Weekly epidemiological record
Relevé épidémiologique hebdomadaire

1 APRIL 2005, 80th YEAR / 1er AVRIL 2005, 80e ANNÉE
No. 13, **2005**, **80**, 113–124
http://www.who.int/wer

Contents

113 Outbreak news:
- Avian influenza – Viet Nam and Cambodia – update
- Cholera, Senegal
- Marburg virus disease, Angola
- Meningococcal disease, Chad – update
- Meningococcal disease, Sudan

118 Global leprosy situation, 2004

124 WHO web sites on infectious diseases

124 International Health Regulations

Sommaire

113 Le point sur les épidémies:
- Grippe aviaire – Viet Nam et Cambodge – mise à jour
- Choléra, Sénégal
- Infection à virus Marburg, Angola
- Méningococcie, Tchad – mise à jour
- Méningococcie, Soudan

118 Le point sur la lèpre dans le monde, 2004

124 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

124 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 334.–

5.000 4.2005
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

OUTBREAK NEWS

Avian influenza – Viet Nam and Cambodia – update

Viet Nam[1]

As of 29 March 2005, the Ministry of Health in Viet Nam has confirmed 3 additional cases of human infection with H5N1 avian influenza. The cases concern a 5-year-old boy from the central province of Quang Binh, a 17-year-old girl from the northern province of Nam Dinh, and a 40-year-old woman from the northern province of Quang Ninh. The 17-year-old girl has died.

An earlier case has also been confirmed. These recently confirmed cases bring the total to 28 in Viet Nam since mid-December 2004.

WHO is aware of reports of suspected H5 avian influenza infection in 5 members of a family who are currently hospitalized in the northern port city of Haiphong. These cases, which include the parents and their 3 young daughters, are undergoing further investigation following initial tests indicating infection with the H5 subtype of avian influenza. Reports indicate outbreaks of avian influenza in poultry in the vicinity. Field investigation of this family cluster is under way.

The current outbreak of human cases in Viet Nam has included several clusters, mostly in family members, of cases closely related in time and place. Thorough investigation of all such clusters is essential to determine possible changes in the behaviour of the virus and thus support assessment of the risk of an influenza pandemic.

There is currently no evidence that the H5N1 virus is spreading easily from person to per-

[1] See No. 11, 2005, pp. 93–94.

LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Grippe aviaire – Viet Nam et Cambodge – mise à jour

Viet Nam[1]

Au 29 mars 2005, le Ministère de la Santé vietnamien a confirmé 3 autres cas d'infection humaine par le virus H5N1 de la grippe aviaire. Il s'agit d'un garçon de 5 ans originaire de la province de Quang Binh, au centre du pays, d'une jeune fille de 17 ans de la province de Nam Dinh, au nord du pays, et d'une femme de 40 ans de la province de Quang Ninh, également dans le nord du pays. La jeune fille de 17 ans est décédée.

Un cas plus ancien a aussi été confirmé. Avec ces confirmations récentes, le total des cas au Viet Nam s'élève désormais à 28 depuis la mi-décembre 2004.

L'OMS a connaissance d'informations évoquant une suspicion de grippe aviaire à virus H5 pour 5 membres d'une même famille, hospitalisés actuellement dans la ville portuaire de Haiphong, au nord du pays. Les parents et leurs 3 filles font l'objet d'examens complémentaires après que les tests initiaux ont indiqué une infection par le sous-type H5 de la grippe aviaire. On a signalé des flambées de grippe aviaire dans les volailles du voisinage. Les investigations sur ce groupe familial se poursuivent sur le terrain.

La flambée actuelle de cas humains au Viet Nam comprend plusieurs groupes de cas, des membres d'une même famille la plupart du temps, ayant un lien temporel et géographique étroit. Il est essentiel d'enquêter avec minutie sur ces groupes pour établir si le comportement du virus a changé et contribuer ainsi à l'évaluation du risque de pandémie.

Pour l'instant, rien ne permet de penser que le virus H5N1 se transmet facilement d'une

[1] Voir N° 11, 2005, pp.93-94.

son. Rapid sharing with WHO of viruses from recent clusters of cases has become increasingly important. Analysis can determine whether any significant changes in the virus have taken place and provide further support for risk assessment.

Several media reports have recently covered rumours of a large outbreak of influenza-like illness in Quang Binh Province. The outbreak is presently under investigation by provincial and central health authorities. Samples have been taken for testing, and WHO is awaiting the results. The number of cases with influenza-like illness appears much smaller than initially reported by the media.

Cambodia[2]

The Ministry of Health in Cambodia confirmed on 29 March 2005 the country's second human case of avian influenza.

The 28-year-old man, from Kampot Province, developed symptoms on 17 March and was hospitalized in Phnom Penh on 21 March. He died on 22 March. The same day, laboratory tests by the Pasteur Institute in Phnom Penh confirmed that the man was infected with H5 avian influenza virus. The Cambodian Government immediately launched an investigation to search for possible additional cases and identify possible sources of exposure to the virus. The investigation team, which is continuing its work in Kampot Province, includes Cambodian Ministry of Health and Ministry of Agricultural officials joined by staff from the WHO country office and the Pasteur Institute in Phnom Penh. The Food and Agriculture Organization of the United Nations is assisting the investigation of animal disease. Numerous deaths among chickens in the area have been reported and samples taken from sick chickens have tested positive for avian influenza. The results from the investigation indicate the deceased man had contact with sick poultry. An 18 year-old boy initially identified as an additional suspected case has tested negative for the avian influenza virus. Samples taken from 27 other people, including family contacts of the confirmed case and Phnom Penh medical staff involved in his care, have all tested negative for H5 avian influenza infection. Results from a further 6 people from Kampot Province have also tested negative for H5 influenza virus.

Cambodia's previous case, a 25-year-old woman who died in late January, was also from Kampot Province but lived in another district.

The majority of poultry in Cambodia are raised in small backyard flocks in rural areas, making surveillance for outbreaks especially challenging. A campaign to educate rural populations about the dangers of contact with dead or diseased poultry is being undertaken by the government, with support from WHO.

[2] See No. 6, 2005, p. 49.

Cholera, Senegal

Between 1 January and 23 March 2005, the Ministry of Health reported a total of 2054 cases and 8 deaths in the Bambey, Mback and Toubaé districts of Diourbel region. A

personne à l'autre. Il devient de plus en plus important de faire parvenir à l'OMS les virus isolés à partir des récents groupes de cas. Les analyses permettront de déterminer si des modifications importantes se sont produites et apporteront des contributions complémentaires à l'évaluation du risque.

Les médias ont récemment fait état d'une flambée importante de syndromes grippaux dans la province de Quang Binh. Les autorités sanitaires provinciales et centrales enquêtent actuellement sur cette flambée. Des échantillons ont été prélevés et l'OMS attend les résultats des analyses. Le nombre des cas de syndromes grippaux semble être légèrement inférieur à celui évoqué initialement par les médias.

Cambodge[2]

Le 29 mars 2005, le Ministère de la Santé cambodgien a confirmé le deuxième cas humain de grippe aviaire dans ce pays.

