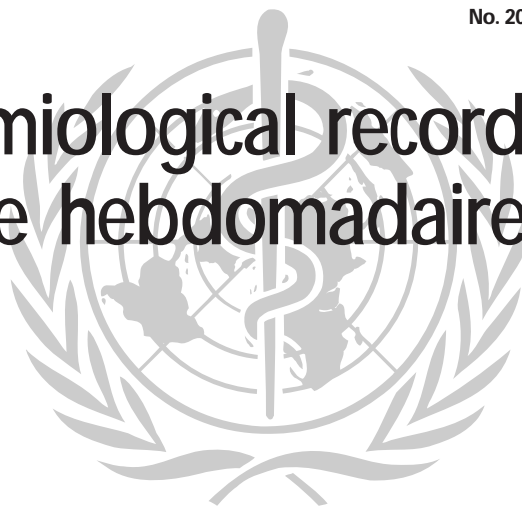


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

16 MAY 2003, 78th YEAR / 16 MAI 2003, 78^e ANNÉE

No. 20, 2003, 78, 169–180

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

Contents

- 169 Severe Acute Respiratory Syndrome
- 171 Lymphatic filariasis
- 179 Influenza
- 180 International Health Regulations

Sommaire

- 169 Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- 171 Filariose lymphatique
- 179 Grippe
- 180 Règlement sanitaire international

Severe Acute Respiratory Syndrome

Change in status of Toronto (Canada)

On 14 May 2003, WHO removed Toronto from the list of areas with recent local transmission. Toronto has also been removed from the list of areas for which WHO has issued recommendations pertaining to international travel.

The decision was made following a teleconference between Toronto and Health Canada officials and WHO. The teleconference, which was requested by Health Canada, reviewed the adequacy of data on the SARS situation in Canada and summarized the criteria and procedures used by WHO when making decisions about which areas should be included in the list.

The most important WHO consideration is whether 20 days have passed since the last locally-acquired case was isolated or died. If no further cases have occurred for 20 days, which is twice the maximum incubation period for SARS, the chain of transmission is considered broken. The last locally acquired case in Canada was isolated on 20 April 2003.

WHO issues recommendations related to international travel as one of several measures designed to reduce the risk of further spread of SARS.

Situation in Singapore

A panel of WHO experts conferred by video-conference on 12 May 2003 with Singaporean officials, led by the Minister for Health and Second Minister for Finance and Minister of State for Health, to assess progress in containing the SARS outbreak.

Singapore has greatly increased its containment measures aimed at halting further transmission of SARS. A special effort has been made to raise the standards of infec-

Syndrome respiratoire aigu sévère

Changement de situation à Toronto (Canada)

Le 14 mai 2003, l'OMS a retiré Toronto de sa liste des zones présentant une transmission locale récente. Toronto a également été retirée de la liste des zones pour lesquelles l'OMS avait publié des recommandations se rapportant aux voyages internationaux.

La décision a été prise suite à une téléconférence entre Toronto, les représentants de Health Canada et l'OMS. La téléconférence, réclamée par Health Canada, a déterminé le caractère adéquat ou non des informations sur le statut du SRAS au Canada et a résumé les critères et les procédures utilisés par l'OMS au moment de décider quelles zones devaient être incluses ou non sur la liste.

Le facteur le plus important devant être pris en compte par l'OMS est de savoir si plus de 20 jours se sont écoulés depuis que le dernier sujet infecté localement a été isolé ou est décédé. Si aucun nouveau cas n'est survenu en 20 jours, ce qui représente deux fois la période d'incubation maximale pour le SRAS, la chaîne de transmission peut être considérée comme rompue. Le dernier cas de transmission locale au Canada a été isolé le 20 avril 2003.

Les recommandations relatives aux voyages internationaux émises par l'OMS font partie d'un ensemble de mesures visant à réduire le risque d'une plus grande propagation du SRAS.

La situation à Singapour

Un groupe d'experts de l'OMS s'est entretenu par vidéoconférence le 12 mai 2003 avec des responsables singapouriens conduit par le Ministère de la Santé et le Vice-ministre des Finances et Ministre d'Etat à la Santé afin d'évaluer les progrès accomplis pour endiguer la flambée de SRAS.

Singapour a considérablement renforcé ses mesures d'endiguement afin d'interrompre la transmission du SRAS. On s'est tout spécialement efforcé d'améliorer la lutte contre l'infection à

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

6.500 5.2003

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

tion control at Tan Tock Seng Hospital, which was converted into the country's specialized hospital for managing SARS patients.

Situation in Hong Kong Special Administrative Region of China (Hong Kong SAR)

On 12 May 2003, Hong Kong SAR reported 5 new probable cases of SARS. The territory has seen a steady decline in the number of new cases, which has been below 10 cases per day for the past eight days. WHO experts also held a video-conference with Hong Kong's Secretary of Health, Welfare and Food and Director of Health. WHO commended Hong Kong SAR officials for their level of transparency in reporting on the SARS situation in the territory, a degree of cooperation that would be valuable from all countries.

Hong Kong SAR has introduced a rigorous contact tracing procedure. All close contacts of known SARS cases are quarantined at home. In addition, their Hong Kong Identity Card numbers are passed to the Immigration Department to ensure that these individuals cannot leave the territory.

Breaking the chain of transmission

In the absence of a vaccine, the most effective way to control a new disease such as SARS is to break the chain of transmission from infected to healthy persons. In almost all documented cases, SARS is spread through close face-to-face contact with infected droplets when a patient sneezes or coughs.

For SARS, three activities – case detection, patient isolation and contact tracing – can reduce the number of people exposed to each infectious case and eventually break the chain of transmission.

- Case detection aims to identify SARS cases as soon after onset of illness as possible.
- Once cases are identified, the next step is to ensure their prompt isolation, in a properly equipped facility, and management according to strict infection control procedures.
- The third activity – the detective work – involves the identification of all close contacts of each case and assurance of their careful follow-up, including daily health checks and possible voluntary home isolation.

Together, these activities limit the daily number of contacts possible for each potentially infectious case. They also work to shorten the amount of time that lapses between onset of illness and isolation of the patient, thus reducing opportunities for the virus to spread to others.

The effectiveness of these measures is reflected in an important indicator of disease transmission – the so-called "effective reproduction number". This is the average number of new cases generated by each new case.

If each new SARS patient infects more than one additional person, then the number of new cases will increase with time. If each new SARS patient infects one further person, then the number of new cases will remain static. However, if each new SARS patient infects, on average, less than one further person, then the number of new cases will fall and the outbreak will die out. This remains WHO's overall objective, both in its support to individual countries and globally. ■

l'Hôpital Tan Tock Seng qui a été désigné comme établissement national spécialisé pour la prise en charge des malades du SRAS.

La situation à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (Hong Kong RAS)

Le 12 mai, Hong Kong (RAS) a déclaré 5 nouveaux cas probables de SRAS. On a assisté à Hong Kong à une réduction progressive du nombre de nouveaux cas, qui est inférieur à 10 par jour depuis 8 jours. Les experts de l'OMS ont également pris part à une vidéo-conférence avec le Secrétaire à la Santé, au Bien-Etre et à l'Alimentation ainsi qu'avec le Directeur de la Santé de Hong Kong. L'OMS a félicité les responsables de Hong Kong RAS de la transparence dont ils ont fait preuve dans leurs rapports sur la situation concernant le SRAS dans le territoire, témoignant d'un niveau de coopération qu'il serait souhaitable d'atteindre dans tous les pays.

Hong Kong RAS a introduit une procédure stricte pour la recherche des contacts. Tous les contacts rapprochés des cas connus de SRAS sont mis en quarantaine à domicile. En outre, le numéro de leur carte d'identité de Hong Kong est communiqué au Département de l'Immigration afin qu'ils ne puissent pas quitter le territoire.

