

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

24 FEBRUARY 2006, 81st YEAR / 24 FÉVRIER 2006, 81^e ANNÉE

No. 8, 2006, 81, 69–80

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

Contents

- 69 Outbreak news
- Avian influenza – spread of the virus to new countries
 - Avian influenza, India
 - Avian influenza, Indonesia – update
 - Avian influenza, Iraq – update
- 71 Human African trypanosomiasis (sleeping sickness): epidemiological update
- 80 International Health Regulations

Sommaire

- 69 Le point sur les épidémies
- Grippe aviaire – extension à de nouveaux pays
 - Grippe aviaire, Inde
 - Grippe aviaire, Indonésie – mise à jour
 - Grippe aviaire, Iraq – mise à jour
- 71 Trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil): mise à jour épidémiologique
- 80 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

02.2006
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Avian influenza – spread of the virus to new countries

Rapid geographical spread of the virus (as of 21 February 2006)

The occurrence of the disease in India, reported on 18 February 2006, is part of a recent pattern of rapid geographical spread of the virus in wild and domestic birds. India is one of 13 countries that have reported their first cases of H5N1 infection in birds since the beginning of February. (The 13 countries, listed in order of reporting, are Iraq, Nigeria, Azerbaijan, Bulgaria, Greece, Italy, Slovenia, Islamic Republic of Iran, Austria, Germany, Egypt, India and France.)

On 20 February 2006, Malaysia reported a fresh outbreak in poultry after having been considered free of the disease for more than a year.

The situation in these recently affected countries varies greatly. Most European countries with good veterinary surveillance have detected the virus in a small number of wild birds only, with no evidence to date of spread to domestic birds.

In Azerbaijan, detection of the virus has coincided with die-offs of domestic birds. In Egypt, outbreaks in domestic poultry have now been confirmed in 10 governorates; deaths have also been reported in exotic zoo birds. In Iraq, presence of the virus in birds was found only after the country confirmed its first human case.

In Nigeria, as in India, the first cases were detected in large commercial farms, where the disease is highly visible and outbreaks are difficult to miss.

Apart from Iraq, none of the countries newly affected during February has reported

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Grippe aviaire – extension à de nouveaux pays

Extension géographique rapide du virus (au 21 février 2006)

L'apparition de la maladie en Inde, signalée le 18 février 2006, entre dans le cadre récent d'une extension géographique rapide du virus chez les oiseaux sauvages et domestiques. L'Inde est l'un des 14 nouveaux pays à avoir signalé des cas d'infection à H5N1 chez l'oiseau depuis le début du mois de février. Classés par ordre chronologique des notifications, ces 14 pays sont l'Iraq, le Nigéria, l'Azerbaïdjan, la Bulgarie, la Grèce, l'Italie, la Slovénie, la République islamique d'Iran, l'Autriche, l'Allemagne, l'Égypte, l'Inde, la France et la Hongrie.

Le 20 février 2006, la Malaisie a signalé une nouvelle flambée affectant des volailles, alors qu'on croyait la maladie disparue dans ce pays depuis plus d'un an.

La situation est très variable dans les pays nouvellement touchés. Dans la plupart des pays européens, dotés d'une bonne surveillance vétérinaire, le virus n'a été détecté que chez un petit nombre d'oiseaux sauvages, avec à ce jour, aucun signe de propagation aux oiseaux domestiques.

En Azerbaïdjan, la détection du virus a coïncidé avec la mort de nombreux oiseaux domestiques. En Égypte, des flambées affectant des volailles domestiques ont été confirmées dans 10 gouvernorats et l'on signale la mort d'oiseaux exotiques dans les zoos. En Iraq, la présence du virus chez les oiseaux n'a été décelée qu'après la confirmation du premier cas humain du pays.

Au Nigéria et en Inde, les premiers cas ont été détectés dans de grands élevages commerciaux, où il est difficile de ne pas voir la maladie lorsqu'une flambée survient.

En dehors de l'Iraq, aucun des nouveaux pays n'a signalé de cas humains. En revanche, l'Iraq

human cases. Iraq has reported 2 human cases, both of which have been fatal; samples from several other patients are currently undergoing tests.

For human health, experience elsewhere over the past 2 years has shown that the greatest risk of cases arises when the virus becomes established in small backyard flocks, which allow continuing opportunities for close human contact, exposures and infections to occur.

All available evidence indicates that the virus does not spread easily from poultry to humans. To date, very few cases have been detected in poultry workers, cullers or veterinarians. Almost all cases have been linked to close contact to diseased household flocks, often during slaughtering, defeathering, butchering and preparation of poultry for consumption.

No cases have been linked to the consumption of properly cooked poultry meat or eggs, even in households where disease was known to be present in flocks.

