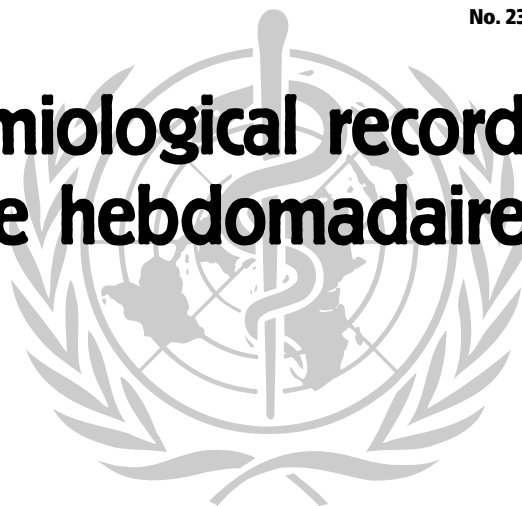


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

10 JUNE 2005, 80th YEAR / 10 JUIN 2005, 80^e ANNÉE

No. 23, 2005, 80, 201–212

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

Contents

201 Outbreak news:

- Marburg haemorrhagic fever, Angola – update
- Poliomyelitis, Indonesia

202 Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis

212 International Health Regulations

Sommaire

201 Le point sur les épidémies:

- Fièvre hémorragique de Marburg en Angola – mise à jour
- Poliomyélite, Indonésie – mise à jour

202 Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique

212 Règlement sanitaire international

★ OUTBREAK NEWS

Marburg haemorrhagic fever, Angola – update¹

As of 5 June 2005, the Ministry of Health in Angola has reported 423 cases of Marburg haemorrhagic fever. Of these cases, 357 were fatal. The vast majority of cases have occurred in Uige Province, where 412 cases and 346 deaths have been reported.

The number of new cases being reported in Uige municipality has declined considerably, with only 1 new confirmed case detected during the week. This case was a recognized contact who was under follow-up. For comparison, during the peak of the outbreak, which occurred in late March and April 2005, 30 to 40 new cases were being reported weekly.

Alerts to potential cases continue to be received and investigated, indicating that vigilance remains high.

¹ See No. 22, 2005, pp. 193–194.

Poliomyelitis, Indonesia¹

On 8 June 2005, 8 new polio cases were confirmed in Indonesia, bringing the total number of cases to 28. All 8 new cases are from districts (Lebal and Serang districts, in Banten province) neighbouring that of the index case (Sukabumi District).

On 2 May 2005, the global reference laboratory in Mumbai, India, confirmed a wild poliovirus type 1 isolate, from an acute flaccid paralysis case identified by the national surveillance system in Giri Jaya village, Sukabumi District, West Java, Indonesia. The case, an 18-month-old child who was previously unimmunized, had onset of paralysis on 13 March 2005.

¹ See No. 18, 2005, pp. 157–158.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Fièvre hémorragique de Marburg en Angola – mise à jour¹

Au 5 juin 2005, le Ministère de la Santé angolais avait notifié 423 cas, dont 357 mortels. Dans leur très grande majorité, ils se sont produits dans la province d'Uige où l'on a enregistré 412 cas, dont 346 mortels.

Le nombre des nouveaux cas notifiés dans la municipalité d'Uige a beaucoup baissé et il n'y a eu qu'un seul nouveau cas confirmé la semaine dernière. Il s'agissait d'un contact identifié qui était suivi. En comparaison, au plus fort de la flambée, à la fin du mois de mars et en avril 2005, on signalait chaque semaine 30 à 40 nouveaux cas.

Il continue à y avoir des alertes suivies d'enquêtes sur des cas potentiels, ce qui indique le maintien d'un niveau élevé de vigilance.

¹ Voir N° 22, 2005, pp. 193–194.

Poliomyélite, Indonésie – mise à jour¹

Le 8 juin 2005, l'Indonésie a confirmé 8 nouveaux cas de poliomyélite, portant le nombre total à 28. Ces 8 nouveaux cas se sont tous produits dans les districts de Lebal et Serang (province de Banten), voisins de celui du cas indicateur (Sukabumi District).

Le 2 mai 2005, le laboratoire de référence mondial à Mumbai (Inde), a confirmé que le virus isolé à partir d'un cas de paralysie flasque aiguë, identifié par le système national de surveillance dans le village de Giri Jaya (district de Sukabumi, Java Ouest), était un poliovirus sauvage de type 1. Cet enfant de 18 mois, qui n'avait pas été vacciné jusque-là, a présenté une paralysie à partir du 13 mars 2005.

¹ Voir N° 18, 2005, pp. 157–158.

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

5.000 6.2005

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

From 31 May to 2 June, a polio immunization "mop-up" campaign was conducted, covering West Java, Banten and Jakarta provinces, to reach 6.4 million children under the age of 5 years. Planning for the second-round campaign (to be held on 28–29 June 2005) has begun.

The findings of the investigation suggest a recent introduction of wild poliovirus. Genetic analysis of the virus demonstrates that its origin is in West Africa, similar to the viruses which caused the 2003–2004 outbreak. Further analysis suggests the virus travelled to Indonesia through Sudan, and is similar to recently isolated viruses in Saudi Arabia and Yemen.²

Indonesia has not had a wild poliovirus case since 1995.

Further information can be found at <http://www.polioeradication.org/content/pressreleases/Indonesiapolio6June2005.pdf> and <http://www.polioeradication.org/> ■

² See No. 22, 2005, p. 194.

Du 31 mai au 2 juin, une campagne de «ratissage» a été menée dans les provinces de Java Ouest, Banten et Jakarta afin de vacciner 6,4 millions d'enfants de moins de 5 ans. La planification de la deuxième série de vaccinations (les 28 et 29 juin) a commencé.

Les constatations de l'enquête indiquent une introduction récente du poliovirus sauvage. L'analyse génétique du virus montre qu'il est originaire de l'Afrique de l'ouest et qu'il est semblable à ceux qui ont provoqué la flambée de 2003/2004. Des analyses complémentaires donnent à penser que le virus a migré jusqu'en Indonésie par le Soudan et il ressemble aux virus récemment isolés en Arabie saoudite et au Yémen.²

Il n'y a pas eu de cas d'infection par un poliovirus sauvage en Indonésie depuis 1995.

Pour plus d'informations, merci de consulter les sites suivants: <http://www.polioeradication.org/content/pressreleases/Indonesiapolio6June2005.pdf> (en anglais seulement) et <http://www.polioeradication.org/> ■

² Voir N° 22, 2005, p. 194.

Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis

Progress report for 2004

In 2004, 35 of the 83 countries and territories¹ classified as lymphatic filariasis (LF)-endemic benefited from mass drug administration (MDA) designed to eliminate lymphatic filariasis (LF) as a public health problem (*Map 1*); 4 countries that had carried out MDA in previous years were unable to do so in 2004 (*Table 1*). Out of almost 110 million people targeted for MDA under the WHO-recommended strategies administration of either diethylcarbamazine citrate (DEC) plus albendazole or DEC-fortified salt or, where onchocerciasis is co-endemic with LF, ivermectin plus albendazole, it was reported that more than 76.5 million people ingested the 2-drug combinations – albendazole plus DEC or albendazole plus ivermectin. Brazil, Guyana and India targeted a total of 326.8 million people using DEC alone or DEC-fortified salt, of whom it was reported that 171.6 million ingested the drug. The MDA with DEC alone in India began in 1996, and was extended to 196 districts in 2004.

Countries that come under the auspices of the South-East Asia Programme Review Group (PRG) have been identified as having the greatest number of people at risk of LF: 763 million, 454 million of whom are in India alone. Countries under the African PRG represent the second largest number of people at risk (at least 478 million) and 39 (almost 47%) of the 83 LF-endemic countries in the world are in Africa. In 2004, the countries under the South-East Asia PRG targeted almost 384.76 million (49.8%) of their at-risk population, while the African countries targeted 29.6 million (13.9%).

A total of 52 countries have already finished mapping LF distribution and at least 16 others are in the process of completing it. Mapping the disease is one of the first steps to be taken when planning to increase the coverage of populations by MDA.

