des données de surveillance a été envoyé à 210 pays par l'intermédiaire des bureaux régionaux de l'OMS. Le formulaire sollicite des informations sur la politique et l'organisation de la lutte antituberculeuse, le nombre et le type de cas de tuberculose notifiés en 2001 et les résultats du traitement ou du retraitement des cas à frottis positif enregistrés en 2000.

National programme managers in the 22 HBCs were asked to identify the major constraints to DOTS expansion, and to present plans to overcome these constraints as they move towards target case detection and cure rates.

A new standard form for financial monitoring of TB control programmes was sent to the 22 HBCs during 2002. The form requests information on national tuberculosis programme (NTP) budgets, available funding and funding sources, and general health infrastructure resources used for TB control.

Main findings

The global incidence rate of TB is growing at approximately 0.4% per year, but much faster in sub-Saharan Africa and in countries of the former Soviet Union (Fig. 1).

The number of countries implementing the DOTS strategy increased by seven during 2001, bringing the total to 155 (out of 210). By the end of 2001, 61% of the world's population were living in parts of countries providing DOTS. DOTS programmes notified 2.4 million new TB cases, of which 1.2 million were smear-positive. More than 10 million patients have been diagnosed and treated in DOTS programmes since 1995.

However, the 1.2 million smear-positive cases notified by DOTS programmes in 2001 represent only 32% of the estimated incidence, and the rate of progress in case finding between 2000 and 2001 was not significantly faster than the average since 1995, a mean annual increment of 137 000 cases (Fig. 2). Globally, DOTS programmes would have to treat an extra 360 000 smear-positive patients each year to reach 70% case detection by the end of 2005.

Les administrateurs de programmes nationaux des 22 pays fortement touchés ont été invités à recenser les principales contraintes à l'extension de la stratégie DOTS et à présenter des plans visant à les surmonter pour se rapprocher des taux cibles de dépistage des cas et de guérison.

Un nouveau formulaire type pour le suivi du financement des programmes de lutte antituberculeuse a été envoyé aux 22 pays concernés en 2002. Le formulaire sollicite des informations sur les budgets des programmes nationaux de lutte, les sources de financement et les crédits disponibles et sur les ressources générales des infrastructures de santé utilisées pour la lutte antituberculeuse.

Principales constatations

Le taux d'incidence mondiale de la tuberculose est en augmentation d'environ 0,4% par an, mais est beaucoup plus rapide en Afrique subsaharienne et dans les pays de l'ex-Union soviétique (Fig. 1).

Le nombre de pays appliquant la stratégie DOTS a augmenté de sept en 2001, portant le total des pays à 155 (sur 210). Fin 2001, 61% de la population mondiale vivaient dans des régions de pays appliquant cette stratégie. Les programmes DOTS ont signalé 2,4 millions de nouveaux cas de tuberculose, dont 1,2 million à frottis positif. Plus de 10 millions de patients ont été diagnostiqués et traités dans le cadre de ces programmes depuis 1995.

Toutefois, les 1,2 million de cas à frottis positif notifiés dans le cadre des programmes DOTS en 2001 ne représentent que 32% de l'incidence estimée, et le taux de progression du dépistage des cas entre 2000 et 2001 n'a pas augmenté sensiblement par rapport à la moyenne depuis 1995, soit une augmentation moyenne annuelle de 137 000 cas (Fig. 2). Au niveau mondial, les programmes DOTS devront traiter 360 000 patients à frottis positif supplémentaires chaque année pour atteindre l'objectif de 70% fixé pour le dépistage des cas d'ici fin 2005.