Rompre la chaîne de transmission

En l'absence d'un vaccin, le moyen le plus efficace pour combattre une nouvelle maladie comme le SRAS consiste à rompre la chaîne de transmission des sujets infectés aux sujets en bonne santé. Dans la quasi-totalité des cas documentés, le SRAS est propagé lors d'un contact direct par des aérosols infectés émis par un patient qui tousse ou éternue.

En ce qui concerne le SRAS, trois mesures – la détection des cas, l'isolement des malades et la recherche des contacts – permettent de réduire le nombre des personnes exposées à chaque cas infectieux et, en fin de compte, de rompre la chaîne de transmission.

- La détection des cas vise à identifier les cas de SRAS le plus tôt possible après le début de la maladie.
- Une fois que les cas sont identifiés, l'étape suivante consiste à les isoler rapidement dans un établissement équipé de manière appropriée et à les prendre en charge conformément aux règles strictes appliquées à la lutte contre l'infection.
- La troisième mesure, correspondant au travail de détective, consiste à identifier tous les contacts rapprochés de chaque cas et à les suivre soigneusement, notamment au moyen de vérifications quotidiennes de l'état de santé et éventuellement d'un isolement volontaire à domicile.

Ensemble, ces mesures limitent le nombre quotidien des contacts que peut avoir chaque cas potentiellement infectieux. Elles permettent aussi de raccourcir le délai entre le début de la maladie et l'isolement du malade, réduisant ainsi le risque de propagation du virus.

L'efficacité de ces mesures est reflétée par un indicateur important de la transmission qu'on appelle le «taux de reproduction», qui représente le nombre moyen de cas nouveaux généré par chaque cas.

Si chaque nouveau malade du SRAS infecte plus d'une personne, le nombre de nouveaux cas augmente dans le temps. Si chaque nouveau malade infecte une autre personne, le nombre de nouveaux cas reste stable. Mais si chaque nouveau cas contamine en moyenne moins d'une personne, le nombre des nouveaux cas baisse et la flambée finit par s'éteindre. C'est là l'objectif global de l'OMS tant en ce qui concerne l'appui qu'elle apporte aux différents pays qu'au niveau mondial. ■

Lymphatic filariasis

Progress report on the Programme in 2002

In 2002, 32 of the 80 countries in which lymphatic filariasis is classified as endemic benefited from mass drug administration designed to eliminate transmission of the disease (Table 1). In all, 55 million people received the combination of two drugs – albendazole and diethylcarbamazine (DEC) or ivermectin. India covered a further 35.7 million people using DEC alone; this mass drug administration began in 13 districts in 1997, and was extended to 19 districts in 2002.

The Global Programme has identified the Indian subcontinent as the region in which the greatest number of people are at risk from lymphatic filariasis: 514 million, 454 million of whom are in India alone. Africa has the second largest number of people at risk (at least 477 million) and 39 (almost 50%) of the 80 countries in the world in which the disease is endemic. In 2002, the Indian subcontinent covered 29.5 million (5.74%) of its at-risk population, while the African Region covered 9.9 million (2.08%).

Eighteen countries have already finished mapping lymphatic filariasis and at least 17 others are the coverage of populations completing it. Mapping the disease is one of the most important stages of planning to increase the coverage of populations by mass drug administration.

In 2002, at least 868 training courses on interruption of lymphatic filariasis transmission were organized, allowing more than 36 000 people to be trained, most of whom were drug distributors in the community.

Endemic regions

Mass drug administration (MDA) activities were carried out in 9 countries of the African Region, with 9.9 million people receiving the DEC–albendazole combination. A cluster survey carried out in Zanzibar, UR of Tanzania, to assess the coverage of MDA showed a close correlation with the coverage evaluated at sentinel sites (Fig. 1).

The programme in the Region of the Americas covered 0.6 million people at risk. There is strong evidence that Costa Rica, Suriname, Trinidad and Tobago, plus Belém – one of three lymphatic filariasis foci in Brazil – may well have achieved the objective of elimination.

The Eastern Mediterranean Region is continuing MDA activities in two of the region's three known endemic countries. For security reasons, it has not yet been possible to begin certain activities in Sudan. Two countries – Oman and Saudi Arabia – have notified imported cases of lymphatic filariasis and planned surveys to assess the scale of the problem.

Of the 11 endemic countries of the Mekong-Plus region, five covered for some 11.4 million people in 2002.

In 2002, DEC and albendazole were administered to 29.5 million people in the 3 endemic countries of the Indian subcontinent. Of this total, 16 million were in India

Filariose lymphatique

Compte rendu des progrès du Programme en 2002

En 2002, 32 pays sur les 80 répertoriés endémiques ont bénéficié d'une distribution massive de médicaments visant à éliminer la transmission de la filariose lymphatique (Tableau 1). Au total, 55 millions de personnes ont été couvertes par l'association de deux médicaments: l'albendazole et la diéthylcarbamazine (DEC) ou ivermectine. L'Inde a couvert environ 35,7 millions de personnes supplémentaires en utilisant la DEC seule; cette distribution massive de médicaments a commencé en 1997 dans 13 districts, pour passer à 19 districts en 2002.

Le Programme mondial a identifié le sous-continent indien comme étant la région où vivent le plus grand nombre de personnes à risque de filariose lymphatique: 514 millions dont 454 millions rien qu'en Inde. L'Afrique est la deuxième région avec au moins 477 millions de personnes à risque. Cette région compte 39 pays endémiques (soit près de 50%) sur un total de 80 pays endémiques à la filariose lymphatique recensés dans le monde. En 2002, le sous-continent indien a couvert 29,5 millions (5,74%) de sa population à risque et la Région Afrique en a couvert 9,9 millions (2,08%).

Dix-huit pays ont déjà complété la cartographie de la filariose lymphatique et au moins 17 autres sont en train de la compléter. Établir la cartographie de la maladie est l'un des facteurs les plus importants pour prévoir l'augmentation des populations à couvrir par la distribution massive de médicaments.

En 2002, au moins 868 cours de formation visant à interrompre la transmission de la filariose lymphatique ont été organisés et ont permis de former plus de 36 000 personnes. Ces personnes ont été, pour la plupart, des distributeurs de médicaments au sein de la communauté.

Régions d'endémie

La région africaine a mené des activités de distribution massive de médicaments dans 9 pays et 9,9 millions de personnes ont bénéficié de l'association de DEC et d'albendazole. Un sondage en grappes, réalisé à Zanzibar (R.U. de Tanzanie) pour évaluer la couverture de distribution massive de médicaments (DMM), montre une étroite corrélation avec la couverture évaluée dans les sites sentinelles (Fig. 1).

La région des Amériques a couvert 0,6 million de personnes à risque. Il existe une forte évidence que le Costa Rica, le Suriname, Trinité-et-Tobago ainsi que Belém – l'un des trois foyers de filariose lymphatique au Brésil –, ont probablement atteint l'objectif d'élimination.

La région Méditerranée orientale continue ses activités de distribution massive de médicaments dans deux des trois pays connus comme étant endémiques dans la région. Pour des raisons de sécurité, certaines activités n'ont pas encore pu commencer au Soudan. Deux pays – l'Arabie Saoudite et Oman – ont signalé des cas importés de filariose lymphatique et ont prévu des enquêtes afin de déterminer l'ampleur du problème.

Sur les 11 pays endémiques que compte le Mékong-plus, environ 11,4 millions de personnes réparties dans 5 pays ont déjà été couvertes en 2002.

La région du sous-continent indien, qui compte 3 pays endémiques, a couvert 29,5 millions de personnes avec l'association de DEC et d'albendazole en 2002. Seize millions d'entre elles ont été traitées

where, since 1997, an additional 35.7 million people in five states (Andhra Pradesh, Bihar, Tamil Nadu, Uttar Pradesh, and West Bengal) have received DEC alone.

par l'Inde, laquelle couvre d'ailleurs depuis 1997 quelque 35,7 millions d'autres personnes supplémentaires avec la DEC seule et ce dans 5 états: Andhra Pradesh, Bihar, Tamil Nadu, Uttar Pradesh et Bengale occidental.