Les symptômes de l'infection sont apparus le 17 mars chez cet homme de 28 ans, de la province de Kampot, et il a été hospitalisé le 21 à Phnom Penh. Il est mort le 22. Ce jour-là, les analyses de laboratoire pratiquées par l'Institut Pasteur de Phnom Penh ont confirmé l'infection par un virus H5 de la grippe aviaire. Le gouvernement cambodgien a immédiatement lancé une enquête pour rechercher d'autres cas éventuels et déterminer les causes possibles de l'exposition au virus. L'équipe d'investigation, qui poursuit son travail dans la province de Kampot, comprend des membres des ministères cambodgiens de la santé et de l'agriculture, ainsi que du personnel du bureau de l'OMS dans le pays et de l'Institut Pasteur à Phnom Penh. L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture contribue à l'étude de la maladie chez l'animal. On a signalé une mortalité importante des poulets dans la zone concernée et les échantillons prélevés sur les poulets malades ont donné un résultat positif pour la grippe aviaire. Les résultats de l'enquête montrent que le défunt a été en contact avec des volailles malades. Un garçon de 18 ans, considéré au départ comme un nouveau cas suspect, a donné des tests négatifs pour le virus de la grippe aviaire. De même, les résultats ont été négatifs pour les échantillons prélevés sur 27 autres personnes, dont des contacts familiaux du cas confirmé et le personnel médical l'ayant soigné à Phnom Penh. Les résultats ont été également négatifs pour 6 autres personnes de la province de Kampot.

Le cas précédent au Cambodge, une femme de 25 ans, décédée fin janvier, était également originaire de la province de Kampot mais vivait dans un autre district.

Au Cambodge, les volailles sont élevées en majorité dans de petites basses-cours des zones rurales, ce qui rend la surveillance des flambées particulièrement difficile. Les autorités ont, avec l'appui de l'OMS, entrepris une campagne d'information des populations rurales sur les dangers des contacts avec des volailles malades ou mortes.

[2] Voir N° 6, 2005, p. 49.

Choléra, Sénégal

Du 1er janvier au 23 mars 2005, le Ministère de la Santé a notifié au total 2054 cas, dont 8 mortels, dans les districts de Bambey, Mbacké et Touba, dans la région de Diourbel. Un pèlerinage, «le Magal de

pilgrimage, "le Magal de Touba", is currently taking place, which may account for the high increase in the number of cases in these districts in the past week. The outbreak appears to be extending to other regions as well. As a result of the heightened risk of additional cases, it is critical that control measures be put in place and activities to raise awareness about the disease be disseminated throughout the community for increased prevention at the individual level.

WHO is providing technical support to the Ministry of Health, including the intensification of surveillance, case management and health promotion activities.

Vibrio cholerae was laboratory-confirmed in 14 out of 17 samples tested.

Touba», se déroule actuellement et pourrait expliquer la forte augmentation du nombre des cas dans ces districts au cours des dernières semaines. La flambée semble cependant s'étendre à d'autres régions. Au vu du risque accru de nouveaux cas, il est essentiel de prendre des mesures de lutte et de mener des actions de sensibilisation générale de la communauté pour renforcer la prévention au niveau individuel.

L'OMS apporte son assistance technique au Ministère de la Santé pour intensifier la surveillance, prendre en charge les cas et mener des actions de promotion de la santé.

Vibrio cholerae a été confirmé en laboratoire dans 14 échantillons sur 17.

Marburg virus disease, Angola

23 March 2005

Laboratory tests have identified Marburg virus as the causative agent in an outbreak of suspected viral haemorrhagic fever[1] in Angola. The virus was detected on 21 March in samples from 9 of 12 fatal cases. A retrospective analysis has now identified 102 cases in the outbreak, which dates back to October 2004. Of these cases, 95 have been fatal.

Most cases are currently concentrated in Uige Province in the northern part of the country.

Since the start of the outbreak, the monthly number of cases has progressively increased, but this increase could be the result of intensified surveillance. Around 75% of cases have occurred in children aged under 5 years. Cases in adults include a small number of health-care workers.

Marburg virus disease has no vaccine or curative treatment and can be rapidly fatal. Most deaths in the current outbreak have occurred between 3 and 7 days following the onset of symptoms.

Previous outbreaks indicate that close contact with bodily fluids of infected people, as may occur in health-care settings or during burial practices, increases the risk of infection.

WHO is supporting efforts by the Ministry of Health to strengthen infection control in hospitals, to intensify case detection and contact tracing and to improve public understanding of the disease and its modes of transmission.

24 March 2005

A WHO outbreak response team, including experts from the intercountry programme for southern Africa, the Regional Office for Africa and headquarters, are working with the Ministry of Health to rapidly provide technical support for case management, contact tracing and surveillance, infection control and raising awareness of the disease in the community and to continue an assessment of the situation. Further technical support is being provided from institutions in the Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN).[2]

[1] See No. 12, 2005, p. 101.

[2] See http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/

Infection à virus Marburg, Angola

23 mars 2005

Les tests de laboratoire ont mis en évidence que le responsable d'une flambée de fièvre hémorragique aiguë présumée[1] en Angola était le virus Marburg. Celui-ci a été décelé le 21 mars dans les échantillons prélevés sur 9 des 11 cas mortels. L'analyse rétrospective a permis d'identifier à présent 102 cas, dont 95 mortels, remontant jusqu'à octobre 2004 pour les plus anciens.

La plupart des cas se concentrent actuellement dans la province d'Uige, au nord du pays.

Depuis le début de la flambée, le nombre mensuel des cas a progressivement augmenté, mais cette augmentation pourrait être due à l'intensification de la surveillance. Environ 75% des cas se sont produits chez des enfants de moins de 5 ans. Chez l'adulte, il y a eu un petit nombre de cas dans le personnel soignant.

Il n'existe ni vaccin, ni traitement pour l'infection à virus Marburg, dont l'issue peut être rapidement fatale. Au cours de la flambée actuelle, la plupart des décès se sont produits dans les 3 à 7 jours suivant l'apparition des symptômes.

Les flambées antérieures donnent à penser que le risque infectieux augmente lorsqu'il y a un contact étroit avec des liquides biologiques ou des personnes infectées, ce qui est le cas dans les établissements de soins ou au cours des rites funéraires.

L'OMS soutient l'action du Ministère de la Santé angolais qui vise à renforcer la lutte anti-infectieuse dans les hôpitaux, à intensifier le dépistage des cas et la recherche des contacts et à améliorer la connaissance qu'a le grand public de la maladie et de ses modalités de transmission.

24 mars 2005

Une équipe OMS de riposte, comprenant des experts du Programme interpays pour l'Afrique australe, du Bureau régional de l'Afrique et du Siège, travaille avec le Ministère de la Santé pour apporter rapidement son assistance technique dans la prise en charge des cas, la recherche et la surveillance des contacts, la lutte contre l'infection, la sensibilisation des communautés et pour poursuivre l'évaluation de la situation. Les organismes appartenant au Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)[2] fournissent également une aide technique.

[1] Voir N° 12, 2005, p. 101.

[2] Voir http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/

The WHO Collaborating Centre, the United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta carried out the initial laboratory tests confirming Marburg virus.

29 March 2005

As of 29 March 2005, the Ministry of Health has reported a total of 124 cases and 117 deaths in Cabinda, Luanda and Uige. All these cases had originated in Uige Province. Ten of these cases have been laboratory confirmed by CDC.

The team from WHO, including experts from the inter-country programme for southern Africa, the Regional Office for Africa and from headquarters, and partners in the GOARN are supporting the Ministry of Health, Angola, to strengthen active surveillance and contact tracing.