Avian influenza, India

On 18 February 2006, agricultural authorities in India confirmed the country's first outbreak of highly pathogenic H5N1 avian influenza in poultry. The disease was detected at several commercial farms in the Navapur sub-district in the western state of Maharashtra.

Prior to that date, large numbers of poultry deaths, at more than 50 farms in the area, had been noted, but the cause was initially diagnosed as Newcastle disease. The outbreak is now thought to have begun on 27 January. Agricultural authorities have reported that some backyard farms are also affected.

Mass culling of birds at affected farms is continuing.

The Ministry of Health and Family Welfare has despatched rapid response teams to Navapur and neighbouring areas. House-to-house searches for cases of influenza-like illness are being conducted.

The government has equipped a Navapur hospital for the management, in isolation, of possible human cases. On 21 February, WHO was informed that 12 patients with fever and respiratory illness in Navapur sub-district had been hospitalized for observation as a precautionary measure. An additional 3 patients were hospitalized, also for observation, in the Vaira sub-district of the adjacent Gujarat State.

Samples from these patients and their close contacts are being tested at the country's National Institute of Virology. The results are expected shortly.

Avian influenza, Indonesia – update¹

On 20 February 2006, the Ministry of Health in Indonesia confirmed a new case of human infection with the H5N1 avian influenza virus. This fatal case, a 23-year-old man from East Jakarta, was employed as an egg seller at a wet market.

¹ See No. 7, 2006, p. 62.

notifié 2 cas, mortels tous les deux, et des échantillons prélevés sur plusieurs autres patients sont en cours d'analyse.

En ce qui concerne la santé humaine, l'expérience des 2 années passées montre que le risque est maximal lorsque le virus s'installe dans de petites basses cours familiales où le contact continu avec l'homme entraîne une possibilité permanente d'exposition et d'infection.

Toutes les données disponibles montrent que le virus ne passe pas facilement des volailles à l'homme. A ce jour, on n'a détecté que très peu de cas chez les personnes travaillant dans le secteur avicole, celles chargées des abattages ou les vétérinaires. Presque tous les cas ont été associés au contact avec des basses cours familiales infectées, notamment au cours de l'abattage, de la plumée, de la découpe et de la préparation des oiseaux pour les consommer.

Aucun cas n'a été associé à la consommation de viandes de volaille ou d'œufs bien cuits, même dans les familles ayant des volailles infectées.

Grippe aviaire, Inde

Le 18 février 2006, les responsables indiens de l'agriculture ont confirmé la première flambée de grippe aviaire à H5N1 hautement pathogène dans leur pays. La maladie a été détectée dans plusieurs élevages commerciaux de volailles à Navapur, sous-district de l'Etat de Maharashtra, à l'ouest du pays.

Avant cette date, on avait constaté une forte mortalité des volailles dans 50 exploitations de cette zone, mais on en avait tout d'abord attribué la cause à la maladie de Newcastle. On pense maintenant que cette flambée épidémique a commencé le 27 janvier. Les autorités ont signalé que des basses cours sont aussi affectées.

L'abattage massif des oiseaux dans les élevages touchés se poursuit.

Le Ministère de la Santé et de la Protection de la Famille a envoyé des équipes d'intervention rapide à Navapur et dans les secteurs voisins. Elles procèdent à une recherche porte à porte des cas de syndromes grippaux.

Les autorités ont équipé l'hôpital de Navapur pour la prise en charge et l'isolement des cas humains suspects. Le 21 février, l'OMS a appris que 12 patients présentant de la fièvre et une pathologie respiratoire dans le sous-district de Navapur ont été, à titre de précaution, placés en observation à l'hôpital. La même mesure a été prise pour 3 autres patients dans le sous-district de Vaira, dans l'Etat voisin du Gujarat.

Les échantillons prélevés sur ces patients et leurs proches contacts sont en cours d'analyse à l'Institut national de virologie. Les résultats devraient être connus sous peu.

Grippe aviaire, Indonésie – mise à jour¹

Le 20 février 2006, le Ministère de la Santé indonésien a confirmé un nouveau cas humain d'infection par le virus H5N1 de la grippe aviaire. Le patient, décédé, était un homme de 23 ans de Jakarta Est, vendant des œufs sur un marché.

¹ Voir N° 7, 2006, p. 62.

He developed symptoms on 5 February, was hospitalized on 7 February and died on 10 February. None of the contacts traced showed symptoms of influenza-like illness.

This newly confirmed case brings the total number of cases in Indonesia to 26, of which 19 have been fatal.

Avian influenza, Iraq – update¹

On 17 February 2006, the Ministry of Health in Iraq confirmed the country's second case of human infection with the H5N1 avian influenza virus. The case, a 39-year-old man from the northern province of Sulaimaniyah, developed symptoms on 18 January and died on 27 January.