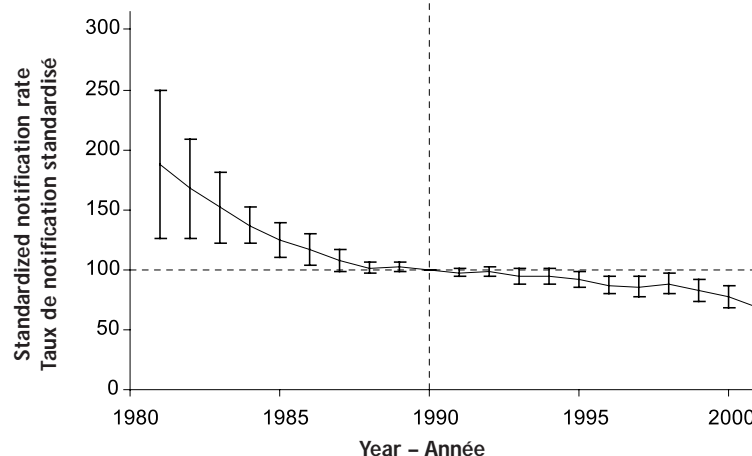
Fig. 1 Trends in case notification rates for selected countries in the different WHO Regions, 1981–2001

To highlight trends in notifications within WHO regions, the rates for all countries have been expressed relative to an arbitrary standard of 100 in 1990. Error bars are 95% CI on the standardized (unweighted) rates. Countries selected in each region are those for which case notifications were judged to represent trends in incidence over the period 1981–2000.

Fig. 1 Tendances concernant le taux de notification des cas pour des pays sélectionnés parmi les différentes Régions OMS, 1981–2001

Afin de souligner les tendances concernant les notifications au sein des régions, les taux de tous les pays ont été exprimés en fonction d'un standard arbitraire de 100 en 1990. Les barres d'erreur sont à 95% sur les intervalles de confiance des taux standardisés (non pondérés). Les pays sélectionnés dans chaque région OMS sont ceux dont on a jugé les notifications de cas aptes à représenter la tendance de l'incidence sur une période allant de 1981 à 2000.

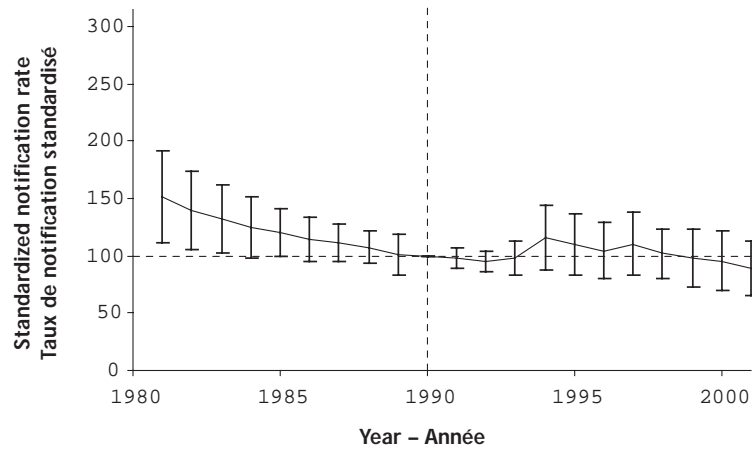
Established market economies* – Economies de marché bien établies*



* Australia, Austria, Belgium, Canada, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Japan, Netherlands, New Zealand, Norway, Portugal, Singapore, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom, United States. – Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Japon, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-bas, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Singapour, Suède, Suisse.

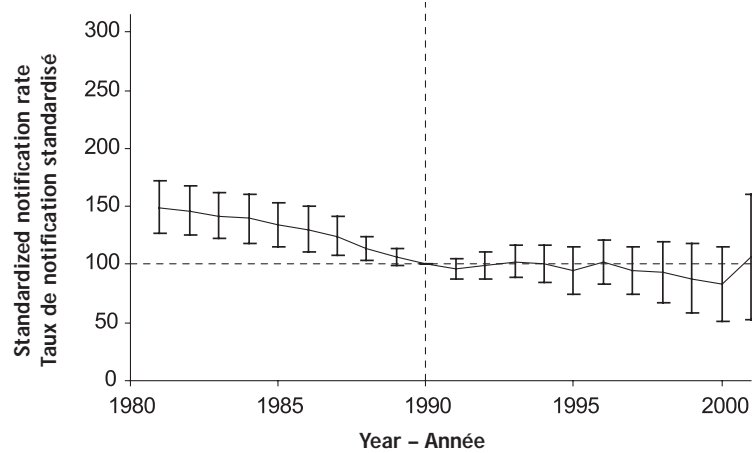
Fig. 1 (continued). – (suite)