Médecins Sans Frontières (MSF-Belgium, -France, -Holland and -Spain) are assisting with infection control and establishing isolation facilities in Uige hospital. Experts from the Department of Infectious Diseases, North Manchester General Hospital, Manchester, England and Johannesburg Hospital, South Africa are providing assistance in infection control in Luanda, where training will be provided for health-care staff from all provinces in the country. The Canadian National Microbiology Laboratory will be setting up a mobile laboratory in Uige and CDC will be providing laboratory support in Luanda. UNICEF is carrying out social mobilization activities, raising awareness of the disease in the community and also providing additional logistic support and equipment.

Two travelers returning to Portugal from Angola were investigated for possible Marburg virus infection and laboratory results were negative in tests performed by the Bernard-Nocht Institute for Tropical Medicine, Hamburg, Germany, a WHO reference laboratory.

Background

Marburg virus disease is an acute febrile illness accompanied by severe haemorrhagic manifestations. The disease has an incubation period of 3–9 days. In the earliest stage of infection, symptoms are nonspecific and may be easily confused with more common diseases including malaria, yellow fever and typhoid fever. A severe watery diarrhoea, abdominal pain, nausea and vomiting are early symptoms, as are severe chest and lung pains, sore throat and cough. A high proportion of cases develop severe haemorrhagic manifestations between days 5 and 7, most frequently affecting the gastrointestinal tract and the lungs. A characteristic rash usually appears at this time, sometimes involving the whole body.

The disease was first identified in 1967 during simultaneous outbreaks affecting laboratory workers in Marburg and Frankfurt (Germany) and in Belgrade (Serbia and Montenegro). The outbreaks, which involved 31 cases and 7 deaths, were subsequently linked to contact with infected monkeys imported from Uganda.

The virus then disappeared until February 1975, when an acutely ill man with a recent history of travel to Zimbabwe was admitted to a hospital in South Africa. Infection spread from the man to his travelling companion and a nurse at the hospital. The man died, but the other 2 cases recovered.

Le centre collaborateur de l'OMS, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) à Atlanta (Etats-Unis) ont procédé en laboratoire aux tests initiaux qui ont confirmé le virus Marburg.

29 mars 2005

Au 29 mars 2005, le Ministère de la Santé avait notifié au total 124 cas, dont 117 mortels, à Cabinda, Luanda et Uige. Tous ces cas provenaient de la province d'Uige. Dix de ces cas ont été confirmés par les laboratoires des CDC.

L'équipe de l'OMS, comprenant des spécialistes du Programme interpays pour l'Afrique australe, du Bureau régional de l'Afrique et du Siège, ainsi que des partenaires du GOARN, aide le Ministère de la Santé angolais à renforcer la surveillance active et à rechercher les contacts.

Médecins Sans Frontières (MSF-Belgique, France, Hollande et Espagne) aide à lutter contre l'infection et à établir des structures de soins en isolement à l'hôpital d'Uige. Des experts du Département de lutte contre les maladies infectieuses du North Manchester General Hospital de Manchester (Angleterre) et de l'hôpital de Johannesburg (Afrique du Sud) apportent leur assistance pour lutter contre la maladie à Luanda, où une formation sera organisée à l'intention des personnels de santé venant de toutes les provinces du pays. Le Laboratoire national canadien de microbiologie va installer un laboratoire mobile à Uige et les CDC apporteront leur aide dans ce domaine à Luanda. L'UNICEF a entrepris des activités de mobilisation sociale, sensibilise les communautés à la maladie et fournit du matériel et une aide logistique complémentaire.

L'infection à virus Marburg a été recherchée chez deux voyageurs de retour au Portugal en provenance de l'Angola et les analyses de laboratoire, effectuées à l'Institut Bernard-Nocht de Médecine tropicale à Hambourg (Allemagne), laboratoire de référence de l'OMS, se sont avérées négatives.

Informations générales

L'infection à virus Marburg est une fièvre aiguë s'accompagnant de sévères hémorragies. On observe une période d'incubation de 3 à 9 jours. Aux premiers stades de l'infection, les symptômes ne sont pas spécifiques et peuvent être facilement confondus avec ceux de maladies plus courantes, comme le paludisme, la fièvre jaune ou la typhoïde par exemple. Une diarrhée liquide profuse, des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements font partie des premiers symptômes, de même que des douleurs thoraciques, une irritation de la gorge et de la toux. De graves manifestations hémorragiques se développent entre le cinquième et le septième jour dans une très grande proportion des cas et elles touchent le plus fréquemment le tractus digestif et les poumons. Une éruption caractéristique, couvrant parfois tout le corps, apparaît en général à ce moment.

Cette maladie a été identifiée en 1967 au moment où des flambées ont affecté simultanément des personnes travaillant dans des laboratoires à Marburg et Francfort, en Allemagne, ainsi qu'à Belgrade. On a ensuite établi un lien entre les 31 cas de ces flambées, dont 7 mortels, et des singes infectés importés d'Ouganda.

Le virus a ensuite disparu jusqu'en février 1975, lorsqu'un homme, présentant une pathologie aiguë et ayant voyagé récemment au Zimbabwe, a été hospitalisé dans une établissement en Afrique du Sud. L'infection a ensuite atteint son compagnon de voyage et une infirmière de l'hôpital. L'homme en question est mort, mais les deux autres ont guéri.

In 1980, 2 cases, 1 of which was fatal, occurred in Kenya. In 1987, an additional single case, which was fatal, occurred in Kenya.

The largest outbreak on record, which occurred from late 1998 to late 2000 in the Democratic Republic of the Congo, involved 149 cases, 123 of which were fatal. The outbreak was initially concentrated in workers at a gold mine in Durba.

Marburg virus disease occurs very rarely and appears to be geographically confined to a small number of countries in the southern part of the African continent. When cases do occur, the disease has epidemic potential, as it can spread from person to person, most often during the care of patients. For this reason, strict measures for infection control need to be applied during the management of cases. Containment of an outbreak of Marburg virus disease also requires the rapid tracing and isolation of contacts. Health education is needed to inform communities of the risks associated with traditional burial practices.

Despite intensive investigations extending over several years, research has failed to find an animal reservoir of the virus or to determine where it hides in nature between outbreaks.

En 1980, 2 cas, dont un mortel, se sont produits au Kenya. En 1987, un autre cas unique, mais qui s'est avéré mortel, est survenu au Kenya.

Le bilan de la plus grande flambée connue, de fin 1998 à fin 2000 en République démocratique du Congo, s'établit à 149 cas, dont 123 mortels. A l'origine, elle a principalement concerné les employés d'une mine d'or à Durba.

L'infection à virus Marburg se produit très rarement et semble être géographiquement confinée à un petit nombre de pays au sud du continent africain. Lorsque des cas se produisent, la maladie a un potentiel épidémique et elle peut se propager d'une personne à l'autre, la plupart du temps dans le cadre des soins donnés aux patients. Pour cette raison, il faut prendre de strictes mesures de lutte anti-infectieuse pendant la prise en charge des cas. Pour endiguer les flambées, il faut aussi rechercher et isoler rapidement les contacts. L'éducation sanitaire s'impose pour informer les communautés des risques allant de pair avec les rites funéraires traditionnels.

Malgré des recherches approfondies pendant plusieurs années, il a été impossible de trouver un réservoir du virus chez l'animal et de déterminer où il se dissimulait dans la nature entre deux flambées.

Meningococcal disease, Chad – update[1]

Between 1 January and 16 March 2005, the Ministry of Health reported 387 cases of meningococcal disease including 53 deaths (case-fatality rate, 13%). Two districts have reached the epidemic threshold: Bongor (124 cases and 6 deaths) and Moissal (64 cases and 16 deaths). *Neisseria meningitidis* serogroup A was confirmed in 9 out of 16 samples of cerebrospinal fluid.