¹ Hereafter, countries and territories are referred to as countries.

Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique

Rapport de situation 2004

En 2004, 35 des 83 pays et territoires¹ où la filariose lymphatique (FL) est considérée comme endémique ont bénéficié de l'administration massive de médicaments pour éliminer cette maladie en tant que problème de santé publique (*Carte 1*); 4 pays qui avaient procédé au traitement de masse les années précédentes n'ont pu le faire en 2004 (*Tableau 1*). Sur près de 110 millions de personnes visées par le traitement de masse conformément aux stratégies recommandées par l'OMS (administration de l'association diéthylcarbamazine (DEC)-albandazole ou de sel enrichi en DEC ou, dans les zones de co-endémie de l'onchocercose et de la filariose lymphatique, de l'association ivermectine-albandazole), plus de 76,5 millions ont pris une bithérapie, albendazole et DEC ou albendazole et ivermectine. Au total, 326,8 millions de personnes au Brésil, au Guyana et en Inde ont été visées par l'administration de DEC seule ou de sel enrichi en DEC et 171,6 millions d'entre elles ont ingéré le médicament. En Inde, l'administration massive de DEC seule a commencé en 1996 et a été étendue à 196 districts en 2004.

C'est dans les pays qui relèvent du groupe d'examen du programme régional (PRG) de l'Asie du Sud-Est que l'on recense le plus grand nombre d'habitants exposés à la FL : 763 millions, dont 454 millions rien qu'en Inde. Les pays qui dépendent du PRG de l'Afrique viennent en deuxième position avec au moins 478 millions de personnes à risque, et 39 (près de 47%) des 83 pays du monde où la FL est endémique sont situés en Afrique. En 2004, les pays relevant du PRG de l'Asie du Sud-Est ont visé près de 384 760 000 habitants (49,8%) parmi la population à risque, et les pays africains 29,6 millions (13,9%).

Au total, 52 pays ont déjà établi la carte de la distribution de la FL et au moins 16 autres sont en passe de l'achever. La cartographie de la maladie est l'une des premières mesures à prendre quand on entreprend d'étendre la couverture de la population par le traitement de masse.

¹ Ci-après désignés par «les pays».

Table 1 **Global Programme for the Elimination of Lymphatic Filariasis: mass drug administration (MDA), 2004**Tableau 1 **Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: administration massive de médicaments (AMM), 2004**

Country, by regional programme review group – Pays, par groupe d'examen des programmes régionaux	Total population of all IUs targeted for MDA in 2004 – Population totale de toutes les IU visées par l'AMM en 2004	Population reported to have ingested drugs – Population ayant bénéficié des médicaments	Drug coverage (%) ^a – Couverture par les médicaments (%) ^a		
			Total population (reported by IU) – Population totale (indiquée par les IU)	Eligible population (reported by IU) – Population pouvant prétendre au traitement (indiquée par les IU)	Geographical coverage by total population – Couverture géographique par rapport à la population totale
African – Afrique					
Benin – Bénin	1 453 228	1 109 489	76.3	NR	34.1
Burkina Faso	8 401 168	6 239 697	74.3	92.8	63.7
Comoros – Comores	511 395	397 314	77.7	95.0	100.0
Ghana	5 378 143	3 971 869	73.9	NR	52.7
Kenya	No MDA – Pas d'AMM	–	–	–	–
Nigeria – Nigéria	4 196 224	3 236 296	77.1	92.5	3.5^c
Togo	1 064 633	889 393	83.5	NR	100.0
Uganda – Ouganda	2 167 699	1 158 772	53.5	NR	17.4^c
United Republic of Tanzania, mainland – République-Unie de Tanzanie (continent)	5 372 976	3 326 096	61.9	NR	15.8^c
United Republic of Tanzania, Zanzibar – République-Unie de Tanzanie (Zanzibar)	1 096 796	899 373	82.0	95.0	100.0
American – Amériques					
Brazil (DEC alone) – Brésil (DEC seule)	47 302	39 262	83.0	NR	2.6^c
Dominican Republic – République dominicaine	470 634	398 418	84.7	94.1	43.5^c
Guyana (DEC-fortified salt) ^b – Guyana (sel enrichi en DEC) ^b	709 506	NR	NR	NR	NR
Haiti – Haïti	1 428 298	1 068 220	74.8	NR	17.7
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale					
Egypt – Egypte	2 735 626	2 579 452	94.3	97.9	100.0
Yemen – Yémen	173 264	142 581	82.3	91.4	100.0
Mekong-Plus – Mékong-Plus					
Malaysia ^b – Malaisie ^b	1 159 296	NR	NR	NR	NR
Philippines	12 648 981	8 800 957	69.6	75.4	53.8^c
Viet Nam	667 765	587 818	88.0	93.9	45.3^c
South-East Asia – Asie du Sud-Est					
Bangladesh ^b	11 750 000	1 869 860	NR	NR	NR
India (DEC + albendazole) – Inde (DEC-albendazole)	14 770 000	13 370 000	90.5	95.6	40.7^{c, d}
India (DEC alone) ^b – Inde (DEC seule) ^b	326 060 000	171 560 000	52.6	62.1	40.7^{c, d}
Indonesia – Indonésie	2 591 854	1 246 023	48.1	52.0	1.7^c
Maldives	1 740	1 574	90.5	NR	100.0
Myanmar	17 929 178	15 838 896	88.3	94.1	38.1
Nepal – Népal	1 475 380	1 451 899	98.4	94.2	6.7^c
Sri Lanka	10 044 082	8 576 344	85.4	93.3	100.0
Thailand – Thaïlande	146 265	129 897	88.8	NR	100.0
PacCARE					
American Samoa – Samoa américaines	57 291	37 018	64.6	NR	100.0
Cook Islands – Iles Cook	18 700	12 900	69.0	NR	100.0
Fiji – Fidji	776 173	537 484	69.2	NR	100.0
French Polynesia – Polynésie française	248 776	230 737	92.7	NR	100.0
Kiribati	90 700	66 741	73.6	78.9	100.0
Marshall Islands – Iles Marshall	No MDA – Pas d'AMM	–	–	–	–
Micronesia (Fed. States of) – Micronésie (Etats fédérés de)	No MDA – Pas d'AMM	–	–	–	–
Niue – Nioué	1 639	1 397	85.2	87.9	100.0
Samoa	No MDA – Pas d'AMM	–	–	–	–
Tonga	97 784	83 719	85.6	88.1	100.0
Tuvalu	9 561	8 000	83.7	83.7	100.0
Vanuatu	186 678	158 758	85.0	99.0	100.0
Wallis and Futuna – Wallis et Futuna	14 934	9 918	66.4	78.8	100.0
Total (39 countries under MDA) – Total (39 pays avec AMM)	435 953 669	250 036 172			

NR, data not reported in annual report. – NI, non indiqué dans le rapport annuel.

^a Drug coverage = number of people administered the drugs divided by the total population in implementation units (IUs) x 100. – Couverture par les médicaments = nombre de personnes à qui ont été administrés les médicaments divisé par la population totale des unités de mise en œuvre (IU) x 100.^b Incomplete data. – Données incomplètes.^c Denominator = estimated at-risk population. – Dénominateur = nombre estimatif de personnes à risque.^d Geographical coverage refers to the whole country for both drug regimens used. – La couverture géographique concerne l'ensemble du pays pour les deux schémas thérapeutiques utilisés.

In 2004, a number of training courses on interruption of LF transmission were organized by endemic countries, involving mainly community drug distributors.

En 2004, les pays d'endémie ont organisé des cours de formation concernant l'interruption de la transmission de la FL, à l'intention principalement des distributeurs de médicaments au sein de la communauté.

Progress of mass drug administration in LF-endemic regions (Table 1, Table 2)

African. MDA activities were carried out in 8 countries of the African PRG, where 29.6 million people were targeted to receive DEC plus albendazole or ivermectin plus albendazole combinations. Kenya had to postpone its 2004 MDA until 2005 for logistic reasons. The reported drug coverage in this PRG ranged from 53.5% to 83.5%. A cluster survey carried out in Burkina Faso and Togo to assess the coverage of MDA showed, in general, a close correlation between the reported and assessed coverage.