He was the uncle of the country's initial case, a 15-year-old girl who died on 17 January, and provided care for her during her illness. He also had a documented history of exposure to infected domestic birds.

Problems with the shipment of patient specimens for external diagnostic confirmation have been resolved. Samples from an initial 15 patients under investigation for possible infection were tested at a United States naval medical research unit located in Cairo (Egypt). Apart from the 39-year-old fatal case, all test results were negative.

A second shipment of samples from additional patients under investigation arrived in Cairo on 16 February. The results are expected shortly.

Duplicate samples have been sent to a WHO collaborating laboratory in the United Kingdom for further testing and analysis. ■

¹ See No. 6, 2006, pp. 50–51.

Les symptômes sont apparus le 5 février, il a été hospitalisé le 7 et il est mort le 10. Aucun des contacts n'a présenté de signes de syndrome grippal.

Ce nouveau cas confirmé porte désormais le nombre total de cas en Indonésie à 26, dont 19 mortels.

Grippe aviaire, Iraq – mise à jour¹

Le 17 février 2006, le Ministère iraquien de la Santé a confirmé le deuxième cas d'infection humaine par le virus H5N1 de la grippe aviaire. Il s'agissait d'un homme de 39 ans de la province septentrionale de Souleimaniyé chez qui les symptômes sont apparus le 18 janvier et qui est décédé le 27 janvier.

Il était l'oncle du premier cas enregistré en Iraq, une adolescente de 15 ans décédée le 17 janvier, qu'il avait soignée pendant sa maladie. Il est également avéré qu'il avait été exposé à des oiseaux domestiques infectés.

Les problèmes liés à l'expédition des prélèvements destinés à une confirmation du diagnostic à l'étranger ont été résolus. Les prélèvements effectués sur un premier groupe de 15 malades potentiellement infectés par le virus ont été testés par une unité de recherche médicale navale des Etats-Unis, située au Caire (Egypte). Tous les résultats ont été négatifs, sauf pour le cas mortel âgé de 39 ans.

Un deuxième lot de prélèvements effectués sur d'autres cas suspects est arrivé au Caire le 16 février. Les résultats des tests devraient être connus sous peu.

Des doubles de ces prélèvements sont envoyés à un laboratoire collaborateur de l'OMS au Royaume-Uni pour d'autres tests et analyses. ■

¹ Voir N° 6, 2006, pp. 50-51.

Human African trypanosomiasis (sleeping sickness): epidemiological update

Introduction

At its meeting in Geneva on 21–27 November 1995,¹ the WHO Expert Committee on Control and Surveillance of African Trypanosomiasis emphasized not only the recrudescence of the disease, with major flare-ups in many endemic countries, but also the dramatic lack of awareness about the disease situation. The ensuing under-surveillance has led to reporting of approximately 25 000 new cases per year and estimates of the infection level reaching some 300 000 new cases.

Major events have impacted control of human African trypanosomiasis (HAT), or sleeping sickness, since that date, which have led to a new epidemiological situation, including:

- The interruption of social upheavals and civil strife in Angola, Central African Republic, Congo, Democratic Republic of the Congo, Sudan and Uganda, providing access to endemic areas.

¹ *Control and surveillance of African trypanosomiasis. Report of a WHO Expert Committee.* Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO Technical Report Series, No. 881).

Trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil): mise à jour épidémiologique

Introduction

Lors de sa réunion tenue à Genève du 21 au 27 novembre 1995,¹ le Comité OMS d'experts de la trypanosomiase africaine – lutte et surveillance a non seulement souligné la recrudescence de la maladie, avec des résurgences majeures dans de nombreux pays d'endémie, mais également l'absence de prise de conscience de la situation. Le manque de surveillance qui en découle conduit à la notification d'environ 25 000 nouveaux cas par an alors que les estimations du niveau d'infection atteignent près de 300 000 nouveaux cas.

Des événements majeurs ont eu des répercussions sur la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (ou maladie du sommeil) depuis cette date, qui ont débouché sur une nouvelle situation épidémiologique, à savoir:

- l'interruption des troubles sociaux et civils en Angola, au Congo, en Ouganda, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo et au Soudan, ce qui a permis de rétablir l'accès aux zones d'endémie.

¹ *La trypanosomiase africaine: lutte et surveillance. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (Série de rapports techniques de l'OMS, N° 881).

- The shortage of financial support to perform control activities, the lack of coordination and standardization of control field methods and the threat of interruption of disease-specific drug production was partially resolved in 2001 through an extensive programme financed by a WHO private partnership with sanofi-aventis, which provided long-term supply of pentamidine, melarsoprol and eflornithine, an efficient drug delivery system and the financial support to promote capacity building of national programmes and to implement active case-finding using appropriate diagnostic tools. In addition, Bayer AG donated suramin.
- The commitment of nongovernmental organizations to combat the disease through important, dedicated projects.
- The investments of Belgian, French and Spanish bilateral cooperation projects in the fight against the disease.
- Strong advocacy for HAT control by WHO that has substantially increased awareness of the disease among the international community and national decision-makers in many endemic countries.
- The role of WHO, through leadership and implementation of a reinforced network.