The Ministry of Health began a mass vaccination campaign on 11 March 2005 in the affected districts. The International coordinating group on vaccine provision for epidemic meningitis control will provide an additional 200 000 doses of bivalent vaccine. Médecins Sans Frontières (MSF-Luxembourg) is supporting the Ministry of Health in implementing the mass vaccination campaign, and WHO is providing technical assistance for enhanced surveillance.

[1] See No. 4, 2005, p. 30.

Méningococcie, Tchad – mise à jour[1]

Du 1er janvier au 16 mars 2005, le Ministère de la Santé a signalé 387 cas, dont 53 mortels (taux de létalité de 13%) dans ce pays. Le seuil épidémique a été atteint dans deux districts: Bongor (124 cas, dont 6 mortels) et Moissal (64 cas dont 16 mortels). La présence de *Neisseria meningitidis* du sérogroupe A a été confirmée dans 9 échantillons de liquide céphalo-rachidien sur 16.

Le Ministère de la Santé a entrepris une campagne de vaccination de masse le 11 mars 2005 dans les districts touchés. Le Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccin anti-méningococcique (GIC) fournira 200 000 doses supplémentaires de vaccin bivalent. Médecins Sans Frontières (MSF- Luxembourg) aide le Ministère de la Santé à mettre en place la campagne de vaccination et l'OMS apporte son assistance technique pour renforcer la surveillance.

[1] Voir N° 4, 2005, p. 30.

Meningococcal disease, Sudan

As of 7 February 2005, the Sudanese Federal Ministry of Health reported a total of 250 cases and 19 deaths of meningococcal disease in the states of Blue Nile (199 cases), Gadaref (22 cases) and Khartoum (29 cases). Three specimens have been laboratory-confirmed for *Neisseria meningitidis* serogroup A. The outbreak appears to be decreasing.

The Sudanese Federal Ministry of Health has rapidly responded to the outbreaks and implemented mass vaccination campaigns in the villages affected in the Blue Nile and Gadaref states. Reinforcement of surveillance is continuing. WHO is assisting the Federal Ministry of Health in running a workshop on prevention and control of meningococcal disease. ■

Méningococcie, Soudan

Au 7 février 2005, le Ministère fédéral soudanais de la Santé avait notifié 250 cas de méningococcie, dont 19 mortels, qui se sont produits dans les états du Nil-Bleu (199 cas), de Gadaref (22 cas) et de Khartoum (29 cas). *Neisseria meningitidis* sérogroupe A a été confirmée en laboratoire pour 3 échantillons. La flambée semble être sur le déclin.

Le Ministère fédéral soudanais de la Santé a rapidement réagi et mis en place des campagnes de vaccination de masse dans les villages affectés des états du Nil-Bleu et de Gadaref. La surveillance est en train d'être renforcée. L'OMS aide le Ministère à organiser un atelier sur la prévention et la lutte contre les méningococcies. ■

Global leprosy situation, 2004

Introduction

The 2000–2005 strategy for the elimination of leprosy as a public health problem is being successfully implemented in all regions and endemic countries. The strategy has focused on the remaining countries where endemicity is high and where activities need to be intensified to ensure that the elimination goal is achieved by the end of 2005. In addition, the Global Leprosy Programme continues to provide critical support in terms of multidrug therapy (MDT) and technical guidance to countries that have already reached the elimination goal at the national level. It is also encouraging to note that countries that have reached the elimination goal have been able to sustain their elimination activities, as outlined in the strategy, to the best of their ability.

There is clear evidence that the elimination strategy is sound and effective: over the past 2 decades, the global prevalence has fallen by almost 90% and more than 14 million patients have been cured. In addition, the global detection of new cases has fallen by about 35% since 2001. Some 113 of the 122 countries where leprosy was considered a public health problem in 1985 had eliminated leprosy at the national level by the end of 2003. Leprosy now remains a public health problem in only 9 countries in Africa, Asia and Latin America.

WHO continues to work closely with national leprosy control programmes to develop their annual workplans and provides technical support, especially to countries which have yet to achieve the goal of elimination. Improved access to leprosy diagnosis and MDT provided free of charge remain the cornerstones of the leprosy elimination strategy. The integration of leprosy control services within general health-care systems and the phasing out of vertical programmes are being carried out by national programmes based on country-specific local situations. However, sustaining basic services for leprosy in the context of low-prevalence conditions will continue to be a big challenge for a majority of the national programmes, and more needs to be done to ensure that key leprosy control activities are sustained over the next several years.

WHO's role in the short-to-medium term will focus on strengthening national capacity to eliminate leprosy in the remaining high-endemic countries and further reducing the burden of disease in all countries by providing technical advice, funding for core activities, free MDT supplies and logistics, and global advocacy.

Current global leprosy situation

The WHO Strategic Plan for Elimination of Leprosy 2000–2005 encouraged the commitment of endemic countries in dealing with the challenges posed by the disease. The most important component of the strategy was to ensure that leprosy control services are available and accessible to all affected individuals at the nearest health facility. The large-scale implementation of the strategic plan increased leprosy service coverage and brought many undetected cases to health facilities for treatment.

Le point sur la lèpre dans le monde, 2004

Introduction

La stratégie 2000-2005 pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique est mise en œuvre avec succès dans toutes les régions et dans les pays d'endémie. Elle a privilégié les pays où l'endémicité reste élevée et où une intensification des activités s'impose pour assurer l'élimination d'ici à la fin 2005, conformément à l'objectif fixé. Le programme continue en outre d'apporter un soutien essentiel – polychimiothérapie (PCT) et avis techniques – aux pays qui ont déjà atteint la cible de l'élimination au niveau national. Il est aussi encourageant de noter que les pays qui ont atteint l'objectif de l'élimination ont pu maintenir leurs activités d'élimination au mieux de leur capacité, ainsi que le prévoit la stratégie.

La stratégie pour l'élimination est à l'évidence sûre et efficace: au cours de ces deux dernières décennies, la prévalence mondiale a reculé de près de 90% et plus de 14 millions de malades ont été guéris. La détection mondiale de nouveaux cas a en outre baissé de 35% environ depuis 2001. Sur les 122 pays où la lèpre était considérée comme un problème de santé publique en 1985, 113 avaient éliminé la lèpre au niveau national fin 2003. La lèpre ne constitue plus un problème de santé publique que dans 9 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine.

L'OMS continue de collaborer étroitement avec les programmes nationaux à l'établissement de leurs plans de travail annuels et apporte un soutien technique, en particulier aux pays qui n'ont pas encore atteint l'objectif de l'élimination. L'amélioration de l'accès au diagnostic de la lèpre et la gratuité de la PCT restent les éléments essentiels de la stratégie pour l'élimination de la lèpre. Les programmes nationaux s'emploient à intégrer les services de lutte antilépreuse dans les systèmes de santé généraux et à supprimer les programmes verticaux en fonction de la situation propre au pays. Le maintien de services de lutte antilépreuse de base là où la prévalence est faible continuera de poser d'énormes difficultés pour la majorité des programmes nationaux, et des mesures supplémentaires doivent être prises pour assurer la pérennité, ces prochaines années, des principales activités de lutte antilépreuse.