American. Countries under the auspices of the American PRG targeted 2.6 million people at risk. Guyana planned its distribution of DEC-fortified salt for a second year. Brazil started selective chemotherapy with DEC alone in some areas of Recife. An analysis of historical epidemiological data and an immunochromatographic test (ICT) survey showed that Costa Rica, Suriname and Trinidad and Tobago may have stopped local transmission of the disease. However, this needs further verification.

Eastern Mediterranean. Of the 3 endemic countries under the Eastern Mediterranean PRG, 2 are continuing MDA (Egypt and Yemen). Mapping in Sudan is in progress. In 2004, more than 2.9 million people were targeted for MDA. Egypt will finish its fifth MDA round in most of its implementation units in 2005.

Le point sur l'administration massive de médicaments dans les régions d'endémie filarienne (Tableau 1, Tableau 2)

Afrique. Huit pays du PRG de l'Afrique ont procédé à l'administration massive de médicaments dans le but de distribuer les associations DEC-albendazole ou ivermectine-albendazole à 29,6 millions de personnes. Pour des raisons de logistique, le Kenya a dû reporter à 2005 l'administration massive de médicaments prévue en 2004. La couverture médicamenteuse pour ce PRG était comprise entre 53,5% et 83,5%. Une enquête en grappes effectuée au Burkina Faso et au Togo pour estimer la couverture par le traitement de masse a mis en évidence, d'une manière générale, une étroite corrélation entre la couverture déclarée et la couverture estimative.

Amériques. Les pays qui relèvent du PRG des Amériques ont visé 2,6 millions de personnes à risque. Le Guyana a prévu la distribution de sel enrichi en DEC pour la deuxième année consécutive. Le Brésil a mis en route une chimiothérapie sélective par la DEC seule dans certains secteurs de Recife. Une analyse des données épidémiologiques rétrospectives et une enquête par immunochromatographie ont montré que le Costa Rica, le Suriname et Trinité et Tobago avaient peut-être interrompu la transmission locale de la maladie. Toutefois, des vérifications s'imposent.

Méditerranée orientale. Sur les 3 pays d'endémie que compte le PRG de la Méditerranée orientale, 2 continuent de procéder à l'administration massive de médicaments (l'Égypte et le Yémen). La cartographie est en cours au Soudan. En 2004, plus de 2,9 millions de personnes ont été visées par le traitement de masse. L'Égypte achèvera en 2005 son cinquième cycle d'administration massive de médicaments dans la plupart de ses unités de mise en œuvre.

Table 2 **Lymphatic filariasis: population at risk and population targeted for mass drug administration (MDA) by regional programme review group (PRG), 2004**

Tableau 2 **Filariose lymphatique : population à risque et population visée par l'administration massive de médicaments (AMM) par groupe d'examen des programmes régionaux (PRG), 2004**

Regional PRG – PRG régional	Population at risk in 39 countries (millions) – Population à risque dans 39 pays (en millions)	No. of countries under MDA – Nombre de pays concernés par l'AMM	Population at risk targeted in 2004 (millions) – Population à risque visée en 2004 (en millions)	% of total population at risk in countries under MDA – % du total de la population à risque dans les pays concernés par l'AMM
African ^a – Afrique ^a	212.4	9	29.6	13.9
American ^b – Amériques ^b	11.6	4	2.6	22.4
Eastern Mediterranean ^c – Méditerranée orientale ^c	2.9	2	2.9	100.0
Mekong-Plus ^d – Mékong-Plus ^d	25.1	3	14.5	57.8
South-East Asia ^e – Asie du Sud-Est ^e	762.9	8	384.8	50.4
PacCARE ^f	1.9	13	1.5	78.9
Total	1016.8	39	435.9	42.9

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

^b Brazil, Dominican Republic, Guyana, Haiti. – Brésil, Guyana, Haïti, République dominicaine.

^c Egypt, Yemen. – Égypte, Yémen.

^d Malaysia, Philippines, Viet Nam. – Malaisie, Philippines, Viet Nam.

^e Bangladesh, India, Indonesia, Maldives, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Thailand. – Bangladesh, Inde, Indonésie, Maldives, Myanmar, Népal, Sri Lanka, Thaïlande.

^f American Samoa, Cook Islands, Fiji, French Polynesia, Kiribati, Marshall Islands, Micronesia (Federated States of), Niue, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis and Futuna. – Fidji, Îles Cook, Îles Marshall, Kiribati, Micronésie (Etats fédérés de), Nioué, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis et Futuna.

Mekong-Plus. Countries under the Mekong-Plus PRG were regrouped towards the end of 2004 and the PRG is now composed of 8 countries, namely: Brunei Darussalam, Cambodia, China, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Philippines, Republic of Korea and Viet Nam. Of these, 3 (Malaysia, Philippines and Viet Nam) carried out MDA in 2004, targeting 16.4 million people. China has already completed its interventions and has achieved its national target of elimination. It is expected the country will apply for verification of interruption of transmission by WHO in 2005–2006.

South-East Asia. In 2004, countries under the South-East Asia PRG were regrouped to comprise 9 countries, namely: Bangladesh, India, Indonesia, Maldives, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Thailand and Timor-Leste. All, with the exception of Timor-Leste, have started MDA using the DEC plus albendazole combination, targeting 53.6 million people. Of these, 14.7 million were in India where, since 1996, an additional 326.06 million people in 18 states received DEC alone.

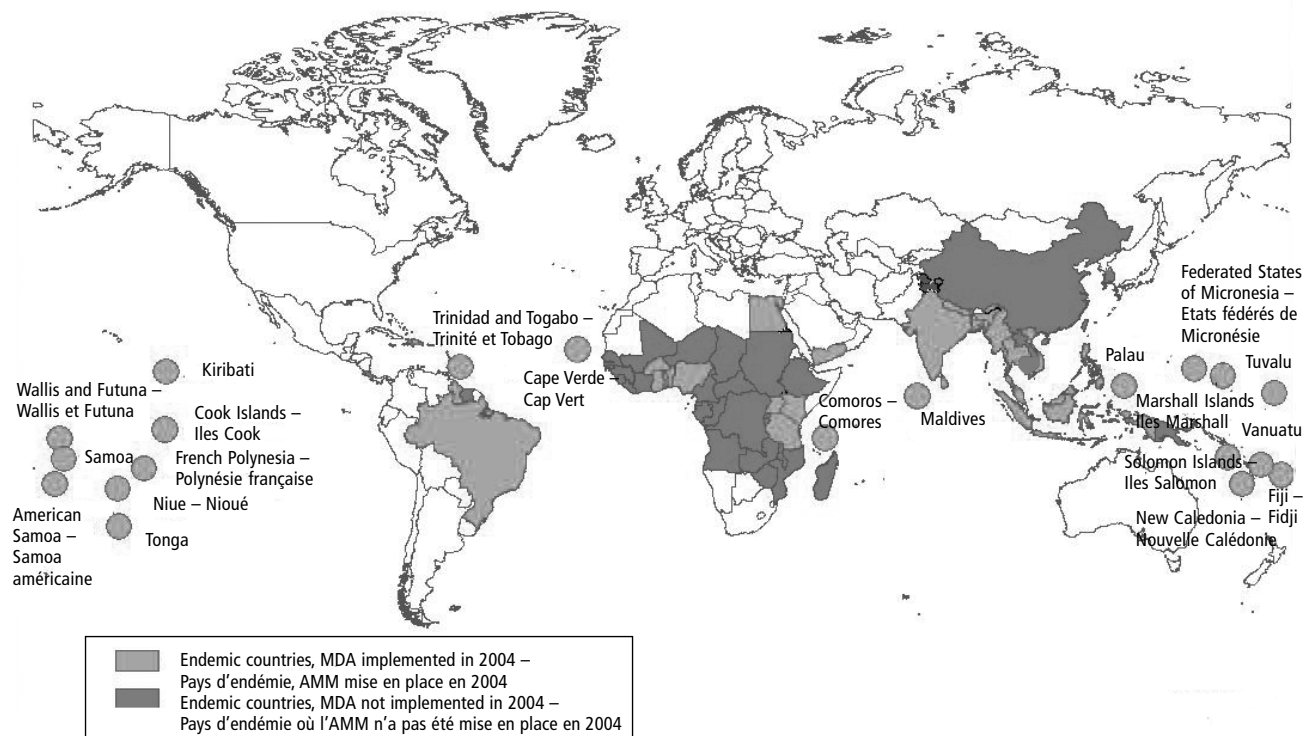
PacCARE. In the countries under the PacCARE PRG, 1.5 million people in 10 of the 17 endemic countries were targeted by MDA with DEC plus albendazole. In the Solomon Islands, an analysis of the historical epidemiological