Latin America* – Amérique latine*



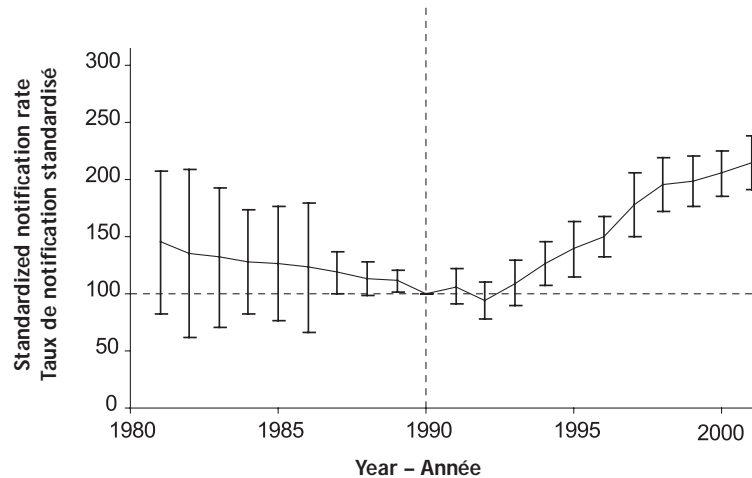
* Argentina, Brazil, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, Mexico, Nicaragua, Peru, Puerto Rico, Uruguay, Venezuela. – Argentine, Brésil, Chili, Cuba, Equateur, El Salvador, Guatemala, Guyane, Honduras, Jamaïque, Mexico, Nicaragua, Pérou, Puerto Rico, Uruguay, Venezuela.

Central Europe* – Europe centrale*



* Albania, Croatia, Poland, Romania, Slovakia, Slovenia, Yugoslavia. – Albanie, Croatie, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Yougoslavie.

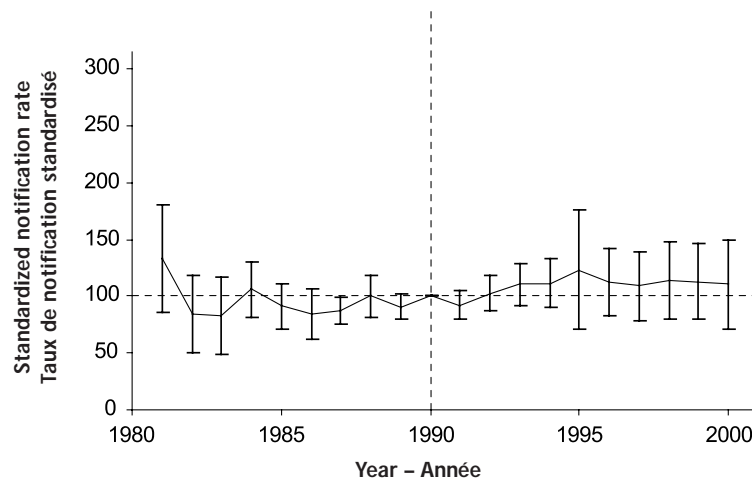
Former Soviet Union* – Ex-Union soviétique*



* Armenia, Belarus, Estonia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Russian Federation, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine, Uzbekistan. – Arménie, Bélarus, Estonie, Fédération de Russie, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Ouzbékistan, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine.