A court et à moyen terme, l'OMS s'emploiera principalement à renforcer la capacité des pays de forte endémicité restants à éliminer la lèpre et à réduire encore la charge de morbidité dans tous les pays en dispensant des avis techniques, en assurant le financement des activités principales, la distribution de fournitures gratuites pour la PCT et la logistique, et en sensibilisant l'opinion au plan mondial.

La lèpre dans le monde

Le Plan stratégique OMS pour l'élimination de la lèpre 2000-2005 encourageait les pays d'endémie à s'engager à s'atteler aux problèmes liés à la maladie. L'élément le plus important de la stratégie consistait à assurer la disponibilité et l'accessibilité de services de lutte antilépreuse dans l'établissement de santé le plus proche pour toutes les personnes affectées. L'application sur une grande échelle du plan stratégique a contribué à étendre la couverture des services de lutte antilépreuse et à amener de nombreux cas encore non détectés à se faire soigner dans les services de santé.

However, in many endemic countries implementation of the plan was slow. In addition, the continued reliance on specialized personnel and institutions inhibited the process of building capacity and the competence of general health workers to take up the responsibility for leprosy control in their area.

Over the past 2 decades, the global case-load has fallen by almost 90%. At the beginning of 2004, about 0.46 million patients were registered for treatment, and during 2003 about 0.5 million new cases were detected globally (*Table 1*).

Dans de nombreux pays d'endémie, cependant, la mise en œuvre du plan s'est faite lentement. Le recours continu à du personnel et à des établissements spécialisés a en outre entravé le processus de renforcement des capacités et n'a pas permis aux personnels de santé non spécialisés d'acquérir les compétences requises pour assumer la responsabilité de la lutte contre la lèpre dans leur zone.

Ces 20 dernières années, le nombre des cas a baissé de près de 90% dans le monde. Début 2004, quelque 0,46 million de malades en traitement étaient enregistrés et, en 2003, 0,5 million de cas nouveaux ont été détectés dans le monde (*Tableau 1*).

Table 1 **Global leprosy situation at the beginning of 2004, by WHO region (excluding the European Region)**
Tableau 1 **La lèpre dans le monde début 2004, par région OMS (Europe non incluse)**

WHO region – Région OMS	Registered prevalence[a] at beginning of 2004 – Prévalence enregistrée[a] début 2004		No. of cases detected[b] during 2003 – Nombre de cas détectés[b] en 2003	
African – Afrique	51 233	(0.8)	47 006	(7.2)
Americas – Amériques	86 652	(1.0)	52 435	(6.3)
South-East Asia – Asie du Sud-Est	304 296	(2.0)	405 147	(26.5)
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	5 798	(0.1)	3 940	(0.8)
Western Pacific – Pacifique occidental	10 449	(0.1)	6 190	(0.4)
Total	**458 428**		**514 718**	

[a] Prevalence rates are shown in parentheses: the number of cases per 10 000 population. – Les taux de prévalence sont entre parenthèses: nombre de cas pour 10 000 personnes.
[b] Case-detection rates are shown in parentheses: the number of cases per 100 000 population. – Les taux de détection des cas sont entre parenthèses: nombre de cas pour 100 000 personnes.

Global reported annual case detection reached a peak of 804 000 in 1998, then levelled off at around 763 000 in 2001 before falling to around 621 000 during 2002 and 515 000 during 2003. (*Table 2*).

Le nombre annuel officiel des cas détectés dans le monde a atteint le niveau maximum de 804 000 en 1998, pour se stabiliser ensuite vers 763 000 en 2001 et retomber à environ 621 000 en 2002 et 515 000 en 2003. (*Tableau 2*).

Table 2 **Number of new cases detected during 2001, 2002 and 2003 (latest available data), by WHO region (excluding the European Region)**
Tableau 2 **Nombre de nouveaux cas détectés en 2001, 2002 et 2003 (dernières données disponibles), par région OMS (Europe non incluse)**

WHO region – Région OMS	No. of new cases detected during the year – Nombre de nouveaux cas détectés en		
	2001	2002	2003
African – Afrique	39 612	48 248	47 006
Americas – Amériques	42 830	39 939	52 435
South-East Asia – Asie du sud-est	668 658	520 632	405 147
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	4 758	4 665	3 940
Western Pacific – Pacifique occidental	7 404	7 154	6 190
Total	**763 262**	**620 638**	**514 718**

Table 3 shows the rates of prevalence at the beginning of 2004 and of case detection during 2003 for the 9 countries where the prevalence rate still exceeds 1 per 10 000 population, according to the latest available information. Together, these countries represent about 88% of the new cases detected during the year 2003, and 84% of registered cases at the beginning of 2004. These countries are: Angola, Brazil, Central African Republic, Democratic Republic of the Congo, India, Madagascar, Mozambique, Nepal and the United Republic of Tanzania.

Le *Tableau 3* donne les taux de prévalence début 2004 et le nombre des cas détectés en 2003 pour les 9 pays où le taux de prévalence dépasse encore 1:10 000, selon les informations les plus récentes. Ces pays totalisent environ 88% des nouveaux cas détectés en 2003, et 84% des cas enregistrés au début 2004. Ce sont les suivants: Angola, Brésil, Inde, Madagascar, Mozambique, Népal, République centrafricaine, République démocratique du Congo et République-Unie de Tanzanie.

Table 3 **Countries yet to reach elimination at the beginning of 2004**
Tableau 3 **Pays n'ayant pas encore réalisé l'élimination début 2004**

Country – Pays	Registered prevalence[a] at beginning of 2004 – Nombre de cas enregistrés[a] début 2004		No. of cases detected[b] during 2003 – Nombre de cas détectés[b] en 2003	
Angola	3 776	(2.8)	2 933	(22.1)
Brazil – Brésil	79 908	(4.6)	49 206	(28.6)
Central African Republic – République centrafricaine	952	(2.6)	542	(14.7)
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	6 891	(1.3)	7 165	(13.5)
India – Inde	265 781	(2.6)	367 143	(35.7)
Madagascar	5 514	(3.4)	5 104	(31.1)
Mozambique	6 810	(3.4)	5 907	(29.4)
Nepal – Népal	7 549	(3.1)	8 046	(32.9)
United Republic of Tanzania – RU Tanzanie	5 420	(1.6)	5 279	(15.4)
Total	**382 601**		**451 325**	

[a] Prevalence rates are shown in parentheses: the number of cases per 10 000 population.– Les taux de prévalence sont entre parenthèses: nombre de cas pour 10 000 personnes.
[b] Case-detection rates are shown in parentheses: the number of cases per 100 000 population. – Les taux de détection des cas sont entre parenthèses: nombre de cas pour 100 000 personnes.

Table 4 summarizes the global leprosy situation at the beginning of 2004 by WHO region (excluding the European Region) and country or territory.

Le *Tableau 4* résume la situation concernant la lèpre dans le monde début 2004, par région OMS (Europe non incluse) et par pays ou territoire.