Table 1 **Total population of all implementation units for MDA with the drug co-administration in 2002 (association DEC–albendazole)**
Tableau 1 **Population totale des unités chargées de la mise en œuvre couvertes par la distribution massive de médicaments (DMM) en 2002 (association DEC-albendazole)**

Region PRG – Régions	Country – Pays	Total population of all IUs covered by MDA in 2002 Population totale des unités couvertes par la DMM en 2002	Population reported to have ingested drugs during MDA in 2002 Population ayant bénéficié des médicaments en 2002	Drug coverage % Couverture par les médicaments en %	
				As reported by IUs ^a Selon les indications fournies par les unités ^a	As observed in cross check Comme observée dans les sites
Africa – Afrique	Burkina Faso	2 612 524	1 786 125	68.4	72.4
	Benin – Bénin	289 094	224 971	77.8	nd
	Comoros – Comores	413 300	245 224	59.3	nd
	Ghana	1 650 058	1 223 122	74.1	nd
	Kenya	592 273	480 900	81.2	91.5
	Nigeria – Nigéria	nd	2 168 355	nd	nd
	Togo	709 455	556 974	78.5	nd
	Uganda – Ouganda	965 323	733 375	76.0	nd
	United Republic of Tanzania République-Unie de Tanzanie	2 017 677	1 260 049	62.5	88.4
	Zanzibar, UR of Tanzania Zanzibar (R.-U. de Tanzanie)	984 625	818 155	83.1	77.6
Americas – Amériques	Dominican Republic République dominicaine	141 762	117 791	83.1	83.6
	Haiti – Haïti	510 795	434 896	85.1	nd
Eastern Mediterranean Méditerranée orientale	Egypt – Égypte	2 574 781	2 448 399	95.1	
	Yemen – Yémen	109 349	79 119	72.4	nd
Mekong-Plus Mékong-plus	Indonesia – Indonésie	322 250	255 144	79.2	nd
	Myanmar	8 634 179	7 474 094	86.6	95.8
	Philippines	4 731 378	3 480 089	73.6	nd
	Thailand – Thaïlande	130 491	118 752	91.0	64.1
	Viet Nam	88 200	76 339	86.6	nd
Indian subcontinent Sous-continent indien	Bangladesh	5 178 741	4 860 402	93.9	87.3
	India – Inde ^b	18 938 122	16 048 965	84.7	nd
	Sri Lanka	10 044 082	8 637 505	86.0	85.1
PacELF	American Samoa – Samoa américaines	57 291	28 489	49.7	nd
	Cook Islands – Îles Cook	18 037	17 676	98.0	90.0
	Fiji – Fidji	775 077	545 780	70.4	100.0
	French Polynesia – Polynésie française	226 172	211 052	93.3	nd
	Kiribati ^c	84 000	13 175	15.7	nd
	Niue	1 788	1 469	82.2	82.0
	Samoa	174 140	96 301	55.3	97.0
	Tonga	90 720	82 023	90.4	100.0
	Tuvalu	9 900	nd	nd	nd
	Vanuatu	186 678	156 368	83.8	nd
	Wallis and Futuna – Wallis et Futuna	14 166	8 522	60.2	nd
32 countries under MDA – 32 pays DMM		63 276 428	54 689 600	86.43	

^a Drug coverage calculated as percentage of persons administered the drugs over a total population in implementation units. – On calcule la couverture par les médicaments en prenant le pourcentage des personnes recevant les médicaments sur la population totale des unités chargées de la mise en œuvre.

^b India: in addition 35.7 M covered with DEC alone. – Inde: en plus 35,7 millions de personnes couvertes par la DEC seule.

^c Incomplete data. – Données incomplètes.

nd: data not reported in annual report. – données non disponibles dans le rapport annuel.

In the PacELF region, 1.2 million people in 11 of the 15 countries considered to be endemic were given drugs. The Solomon Islands were shown by a survey not to be endemic, but two other countries – the Marshall Islands and Palau – may be included in the list of endemic countries after a survey (*Table 2*).

La région PacELF a traité 1,2 million de personnes dans 11 des 15 pays considérés comme endémiques. Suite à une enquête réalisée aux îles Salomon, le pays n'a pas été considéré endémique. Deux autres pays par contre, les îles Marshall et Palaos, pourraient être inclus dans la liste des pays endémiques après enquête (*Tableau 2*).

Table 2 **Lymphatic filariasis, population at risk and people covered, by region, 2002**
Tableau 2 **Filariose lymphatique, population à risque et personnes couvertes, par région, 2002**

Region – Région	Population at risk in 32 countries Population à risque dans 32 pays (millions)	Number of countries covered Nombre des pays bénéficiant de la couverture	Population at risk covered in 2002 Population à risque couverte en 2002 (millions)	Percentage of total population at risk in the countries covered Pourcentage de la population à risque totale dans les pays bénéficiant d'une couverture
Africa – Afrique ^a	186.6	9	9.9	2.1
Americas – Amériques ^b	7.5	2	0.6	6.7
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale ^c	2.5	2	2.5	17.2
Mekong-Plus – Mékong-plus ^d	190.1	5	11.4	5.3
Indian subcontinent – Sous-continent indien ^e	513.9	3	29.5	5.7
PacELF ^f	1.8	11	1.2	18.4
Total	902.4	32	55.0	4.5

^a Benin, Burkina Faso, Comoros, Ghana, Kenya, Nigeria, Togo, Uganda, United Republic of Tanzania. – Bénin, Burkina Faso, Comores, Ghana, Kenya, Nigéria, Togo, Ouganda, République-Unie de Tanzanie.

^b Dominican Republic, Haiti. – Haïti, République dominicaine.

^c Egypt, Yemen. – Égypte, Yémen.

^d Indonesia, Myanmar, Philippines, Thailand, Viet Nam. – Indonésie, Myanmar, Philippines, Thaïlande, Viet Nam.

^e Bangladesh, India, Sri Lanka. – Bangladesh, Inde, Sri Lanka.

^f American Samoa, Cook Islands, Fiji, French Polynesia, Kiribati, Niue, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis and Futuna. – Samoa américaines, îles Cook, Fidji, Polynésie française, Kiribati, Niue, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna.

Country analysis by Regional Programme Review Group (RPRG)

Africa RPRG

Benin. Mapping of lymphatic filariasis was completed in 2000; it is estimated that 3.43 million people living in 48 subprefectures are at risk. The first drug administration campaign using the ivermectin–albendazole combination took place in 2002: MDA covered a total of 224 971 people and coverage was estimated to be 77.8% (76.4–79.7%). In geographical terms, 6.3% of the endemic implementation units and 6.4% of the population considered to be at risk were covered in 2002.

Burkina Faso. Mapping of lymphatic filariasis in Burkina Faso has shown the entire population, i.e. 12 million people, living in 53 health districts, to be at risk. During the second MDA campaign, 1.78 million people received the ivermectin–albendazole combination, a coverage level of 68.4% (53–81.8%). In geographical terms, 26.4% of the implementation units and 14.8% of the population considered to be at risk were covered in 2002.