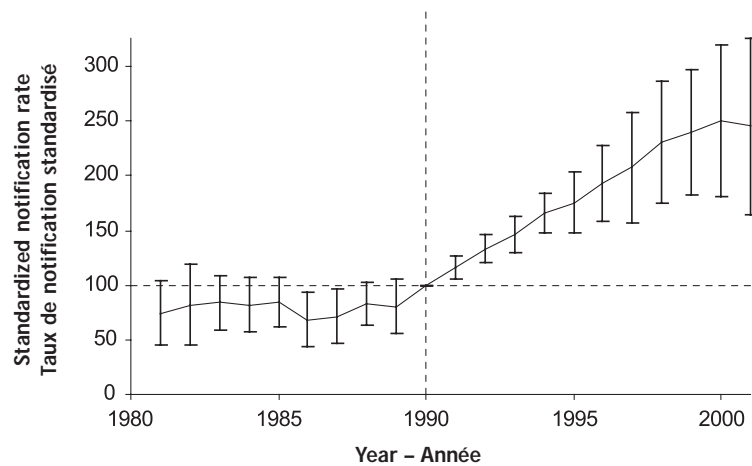
Fig. 1 (continued). – (suite)

Africa, low HIV* – Afrique, faible taux de VIH*



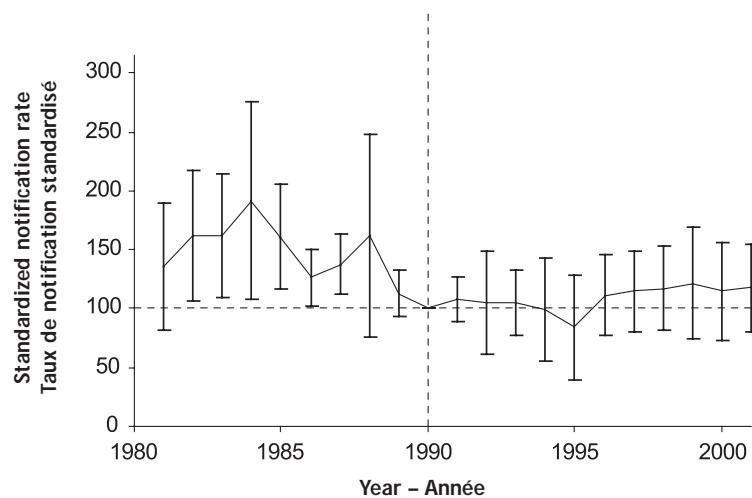
* Algeria, Benin, Comoros, Guinea, Madagascar, Mali, Mauritania, Mauritius. – Algérie, Bénin, Comores, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Maurice.

Africa, high HIV* – Afrique, taux de VIH élevé*



* Botswana, Central African Republic, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Kenya, Lesotho, Malawi, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe. – Botswana, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Malawi, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

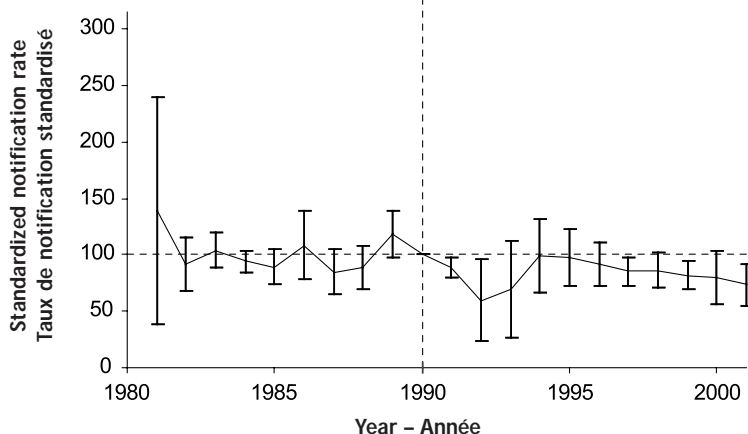
Western Pacific (excluding established market economies)* – Pacifique occidental (sauf économies de marché bien établies)*



* Cambodia, Hong Kong SAR of China, Lao People's Democratic Republic, Macao SAR of China, Malaysia, Republic of Korea, Viet Nam. – Cambodge, Hong Kong RAS de la Chine, Macao RAS de la Chine, Malaisie, République de Corée, République démocratique populaire lao, Viet Nam.