Table 4 **Global leprosy situation, by WHO region (excluding the European Region) and country/territory, at the beginning of 2004**
Tableau 4 **La lèpre dans le monde, par région OMS (Europe non incluse) et par pays ou territoire, début 2004**

WHO region and country/territory – Région OMS et pays/territoire	Population – Nombre d'habitants	Registered prevalence – Prévalence enregistrée	Prevalence rate[a] – Taux de prévalence	No. of newly detected cases – Cas nouvellement détectés	Case-detection rate[b] – Taux de détection	No. of new MB[c] cases – Nouveaux cas MB	No. of new child cases – Nouveaux cas enfants	No. of cases with G2D[d] – Nouveaux cas incapacité 2
African – Afrique								
Angola	13 291 000	3 776	2.84	2 933	22.07	2 008	318	341
Benin – Bénin	6 260 000	297	0.47	377	6.02	240	48	79
Botswana	1 645 000	14	0.09	2	0.12	1	0	2
Burkina Faso	12 266 000	994	0.81	843	6.87	571	50	64
Burundi	6 852 000	327	0.48	179	2.61	136	16	36
Cameroon – Cameroun	15 481 000	689	0.45	574	3.71	391	79	49
Cape Verde – Cap-Vert	438 000	10	0.23	3	0.68	2	0	1
Central African Republic – République centrafricaine	3 681 000	952	2.59	542	14.72	379	56	98
Chad – Tchad	7 851 000	646	0.82	439	5.59	309	28	62
Comoros – Comores	713 000	103	1.44	129	18.09	38	47	6
Congo	3 025 000	222	0.73	253	8.36	148	15	21
Côte d'Ivoire	15 077 000	1 021	0.68	1 205	7.99	907	84	113
DR Congo – RD Congo[e]	53 120 000	6 891	1.30	7 165	13.49	3 875	902	826
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	464 000	32	0.69	18	3.88	–	–	–
Eritrea – Erythrée	3 966 000	41	0.10	41	1.03	14	0	1
Ethiopia – Ethiopie	64 063 000	5 852	0.91	5 193	8.11	4 572	289	776
Gabon	1 255 000	54	0.43	43	3.43	40	0	9
Gambia – Gambie	1 342 000	83	0.62	56	4.17	38	13	5
Ghana	20 766 000	692	0.33	180	0.87	140	55	–
Guinea – Guinée	7 560 000	685	0.91	929	12.29	544	124	62
Guinea-Bissau – Guinée-Bissau	1 239 000	98	0.79	59	4.76	42	7	7
Kenya	30 603 000	194	0.05	162	0.53	153	8	38
Lesotho	2 196 000	29	0.13	12	0.55	12	2	7
Liberia	3 325 000	115	0.35	75	2.26	55	6	5
Madagascar	16 391 000	5 514	3.36	5 104	31.14	3 400	761	771
Malawi	11 197 000	521	0.47	456	4.07	337	19	–

WHO region and country/territory – Région OMS et pays/territoire	Population – Nombre d'habitants	Registered prevalence – Prévalence enregistrée	Prevalence rate[a] – Taux de prévalence	No. of newly detected cases – Cas nouvellement détectés	Case-detection rate[b] – Taux de détection	No. of new MB[c] cases – Nouveaux cas MB	No. of new child cases – Nouveaux cas enfants	No. of cases with G2D[d] – Nouveaux cas incapacité 2
Mali	11 517 000	552	0.48	605	5.25	353	0	0
Mauritania – Mauritanie	2 743 000	69	0.25	140	5.10	82	0	28
Mauritius – Maurice	1 168 000	2	0.02	2	0.17	1	0	0
Mozambique	20 065 000	6 810	3.39	5 907	29.44	3 733	615	614
Namibia – Namibie	1 753 000	10	0.06	10	0.57	–	–	–
Niger	11 068 000	769	0.69	936	8.46	604	23	126
Nigeria	114 092 000	5 243	0.46	4 799	4.21	4 013	394	565
Rwanda	8 063 000	14	0.02	8	0.10	7	0	4
Senegal – Sénégal	9 728 000	451	0.46	364	3.74	218	33	65
Seychelles	78 000	2	0.26	2	2.56	2	0	0
Sierra Leone	4 977 000	487	0.98	814	16.36	335	162	71
South Africa – Afrique du Sud	40 782 000	140	0.03	50	0.12	42	3	21
Swaziland	1 037 000	2	0.02	–	0.00	–	–	–
Togo	4 748 000	429	0.90	232	4.89	153	0	27
UR Tanzania – RU Tanzanie[f]	34 283 000	5 420	1.58	5 279	15.40	3,468	463	–
Uganda – Ouganda	22 464 000	697	0.31	557	2.48	372	65	84
Zambia – Zambie	9 359 000	247	0.26	314	3.36	204	8	13
Zimbabwe	11 797 000	37	0.03	15	0.13	15	1	15
Total		**51 233**		**47 006**		**31 954**	**4 694**	**5 012**
Americas – Amériques								
Argentina – Argentine	37 488 000	977	0.3	448	1.2	340	5	55
Brazil – Brésil	172 236 000	79 908	4.6	49 206	28.6	24 377	4 092	2 696
Bolivia – Bolivie	8 517 000	160	0.2	123	1.4	53	7	16
Colombia – Colombie	43 074 000	1 731	0.4	632	1.5	432	23	71
Costa Rica	4 112 000	2	0.0	20	0.5	20	2	–
Cuba	11 239 000	266	0.2	251	2.2	179	3	9
Dominican Republic – République dominicaine	8 624 000	299	0.3	212	2.5	109	33	13
El Salvador	6 398 000	3	0.0	3	0.0	3	0	3
Guyana	867 000	91	1.0	53	6.1	35	20	5
Honduras	6 656 000	9	0.0	1	0.0	1	–	–
Jamaica – Jamaïque	2 605 000	11	0.0	5	0.2	4	0	0
Mexico – Mexique	100 377 000	1 011	0.1	267	0.3	198	7	29
Paraguay	5 636 000	537	0.9	523	9.3	393	23	64
Saint Lucia – Sainte-Lucie	156 000	16	1.0	7	4.5	3	–	–
Suriname	419 000	34	0.8	51	12.2	27	6	0
Trinidad and Tobago – Trinité-et-Tobago	1 301 000	56	0.4	29	2.2	10	5	4
Uruguay	3 361 000	13	0.0	6	0.2	3	0	1
Venezuela	24 632 000	1 528	0.6	598	2.4	390	46	39
Total		**86 652**		**52 435**		**26 577**	**4 272**	**3 005**
South-East Asia – Asie du Sud-Est								
Bangladesh	131 394 000	6 754	0.5	8 712	6.6	–	–	–
Bhutan – Bhoutan	2 183 000	42	0.2	18	0.8	–	–	–
India – Inde	1 029 033 000	265 781	2.6	367 143	35.7	144 276	50 550	5 302
Indonesia – Indonésie	214 889 000	18 083	0.8	14,641	6.8	–	–	–
Maldives	294 000	7	0.2	13	4.4	–	–	–
Myanmar	46 150 000	2 778	0.6	3 808	8.3	–	–	–
Nepal – Népal	24 483 000	7 549	3.1	8 046	32.9	–	–	318
Sri Lanka	19 018 000	1 317	0.7	1 925	10.1	725	221	158
Thailand – Thaïlande	61 930 000	1 775	0.3	705	1.1	485	28	88
Timor-Leste – Timor-oriental	898 000	210	2.3	136	15.1	–	–	–
Total		**304 296**		**405 147**				
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale								
Afghanistan	23 787 000	15	0.0	15	0.1	10	0	7
Bahrain – Bahreïn	628 000	36	0.6	12	1.9	4	–	–
Djibouti	649 000	23	0.4	2	0.3	1	-	1
Egypt – Egypte	69 707 000	2 380	0.3	1 412	2.0	1 181	99	48
Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	68 457 000	139	0.0	66	0.1	–	–	–
Morocco – Maroc	28 827 000	340	0.1	50	0.2	27	4	1
Oman	2 626 000	9	0.0	7	0.3	5	–	1
Pakistan	160 605 000	1 062	0.1	751	0.5	541	51	169