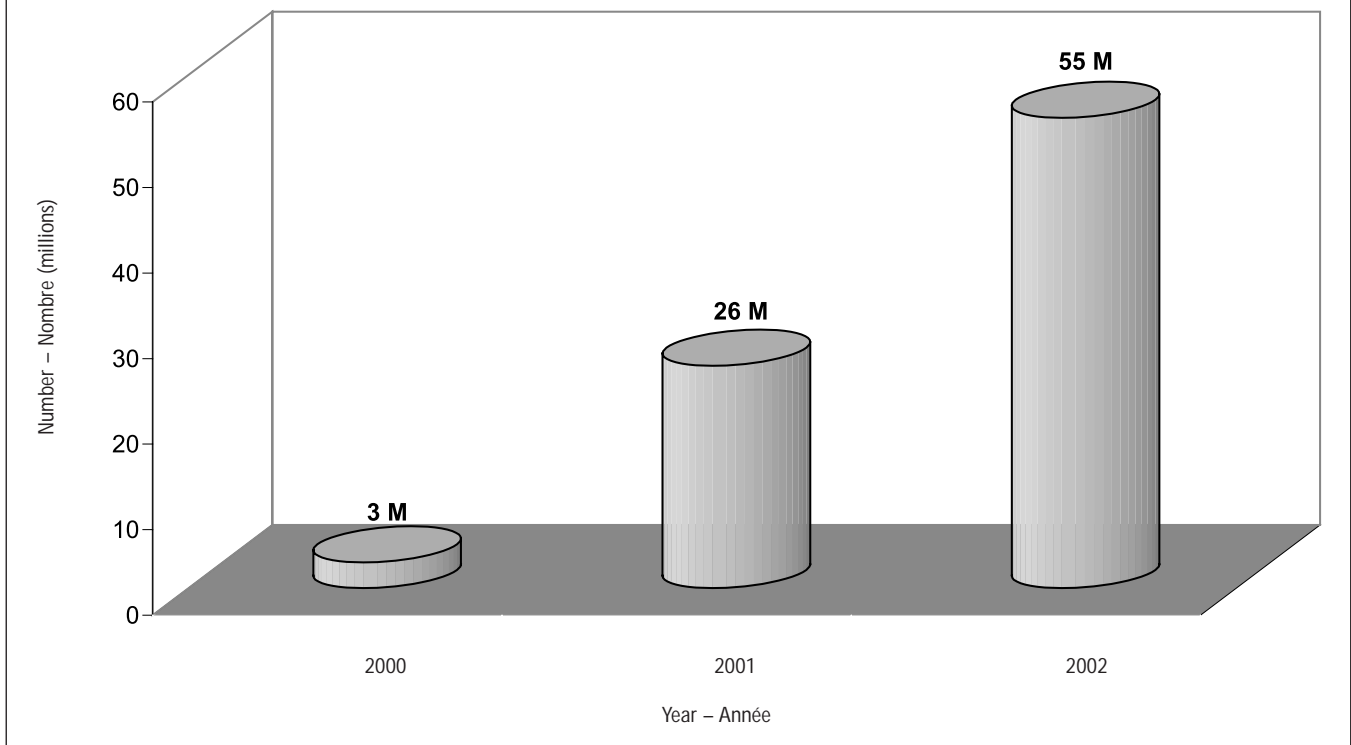
Analyse par pays selon les groupes d'examen des programmes régionaux (GEPR)

Afrique GEPR

Bénin. La cartographie de la filariose lymphatique a été complétée en 2000, la population à risque ayant été estimée à 3,43 millions de personnes dans 48 sous-préfectures. La première campagne de traitement associant ivermectine et albendazole a eu lieu en 2002 et 224 971 personnes ont bénéficié de la distribution massive de médicaments. On estime le taux de couverture à 77,8% (76,4–79,7%). La couverture géographique montre que 6,3% des unités chargées de la mise en œuvre et 6,4% de la population considérée à risque ont été couvertes en 2002.

Burkina Faso. Selon la cartographie de la filariose lymphatique au Burkina Faso, la totalité de la population est considérée à risque, soit 12 millions de personnes, réparties entre 53 districts sanitaires. Lors de sa deuxième campagne de distribution massive de médicaments, 1,78 million de personnes ont bénéficié de l'association ivermectine et albendazole, ce qui représente un taux de couverture de 68,4% (53–81,8%). La couverture géographique montre que 26,4% des unités chargées de la mise en œuvre et 14,8% de la population considérée à risque ont été couvertes en 2002.

Fig 1. Population considered at risk covered by drug administration
 Fig 1. Population à risque couverte par l'administration de médicaments



Comoros. Lymphatic filariasis is considered to be endemic among the entire population of the Comoros, i.e. 600 000 people on three islands. The first MDA campaign took place in 2001 and managed to cover only two of the islands. In all, 245 971 people received the DEC-albendazole combination, giving a coverage of 59.3% (51–65%). In geographical terms, 66.7% of the implementation units and 41.7% of the population considered to be at risk were covered in 2002.

Ghana. In Ghana, lymphatic filariasis is considered to be endemic in 41 of the country's 110 districts. The population at risk has been estimated to be 6.02 million. The third MDA campaign took place in 2002: the ivermectin-albendazole combination was administered to 1.22 million people – a coverage of 74.1% (62.9–83.3%). In geographical terms, 34.1 % of the endemic implementation units and 27.4% of the population considered to be at risk were covered in 2002. Problems such as absenteeism, refusal to take drugs, and demands for compensation by the volunteers who distributed the drugs may account for the failure to achieve higher coverage.

Kenya. Mapping of lymphatic filariasis is in progress and the disease was found to be endemic in at least six implementation units. In 2002, the first MDA campaign began in Kilifi district; the DEC-albendazole combination was administered to 480 900 people, representing a coverage of 81% (68–87%) It was not possible to evaluate geographical coverage because the country's at-risk population has not been fully identified.

Comores. Toute la population des Comores, soit 600 000 habitants répartis sur trois îles, est considérée endémique à la filariose lymphatique. En 2001, une deuxième campagne de distribution massive de médicaments a eu lieu, laquelle n'a pu couvrir que deux des îles. Au total, 245 971 personnes représentant un taux de couverture de 59,3% (51-65%) ont bénéficié de l'association DEC et albendazole. La couverture géographique montre que 66,7% des unités chargées de la mise en œuvre et 41,7% de la population considérée à risque ont été couvertes en 2002.

Ghana. Au Ghana, 41 districts sur les 110 que compte le pays ont été considérés comme endémiques à la filariose lymphatique. La population à risque a été estimée à 6,02 millions de personnes. En 2002, une troisième campagne de distribution massive de médicaments a eu lieu et 1,22 million de personnes représentant un taux de couverture de 74,1% (62,9-83,3%) ont bénéficié de l'association ivermectine et albendazole. La couverture géographique montre que 34,1% des unités chargées de la mise en œuvre et 27,4% de la population considérée à risque ont été couvertes en 2002. On a signalé des problèmes tels que l'absentéisme, le refus de prendre les médicaments et la demande d'indemnités par les volontaires qui distribuent les médicaments, lesquels doivent être considérés comme des facteurs pouvant empêcher de parvenir à une meilleure couverture.

Kenya. La cartographie de la filariose lymphatique est en cours et au moins 6 unités chargées de la mise en œuvre ont été identifiées comme étant endémiques. En 2002, la première campagne de distribution massive de médicaments a commencé dans le district de Kilifi, où 480 900 personnes représentant un taux de couverture de 81% (68-87%) ont été traitées avec l'association DEC et albendazole. La couverture géographique n'a pas pu être évaluée car la population à risque du pays n'est pas complètement définie.

Nigeria. So far, mapping of lymphatic filariasis has been carried out in two Nigerian states, Nasarawa and Plateau, in which there are 30 implementation units and 4.3 million people. During the third MDA campaign, 2.17 million people (89% of the eligible population) received the ivermectin–albendazole combination.

Togo. Mapping was completed in Togo in 2000. The disease was classified as endemic in only 7 of the 30 prefectures, with an estimated at-risk population of 1.12 million. In 2002 the third MDA campaign took place in six prefectures. A total of 556 974 people received drugs, representing a coverage of 78.5%. In geographical terms, 85.7% of the endemic implementation units and 50% of the population considered to be at risk were covered in 2002.

Uganda. Mapping is due to be completed in 2003. Uganda began its first MDA campaign in 2002, covering two districts, Katakwi and Lira. A total of 733 375 people received the ivermectin–albendazole combination, representing a coverage of 75.9% (60.4–77.9%).

United Republic of Tanzania. Mainland: Mapping of lymphatic filariasis is under way in mainland Tanzania: So far, the disease has been found to be endemic in 50 of 110 districts. During the third MDA campaign, 1.26 million people in 11 districts received the ivermectin–albendazole combination, representing a coverage of 62.4%.