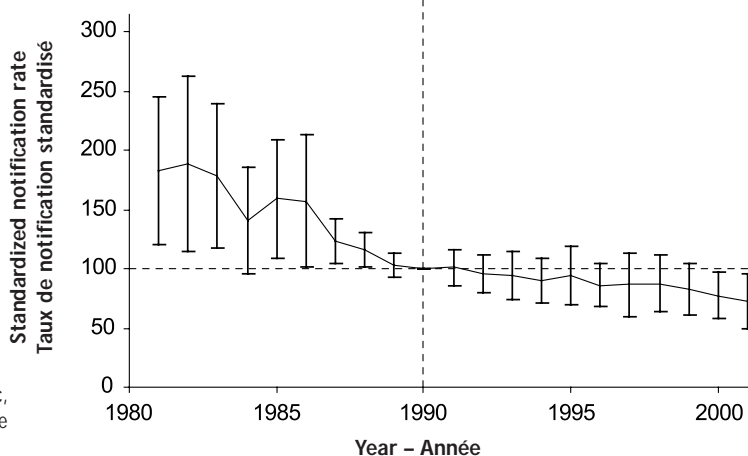
Fig. 1 (continued). – (suite)

South-East Asia* – Asie du Sud-Est*



* Bhutan, India, Maldives, Sri Lanka. –
Bhoutan, Inde, Maldives, Sri Lanka.

Eastern Mediterranean* – Méditerranée orientale*



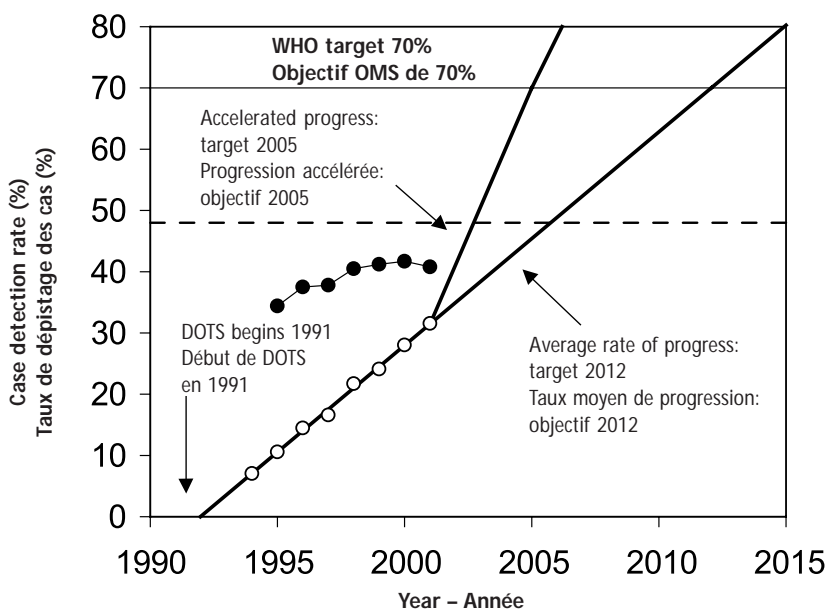
* Cyprus, Jordan, Morocco, Oman, Qatar, Syrian Arab Republic, Tunisia. – Chypre, Jordanie, Maroc, Oman, Qatar, République arabe syrienne.

Fig. 2 **Progress towards the 70% case detection target**

Open circles mark the number of smear-positive cases notified under DOTS in 1994–2001, expressed as a percentage of estimated cases for each year. The solid line through these points indicates the current average annual increment of about 137 000 new cases, which intersects the target in year 2012; the steeper line represents a higher annual increment of approximately 360 000 cases, and reaches the 70% target by 2005. Closed circles show the total number of smear-positive cases notified (DOTS and non-DOTS) as a percentage of estimated cases. The dotted line marks the average smear-positive case detection rate within DOTS areas, and represents a possible ceiling to the global DOTS detection rate.