WHO region and country/territory – Région OMS et pays/territoire	Population – Nombre d'habitants	Registered prevalence – Prévalence enregistrée	Prevalence rate[a] – Taux de prévalence	No. of newly detected cases – Cas nouvellement détectés	Case-detection rate[b] – Taux de détection	No. of new MB[c] cases – Nouveaux cas MB	No. of new child cases – Nouveaux cas enfants	No. of cases with G2D[d] – Nouveaux cas incapacité 2
Somalia – Somalie	10 506 000	400	0.4	306	2.9	196	102	44
Sudan – Soudan	30 113 000	999	0.3	906	3.0	731	32	163
Yemen – Yémen	18 762 000	395	0.2	413	2.2	257	28	53
Total		**5 798**		**3 940**		**2 953**	**316**	**487**
Western Pacific – Pacifique occidental								
American Samoa – Samoa américaines	64 000	8	1.25	2	3.13	1	1	0
Australia – Australie	19 729 000	0	0	4	0.02	2	0	1
Brunei Darussalam – Brunéi Darussalam	347 000	2	0.06	2	0.58	0	0	0
Cambodia – Cambodge	14 113 000	409	0.36	509	3.61	348	47	74
China – Chine	1 303 473 000	3 261	0.03	1 404	0.11	1 214	44	298
China, Hong Kong SAR – Hong Kong (RAS)[g]	7 124 000	38	0.05	7	0.10	5	0	1
China, Macao SAR – Chine, Macao RAS[g]	456 000	1	0.02	1	0.22	1	0	1
Fiji – Fidji	854 000	2	0.02	2	0.23	1	1	0
French Polynesia (2002) – Polynésie française (2002)	240 000	17	0.71	11	4.58	10	0	0
Guam (2001)	158 000	1	0.06	1	0.63	1	1	0
Japan (2001) – Japon (2001)	127 335 000	0		10	0.01	7	0	0
Kiribati	94 000	8	0.85	21	22.34	8	8	0
Lao PDR – RDP lao[h]	5 659 000	144	0.25	156	2.76	117	11	25
Malaysia – Malaisie	23 430 000	972	0.41	219	0.93	145	26	10
Marshall Islands – Iles Marshall	55 000	50	9.09	76	138.2	37	20	0
Micronesia (Federated States of) – Micronésie (Etats fédérés de)	126 000	70	5.56	89	70.6	42	37	0
Nauru (2002)	12 000	5	4.17	3	25	2	1	0
New Caledonia – Nouvelle Calédonie	223 000	0	0.0	4	1.79	0	1	0
New Zealand – Nouvelle-Zélande	3 865 000	0	0.0	4	0.10	2	1	0
North Mariana Islands – Iles Marianne du Nord	74 000	8	1.08	4	5.41	3	0	0
Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	5 528 000	337	0.61	263	4.76	136	50	14
Philippines	80 089 000	3 334	0.42	2 397	2.99	2 182	126	88
Republic of Korea – République de Corée	47 701 000	518	0.11	17	0.04	16	0	5
Samoa	179 000	13	0.73	11	6.15	10	10	8
Singapore – Singapour	4 260 000	23	0.05	5	0.12	4	0	0
Solomon Islands – Iles Salomon	454 000	5	0.11	5	1.1	3	1	0
Vanuatu	207 000	11	0.53	7	3.38	3	2	0
Viet Nam	81 286 000	1 203	0.15	949	1.17	590	52	179
Total		**10 449**		**6 190**		**4 893**	**441**	**704**

[a] Number of cases per 10 000 population. – Nombre de cas pour 10 000 personnes.
[b] Number of cases per 100 000 population. – Nombre de cas pour 100 000 personnes.
[c] MB = multibacillary leprosy. – MB = lèpre multibacillaire
[d] G2D = Grade-2 disabilities.
[e] DR Congo = Democratic Republic of the Congo. – RD Congo = République démocratique du Congo.
[f] UR Tanzania = United Republic of Tanzania. – RU Tanzanie = République-Unie de Tanzanie.
[g] SAR = Special Administrative Region. – RAS = Région administrative spéciale.
[h] Lao PDR = Lao People's Democratic Republic. – RDP lao = République démocratique populaire lao.

Major achievements of the elimination strategy

- There is now increased awareness and political commitment in all endemic countries.
- There is greater acceptance for integrating leprosy control services within general health services.
- Between 1985 and the beginning of 2005, more than 14 million leprosy cases were diagnosed and had completed treatment with MDT, with very few relapses reported.
- The number of countries showing prevalence rates above 1 per 10 000 population has been reduced from 122 in 1985 to 9 at the beginning of 2004.

Principaux résultats de la stratégie pour l'élimination

- L'opinion, dans tous les pays d'endémie, est désormais plus sensibilisée à la nécessité d'un engagement politique.
- L'intégration des services de lutte antilépreuse dans les services de santé généraux est davantage acceptée.
- Entre 1985 et début 2005, plus de 14 millions de cas de lèpre ont été diagnostiqués et entièrement traités par la PCT, de très rares rechutes ayant été signalées.
- Le nombre des pays avec un taux de prévalence supérieur à 1 pour 10 000 est passé de 122 en 1985 à 9 début 2004.

- There is a considerable reduction in areas not covered by leprosy services, including those that are difficult to access.
- Since 1995, MDT has been available free of charge in all endemic countries.

Major challenges

- To further reduce stigma and discrimination against affected people and their families.
- To maintain quality of services in the integrated systems and in low-endemic situations.
- To further strengthen surveillance, MDT drug supply, logistics, information, education and communication, job-oriented capacity-building of general health workers, and efficient referral network.
- To assess the magnitude of disability burden caused by leprosy and develop appropriate tools and procedures to address issues related to prevention of disabilities and of rehabilitation.
- To expand coverage of leprosy control services to underserved or marginalized communities and areas.
- To reduce the gender imbalance seen in new case detection in some programmes.
- To build effective partnerships based on mutual trust, equality and unity of purpose.

Next steps

The programme will continue to collaborate and coordinate efforts with all partners to achieve leprosy elimination in the 9 remaining countries that have yet to reach the goal. For a variety of reasons, some of these countries may not reach the defined goal of a prevalence rate of less than 1 per 10 000 population by the end of 2005 – but will certainly reach the goal in the next few years.

It is clear that leprosy has become a relatively rare disease in most countries where it was a public health problem in 1985. Given such a scenario, it is important that efforts be made to sustain achievements, further reduce the disease burden and make MDT services easily accessible to communities in which new cases of leprosy continue to be detected. The key issue will be to integrate all essential components of leprosy control within the existing primary health-care system, including the development of integrated referral facilities. This will need careful planning and probably different approaches within the country, depending on the local leprosy burden and the availability of appropriate health infrastructure or national control programme for integration.

Conclusion

The Leprosy Elimination Programme is now at a crucial stage, with 9 countries where leprosy remains a public health problem. In some of these countries, the reported data suggest that a significant part of the case-load is artificially inflated as a result of non-adherence to standard definitions and/or the re-registration of old cases as new and incorrect diagnoses. As a priority, regular updating of leprosy registers and strict adherence to standard definitions for case, cure, default and point prevalence will be carried out in identified countries during 2005.

- Le nombre des zones non couvertes a sensiblement baissé, et notamment celui des zones difficiles d'accès.
- Depuis 1995, la PCT est gratuite dans tous les pays d'endémie.