As a consequence, during the past 4 years, surveillance activities have increased, raising the total number of people screened through surveys of active case-finding (*Table 1*), leading to a substantial and regular decline in the number of new cases (*Tables 2 and 3*).

Country-by-country review

Given the differences in epidemiology between the 2 forms of HAT, the data concerning disease transmission in countries endemic for *Trypanosoma brucei gambiense* and *Trypanosoma brucei rhodesiense* are presented separately.

I. Countries endemic for *T.b. gambiense*

1. Countries reporting more than 1500 new cases per year

Angola

Transmission is occurring in 7 provinces in the north-east (Bengo, Kuanza-Norte, Kuanza-Sud, Luanda, Malanje, Uige and Zaire). The *Instituto de Combate e Controlo das Tripanossomias* (ICCT) is leading and coordinating all control activities in collaboration with Médecins Sans Frontières, Caritas, *Instituto Portugues de Medicina Preventiva*, Fundanga and the Belgian and French bilateral cooperation projects.

The ICCT receives important financial support from the Government of Angola and has managed to establish 13 mobile teams. This support, however, remains insufficient due to the geographical extent and population size of the endemic areas. Staff presently involved in control operations are well trained and highly dedicated.

Democratic Republic the Congo

Transmission is occurring in 10 provinces (Bandundu, Bas-Congo, Equateur Nord, Equateur Sud, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Kinshasa, Maniema, Nord-Katanga and

- Le manque de soutien financier pour mettre en oeuvre des activités de lutte, l'absence de coordination et de normalisation des méthodes de lutte sur le terrain et la menace d'interruption de la production de médicaments spécifiquement dirigés contre la maladie ont été partiellement résolus en 2001 grâce à un vaste programme financé par un partenariat privé de l'OMS avec sanofi-aventis, qui a offert un approvisionnement durable en pentamidine, melarsoprol et éflornithine, mis en place un système efficace de distribution des médicaments et qui assure un soutien financier afin de promouvoir un renforcement des capacités des programmes nationaux et de mettre en place un dépistage actif des cas au moyen d'outils diagnostiques appropriés. Par ailleurs, Bayer AG a fait un don de suramine.
- L'engagement des organisations non gouvernementales à lutter contre la maladie dans le cadre de projets spéciaux importants;
- Les investissements de projets de coopération bilatéraux belge, français et espagnol dans la lutte contre la maladie;
- Une forte campagne de sensibilisation à la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine de la part de l'OMS, qui a permis de mieux faire prendre conscience de la maladie au sein de la communauté internationale et parmi les décideurs nationaux de nombreux pays d'endémie;
- Le rôle de l'OMS, à travers la direction et la mise en oeuvre d'un réseau renforcé.

De ce fait, au cours des 4 dernières années, les activités de surveillance se sont développées, ce qui a permis d'élever le nombre total de personnes dépistées grâce à des campagnes de dépistage actif des cas (*Tableau 1*) et entraîné une baisse substantielle et régulière du nombre de nouveaux cas (*Tableaux 2 et 3*).

Examen pays par pays

Compte tenu des différences épidémiologiques entre les 2 formes de la trypanosomiase humaine africaine, les données concernant la transmission de la maladie dans les pays d'endémie pour *Trypanosoma brucei gambiense* et *Trypanosoma brucei rhodesiense* sont présentées séparément.

I. Pays d'endémie pour *T.b. gambiense*

1. Pays signalant plus de 1500 nouveaux cas par an

Angola

Il y a transmission de la maladie dans 7 provinces du nord-est (Bengo, Kuanza-Norte, Kuanza-Sud, Luanda, Malanje, Uige et Zaïre). L'*Instituto de Combate e Controlo das Tripanossomias* (ICCT) mène et coordonne toutes les activités de lutte en collaboration avec Médecins Sans Frontières, Caritas, *Instituto Portugues de Medicina Preventiva*, Fundanga et des projets de coopération bilatéraux belge et français.

L'ICCT reçoit un soutien financier important du Gouvernement angolais et a pu ainsi créer 13 équipes mobiles. Ce soutien reste toutefois insuffisant en raison de l'étendue géographique et de la taille de la population des zones d'endémie. Le personnel actuellement engagé dans des opérations de lutte est convenablement formé et très dévoué.