Zanzibar: The mapping of filariasis in Zanzibar was completed in 1989: the disease is considered to be endemic on both islands, Unguja and Pemba. During the second MDA campaign, 818 155 people, representing an estimated coverage of 83.1% (60–98%), received the ivermectin–albendazole combination. In geographical terms, 100% of the implementation units and 86.2% of the population considered to be at risk were covered in 2002.

Americas RPRG

Dominican Republic. Mapping of lymphatic filariasis, which began in 2001, is under way; the disease was found to be endemic in 9 out of 13 municipalities. During this first year of MDA, distribution took place in 13 municipalities in which the disease is endemic and 117 781 people were administered the DEC–albendazole combination. Coverage was estimated to be 83.1% (79.7–92.2%). A local partnership was formed with the Jaime Mota hospital to provide treatment for lymphatic filariasis cases.

Guyana. Mapping was completed in 2001 and lymphatic filariasis was found to be endemic in the country's 10 regions with a population of 0.65 million. National prevalence, as evaluated by the "immunochromatographic test" is 9%. For various reasons, Guyana was unable to begin distribution of DEC-fortified salt but intends to do so in 2003. A vigorous community mobilization campaign is already under way to prepare the population for the introduction of DEC-fortified salt.

Nigéria. Pour le moment, la cartographie de la filariose lymphatique a été réalisée dans deux états du Nigéria: Nasarawa et Plateau qui, à eux deux, comptent 30 unités chargées de la mise en œuvre et 4,3 millions de personnes. Lors de cette troisième campagne de distribution massive de médicaments, 2,17 millions de personnes représentant un taux de couverture de 89% basé sur la population éligible ont été traitées avec l'association ivermectine et albendazole.

Togo. La cartographie du Togo a été complétée en 2000. Seulement 7 préfectures sur 30 ont été considérées endémiques à la filariose lymphatique avec une population à risque estimée à 1,12 million d'habitants. En 2002, une troisième campagne de distribution massive de médicaments a eu lieu dans 6 préfectures. Au total, 556 974 personnes représentant un taux de couverture de 78,5% ont été couvertes. La couverture géographique montre que 85,7% des unités chargées de la mise en œuvre et 50% de la population considérée à risque ont été couvertes en 2002.

Ouganda. La cartographie doit être complétée en 2003. L'Ouganda a commencé sa première campagne de distribution massive de médicaments en 2002, couvrant déjà deux districts: Katakwi et Lira. Au total, 733 375 personnes ont bénéficié de l'association ivermectine et albendazole, représentant un taux de couverture de 75,9% (60,4–77,9%).

République-Unie de Tanzanie. Partie continent: la cartographie de la filariose lymphatique est en cours. A ce jour, 50 districts sur un total de 110 ont été répertoriés comme endémiques. Lors de la troisième campagne de distribution massive de médicaments, 1,26 million de personnes réparties sur 11 districts et représentant un taux de couverture de 62,4% ont été couvertes par l'association ivermectine et albendazole.

Zanzibar: la cartographie de la filariose est connue depuis 1989 et comporte deux îles, Unguja et Pemba, considérées comme endémiques. Lors de la deuxième campagne de distribution massive de médicaments, 818 155 personnes représentant un taux de couverture estimé à 83,1% (60–98%) ont été couvertes avec l'association ivermectine et albendazole. La couverture géographique montre que 100% des unités chargées de la mise en œuvre et 86,2% de la population considérée à risque ont été couvertes en 2002.

Amériques GEPR

République dominicaine. La cartographie de la filariose lymphatique, qui a commencé en 2001, est en cours; 9 municipalités sur les 13 évaluées ont été considérées endémiques à la filariose lymphatique. Pour cette première année de distribution massive de médicaments, 13 municipalités connues comme étant endémiques ont mené une distribution massive de médicaments et couvert 117 781 personnes avec l'association DEC et albendazole. Le taux de couverture a été estimé à 83,1% (79,7–92,2%). Un partenariat local a été créé avec l'hôpital Jaime Mota pour le traitement des cas de filariose lymphatique.

Guyane. La cartographie du pays a été complétée en juillet 2001 et les 10 régions du pays comptant une population de 0,65 million de personnes ont été considérées endémiques à la filariose lymphatique. La prévalence nationale mesurée grâce au test d'immunochromatographie (ICT) est de 9%. Pour différentes raisons, la Guyane n'a pas pu commencer sa distribution de DEC-sel et compte le faire au cours de l'année 2003. Un programme intensif de mobilisation sociale a déjà commencé pour préparer la population à l'introduction du DEC-sel.

Haiti. Mapping of lymphatic filariasis has just been completed in Haiti. The disease was found to be endemic in 73 communes out of 133, with a population of 6 million at risk. In 2002, the second year of MDA, 434 896 people were administered drugs, giving a coverage of 85.1% (70.6–89.2%). DEC-fortified salt will be distributed in three communes, Archadie, Gressier, and Tabarre, with a population of almost 350 000.

Eastern Mediterranean RPRG

Egypt. Lymphatic filariasis is endemic in 179 villages with a population at risk of 2.4 million people. During the third MDA campaign, 2.4 million people – 95% of the eligible population – were covered. In geographical terms, 100% of the implementation units and 99% of the population considered to be at risk were covered in 2002.

Yemen. According to the mapping completed in 2000, 11 out of 284 districts, with a population at risk of 0.1 million, are considered to be at risk of lymphatic filariasis. During the second MDA campaign, eight implementation units, with a population of 79 119, received the ivermectin–albendazole combination. Coverage was 72.3% (66–86%) and 79% of the population considered to be at risk was covered in 2002. According to the national lymphatic filariasis programme, difficulties such as access to some remote villages, absenteeism, and logistic problems prevented greater coverage.

Mekong-Plus RPRG

Indonesia. Mapping is under way. An initial MDA campaign, which took place in 2002, covered 255 144 people in 16 districts with the DEC–albendazole combination, achieving an estimated coverage of 79.2% (58–96.5%).

Myanmar. Mapping is under way. So far, more than 28 million people in 176 implementation units have been found to be at risk of lymphatic filariasis. The second MDA campaign, in 2002, covered 7.47 million people – a coverage of 86.5%. A study of knowledge, attitudes, and practices in Magway and Sagain found that lymphatic filariasis is considered to be a hereditary disease and that few people understand how it is transmitted.

Philippines. Mapping of lymphatic filariasis is under way. So far, the disease has been found to be endemic in 351 of the 1566 municipalities. During the third MDA campaign, the DEC–albendazole combination was administered to 3.48 million people in 185 municipalities. Coverage was estimated to be 73.6% (2–100%).

Thailand. Mapping of Thailand using data on microfilaria prevalence was completed in 1999. The disease was found to be endemic in a population of 125 725 people living in 336 hamlets. During the first MDA campaign in 2002, 118 752 persons were covered – an estimated coverage of 91%. In geographical terms, 100% of the implementation units and 94.5% of the population considered to be at risk were covered in 2002.

Haïti. Le pays vient de compléter la cartographie de la filariose lymphatique. La maladie est endémique dans 73 communes sur 133, avec une population à risque de 6 millions. En 2002, deuxième année de distribution massive de médicaments, 434 896 personnes ont été couvertes, représentant un taux de couverture de 85,1% (70,6-89,2%). Les communes d'Archadie, de Gressier et de Tabarre, qui comptent à elles trois une population de près de 350 000 personnes, bénéficieront d'une distribution de DEC-sel.

Méditerranée orientale GEPR

Égypte. La filariose lymphatique est endémique dans 179 villages, avec une population à risque de 2,4 millions. Lors de la troisième campagne de distribution massive de médicaments, 2,4 millions des personnes représentant un taux de couverture de 95% basé sur la population éligible ont été couvertes. La couverture géographique montre que 100% des unités chargées de la mise en œuvre et 99% de la population considérée à risque ont été couvertes en 2002.