Fig. 2 **Progrès réalisés en vue de l'objectif de dépistage de 70% des cas**

Les points blancs indiquent le nombre de cas à frottis positifs notifiés dans le cadre de la stratégie DOTS entre 1994 et 2001, exprimé en pourcentage du nombre de cas estimés chaque année. La ligne continue passant par ces points indique la progression moyenne actuelle, qui est d'environ 137 000 nouveaux cas, et qui vient couper la ligne de l'objectif en 2012; la ligne ayant une pente plus forte représente une progression annuelle accélérée d'environ 360 000 cas et permet d'atteindre l'objectif des 70% d'ici 2005. Les points noirs montrent le nombre total de cas à frottis positifs notifiés (DOTS et non DOTS) en pourcentage du nombre de cas estimés. La ligne pointillée indique le taux de dépistage moyen des cas à frottis positifs dans les zones DOTS et représente un plafond éventuel pour le taux de dépistage mondial dans le cadre de la stratégie DOTS.



Two-thirds (67%) of the additional smear-positive cases reported under DOTS in 2001 (as compared with 2000) were found in India alone. There were smaller but marked improvements in case detection in Myanmar, the Philippines and Thailand. Other HBCs made minor gains in case detection, although Brazil and Pakistan reported significant increases in the geographical coverage of DOTS (Fig. 3).

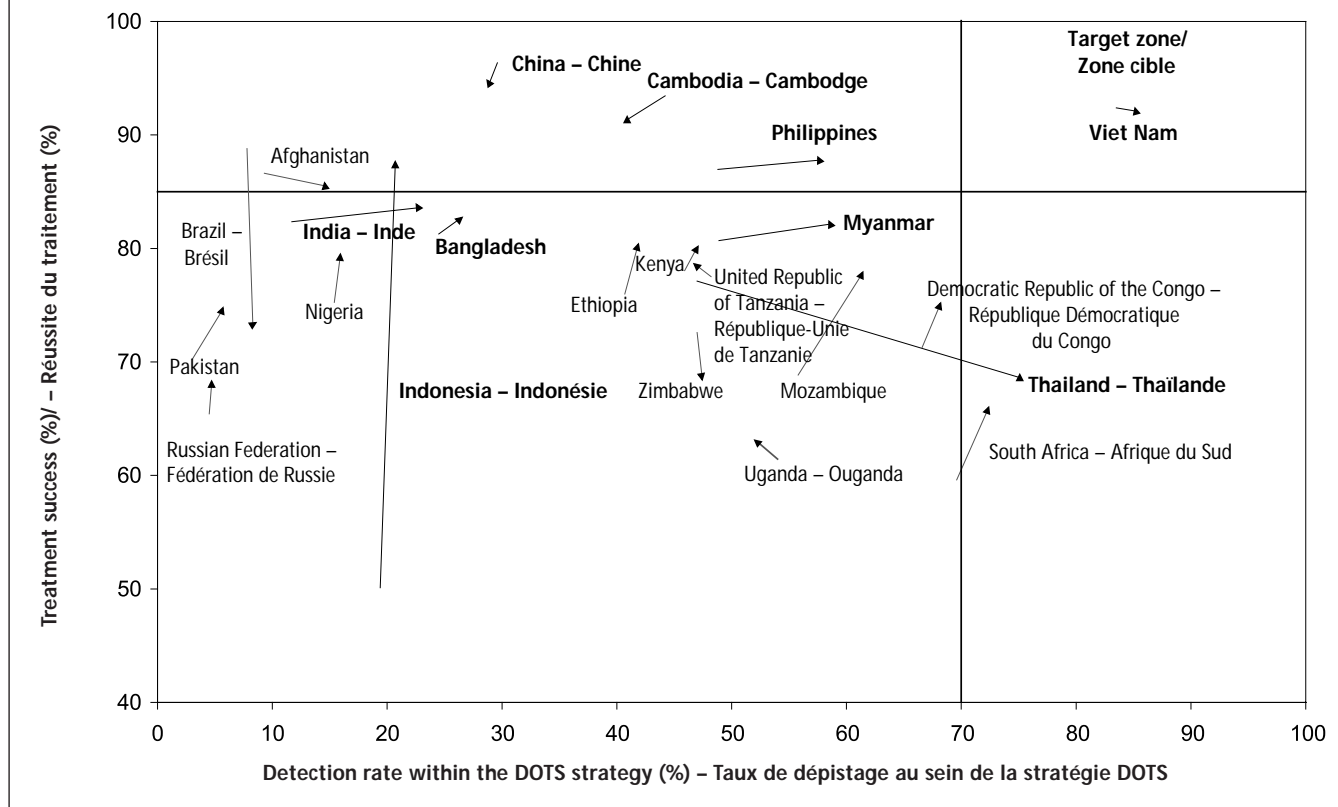
Les deux tiers (67%) des nouveaux cas additionnels à frottis positif notifiés dans le cadre des programmes DOTS en 2001 (par rapport à 2000) concernaient uniquement l'Inde. Des améliorations plus modestes mais cependant sensibles du dépistage des cas ont été observées au Myanmar, aux Philippines et en Thaïlande. D'autres pays fortement touchés ont réalisé des progrès mineurs en matière de dépistage des cas, même si le Brésil et le Pakistan ont fait état d'augmentations significatives de la couverture géographique de la stratégie DOTS (Fig. 3).