Mékong-Plus. Les pays qui relèvent du PRG du Mékong-Plus ont été regroupés à la fin de 2004 et le PRG compte maintenant 8 pays: le Brunei Darussalam, le Cambodge, la Chine, la Malaisie, les Philippines, la République de Corée, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam. En 2004, 3 d'entre eux (Malaisie, Philippines et Viet Nam) ont procédé à l'administration massive de médicaments pour traiter 16,4 millions de personnes. La Chine a déjà achevé ses interventions et éliminé la maladie au plan national. Elle devrait déposer une demande de vérification de l'interruption de la transmission auprès de l'OMS en 2005-2006.

Asie du Sud-Est. En 2004, 9 pays ont été regroupés au sein du PRG de l'Asie du Sud-Est: le Bangladesh, l'Inde, l'Indonésie, les Maldives, le Myanmar, le Népal, Sri Lanka, la Thaïlande et le Timor-Leste. Tous, à l'exception du Timor-Leste, ont commencé à administrer massivement l'association de DEC et d'albendazole pour traiter 53,6 millions de personnes, dont 14,7 millions en Inde où, depuis 1996, 326 060 000 habitants de 18 états ont reçu un traitement de DEC seule.

PacCARE. Dans la région couverte par le PRG du PacCARE, 1,5 million d'habitants dans 10 des 17 pays d'endémie ont été visés par la distribution massive de DEC-albendazole. Aux Iles Salomon, l'analyse des données épidémiologiques rétrospectives et une

Map 1 **Countries classified as lymphatic filariasis-endemic^a and covered by mass drug administration (MDA) in 2004**
 Carte 1 **Pays où la filariose lymphatique est endémique et ayant bénéficié de l'administration massive de médicaments (AMM) en 2004**



^a China completed its intervention in all endemic areas and achieved its national targets of elimination (see text). – La Chine a achevé ses interventions dans toutes les zones d'endémie et éliminé la maladie au plan national (voir texte).

The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Source: WHO, HealthMap, 2005. – OMS, HealthMap, 2005.

data and an ICT survey indicated possible interruption of local transmission, which will require verification. Two other countries were added to the list of LF-endemic countries following the results of an ICT survey, namely, the Marshall Islands and Palau. The Marshall Islands and the Federated States of Micronesia started MDA in pilot areas in 2003, but did not continue MDA in 2004.

Country analysis by regional programme review group

African

Benin. Mapping of LF was completed in 2000; it is estimated that 3.43 million people living in 48 sub-prefectures are at risk. The third MDA campaign using the ivermectin plus albendazole combination took place in 2004, targeting a total of 1 453 228 people; coverage was estimated to be 76.3% (range: 60.0–98.0%). In geographical terms, 47.9% of the endemic implementation units and 34.1% of the population considered to be at risk were covered in 2004.

Burkina Faso. Mapping of LF in Burkina Faso has shown the entire population, i.e. 13.2 million people living in the 55 health districts (2 new districts were added recently), to be at risk. During the fourth MDA campaign, 8 401 168 people were targeted to receive the ivermectin plus albendazole combination; coverage was 74.3% (range: 55.1–86.9%). In geographical terms, 65.5% of the implementation units and 63.7% of the population considered to be at risk were covered in 2004.

Comoros. LF is considered to be endemic in the entire population of the 3 islands of the Comoros. The fourth MDA campaign in 2004 targeted 511 395 people with the DEC plus albendazole combination, giving a coverage of 77.7% (range: 74.5–81.7%). In geographical terms, 100% of the implementation units and 100% of the population considered to be at risk were covered in 2004.

Ghana. In Ghana, after a mapping review, LF was considered to be endemic in 49 of the country's 110 districts. The population at risk has been estimated at 10.2 million. The fifth MDA campaign took place in 2004 using the ivermectin plus albendazole combination, targeting 5 378 143 people, with a coverage of 73.9% (range: 61.2–88.8%). In geographical terms, 81.6% of the endemic implementation units and 52.7% of the population considered to be at risk were covered in 2004.

Kenya. Mapping of LF is in progress and the disease was found to be endemic in at least 6 implementation units. In 2004, because of logistic problems, it was not possible to implement the MDA campaign on the date originally scheduled, so it was postponed until 2005 and hence was not counted in 2004.

Nigeria. To date, mapping of LF has been carried out in 11 Nigerian states, in which there are 175 implementation units. During the fifth MDA campaign, 4 196 224 people were targeted and 77.1% (range: 58.5–115.8%) received the ivermectin plus albendazole combination. A knowledge, attitude and practice study related to LF and schistosomiasis was carried out in 4 local geographical areas. A preliminary

enquête par immunochromatographie semblent indiquer que la transmission locale a été interrompue, mais une vérification s'impose. Deux autres pays ont été ajoutés à la liste des pays d'endémie filarienne après une enquête par immunochromatographie, à savoir les Iles Marshall et les Palaos. Les Iles Marshall et les Etats fédérés de Micronésie avaient procédé au traitement de masse dans des zones pilotes en 2003 mais n'ont pas continué en 2004.

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

Afrique

Bénin. La cartographie de la FL a été achevée en 2000; on estime que 3 430 000 habitants sont à risque dans 48 sous-préfectures. La troisième campagne d'administration massive d'ivermectine et d'albendazole en association a eu lieu en 2004 et 1 453 228 personnes ont été visées au total; la couverture est estimée à 76,3% (fourchette: 60,0-98,0%). Sur le plan géographique, 47,9% des unités de mise en œuvre et 34,1% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Burkina Faso. Il ressort de la cartographie de la FL au Burkina Faso que l'ensemble de la population est à risque, c'est à dire 13,2 millions d'habitants dans 55 districts sanitaires (2 nouveaux districts ont été ajoutés récemment). Lors de la quatrième campagne d'administration massive de médicaments, il était prévu que 8 401 168 personnes reçoivent de l'ivermectine et de l'albendazole en association; la couverture fut de 74,3% (fourchette: 55,1-86,9%). Sur le plan géographique, 65,5 % des unités de mise en œuvre et 63,7% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Comores. La FL est considérée comme endémique dans l'ensemble de la population des 3 îles des Comores. En 2004, lors de la quatrième campagne d'administration massive de médicaments, 511 395 personnes devaient prendre de la DEC et de l'albendazole en association; la couverture fut de 77,7% (fourchette: 74,5-81,7%). Sur le plan géographique, 100% des unités de mise en œuvre et 100% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Ghana. Après examen de la cartographie, la FL a été jugée endémique dans 49 des 110 districts que compte le Ghana. La population à risque est estimée à 10,2 millions. La cinquième campagne d'administration massive de médicaments a été organisée en 2004 dans le but de distribuer de l'ivermectine-albendazole à 5 378 143 habitants; la couverture fut de 73,9% (fourchette: 61,2-88,8%). Sur le plan géographique, 81,6% des unités de mise en œuvre et 52,7% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Kenya. La cartographie de la FL est en cours et il apparaît que la maladie est endémique dans au moins 6 unités de mise en œuvre. A cause de problèmes logistiques, la campagne d'administration massive de médicaments n'a pu être menée à la date prévue et a été reportée à 2005; elle n'a donc pas été prise en compte en 2004.