Principales difficultés

- Réduire plus encore la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes affectées et de leur famille.
- Maintenir la qualité des services dans les systèmes intégrés et dans les lieux de faible endémicité.
- Renforcer encore la surveillance, l'approvisionnement en médicaments, la logistique, l'information, l'éducation et la communication, le renforcement des capacités professionnelles des personnels de santé non spécialisés, et un réseau de transfert performant.
- Evaluer l'ampleur de la charge que représentent les incapacités dues à la lèpre et élaborer des instruments et des procédures appropriés pour s'atteler à la prévention des incapacités et à la réadaptation.
- Etendre la couverture des services de lutte antilépreuse aux communautés et zones insuffisamment desservies ou marginalisées.
- Réduire les inégalités hommes-femmes observées dans certains programmes au plan de la détection des nouveaux cas.
- Etablir des partenariats efficaces fondés sur la confiance mutuelle, l'égalité et la concertation.

Etapes suivantes

Le programme continuera de collaborer et de coordonner l'action avec tous les partenaires afin de réaliser l'élimination de la lèpre dans les 9 pays qui n'ont pas encore atteint cet objectif. Pour diverses raisons, certains de ces pays pourraient ne pas atteindre la cible définie, à savoir un taux de prévalence inférieur à 1 pour 10 000 d'ici à fin 2005 – cibles qu'ils atteindront certainement ces prochaines années.

La lèpre est sans aucun doute devenue une maladie relativement rare dans la plupart des pays où elle constituait un problème de santé publique en 1985. Cela étant, il est important que des mesures soient prises pour maintenir l'acquis, réduire davantage la charge de morbidité et faciliter l'accès aux services PCT des communautés où l'on continuera de détecter de nouveaux cas de lèpre. Le plus important sera l'intégration de tous les éléments essentiels de la lutte antilépreuse dans le système de soins de santé primaires existant, et notamment l'établissement de services de transfert intégrés. Cela nécessitera une bonne planification, et probablement la mise en œuvre de méthodes différentes à l'intérieur d'un même pays, selon la charge locale de morbidité lépreuse et la disponibilité d'infrastructures sanitaires appropriées ou d'un programme national de lutte permettant l'intégration.

Conclusion

Le Programme pour l'élimination de la lèpre a atteint un stade décisif, la lèpre constituant encore un problème de santé publique dans 9 pays. Selon les données officielles de certains de ces pays, le nombre des cas serait sensiblement surévalué en raison du non-respect des définitions types et/ou de l'enregistrement de cas anciens comme des cas nouveaux et d'erreurs de diagnostic. L'actualisation régulière des registres de la lèpre et le respect rigoureux des définitions types pour les cas, la guérison, la non-observance et la prévalence ponctuelle seront des mesures prioritaires dans les pays concernés en 2005.

All efforts will be made to ensure that these 9 countries reach the elimination goal at the national level as soon as possible. The programme will work closely with all partners and national authorities to achieve this goal.

During the past 20 years, more than 110 countries have achieved the goal of elimination at the national level. Some of these countries still have a significant disease burden in some provinces or districts. These countries will need sustained efforts to reduce the disease burden in pockets of high endemicity.

There is an urgent need to accelerate the process of integration of leprosy control activities within national primary health-care systems in order to improve accessibility to treatment, and to reduce the persistent stigma and discrimination faced by people affected by leprosy. ■

Tout sera fait pour que ces 9 pays atteignent dès que possible la cible de l'élimination au niveau national. Le programme travaillera en relation étroite avec tous les partenaires et les autorités nationales à la réalisation de cet objectif.

Depuis 20 ans, plus de 110 pays ont atteint l'objectif de l'élimination au niveau national. Une charge de morbidité importante subsiste, au niveau provincial ou du district dans certains de ces pays. Ceux-ci devront adopter des mesures de longue durée pour réduire la charge de morbidité dans les poches de forte endémicité.

Il est urgent d'accélérer l'intégration des activités de lutte antilépreuse dans les systèmes de soins de santé primaires nationaux afin d'améliorer l'accessibilité du traitement, et de réduire la stigmatisation et la discrimination dont les personnes affectées par la lèpre continuent de faire l'objet. ■

WHO web sites on infectious diseases
Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

Antimicrobial resistance information bank	**http://oms2.b3e.jussieu.fr/arinfobank/**	Banque de données sur la pharmacorésistance
Buruli ulcer	**http://www.who.int/gtb-buruli**	Ulcère de Buruli
Cholera	**http://www.who.int/csr/disease/cholera**	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	**http://www.who.int/csr/delibepidemics/**	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Dengue (DengueNet)	**http://who.int/denguenet**	Dengue (DengueNet)
Eradication/elimination programmes	**http://www.who.int/infectious-disease-news/**	Programmes d'éradication/élimination
Filariasis	**http://www.filariasis.org**	Filariose
Geographical information systems (GIS)	**http://www.who.int/csr/mapping/**	Systèmes d'information géographique
Global atlas of infectious diseases	**http://globalatlas.who.int**	Atlas mondial des maladies infectieuses
Health topics	**http://www.who.int/topics**	La santé de A à Z
Influenza network (FluNet)	**http://who.int/flunet**	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illnesses	**http://www.who.int/chd/**	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
International Health Regulations	**http://www.who.int/csr/ihr/en/**	Règlement sanitaire international
International travel and health	**http://www.who.int/ith/**	*Voyages internationaux et santé*
Intestinal parasites	**http://www.who.int/wormcontrol/**	Parasites intestinaux
Leishmaniasis	**http://www.who.int/leishmaniasis**	Leishmaniose
Leprosy	**http://www.who.int/lep/**	Lèpre
Malaria	**http://www.rbm.who.int**	Paludisme
Newsletter *(Action Against Infection)*	**http://www.who.int/infectious-disease-news/newsletter**	Bulletin *(Agir contre les infections)*
Outbreaks	**http://www.who.int/csr/don**	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	**http://www.who.int/gpv/**	Poliomyélite
Rabies network (RABNET)	**http://www.who.int/rabies**	Réseau rage (RABNET)
Report on infectious diseases	**http://www.who.int/infectious-disease-report/**	*Rapport sur les maladies infectieuses*
Salmonella surveillance network	**http://www.who.int/salmsurv**	Réseau de surveillance de la salmonellose
Smallpox	**http://www.who.int/csr/disease/smallpox/**	Variole
Surveillance and response	**http://www.who.int/csr/**	Surveillance et action
Tropical disease research	**http://www.who.int/tdr/**	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	**http://www.who.int/gtb/** *and/et* **http://www.stoptb.org**	Tuberculose
Vaccines	**http://www.who.int/gpv/**	Vaccins
Weekly Epidemiological Record	**http://www.who.int/wer/**	*Relevé épidémiologique hebdomadaire*
WHO Office in Lyon	**http://www.who.int/csr/labepidemiology**	Bureau de l'OMS à Lyon
WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)	**http://www.who.int/whopes**	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre, Tunis	**http://wmc.who.int**	Centre méditerranéen de l'OMS, Tunis

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 25 to 31 March 2005 / Notifications de maladies reçues du 25 au 31 mars 2005

Cholera / Choléra

	Cases / Deaths Cas / Décès	
Africa / Afrique		
Benin / Bénin	1.I-27.II 25	0
Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo	14.II-13.III 1377	22
Equatorial Guinea / Guinée équatoriale	7-27.III 1107	1
Mozambique	1.I-13.III 363	3
Senegal / Sénégal	1.I-23.III 2054	8