Yémen. Selon la cartographie finalisée en 2000, 11 districts sur 284, comportant une population à risque de 0,1 million, sont considérés comme étant à risque de filariose lymphatique. Lors de la deuxième distribution massive de médicaments, 8 unités chargées de la mise en œuvre comportant une population de 79 119 personnes ont été couvertes avec l'association ivermectine et albendazole. Le taux de couverture a été de 72,3% (66-86%) et 79% de la population considérée à risque a été couverte en 2002. Selon le programme national de la filariose lymphatique, la difficulté d'accès à certains villages reculés, l'absentéisme et des problèmes logistiques ont empêché une couverture plus élevée.

Mékong-plus GEPR

Indonésie. La cartographie est en cours. Une première campagne de distribution massive de médicaments a eu lieu en 2002, couvrant 255 144 personnes réparties dans 16 districts, avec l'association DEC et albendazole. Le taux de couverture par la distribution massive de médicaments a été estimé à 79,2% (58-96,5%).

Myanmar. La cartographie est en cours. A ce jour, plus de 28 millions de personnes dans 176 unités chargées de la mise en œuvre ont été considérées à risque de filariose lymphatique. La deuxième campagne de distribution massive de médicaments, en 2002, a couvert 7,47 millions de personnes, représentant un taux de couverture de 86,5%. Une étude sur les connaissances, attitudes et pratiques à Magway et Sagain a montré que la filariose lymphatique est considérée comme une maladie héréditaire et que la population ne sait que rarement comment la maladie est transmise.

Philippines. La cartographie de la filariose lymphatique est en cours. A ce jour, 351 municipalités sur 1566 se sont avérées endémiques. Lors de la troisième campagne de distribution massive de médicaments, 3,48 millions de personnes réparties dans 185 municipalités ont été couvertes par l'association DEC et albendazole. Le taux de couverture par la distribution massive a été estimé à 73,6% (2-100%).

Thaïlande. Basée sur des données concernant la prévalence de la microfilarémie, la cartographie de la Thaïlande a été complétée dès 1999. Au total, 125 725 personnes vivant dans 336 hameaux ont été considérées endémiques. Lors de la première campagne de distribution massive de médicaments en 2002, 118 752 personnes ont été couvertes. Le taux de couverture a été estimé à 91%. La couverture géographique montre que 100% des unités chargées de la mise en œuvre et 94,5% de la population considérée à risque ont été couvertes en 2002.

Viet Nam. Mapping of lymphatic filariasis is under way. Recently, the disease was found to be endemic in six provinces. The first MDA campaign began in 2002 in Phu Cu district and 88 200 people received the DEC–albendazole combination, representing a coverage of 86.6%.

Indian subcontinent RPRG

Bangladesh. Mapping of lymphatic filariasis is under way, and at the end of 2002 the disease had been found to be endemic in at least 23 districts out of a total of 64. In 2002, Bangladesh carried out its second MDA campaign in four implementation units with a total population of 4 860 402, representing 87.3% coverage. A study carried out before and after a community mobilization campaign on knowledge, attitudes, and practices in three districts showed that the population knows little about the disease, its mode of transmission, or its complications. Nevertheless, the campaign made it possible to improve knowledge by over 30%.

India. In India, where an estimated 454 million people are estimated to be at risk of the disease, mapping was done using historical data on the disease. During the second MDA campaign with the DEC–albendazole combination, 16.04 million people were covered, representing a coverage of 84.7%. In geographical terms, 4.2% of the implementation units and 3.5% of the population considered to be at risk were covered in 2002. In addition, 35.7 million people in 19 implementation units were given DEC alone. This mass DEC distribution campaign actually began in 1997 and targeted a population of 40 million people.

Sri Lanka. Mapping of lymphatic filariasis is in progress. So far, eight implementation units, with a population of 10 million people, have been identified as at risk. In fact, these eight districts had already begun an MDA campaign in 1999, using DEC twice yearly as the sole drug. Since 2001, these eight districts have been included in the filariasis elimination programme and are covered by the DEC–albendazole combination. In 2002, a total of 8 637 505 people were treated, a coverage of 86% (80–94%).

PacELF RPRG¹

American Samoa. According to mapping, an estimated 57 291 people in 73 villages are at risk of lymphatic filariasis. The third MDA campaign took place in 2002, reaching 28 489 people and achieving a coverage of 49.7%.

Cook Islands. According to the mapping carried out in 1999, lymphatic filariasis is endemic throughout the country. The third MDA campaign, carried out in 2002, reached 17 676 people, a coverage of 98%.

Viet Nam. La cartographie de la filariose lymphatique est en cours. Six provinces ont récemment été identifiées comme étant endémiques. La première campagne de distribution massive de médicaments a commencé en 2002, dans le district de Phu Cu, et 88 200 personnes, représentant un taux de couverture de 86,6%, ont été couvertes par l'association DEC et albendazole.

Sous-continent indien GEPR

Bangladesh. La cartographie de la filariose lymphatique est encore en cours et fin 2002, au moins 23 districts, sur un total de 64, ont été identifiés comme étant endémiques. En 2002, le Bangladesh a réalisé sa deuxième campagne de distribution massive de médicaments dans 4 unités chargées de la mise en œuvre, avec un total de 4 860 402 personnes, représentant un taux de couverture de 87,3%. Une étude, réalisée dans 3 districts avant et après une campagne de mobilisation sociale et portant sur les connaissances, attitudes et pratiques de la maladie, a montré que la population connaît peu de choses sur la maladie, son mode de transmission ou ses complications. Il a été néanmoins constaté que la campagne de mobilisation sociale a permis une amélioration de plus de 30% de ces connaissances.

Inde. La cartographie en Inde a été réalisée en se basant sur les données historiques de la maladie. La population à risque estimée pour le pays est de 454 millions de personnes. Lors de la deuxième campagne de distribution massive de médicaments avec l'association de DEC et albendazole, 16,04 millions de personnes, représentant un taux de couverture de 84,7%, ont été couvertes. La couverture géographique montre que 4,2% des unités chargées de la mise en œuvre et 3,5% de la population considérée à risque ont été couvertes en 2002. Par ailleurs, 35,7 millions de personnes ont été couvertes dans 19 unités chargées de la mise en œuvre, avec la DEC comme seul médicament. Cette campagne de distribution massive de DEC a en réalité commencé en 1997, visant une population de 40 millions de personnes.

Sri Lanka. La cartographie de la filariose lymphatique est en cours. A ce jour, 8 unités chargées de la mise en œuvre, comptant une population de 10 millions de personnes, ont été identifiées comme étant à risque. En réalité, ces 8 districts ont déjà commencé une campagne de distribution en masse en 1999, en utilisant la DEC comme seul médicament et ce, deux fois par an. Depuis 2001, ces 8 districts font partie du programme d'élimination de la filariose et sont couverts par l'association de deux médicaments: DEC et albendazole. En 2002, 8 637 505 personnes au total, représentant un taux de couverture de 86% (80–94%), ont été traitées.

PacELF GEPR¹

Samoa américaines. Selon la cartographie de la filariose lymphatique on estime que 57 291 personnes, réparties dans 73 villages, sont considérées à risque. Une troisième campagne de distribution massive de médicaments a eu lieu en 2002, couvrant 28 489 personnes et représentant un taux de couverture de 49,7%.

Iles Cook. Selon la cartographie de la filariose lymphatique réalisée en 1999, tout le pays est endémique. La troisième campagne de distribution massive de médicaments, réalisée en 2002, a couvert 17 676 personnes, représentant un taux de couverture de 98%.

¹ PacELF is composed of the following 22 Pacific island countries: American Samoa, Cook Islands, Federated States of Micronesia, Fiji, French Polynesia, Guam, Kiribati, Nauru, New Caledonia and Dependencies, Niue, Northern Mariana Islands, Palau, Papua New Guinea, Pitcairn Islands, Marshall Islands, Samoa, Solomon Islands, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis and Futuna Islands.