Nigéria. A ce jour, la cartographie de la FL a été effectuée dans 11 états nigériens, qui comptent 175 unités de mise en œuvre. La cinquième campagne d'administration massive de médicaments visait 4 196 224 personnes et 77,1% d'entre elles (fourchette: 58,5-115,8%) ont pris de l'ivermectine et de l'albendazole en association. Une étude des connaissances, attitudes et pratiques concernant la FL et la schistosomiase a été effectuée dans 4 secteurs géographi-

analysis showed that most of the people surveyed knew about both diseases and their treatment. More than 85% of the respondents claimed to have ingested the drugs during the previous MDA campaign. In geographical terms, 3,5% of the population estimated to be at risk was covered in 2004.

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 1.06 million. In 2004, the fifth MDA campaign took place in the 7 endemic prefectures. A total of 1 064 633 people were targeted for MDA, and the coverage was 83,5% (range: 81,2–87,5%). In geographical terms, 100% of the endemic implementation units and 100% of the population considered to be at risk were covered in 2004.

Uganda. Mapping was completed in 2004. Uganda completed its second MDA campaign in 2004, covering 5 districts. A total of 2 167 699 people were targeted to receive the ivermectin plus albendazole combination; coverage was 53,5% (range: 32,0–73,3%). In geographical terms, 17,4% of the population estimated to be at risk was covered in 2004.

United Republic of Tanzania.

Mainland: mapping of LF has been completed in the mainland. The disease was found to be prevalent in 124 of 126 districts, with a total at-risk population of 34 million. During the third MDA campaign in 2004, 5 372 976 people in 23 districts were targeted using the ivermectin plus albendazole combination, with a coverage of 61,9%. In geographical terms, 15,8% of the population estimated to be at risk was covered in 2004.

Zanzibar: mapping was completed in 1989, with both Pemba and Unguja islands considered endemic. During the fourth MDA campaign, 1 096 796 people were targeted using the ivermectin plus albendazole combination, with a coverage of 82,0%. In geographical terms, 100% of the implementation units and 100% of the population considered to be at risk were covered in 2004.

Americas

Brazil. Mapping is currently in progress. There are 3 formerly LF-endemic states (implementation units): Recife, Belem/Para and Maceio/Algoas. The population at risk is estimated at 2,7 million. In 2004, the second selective chemotherapy campaign took place in the implementation unit of Recife, targeting 47 302 microfilaria-positive people using DEC alone. Coverage was estimated at 83%. In geographical terms, 2,6% of the population estimated to be at risk was covered in 2004.

Dominican Republic. Mapping of LF, which began in 2001, has now been completed; the final results have not yet been made available, but fewer than 10% of the municipalities (implementation units) are likely to be LF-endemic. During this third year of MDA, distribution took place in 14 endemic municipalities and 470 634 people were targeted using the DEC plus albendazole combination. Coverage was estimated at 84,7% (range: 62,4–98,1%). In geographical terms, 43,5% of the population estimated to be at risk was covered in 2004.

ques. Les résultats préliminaires montrent que la majorité des personnes sondées connaissaient les deux maladies et leur traitement. Plus de 85% d'entre elles déclaraient avoir ingéré des médicaments lors de la campagne précédente de traitement de masse. Sur le plan géographique, 3,5% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Togo. Au Togo, la cartographie a été achevée en 2000. La maladie est considérée comme endémique dans seulement 7 des 30 préfectures et le nombre de personnes à risque est estimé à 1 060 000. En 2004, la cinquième campagne d'administration massive de médicaments a été organisée dans les 7 préfectures où la FL est endémique. Au total, 1 064 633 personnes étaient visées et la couverture a atteint 83,5% (fourchette: 81,2-87,5%). Sur le plan géographique, 100% des unités de mise en oeuvre et 100% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Ouganda. La cartographie a été achevée en 2004. La deuxième campagne d'administration massive de médicaments a eu lieu en 2004 dans 5 districts. Il était prévu de distribuer de l'ivermectine et de l'albendazole en association à 2 167 699 personnes au total; la couverture fut de 53,5% (fourchette: 32,0 73,3%). Sur le plan géographique, 17,4% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

République-Unie de Tanzanie.

Partie continentale: la cartographie de la FL est achevée pour la partie continentale. Il ressort que la maladie est présente dans 124 des 126 districts et qu'au total, 34 millions de personnes sont à risque. En 2004, la troisième campagne d'administration massive de médicaments prévoyait un traitement d'ivermectine-albendazole pour 5 372 976 habitants dans 23 districts; la couverture fut de 61,9%. Sur le plan géographique, 15,8% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Zanzibar: La cartographie a été achevée en 1989; la maladie est considérée comme endémique dans les deux îles, Pemba et Unguja. Lors de la quatrième campagne d'administration massive de médicaments, il était prévu d'administrer l'association ivermectine-albendazole à 1 096 796 personnes; la couverture fut de 82,0%. Sur le plan géographique, 100% des unités de mise en oeuvre et 100% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Amériques

Brésil. La cartographie est en cours. Le pays compte 3 Etats où la FL était auparavant endémique (unités de mise en oeuvre): Recife, Belem/Para et Maceio/Algoas. On estime que 2,7 millions de personnes sont à risque. En 2004, la deuxième campagne de chimiothérapie sélective a été organisée dans l'unité de mise en oeuvre de Recife et 47 302 sujets porteurs de microfilaries devaient être traités par la DEC seule. La couverture est estimée à 83%. Sur le plan géographique, 2,6% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

République dominicaine. La cartographie de la FL, entamée en 2001, est maintenant terminée; on n'en connaît pas encore les résultats définitifs, mais il semblerait que la maladie est endémique dans moins de 10% des municipalités (unités de mise en oeuvre). Pendant cette troisième année d'administration massive de médicaments, la distribution de DEC-albendazole s'est déroulée dans 14 municipalités d'endémie et visait 470 634 habitants. La couverture est estimée à 84,7% (fourchette: 62,4-98,1%). Sur le plan géographique, 43,5% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Guyana. Mapping was completed in 2001: LF was found to be endemic in the country's 10 regions, with a population of 0.65 million. National prevalence, as evaluated by the ICT ranged between 0.8% and 20.1%. Guyana planned its second year of DEC-fortified salt distribution in 2004.

Haiti. Mapping of LF was completed in 2001. The disease was found to be endemic in 73 of 133 communes, with an estimated population of 8.1 million. In 2004, the fourth year of MDA, 1 428 298 people were targeted using DEC plus albendazole, giving a coverage of 74.8% (range: 48.4–96.02%). In geographical terms, 27.4% of the implementation units and 17.7% of the population considered to be at risk were covered in 2004.

Eastern Mediterranean

Egypt. LF is reported to be endemic in 181 villages, with an at-risk population of 2.7 million. During the fifth MDA campaign, 2 735 626 people were targeted, using the DEC plus albendazole combination, giving a coverage of 94.3% of the eligible population (range: 96.8–99.8%). In geographical terms, 100% of the implementation units and 100% of the population considered to be at risk were covered in 2004.

Yemen. Mapping, which had been completed in 2000, was updated in 2003, revealing that 12 out of 286 districts were LF-endemic, with an at-risk population of 0.1 million. During the third MDA campaign, 12 implementation units, with a population of 173 264, were targeted using the ivermectin plus albendazole combination. Coverage was 82.3% (range: 71.1–94.4%). According to the national LF programme, difficulties such as inaccessibility of certain villages, migration of people, non-compliance of the community, side-effects and logistic problems, prevented greater coverage.

Mekong-Plus

Malaysia. Mapping was completed, taking into account a review of historical epidemiological data together with a review of a microfilaraemia prevalence and density survey carried out in 1999. A total of 1 159 296 people were considered at risk in 336 implementation units. The second MDA campaign in 2004 targeted the whole at-risk population using DEC plus albendazole; data on coverage have not yet been made available.

Philippines. Mapping of LF has been completed. In 2004, the country redefined the implementation unit as the province and the disease was found to be endemic in 39 of the 79 provinces. During the fifth MDA campaign in 2004, the DEC plus albendazole combination was administered to a target population of 12 648 981 in 37 provinces (the new implementation units identified by the regional PRG). Coverage was estimated at 69.6% (range: 53.7–90.9%). In geographical terms, 53.8% of the population considered to be at risk was covered in 2004.