Fig. 3 DOTS progress in high-burden countries, 2000–2001

Treatment success refers to cohorts of patients registered in 1999 or 2000, and evaluated, respectively, by the end of 2000 or 2001. The detection rate within the DOTS strategy is the fraction of estimated cases notified under DOTS in 2000 or 2001. Arrows mark progress in treatment success and DOTS detection rate. Countries should enter the graph at top left, and proceed rightwards to the target zone. Countries from the WHO African, American and European regions are shown in normal type, those from the South-East Asia and Western Pacific regions are shown in bold.

Fig. 3 Progrès de la stratégie DOTS dans les pays fortement touchés, 2000–2001

La réussite du traitement se réfère aux cohortes de patients enregistrées en 1999 et en 2000, et évaluées respectivement à la fin de 2000 et 2001. Le taux de dépistage au sein de la stratégie DOTS est la fraction de cas notifiés estimés dans le cadre de DOTS en 2000 et 2001. Les flèches représentent les progrès réalisés en matière de réussite du traitement et le taux de dépistage au sein de DOTS. Les pays devraient entrer en haut à gauche du graphe et pouvoir se déplacer vers la zone cible, à droite. Les pays appartenant aux régions OMS de l'Afrique, des Amériques et d'Europe sont en caractères normaux et ceux appartenant à l'Asie du Sud-Est et au Pacifique occidental, en caractères gras.



As DOTS programmes have expanded geographically, the proportion of estimated cases found within DOTS areas has remained constant at 40–50%. Overall, DOTS programmes in the 22 HBCs are not increasing case detection towards the 70% target within designated DOTS areas.

Les programmes DOTS ayant été étendus géographiquement, la proportion de cas estimés rencontrée dans les zones couvertes est restée constante, à 40%-50%. Dans l'ensemble, les programmes DOTS des 22 pays fortement touchés ne progressent pas sur le plan du dépistage des cas vers la cible de 70% à l'intérieur des «zones DOTS».

Treatment success under DOTS for the 2000 cohort was 82% on average, and has moved closer to the 85% target as the patient population has grown in size. Treatment success was substantially below average in the African Region (72%).

La réussite du traitement dans le cadre de la stratégie DOTS pour la cohorte 2000 s'est élevée à 82% en moyenne et s'est rapprochée de la cible de 85%, la population de malades ayant augmenté. La réussite du traitement est sensiblement en dessous de la moyenne dans la Région africaine (72%).

Sixteen countries had reached targets for case detection and cure by the end of 2001, but Viet Nam was the only HBC among them.

Twenty of the 22 HBCs are known to have adequate plans for DOTS expansion; implementation of many of these plans began in 2001 or 2002, and will be scaled up only in 2003.

The constraints on DOTS expansion most commonly identified were: lack of qualified staff; insufficient preparation for decentralization; non-compliance of the private sector with DOTS; inadequate health infrastructure; and weak political commitment.