¹ PacELF est composé des 22 pays insulaires du Pacifique suivants: Etats fédérés de Micronésie, Fidji, Guam, îles Cook, îles de Wallis-et-Futuna, îles Mariannes du Nord, îles Marshall, îles Pitcairn, îles Salomon, Kiribati, Nauru, Niue, Nouvelle-Calédonie et dépendances, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

Fiji. Lymphatic filariasis is considered to be endemic throughout the country, with a prevalence rate of 16.6% assessed using the ICT cards. During the first MDA campaign, 545 780 people were treated, a coverage rate of 70.4%.

French Polynesia. Mapping has shown that lymphatic filariasis is endemic throughout the country. The third MDA campaign took place in 2002: 211 052 people were treated, a coverage of 70.4%.

Kiribati. The entire population of 90 700 habitants is considered to be at risk of lymphatic filariasis. The second MDA campaign in 2002, using the DEC–albendazole combination, treated at least 13 175 people, a coverage of 15.7%. However, these data are incomplete, because they exclude part of the territory for which data have not yet been collected.

Niue. The whole country, with a population of 1900, is considered to be at risk of lymphatic filariasis. The third MDA campaign took place in 2002; 1469 people were treated with the DEC–albendazole combination, a coverage of 82.2%.

Samoa. The country's entire population is considered to be at risk. Samoa has a long history of MDA campaigns, dating from 1964. The first campaign used DEC alone, and subsequent campaign used a combination of DEC and ivermectin. In 2002, Samoa completed its fourth MDA campaign; 96 301 people were treated, a coverage of 55.3%.

Tonga. Lymphatic filariasis is endemic throughout the country. In 2002, during the second MDA campaign using the DEC–albendazole combination, 82 023 people were treated, a coverage of 90.4%.

Tuvalu. Lymphatic filariasis is endemic throughout the country. A second MDA campaign, using the DEC–albendazole combination, took place in 2002, but the data have not been collected.

Vanuatu. The country's entire population of 186 678 is considered to be at risk of lymphatic filariasis. During the third MDA campaign using the DEC–albendazole combination, 156 368 people were treated, a coverage of 83.3%.

Wallis and Futuna. Lymphatic filariasis is endemic throughout the country. The first MDA campaign began in 2002 and treated 8522 people, a coverage of 60.2%.

Diethylcarbamazine (DEC) fortified salt

The idea of DEC-fortified salt was first used by Hawking in Brazil in 1967. This initial study showed that DEC-fortified salt is stable in food and that its use reduces the prevalence and density of microfilaria infestation.

In 2002, Guyana had planned to begin its filariasis elimination programme using DEC-fortified salt, but the programme was postponed for technical reasons. Other countries in which the disease is endemic, such as Haiti and

Fidji. Tout le pays a été considéré endémique à la filariose lymphatique avec un taux de prévalence mesuré à 16,6% grâce aux cartes ICT. Lors de cette première campagne de distribution massive de médicaments, 545 780 personnes, représentant un taux de couverture de 70,4%, ont été traitées.

Polynésie française. La cartographie montre que tout le pays est considéré endémique à la filariose lymphatique. Une troisième campagne de distribution massive de médicaments a eu lieu en 2002 et 211 052 personnes, représentant un taux de couverture de 70,4%, ont été traitées.

Kiribati. Toute la population, soit 90 700 habitants, est considérée à risque de filariose lymphatique. En 2002, la deuxième campagne de distribution massive de médicaments associant DEC et albendazole a couvert au moins 13 175 personnes représentant un taux de couverture de 15,7%. Ces données sont toutefois incomplètes, car elles excluent une partie du territoire, pour laquelle aucune donnée n'a été rapportée.

Niue. Toute la population, soit 1900 habitants, est considérée à risque de filariose lymphatique. Une troisième campagne de distribution massive de médicaments associant DEC et albendazole a eu lieu en 2002 et 1469 personnes ont été traitées, représentant un taux de couverture de 82,2%.

Samoa. Tous les habitants du pays ont été considérés à risque. Samoa est habituée aux campagnes de distribution massive de médicaments, puisqu'elle en organise depuis 1964. La première a seulement utilisé de la DEC et les suivantes, une association de DEC et d'ivermectine. En 2002, Samoa a terminé sa quatrième campagne de distribution massive de médicaments et 96 301 personnes ont été traitées, représentant un taux de couverture de 55,3%.

Tonga. Tout le pays est endémique à la filariose lymphatique. En 2002, lors de la seconde campagne de distribution massive de médicaments associant DEC et albendazole, 82 023 personnes représentant un taux de couverture de 90,4% ont été traitées.

Tuvalu. Tout le pays est considéré endémique à la filariose lymphatique. Une deuxième campagne de distribution massive de médicaments associant DEC et albendazole a eu lieu en 2002, mais les données n'ont pas été rapportées.

Vanuatu. Les 186 678 habitants de ce pays ont été considérés à risque de filariose lymphatique. Lors de cette troisième campagne de distribution massive de médicaments associant DEC et albendazole, 156 368 personnes ont été traitées, représentant un taux de couverture de 83,3%.

Wallis et Futuna. Tout le pays est considéré comme endémique à la filariose lymphatique. La première campagne de distribution massive de médicaments a commencé en 2002, elle a couvert 8522 personnes, représentant un taux de couverture de 60,2%.

Sel enrichi en diéthylcarbamazine (DEC)

Le concept du sel enrichi en DEC avait d'abord été utilisé par Hawking au Brésil, en 1967. Cette première étude avait démontré que la DEC-sel est stable dans les aliments et que sa consommation réduit la prévalence de la microfilarémie et sa densité.

En 2002, la Guyane avait prévu de commencer son programme d'élimination de la filariose en utilisant le sel enrichi en DEC, mais cela avait été différé à une date ultérieure pour des raisons techniques. D'autres pays endémiques tels que Haïti ou Madagascar ont

Madagascar, plan to adopt this special elimination strategy in the near future.

Conclusion

In 2002, 32 countries carried out MDA in order to stop the transmission of lymphatic filariasis. Almost 55 million people were treated with the combination of albendazole and DEC or ivermectin. This figure was more than twice what was achieved in 2001 and exceeded the target of 50 million set by the Programme in 1999.² In addition, another 36 million people were covered with DEC alone. This significant achievement is still a small fraction of the total target of 1 billion that has to be reached (even in the countries that have initiated MDA). To scale up further, the Global Alliance recommended at its second meeting in May 2002 that a population coverage of 350 million be reached by 2005. While past experience has demonstrated that rapid scaling up is possible, the present lack of funds for field-level implementation is a serious constraint to reaching the goal set by the Alliance. However, with appropriate funding and the commitment demonstrated by ministries of health of the endemic countries and other partners, this goal can be achieved. ■

² *Building partnerships for lymphatic filariasis: strategic plan*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/FIL/1999.198).

prévu, dans un futur proche, d'adopter cette stratégie spéciale d'élimination.

Conclusion

En 2002, 32 pays ont mené des campagnes de distribution massive de médicaments visant à interrompre la transmission de la filariose lymphatique. Près de 55 millions de personnes ont été traitées par l'association d'albendazole et DEC (ou ivermectine). C'est plus du double qu'en 2001 et plus que la cible de 50 millions de personnes fixée par le Programme en 1999.² Par ailleurs, 36 millions de personnes ont reçu de la DEC seule. Il s'agit là d'un résultat significatif, mais on est encore loin de la cible de 1 milliard à atteindre même dans les pays qui ont introduit la distribution massive de médicaments. L'Alliance mondiale a recommandé lors de sa deuxième réunion en 2002 d'atteindre une couverture de 350 millions de personnes d'ici 2005. Si l'expérience montre qu'une augmentation rapide de la couverture est possible, le manque de fonds disponibles pour l'application sur le terrain constitue un sérieux obstacle à la réalisation de cet objectif. Il reste que, compte tenu de l'engagement dont ont fait preuve les ministères de la santé des pays d'endémie et les autres partenaires, il peut être atteint moyennant un financement adéquat. ■

² *Building partnerships for lymphatic filariasis: strategic plan*. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/FIL/1999.198).