Viet Nam. Mapping of LF is under way. Recently, the disease was found to be endemic in 610 districts. The third MDA campaign began in 2004 in 6 implementation units;

Guyana. La cartographie a été achevée en 2001 et montre que la FL est endémique dans les 10 régions du pays, qui compte 650 000 habitants. La prévalence nationale, calculée par immunochromatographie, oscillait entre 0,8% et 20,1%. En 2004, le Guyana a planifié pour la deuxième année consécutive la distribution de sel enrichi en DEC.

Haïti. La cartographie de la FL a été achevée en 2001. Il apparaît que la maladie est endémique dans 73 des 133 communes, le nombre d'habitants étant estimé à 8,1 millions. En 2004, l'administration massive de médicaments a été entreprise pour la quatrième année consécutive et 1 428 298 personnes devaient prendre de la DEC et de l'albendazole en association ; la couverture fut de 74,8% (fourchette: 48,4-96,2%). Sur le plan géographique, 27,4% des unités de mise en œuvre et 17,7% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Méditerranée orientale

Egypte. La FL est endémique dans 181 villages et l'on recense 2,7 millions de personnes à risque. Lors de la cinquième campagne d'administration massive de médicaments, l'association DEC-albendazole devait être distribuée à 2 735 626 habitants; la couverture a atteint 94,3 % (fourchette: 96,8-99,82%). Sur le plan géographique, 100% des unités de mise en œuvre et 100% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Yémen. La cartographie, achevée en 2000, a été mise à jour en 2003: il ressort que la FL est endémique dans 12 des 286 districts et que 100 000 personnes sont à risque. La troisième campagne d'administration massive de médicaments prévoyait la distribution d'ivermectine-albendazole dans 12 unités de mise en œuvre et visait 173 264 habitants au total. La couverture fut de 82,3% (fourchette: 71,1-94,4%). D'après le programme national de lutte contre la FL, des difficultés comme les problèmes d'accès à certains villages, la migration de la population, la non-observance de la communauté, les effets secondaires et les problèmes de logistique ont empêché d'instaurer une couverture plus large.

Mékong-Plus

Malaisie. La cartographie a été achevée en tenant compte des données épidémiologiques rétrospectives et d'une étude sur la prévalence et la densité de la microfilarémie effectuée en 1999. Au total, 1 159 296 personnes ont été considérées comme étant à risque dans 336 unités de mise en œuvre. En 2004, la deuxième campagne d'administration massive de médicaments prévoyait de distribuer de la DEC et de l'albendazole en association à l'ensemble de la population à risque; les données sur la couverture ne sont pas encore disponibles.

Philippines. La cartographie de la FL est achevée. En 2004, le pays a redéfini les unités de mise en œuvre, qui sont maintenant les provinces, et il s'est avéré que la maladie est endémique dans 39 des 79 provinces. En 2004, lors de la cinquième campagne d'administration massive de médicaments, l'association DEC-albendazole a été administrée à une population cible de 12 648 981 habitants dans 37 provinces (nouvelles unités de mise en œuvre définies par le PRG de la région). On estime la couverture à 69,6% (fourchette: 53,7-90,9%). Sur le plan géographique, 53,8% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Viet Nam. La cartographie de la FL est en cours. Il est récemment apparu que la maladie était endémique dans 610 districts. La troisième campagne d'administration massive de médicaments a

667 765 people were targeted using the DEC plus albendazole combination, giving a coverage of 88.0%. In geographical terms, 45.3% of the population considered to be at risk was covered in 2004.

PacCARE²

American Samoa. According to mapping data, an estimated 57 291 people in 73 villages are at risk of LF. The fifth MDA campaign took place in 2004 using the DEC plus albendazole combination and covered the whole country, achieving a total coverage of 64.6%.

Cook Islands. According to the mapping carried out in 1999, LF is endemic throughout the country. The fifth MDA campaign, carried out in 2004, reached 18 700 people, using the DEC plus albendazole combination, achieving a coverage of 93%.

Fiji. LF is considered to be endemic throughout the country. During the third MDA campaign, 776 173 people were targeted, using the DEC plus albendazole combination, achieving a coverage rate of 69.2%. A knowledge, attitude and practice study showed that most people knew about LF and how it is transmitted. The main reason why people did not ingest the drugs was because they had not known about the distribution.

French Polynesia. Mapping showed that LF is endemic throughout the country. The fifth MDA campaign took place in 2004 using the DEC plus albendazole combination, in which 248 776 people were targeted, with a coverage of 92.7%. Preliminary results of the impact of MDA on microfilariemia prevalence have not yet been reported.

Kiribati. The entire population of 90 700 is considered at risk of LF. The fourth MDA campaign in 2004, using the DEC plus albendazole combination, targeted the whole population, giving a reported coverage of 73.6%. The preliminary results of the impact of MDA on microfilariemia prevalence in a sample of 2348 people in a sentinel site revealed values ranging between 1% and 16%.

Niue. The whole country, with a population of 1639, is considered to be at risk of LF. The fifth MDA campaign for the whole population using the DEC plus albendazole combination took place in 2004; coverage of 85.2% was reported.

Samoa. After completion of the fifth round of MDA in 2003, antigenaemia and microfilariemia prevalence surveys were carried out and the results revealed that 7 out of 16 sub-implementation units had an antigenaemia prevalence of >1% while 2 had a microfilariemia prevalence of >1%. The overall antigenaemia prevalence was 1.1% in the whole country as an IU.

débuté en 2004 dans 6 unités de mise en œuvre; 667 765 personnes devaient prendre l'association DEC-albendazole; la couverture fut de 88,0%. Sur le plan géographique, 45,3% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

PacCARE²

Samoa américaines. D'après les données de la cartographie, 57 291 habitants seraient exposés au risque de FL dans 73 villages. La cinquième campagne d'administration massive de médicaments, pour laquelle on a utilisé l'association DEC-albendazole, a été organisée en 2004 dans tout le pays et la couverture totale fut de 64,6%.

Iles Cook. D'après la cartographie effectuée en 1999, la FL est endémique dans tout le pays. Lors de la cinquième campagne d'administration massive de médicaments, menée en 2004, 18 700 habitants devaient prendre de la DEC et de l'albendazole en association; la couverture a atteint 93%.

Fidji. La FL est considérée comme endémique sur tout le territoire. La troisième campagne d'administration massive de médicaments prévoyait la distribution de DEC-albendazole à 776 173 habitants; la couverture fut de 69,2%. Il est ressorti d'une enquête connaissances, attitudes et pratiques que la plupart des gens connaissent la maladie et son mode de transmission. La principale raison pour laquelle ils n'avaient pas pris les médicaments est qu'ils n'étaient pas au courant de la distribution.

Polynésie française. D'après la cartographie, la FL est endémique dans tout le pays. La cinquième campagne d'administration massive de médicaments a été organisée en 2004 et 248 776 personnes devaient prendre de la DEC et de l'albendazole en association; la couverture a atteint 92,7%. Les résultats préliminaires concernant l'impact du traitement de masse sur la prévalence de la microfilariémie ne sont pas encore connus.

Kiribati. Les 90 700 habitants que compte le pays sont considérés comme étant exposés au risque de FL. En 2004, la quatrième campagne d'administration massive de DEC et d'albendazole en association visait l'ensemble de la population. Le taux de couverture déclaré était de 73,6%. Les résultats préliminaires concernant l'impact du traitement de masse sur la prévalence de la microfilariémie dans un échantillon de 2 348 habitants sur un site sentinelle indique des valeurs comprises entre 1% et 16%.

Nioué. L'ensemble de la population, soit 1639 habitants, est considéré comme étant exposé au risque de FL. La cinquième campagne d'administration massive de DEC et d'albendazole en association à l'ensemble de la population a eu lieu en 2004. La couverture déclarée était de 85,2%.

Samoa. Après le cinquième cycle d'administration massive de médicaments en 2003, des enquêtes ont été effectuées sur la prévalence de l'antigénémie et de la microfilariémie, d'où il est ressorti que dans 7 des 16 sous-unités de mise en œuvre, la prévalence de l'antigénémie était >1% et que dans 2 autres, la prévalence de la microfilariémie était >1%. La prévalence globale de l'antigénémie était de 1,1% pour tout le pays, qui forme à lui seul une unité de mise en œuvre.