République démocratique du Congo

Il y a transmission de la maladie dans 10 provinces (Bandundu, Bas-Congo, Equateur Nord, Equateur Sud, Kasai Occidental, Kasai oriental, Kinshasa, Maniema, Nord-Katanga et Orientale). Un

Table 1 **Number of people screened by active case-finding surveys, 1997–2004 (countries endemic for *T.b. gambiense*)**
 Tableau 1 **Nombre de personnes dépistées lors d'enquêtes de dépistage actif des cas, 1997-2004 (pays d'endémie pour *T.b. gambiense*)**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Angola	78 499	154 700	210 625	130 563	174 562	157 221	269 844	356 242
Benin – Bénin	0	0	5348	18 830	23 370	8510	20 420	5240
Burkina Faso	5261	0	209	0	0	0	0	0
Cameroon – Cameroun	0	12 482	10 854	7594	7275	13 916	11 285	14 858
Chad – Tchad	280	668	10 014	9846	4227	23 231	17 973	18 406
Central African Republic – République centrafricaine	6927	38 235	64 996	32 069	15 404	24 952	21 282	35 108
Congo	10 023	541	261	476	31 258	44 197	82 427	180 180
Côte d'Ivoire	0	0	0	23 913	8071	11 401	14 019	10 878
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	1 168 404	1 472 674	1 298 933	1 605 816	1 940 397	2 040 927	2 405 991	2 524 671
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	14 282	9095	12 699	10 445	10 769	6437	12 382	12 564
Gabon	2216	180	820	1676	2017	10 526	4379	2312
Gambia – Gambie	0	0	0	0	0	0	0	0
Ghana	0	0	0	0	0	0	0	0
Guinea – Guinée	1609	6751	0	0	0	9637	9927	8344
Guinea Bissau – Guinée-Bissau	0	0	0	0	0	0	0	0
Liberia – Libéria	0	0	0	0	0	0	0	0
Mali	0	1204	11 531	14 899	5412	27 320	8966	0
Niger	0	0	0	0	0	0	0	0
Nigeria – Nigéria	0	0	0	0	0	1568	0	0
Senegal – Sénégal	0	0	0	0	0	0	0	0
Sierra Leona – Sierra Leone	0	0	0	0	0	0	0	0
Sudan – Soudan	3039	30 651	17 455	50 966	19 226	45 245	103 050	91 047
Togo	2816	0	9186	0	5412	0	8183	6011
Uganda – Ouganda	52 453	98 348	63 756	132 161	51 016	28 338	17 096	25 338
Total number of people screened – Nombre total de personnes dépistées	1 345 809	1 825 529	1 716 687	2 039 254	2 298 416	2 453 426	3 007 224	3 291 199

Orientale). Important support from a Belgian bilateral cooperation project allows the sleeping sickness national control programme (SSNCP) to maintain 46 mobile teams. The staff are well trained and effective. France and Denmark also provide bilateral support for HAT control activities. In addition, Memisa, Fometro and MSF-Belgium are implementing control projects that are coordinated by the SSNCP.

soutien important d'un projet de coopération bilatéral belge permet au programme national de lutte contre la trypanosomiase (PNLTHA) d'entretenir 46 équipes mobiles. Le personnel est bien formé et efficace. La France et le Danemark fournissent également une aide bilatérale aux activités de lutte. De plus, Memisa, Fometro et MSF-Belgique mettent en oeuvre des projets de lutte coordonnés par le programme national susmentionné.

Table 2 **Number of new cases of human African trypanosomiasis reported, 1990–2004 (countries endemic for *T.b. gambiense*)**
 Tableau 2 **Nombre de nouveaux cas de trypanosomiase humaine africaine notifiés, 1990–2004 (pays d'endémie pour *T.b. gambiense*)**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Angola	1498	2094	2406	1796	1274	2478	6726	8291	6610	5351	4546	4577	3621	3115	2280
Benin – Bénin	0	0	2	1	0	0	0	0	0	20	72	83	8	3	0
Burkina Faso	27	27	20	17	18	13	12	1	15	15	8	8	2	3	2
Cameroon – Cameroun	86	69	21	3	20	21	17	10	54	32	27	13	32	33	17
Chad – Tchad	20	221	149	65	214	315	178	122	134	187	153	138	715	222	483
Central African Republic – République centrafricaine	308	197	362	262	368	676	492	730	1068	869	988	717	570	538	737
Congo	580	703	727	829	418	475	474	142	201	91	111	894	1005	682	859
Côte d'Ivoire	365	349	456	260	206	326	240	185	121	104	169	84	92	51	72
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	7515	5825	7757	11 384	19 021	18 182	19 342	25 094	26 318	18 684	16 975	17 322	13 853	11 481	10 369
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	63	36	45	30	85	37	46	67	62	28	16	17	32	23	22
Gabon	80	45	33	80	61	20	32	11	6	38	45	30	25	26	48
Gambia – Gambie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	3	6	16	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Guinea – Guinée	52	29	24	27	26	33	38	88	99	68	52	72	124	116	17
Guinea Bissau – Guinée-Bissau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia – Libéria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mali	0	0	0	27	17	11	0	0	0	0	18	3	2	0	0
Niger	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nigeria – Nigéria	24	0	0	0	0	0	0	0	0	27	14	14	26	31	10
Senegal – Sénégal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone – Sierra Leone	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudan – Soudan	67	58	28	62	69	56	157	737	1726	1312	1609	1804	3163	3076	1766
Togo	2	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uganda – Ouganda	2066	1328	2042	1764	1469	1062	981	1123	971	1036	1141	424	562	501	354
Total number of new cases reported – Nombre total de cas notifiés	12 756	10 987	14 088	16 607	23 266	23 708	28 736	36 601	37 385	27 862	25 945	26 529	23 832	19 901	17 036