A total of US\$ 211 million in new funding for NTPs was committed during 2002, to cover the five-year planning period 2001–2005. This reduces the total funding gap anticipated by NTPs for this period to only US\$ 0.2 billion. However, there may be an additional shortfall of at least US\$ 0.9 billion due to deficiencies in staff and infrastructure.

For 2003, the total budget requirement specifically for TB control in the 22 HBCs is US\$ 481 million, of which US\$ 52 million (11%) is not yet available. The anticipated funding gap for 2003 is lower than that reported for 2002.

Conclusions

If the current rate of DOTS expansion is maintained, the 70% detection target will not be reached by 2005. If that target is ever to be reached, DOTS programmes must improve case finding within designated DOTS areas, and must expand to new areas. To reach the 85% target for treatment success, cure rates must be improved under DOTS in some countries, especially those in sub-Saharan Africa.

Although funding for TB programmes and planning for DOTS expansion both improved during 2002, deficiencies in staff and health infrastructure are likely to hinder progress towards both of the global targets. At present, NTPs are significantly underestimating the cost of rectifying these deficiencies. ■

Seize pays ont atteint les objectifs pour le dépistage des cas et la guérison fin 2001 mais le Viet Nam était le seul pays fortement touché parmi eux.

Vingt des 22 pays fortement touchés sont dotés de plans adéquats d'extension de la stratégie DOTS; beaucoup de ces plans ont commencé à être mis en œuvre en 2001 ou 2002 et ne monteront en puissance qu'en 2003.

Les contraintes à l'extension du DOTS le plus fréquemment recensés sont les suivantes: absence de personnel qualifié; préparation insuffisante de la décentralisation; non-respect de la stratégie DOTS par le secteur privé; infrastructure sanitaire inadéquate et faible engagement politique.

Un montant total de US\$ 211 millions de nouveaux crédits pour les programmes nationaux de lutte antituberculeuse a été engagé en 2002, pour couvrir la période quinquennale de planification 2001–2005. Ce montant permet de ramener le déficit de financement total prévu par ces programmes pendant cette période à seulement US\$ 200 millions. Toutefois, le manque de personnel et d'infrastructures fait qu'il leur faudrait un montant supplémentaire d'au moins US\$ 900 millions.

Pour 2003, le budget total nécessaire à la lutte antituberculeuse dans les 22 pays fortement touchés s'élève à US\$ 481 millions, dont US\$ 52 millions (11%) ne sont toujours pas disponibles. Toutefois, le déficit de financement prévu pour 2003 est moins important que celui dont il a été fait état pour 2002.

Conclusions

Si le rythme actuel d'extension de la stratégie DOTS se maintient, l'objectif de 70% pour le taux de dépistage ne sera pas atteint en 2005. Pour atteindre cet objectif, les programmes DOTS doivent améliorer la recherche des cas dans les «zones DOTS» et élargir leur action à de nouvelles zones. Pour atteindre l'objectif de 85% de réussite du traitement, les taux de guérison doivent être améliorés dans le cadre de la stratégie DOTS dans certains pays, notamment en Afrique subsaharienne.

Bien que le financement des programmes de lutte antituberculeuse et les plans d'extension de la stratégie DOTS se soient améliorés en 2002, les insuffisances sur le plan tant du personnel que des infrastructures sanitaires compromettront les progrès sur la voie de la réalisation des objectifs mondiaux. A l'heure actuelle, les programmes nationaux de lutte sous-estiment largement ce qu'il en coûtera pour remédier à ces insuffisances. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 4 to 10 April 2003 / Notifications de maladies reçues du 4 au 10 avril 2003

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès			Cases / Deaths Cas / Décès	
Africa / Afrique					
Mozambique	9.2-6.IV 4432	18	Uganda /Ouganda	17.II-9.III 150	14

WWW access • <http://www.who.int/wer>
 E-mail • send message **subscribe wer-reh** to majordomo@who.int
 Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85
 Contact: wantzc@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>
 Courrier électronique • envoyer message **subscribe wer-reh** à majordomo@who.int
 Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85
 Contact: wantzc@who.int