² Data from the Pacific Initiative for the Elimination of Lymphatic Filariasis (PacELF) Coordinating and the PacCARE Programme Review Group. PacELF is composed of the following 22 Pacific island countries: American Samoa, Cook Islands, Fiji, French Polynesia, Guam, Kiribati, Micronesia (Federated States of), 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.

² Données du Programme pour l'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique (PacEFL) et du groupe d'examen des programmes du PacCARE. PacEFL rassemble 22 pays insulaires du Pacifique: Fidji, Guam, Iles Cook, Iles Mariannes septentrionales, Iles Marshall, Iles Pitcairn, Iles Salomon, Kiribati, Micronésie (Etats Fédérés de), Nauru, Nioué, Nouvelle-Calédonie et dépendances, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Samoa Américaines, Tokélaou, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Wallis-et-Futuna.

Tonga. LF is endemic throughout the country. In 2004, during the fourth MDA campaign using the DEC plus albendazole combination, 97 784 people were targeted; a coverage of 85.6% was reported.

Tuvalu. LF is endemic throughout the country. The fourth MDA campaign took place in 2004, using the DEC plus albendazole combination, and targeted the whole population of 9561, giving a reported coverage of 83.7%.

Vanuatu. The country's entire population of 186 678 is considered to be at risk of LF. During the fifth MDA campaign in 2004 using the DEC plus albendazole combination, a coverage of 85% was reported. Final evaluation of the impact of MDA on microfilaraemia prevalence will be carried out.

Wallis and Futuna. LF is endemic throughout the country. The third MDA campaign in 2004 using the DEC plus albendazole combination targeted 14 934 people, giving a reported coverage of 66.4%. Two main problems were encountered in reaching maximal coverage: lack of compliance by the population and the shortage of personnel for programme supervision.

South-East Asia

Bangladesh. Mapping was completed at the end of 2004. The disease was found to be endemic in at least 32 of the country's 64 districts. In 2004, Bangladesh carried out its fourth MDA campaign in 10 implementation units using the DEC plus albendazole combination, targeting a total population of 11.75 million, but did not report the total coverage. Kurigram, one of the implementation units where reports of the MDA were received, showed a preliminary coverage of 79.2%.

India. In this country, where an estimated 454 million people are estimated to be at risk of the disease, mapping was carried out using historical epidemiological data. During the fourth MDA campaign in 2004 using the DEC plus albendazole combination, 14.77 million people were targeted and a 90.5% coverage was reported. In addition, according to a preliminary report on 148 districts out of 202 that undertook MDA in 2004, India also targeted 326 million people with DEC alone and reported coverage of 52.6% in those 148 districts. In geographical terms, 40.7% of the population considered to be at risk was covered in 2004.

Indonesia. Mapping is under way. The third MDA campaign, which took place in 2004, targeted 2 591 854 people in 55 districts with the DEC plus albendazole combination, achieving an estimated coverage of 48.1% (range: 8.1–90.6%). No preliminary report of the analysis of the causes of this low coverage has been provided.

Maldives. Mapping of historical epidemiological data was completed in 1998: all the 199 inhabited islands were mapped and only 10 were considered to be LF-endemic, with microfilaraemia prevalence ranging from 0.19% to 1.47%. In 2004, a reassessment process using data from the ICT test and microfilaraemia prevalence was conducted and only Fonadhoo island was found to be endemic. The

Tonga. La FL est endémique dans tout le pays. En 2004, la quatrième campagne d'administration massive de médicaments prévoyait le traitement DEC-albendazole pour 97 784 habitants; la couverture déclarée était de 85,6%.

Tuvalu. La FL est endémique dans tout le pays. La quatrième campagne d'administration massive de médicaments a été organisée en 2004 et prévoyait la distribution de DEC-albendazole aux 9561 habitants du pays; la couverture déclarée était de 83,7%.

Vanuatu. L'ensemble des 186 678 habitants que compte le pays sont considérés comme étant exposés au risque de FL. En 2004, la cinquième campagne d'administration massive de médicaments prévoyait la distribution de DEC albendazole; la couverture déclarée était de 85%. Il sera fait un bilan définitif de l'impact du traitement de masse sur la prévalence de la microfilarémie.

Wallis et Futuna. La FL est endémique dans tout le pays. En 2004, la troisième campagne d'administration massive de médicaments prévoyait la distribution de DEC-albendazole à 14 934 habitants; le taux de couverture déclaré était de 66,4%. Deux grands problèmes ont empêché d'atteindre une couverture maximale: la non-observance par la population et le manque de personnel d'encadrement.

Asie du Sud-Est

Bangladesh. La cartographie a été achevée fin 2004. Il est apparu que la maladie était endémique dans au moins 32 des 64 districts du pays. En 2004, le Bangladesh a mené sa quatrième campagne d'administration massive de médicaments dans 10 unités de mise en œuvre en utilisant l'association DEC-albendazole, la population cible étant de 11 750 000 habitants au total, mais n'a pas indiqué la couverture totale. Au Kurigram, l'une des unités de mise en œuvre où il a été fait un bilan du traitement de masse, la couverture préliminaire était de 79,2%.

Inde. Dans ce pays, où l'on estime à 454 millions le nombre de personnes exposées au risque de FL, la cartographie a été effectuée à l'aide de données épidémiologiques rétrospectives. En 2004, la quatrième campagne d'administration massive de médicaments consistait à distribuer de la DEC et de l'albendazole en association à 14 770 000 habitants; le taux de couverture déclaré a atteint 90,5%. En outre, d'après un rapport préliminaire sur 148 des 202 districts où a été organisé le traitement de masse en 2004, l'Inde a entrepris d'administrer de la DEC seule à 326 millions d'habitants et a notifié une couverture de 52,6% dans les 148 districts en question. Sur le plan géographique, 47% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004. Il reste à déterminer si 2,5 millions de personnes sont microfilarémiques ou non.

Indonésie. La cartographie est en cours. La troisième campagne d'administration massive de médicaments, qui a eu lieu en 2004, consistait à distribuer de la DEC et de l'albendazole en association à 2 591 854 habitants dans 55 districts, avec pour résultat une couverture estimative de 48,1% (fourchette: 8,1-90,6%). Aucune indication préliminaire sur les raisons de cette faible couverture n'a été donnée.

Maldives. La cartographie à l'aide des données épidémiologiques rétrospectives a été achevée en 1998: les 199 îles habitées ont été cartographiées et la FL a été jugée endémique dans 10 d'entre elles seulement, la prévalence de la microfilarémie étant comprise entre 0,19% et 1,47%. Une réévaluation a été effectuée en 2004 à l'aide des données obtenues par immunochromatographie et des chiffres de la prévalence de la microfilarémie, d'où il est ressorti que la maladie

entire population of the island – 1740 people – was targeted using the DEC plus albendazole combination, giving a coverage of 90.5%.

Myanmar. Mapping is under way. To date, more than 38 million people in 201 implementation units have been found to be at risk of LF. The fourth MDA campaign, in 2004, targeted 17 929 178 people using the DEC plus albendazole combination, with a coverage of 88.3%. In geographical terms, 38.1% of the population considered to be at risk was covered in 2004.

Nepal. Mapping is currently in progress. Of the country's 75 districts, 33 were found to be endemic. The second MDA campaign with DEC plus albendazole combination targeted 1 475 380 people, with a coverage of 98.4%. In geographical terms, 6.7% of the population considered to be at risk was covered in 2004. A cluster survey was conducted in order to evaluate the coverage in the 3 implementation units where MDA took place: it showed a good correlation with the coverage reported in the implementation units.

Sri Lanka. Mapping is still in progress. To date, 8 implementation units, with a population of 10 million, are estimated to be at risk and have been identified for MDA. In fact, these 8 districts had already begun an MDA campaign in 1999, using DEC alone twice a year. Since 2001, these 8 districts have been included in the country's LF elimination programme using the DEC plus albendazole combination. In 2004, a total of 10 044 082 people were targeted, giving a coverage of 85.4% (range: 81.5–94.8%). In geographical terms, 6.7% of the population considered to be at risk was covered in 2004. A further 2.5 million people are still to be identified as positive or negative.