Sudan

Transmission is occurring in the Equatoria Region (including Ezo, Juba, Kajo-Keji, Magwi, Maridi, Mundri, Tambura, Torit, Yambio and Yei counties). Control activities are mainly led by MSF-France, -Switzerland and -Spain, Malteser and Merlin. The SSNCP and the Tropical Medicine Research Institute have independently carried out control activities in the Juba area.

Soudan

Il y a transmission dans la région d'Equatoria (y compris les comtés d'Ezo, Juba, Kajo-Keji, Magwi, Maridi, Mundri, Tambura, Torit, Yambio et Yei). Les activités de lutte sont principalement dirigées par MSF-France, MSF-Suisse et MSF-Espagne, Malteser et Merlin. Le PNLTHA et le *Tropical Medicine Research Institute* ont mené indépendamment des activités de lutte dans la région de Juba.

Table 3 **Number of new cases of Human African trypanosomiasis reported, 1990–2004 (countries endemic for *T.b. rhodesiense*)**
 Tableau 3 **Nombre de nouveaux cas de trypanosomiase humaine africaine notifiés, 1990-2004 (pays d'endémie pour *T.b. rhodesiense*)**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Botswana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burundi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ethiopia – Ethiopie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kenya	91	8	4	2	1	0	2	5	14	22	12	14	13	0	0
Malawi	228	195	143	53	31	15	8	7	10	11	35	38	43	70	47
Mozambique	3	7	24	10	16	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1
Namibia – Namibie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8	27	5	22
Swaziland	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tanzania, United Republic of – République-Unie de Tanzanie	187	177	366	262	319	422	400	354	299	288	347	258	226	111	157
Uganda – Ouganda	1417	832	606	503	342	497	178	217	283	283	266	426	328	321	318
Zambia – Zambie	7	–	4	1	1	1	3	–	–	15	9	6	17	7	35
Zimbabwe	–	–	–	–	1	–	–	9	–	–	–	–	–	–	–
Total number of new cases reported – Nombre total de cas notifiés	1933	1219	1147	831	711	935	591	592	606	619	669	750	655	514	580

2. Countries reporting 50–1500 new cases per year

Central African Republic

Transmission is occurring in 4 prefectures (Haut-Mbomou, Lobaye, Ouham and Shanga-Mbaere). MSF-Spain has implemented all control activities in Haut Mbomou since 2001. The SSNCP staff are well trained and properly equipped. SSNCP implements disease control operations in Lobaye, Ouham and Shanga-Mbaere prefectures. A French bilateral cooperation programme provides support to the SSNCP.

Chad

Transmission is occurring in 1 province (Logone Oriental) where the Bodo focus is situated. The SSNCP is well equipped and trained, but staff members are ageing; staff renewal should be seriously considered.

Congo

Transmission is occurring mostly along the Congo river in 4 regions (Bouenza, Cuvette, Plateau and Pool). MSF-Holland is carrying out control activities in coordination with the SSNCP in all major foci. The SSNCP staff are well trained and equipped. A French bilateral cooperation programme is supporting SSNCP activities, which focus on areas where MSF-Holland is absent.

Côte d'Ivoire

Transmission is occurring in 1 region (Marahoué), which includes the active foci of Bonon and Sinfra and, further south, the Oumé focus. The SSNCP, an administrative struc-

2. Pays signalant de 50 à 1500 nouveaux cas par an

République centrafricaine

Il y a transmission de la maladie dans 4 préfectures (Haut-Mbomou, Lobaye, Ouham et Shanga-Mbaere). MSF-Espagne exécute des activités de lutte dans le Haut-Mbomou depuis 2001. Le personnel du PNLTHA est bien formé et convenablement équipé. Le programme national met en oeuvre des opérations de lutte dans les préfectures de Lobaye, Ouham et Shanga-Mbaere. Un programme français de coopération bilatérale fournit un soutien au programme national.