Influenza

Croatia (26 April 2003).¹ Influenza activity remained widespread for 4 weeks (weeks 13–16) and then began to decrease (week 17). Both influenza A and B viruses were isolated.

Czech Republic (19 April 2003).² After remaining widespread for 5 weeks (weeks 7–11), influenza activity decreased to local outbreak level. Since week 14, influenza activity further reduced to sporadic level. Both influenza A and B viruses were isolated during the epidemic season.

Germany (12 April 2003).³ Influenza activity remained widespread for 5 weeks (weeks 7–11) in different parts of Germany and dropped to sporadic from week 13. Many influenza A(H3N2) and B but very few A(H1N1) viruses were isolated this season.

Greece (12 April 2003).⁴ Influenza activity started in northern Greece in week 13 and remained regional due to influenza A(H3N2) and B viruses.

Guyana (29 March 2003).⁵ The first influenza A(H3N2) virus this season was isolated in week 13 from an adult living in Iracoubo. Influenza activity remained low.

Iceland (19 April 2003).² Influenza activity peaked in week 11 and remained widespread for 3 weeks before decreasing. Influenza B virus continued to circulate, while in-

¹ See No. 14, 2003, p. 120.

² See No. 9, 2003, p. 64.

³ See No. 8, 2003, p. 54.

⁴ See No. 12, 2003, p. 87.

⁵ See No. 4, 2003, p. 24.

Grippe

Croatie (26 avril 2003).¹ L'activité grippale est restée générale pendant 4 semaines (semaines 13 à 16) et elle a commencé à diminuer au cours de la semaine 17. Les virus grippaux A et B ont tous deux été isolés.

République tchèque (19 avril 2003).² Après s'être maintenue à un niveau général pendant 5 semaines (semaines 7 à 11), l'activité grippale est redevenue locale. Depuis la semaine 14, elle est même moins que sporadique. Les virus grippaux A et B ont tous deux été isolés au cours de la saison épidémique.

Allemagne (12 avril 2003).³ L'activité grippale est restée générale pendant 5 semaines (semaines 7 à 11) dans différentes régions d'Allemagne et elle est repassée à un niveau sporadique depuis la semaine 13. On a isolé de nombreux virus grippaux de type A(H3N2) et B au cours de cette saison mais très peu de A(H1N1).

Grèce (12 avril 2003).⁴ L'activité grippale a commencé au nord de la Grèce au cours de la semaine 13 mais est restée régionale à cause des virus A(H3N2) et B.

Guyane (29 mars 2003).⁵ Le premier virus grippal de type A(H3N2) de la saison a été isolé au cours de la semaine 13 chez un adulte vivant à Iracoubo. L'activité grippale est restée faible.

Islande (19 avril 2003).² L'activité grippale a atteint un pic lors de la semaine 11 et elle s'est maintenue à un niveau général au cours des trois semaines suivantes avant de baisser à nouveau. Le virus grip-

¹ Voir N° 14, 2003, p. 120.

² Voir N° 9, 2003, p. 64.

³ Voir N° 8, 2003, p. 54.

⁴ Voir N° 12, 2003, p. 87.

⁵ Voir N° 4, 2003, p. 24.

fluenza A (both A(H1N1) and A(H3N2)) was sporadic during the epidemic season. No influenza virus was isolated or detected during week 16.

Latvia (3 May 2003).⁴ Influenza activity exceeded the epidemic threshold in all regions, with a rate of influenza-like-illness (ILI) of 3329 cases/100 000 inhabitants in week 10, and remained widespread for 4 weeks (weeks 10–13), then decreased to a mild level with an ILI rate of 4.1 cases/100 000 inhabitants in week 17. Influenza A(H3N2) was the predominant circulating strain for outbreaks during this epidemic season.

Portugal (22 March 2003).⁶ Influenza activity remained sporadic. With the exception of one H1N1 and four H3N2 type 1 viruses, all of the more than 200 influenza viruses isolated to date this season have been type B.

Romania (19 April 2003).⁴ Influenza activity was reported as local for 5 weeks (weeks 11–15) and then decreased to sporadic in week 16. Influenza B continued to predominate. In week 16, 7 B and 1 H3N2 viruses were isolated.

Slovakia (19 April 2003).⁴ Influenza activity peaked during weeks 10–11, and then continued to decrease. No influenza virus was isolated or detected during weeks 15 and 16. So far this season, a total of 109 strains have been isolated, including 39 A(H3N2), 39 B and 25 A(H1N1).

Spain (26 April 2003).⁷ Since week 14, influenza activity in Castilla y León has been below the epidemic threshold. Only 2 influenza A(H1N1) viruses have been isolated in the past 4 weeks. ■

pal B a continué à circuler alors que le virus A (de type A(H1N1) et A(H3N2)) a été sporadique pendant la saison épidémique.

Lettonie (3 mai 2003).⁴ L'activité grippale a dépassé le seuil épidémique dans toutes les régions, avec un taux de syndromes grippaux de 3329 cas pour 100 000 habitants au cours de la semaine 10 et elle est restée à un niveau général pendant 4 semaines (semaines 10 à 13). L'activité est ensuite passée à un niveau modéré, avec un taux de syndromes grippaux de 4,1 cas pour 100 000 habitants au cours de la semaine 17. Le virus grippal A(H3N2) a circulé de manière prédominante au cours de ces flambées.

Portugal (22 mars 2003).⁶ L'activité grippale est restée sporadique. A l'exception d'un virus H1N1 et de quatre virus H3N2, tous les virus grippaux isolés (plus de 200) jusqu'à ce jour au cours de cette saison sont de type B.

Roumanie (19 avril 2003).⁴ L'activité grippale a été locale pendant 5 semaines (semaines 11 à 15) et elle est passée à un niveau sporadique au cours de la semaine 16. La grippe B a continué à prédominer mais 7 virus grippaux de type B et un de type H3N2 ont été isolés pendant la semaine 16.

Slovaquie (19 avril 2003).⁴ L'activité grippale a atteint un pic au cours des semaines 10 à 11 mais, par la suite, elle a continué à décliner. Aucun virus grippal n'a été isolé ou dépisté au cours des semaines 15 et 16. A ce jour, 109 souches grippales au total ont été isolées, dont 39 de type A(H3N2), 39 de type B et 25 de type A(H1N1).

Espagne (26 avril 2003).⁷ Depuis la semaine 14, l'activité grippale en Castille-León est restée sous le seuil épidémique. Seuls 2 virus grippaux de type A(H1N1) ont été isolés au cours des 4 dernières semaines. ■

⁶ See No. 3, 2003, p. 16.

⁷ See No. 6, 2003, p. 40.

⁶ Voir N° 3, 2003, p. 16.

⁷ Voir N° 6, 2003, p. 40.

Where to obtain the WER through Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) E-MAIL LIST: An automatic service is available for receiving notification of the contents of the WER and short epidemiological bulletins. To subscribe, send an e-mail message to majordomo@who.ch. The subject field may be left blank and the body of the message should contain only the line **subscribe wer-reh**. Subscribers will be sent a copy of the table of contents of the WER automatically each week, together with other items of interest.

Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Par courrier électronique: Un service automatique de distribution du sommaire du REH et de brefs bulletins épidémiologiques est disponible par courrier électronique. Pour s'abonner à ce service, il suffit d'envoyer un message à l'adresse suivante: majordomo@who.ch. Le champ «Objet» peut être laissé vide et, dans le corps du message, il suffit de taper **subscribe wer-reh**. Les abonnés recevront chaque semaine une copie du sommaire du REH, ainsi que d'autres informations susceptibles de les intéresser.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 9 to 15 May 2003 / Notifications de maladies reçues du 9 au 15 mai 2003

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique			
Burundi	1.I-30.IV	Zambia / Zambie	19.IV-7.V
.....	230	68
Uganda / Ouganda	10-30.III		3
.....	355		15