Thaïlande. Mapping, using data on microfilaria prevalence, was completed in 1999. The disease is endemic in a population of 146 265 living in 336 hamlets. During the third MDA campaign in 2004, the total population at risk was covered by the DEC plus albendazole combination, giving a coverage of 88.8%. In geographical terms, 100% of the implementation units and 100% of the population considered to be at risk were covered in 2004.

Mapping and scaling up of other programme activities at the global level

Mapping is the fundamental platform from which implementation of the Global Programme for the Elimination of Lymphatic Filariasis can take off. Methodology for initial assessment and mapping of the disease distribution is available. A standardized operational guideline for Africa, where the disease distribution needs to be mapped in most of the countries, is currently in use, having been slightly modified to reflect the lessons learnt in many of the African countries that have completed mapping. A geographically coordinated approach should be used for planning and implementation of mapping and other programme activities.

According to the strategic plan 2003–2005 of the Global Programme, the number of countries that needed to be included in MDA in 2004 was 44, with a target population of 200 million. For economic and strategic reasons, the Global

n'était endémique que sur l'île Fonadhoo. Les 1740 habitants que compte l'île ont été visés par l'administration de DEC-albendazole, et la couverture a atteint 90,5%.

Myanmar. La cartographie est en cours. On dénombre à ce jour plus de 38 millions de personnes à risque dans 201 unités de mise en œuvre. En 2004, la quatrième campagne d'administration massive de médicaments, pour laquelle l'association DEC-albendazole a été utilisée, a concerné 17 929 178 habitants et la couverture fut de 88,3%. Sur le plan géographique, 38,1% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Népal. La cartographie se poursuit. Il apparaît que la FL est endémique dans 33 des 75 districts du pays. La deuxième campagne d'administration massive de DEC-albendazole visait 1 475 380 habitants et la couverture a atteint 98,4%. Sur le plan géographique, 6,7% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004. Une enquête en grappes a été réalisée afin d'estimer la couverture dans les trois unités de mise en œuvre où a été menée la campagne: la corrélation était bonne avec la couverture déclarée par les unités de mise en œuvre.

Sri Lanka. La cartographie n'est pas encore terminée. A ce jour, huit unités de mise en œuvre, soit 10 millions d'habitants, sont concernées par le traitement de masse. En fait, ces huit districts avaient déjà commencé en 1999 à organiser des campagnes semestrielles d'administration de DEC seule. Depuis 2001, ils ont été intégrés dans le programme national d'élimination de la FL, qui utilise l'association DEC-albendazole. En 2004, 10 044 082 personnes au total ont été visées, avec pour résultat une couverture de 85,4% (fourchette: 81,5%-94,8%). Sur le plan géographique, 6,7% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Thaïlande. La cartographie à l'aide des données sur la prévalence de la microfilarémie a été achevée en 1999. La maladie est endémique dans 336 hameaux qui représentent une population de 146 265 habitants. En 2004, le but lors de la troisième campagne d'administration massive de médicaments était de donner de la DEC et de l'albendazole en association à l'ensemble de la population à risque et le taux de couverture fut de 88,8%. Sur le plan géographique, 100% des unités de mise en œuvre et 100% de la population considérée comme étant à risque ont été couverts en 2004.

Cartographie et développement d'autres activités programmatiques au niveau mondial

La cartographie est l'élément de base indispensable à la mise en œuvre du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique. Il existe une méthode d'évaluation initiale et de cartographie de la distribution de la maladie. En Afrique, où la cartographie doit être effectuée dans la plupart des pays, on se sert actuellement de lignes directrices opérationnelles normalisées qui ont été légèrement modifiées pour tenir compte des enseignements que les pays africains ayant achevé la cartographie ont tirés de leur expérience. Il faudrait suivre une approche coordonnée au plan géographique pour planifier et effectuer la cartographie et d'autres activités programmatiques.

D'après le plan stratégique 2003-2005 du Programme mondial, 44 pays étaient concernés par l'administration massive de médicaments en 2004, et 200 millions de personnes étaient visées. Pour des raisons économiques et stratégiques, le Programme mondial a

Programme put greater stress on the need to support scaling up of activities and to increase the number of implementation units in countries already undergoing MDA, instead of adding other countries to the list requiring MDA.

Conclusion

In 2004, 35 countries carried out MDA in order to stop the transmission of LF (39 countries were under MDA but for a various reasons, 4 of them did not implement MDA in 2004). More than 76 million people were reported to have ingested the combination of DEC plus albendazole or ivermectin plus albendazole and an additional 171.6 million people were reported to have ingested DEC alone or DEC-fortified salt. A total of 433 million people were targeted for MDA in 2004. This figure is nearly twice the population targeted in 2003 and exceeds the target of 200 million set by the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis in 1999.³ The 433 million people targeted in 2004 represent more than 36% of the total at-risk population of 1.2 billion to be reached.

Some countries, e.g. Cook Islands, French Polynesia, Niue and Vanuatu, completed their fifth MDA campaign across the entire country in 2004; others, e.g. Egypt, Nigeria, Philippines, Togo and the United Republic of Tanzania, achieved their fifth MDA in some implementation units. Surveys to measure the impact of MDA on microfilaraemia prevalence are being analysed and will be published shortly.

Mapping of the disease distribution has been completed in most of the endemic countries, but the region in which the most countries still need to begin mapping is the African region. Priority was given to increasing the number of implementation units within countries that have already started MDA instead of adding further, new countries. ■

³ *Building partnerships for lymphatic filariasis: strategic plan*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/FIL/1999.198).

insisté sur la nécessité d'aider à développer les activités et d'augmenter le nombre d'unités de mise en œuvre dans les pays qui procèdent déjà au traitement de masse, au lieu d'ajouter d'autres pays à la liste de ceux devant organiser des campagnes.

Conclusion

En 2004, 35 pays ont procédé à l'administration massive de médicaments afin d'interrompre la transmission de la FL (39 pays étaient concernés, mais pour diverses raisons, 4 d'entre eux n'ont pu distribuer le traitement). D'après les données officielles, plus de 76 millions de personnes ont ingéré de la DEC-albendazole ou de l'ivermectine-albendazole, et 171,6 millions ont pris de la DEC seule ou du sel enrichi en DEC. Au total, 433 millions de personnes ont été visées en 2004. Ce chiffre équivaut à près du double de la population visée en 2003 et dépasse la cible de 200 millions fixée par le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique en 1999.³ Les 433 millions de personnes visées en 2004 représentent plus de 36% de l'ensemble de la population à risque (1,2 milliard).

Certains pays comme les Iles Cook, Nioué, la Polynésie française et Vanuatu ont organisé leur cinquième campagne d'administration massive de médicaments sur l'ensemble de leur territoire en 2004; d'autres comme l'Égypte, le Nigéria, les Philippines, la République-Unie de Tanzanie et le Togo ont procédé à leur cinquième cycle de traitement de masse dans certaines unités de mise en œuvre. On est en train d'analyser les résultats des enquêtes effectuées pour mesurer l'impact du traitement de masse sur la prévalence de la microfilarémie; les résultats seront publiés sous peu.

La cartographie de la distribution de la maladie a été achevée dans la plupart des pays d'endémie, mais la région qui compte le plus de pays n'ayant pas encore commencé la cartographie est la région africaine. La priorité a été d'accroître le nombre d'unités de mise en œuvre dans les pays qui procédaient déjà à l'administration massive de médicaments au lieu d'inclure de nouveaux pays. ■

³ *Building partnerships for lymphatic filariasis: strategic plan*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (WHO/FIL/1999.198).

How to obtain the WER through the 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) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to listserv@who.int. The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply

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) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à listserv@who.int en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 3 to 9 June 2005 / Notifications de maladies reçues du 3 au 9 juin 2005

Cholera / Choléra

Africa / Afrique		Nigeria / Nigéria	
	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Malawi	04.IV-29.V		16-24.V
.....	70 3	110 12
Mozambique	10-16.V	Zimbabwe	21.III-18.V
.....	29 0	76 2