Tchad

Il y a transmission de la maladie dans une province (Logone Oriental), où se situe le foyer de Bodo. Le PNLTHA est bien équipé et qualifié mais le personnel est vieillissant; un renouvellement du personnel devrait être sérieusement envisagé.

Congo

La transmission se fait principalement le long du fleuve Congo dans 4 régions (Bouenza, Cuvette, Plateau et Pool). MSF-Hollande déploie des activités de lutte en coordination avec le PNLTHA dans les principaux foyers. Le personnel du programme national est bien formé et équipé. Un programme de coopération bilatérale française soutient les activités du programme national, et se concentre sur les zones d'où MSF-Hollande est absent.

Côte d'Ivoire

Il y a transmission dans la région de Marahoué, qui comprend les foyers actifs de Boni et de Sinfra et, plus au sud, celui d'Oumé. Le PNLTHA, structure administrative sans moyens logistiques pour

ture with no logistics to perform surveys, is technically assisted by 2 national structures (the *Projet de recherches cliniques sur la trypanosomiase* based in Daloa and the *Institut Pierre Richet* based in Bouaké).

Guinea

Transmission is occurring in Basse Guinée, which includes the foci of Boffa, Dubreka and Forecariah, and in Guinée Forestière, where the Nzerekore area is the main focus. The SSNCP lacks equipment and human resources.

Uganda

Transmission is occurring in the north-western part of the country, affecting 4 districts (Adjumani, Arua, Moyo and Yumbe). HAT control activities are decentralized and managed by district health authorities. It is believed that an overlap of *T.b. gambiense* and *T.b. rhodesiense* could occur, which would considerably complicate control issues because of the epidemiological differences between the 2 forms of the disease (see the *T.b. rhodesiense* Uganda section).

3. Countries reporting fewer than 50 new cases per year

Burkina Faso

It is uncertain whether transmission is currently occurring in the south and south-east, where all recent cases have been identified among returning migrants workers from Côte d'Ivoire. Local interruption of transmission is supported by the fact that no autochthonous cases were diagnosed during the last survey carried out in the area (in February 2005). The SSNCP is integrated in the Division of Disease Control and has no logistic means to implement control operations on its own, having to borrow equipment and field staff from others projects to perform surveys.

Cameroon

Transmission is occurring in 1 province (South), which includes the Bipindi and Campo foci, in South-East Province (Fontem and Mamfe foci) and in East Province (Doume focus). The SSNCP is integrated within the Division of Disease Control of the Ministry of Health. It is under-equipped and under-staffed, having to borrow equipment and personnel from other projects to perform any control activities. The *Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale* provides some assistance to implement active surveillance.

Equatorial Guinea

Transmission is occurring in 1 province (Litoral), which includes the Campo, Cogo and Mbini foci. The SSNCP is well equipped and well trained. The Spanish bilateral cooperation programme has provided financial support for surveillance since 1985.

Gabon

Transmission is occurring in 1 province (Estuaire). The SSNCP is well equipped and the staff well trained.

Nigeria

Transmission is occurring in 1 state (Delta), where cases are regularly reported from the Abraka focus. However, it is

effectuer des enquêtes, est secondé sur le plan technique par 2 structures nationales (le *Projet de recherches cliniques sur la trypanosomiase*, basé à Daloa, et l'*Institut Pierre Richet*, à Bouaké).

Guinée

Il y a transmission de la maladie en Basse Guinée, ce qui comprend les foyers de Boffa, Dubreka et Forecariah, ainsi qu'en Guinée forestière, où la région de Nzerekore est le principal foyer. Le PNLTHA manque de matériel et de ressources humaines.

Ouganda

Il y a transmission dans la partie nord-ouest du pays, ce qui touche les districts d'Adjumani, Arua, Moyo et Yumbe. Les activités de lutte contre la trypanosomiase sont décentralisées et gérées par les autorités sanitaires de district. On pense qu'il pourrait y avoir transmission à la fois de *T.b. gambiense* et de *T.b. rhodesiense*, ce qui pourrait considérablement compliquer les problèmes de lutte en raison des différences épidémiologiques entre les 2 formes de la maladie (voir la section *T.b. rhodesiense*, Ouganda).

3. Pays signalant moins de 50 nouveaux cas par an

Burkina Faso

On ne sait pas très bien s'il y a actuellement transmission dans le sud et le sud-est, où tous les cas récents ont été identifiés parmi des travailleurs migrants rentrant de Côte d'Ivoire. Le fait qu'aucun cas autochtone n'a été diagnostiqué au cours de la dernière enquête menée dans la région (en février 2005) militerait en faveur d'une interruption locale de la transmission. Le PNLTHA est intégré à la division de la lutte contre la maladie et ne dispose pas de moyens logistiques pour mettre en oeuvre des opérations de lutte lui-même, devant emprunter du matériel et du personnel de terrain à d'autres projets pour effectuer des enquêtes.

Cameroon

Il y a transmission dans la province du Sud, qui comprend les foyers de Bipindi et de Campo, dans la province du Sud-Est (foyers de Fontem et Mamfe) et dans la province de l'Est (foyer de Doume). Le PNLTHA est intégré à la division de la lutte contre la maladie du Ministère de la Santé. Il est sous-équipé et manque de personnel, devant emprunter du matériel et du personnel à d'autres projets pour mettre en oeuvre des activités de lutte. L'*Organisation de coordination pour la lutte contre les endémies en Afrique centrale* offre son concours pour la mise en oeuvre d'activités de surveillance active.

Guinée équatoriale

Il y a transmission dans la province du Littoral qui comprend les foyers de Campo, Cogo et Mbini. Le programme national est bien équipé et bien formé. Le programme espagnol de coopération bilatérale fournit un soutien financier pour la surveillance depuis 1985.

Gabon

Il y a transmission dans la province de l'Estuaire. Le programme national est bien équipé et le personnel bien formé.

Nigéria

Il a transmission dans l'Etat du Delta, où des cas sont régulièrement notifiés par le foyer d'Abraka. Il est toutefois difficile d'évaluer s'il y

difficult to assess whether transmission takes place elsewhere in the country given the lack of active surveillance. All patients in whom disease is diagnosed are treated in the Eku Baptist Medical Centre. There is no dedicated structure or established surveillance system. The National Institute for Trypanosomiasis Research has the expertise to perform research and could carry out field work but has not been vested with the responsibility nor financed to implement nationwide surveillance.

4. Countries reporting zero cases annually but where surveillance activities are implemented

Benin

Cases have been sporadically diagnosed in 2 departments (Atakora and Donga). The SSNCP, funded by the Beninese Government under the national health regular budget, is able to perform control activities in the endemic areas. The last case-finding survey was performed in May 2004 during which no cases were detected.

Ghana

The last case was reported in 2000 from Takoradi (western region). An active case-finding survey was subsequently performed in December 2005 in this area but no cases were detected. Control activities are the responsibility of the Disease Control Unit of the Ghanaian Health Service, which works in collaboration with and with the technical support of the West African Centre for International Parasite Control based in the Noguchi Memorial Institute for Medical Research.

Mali

The last case was reported from the Kenieba area in 2002. An active case-finding survey was carried out in December 2005 in that area; no cases were identified. In-service training was provided during this last survey, but the SSNCP is poorly staffed and under-equipped.

Togo

The last cases were reported in 1995 from the Savanes Region. Since then, several active case-finding surveys have been carried out in endemic and neighbouring areas; the last one took place in November 2004. No cases were detected during those surveys. HAT control is vested in the National Institute of Hygiene.

5. Countries reporting zero cases annually but where no surveillance takes place

Gambia

No cases have been identified or reported for several decades throughout the country. There are no dedicated structures for surveillance.

Guinea Bissau

The last case was reported in 1989 from the Archipelago de Bijagos. In the past, endemic areas included the Cacheu, Gabú and São Domingos regions. Surveillance ceased in the 1990s. There are no dedicated structures for surveillance.

a transmission ailleurs dans le pays, compte tenu du manque de surveillance active. Tous les patients chez qui la maladie a été diagnostiquée sont traités au Centre médical baptiste d'Eku. Il n'existe pas de structure spécialisée ni de système de surveillance établi. Le *National Institute for Trypanosomiasis Research* possède le savoir-faire nécessaire pour pratiquer des recherches et pourrait mener des activités de terrain mais il n'a pas été habilité pour mettre en œuvre une surveillance nationale et ne dispose pas non plus des moyens financiers pour le faire.

4. Pays ne signalant aucun cas annuellement mais où des activités de surveillance sont en place

Bénin

Des cas ont été diagnostiqués sporadiquement dans les départements d'Atakora et de Donga. Le PNLTHA, financé par le Gouvernement béninois au titre du budget ordinaire de la santé, est en mesure de mettre en œuvre des activités de lutte dans les zones d'endémie. La dernière enquête de dépistage des cas a été effectuée en mai 2004 et aucun cas n'a alors été dépisté.

Ghana

Le dernier cas a été signalé en 2000 par Takoradi (région ouest). Une enquête de dépistage actif des cas a ensuite été effectuée dans cette zone en décembre 2005 mais aucun cas n'a été décelé. Les activités de lutte sont placées sous la responsabilité de l'Unité de lutte contre la maladie du service de santé ghanéen, qui travaille en collaboration avec l'appui technique du *West African Centre for International Parasite Control* installé au *Noguchi Memorial Institute for Medical Research*.

Mali

Le dernier cas a été signalé dans la région de Kenieba en 2002. Une enquête de dépistage des cas a été effectuée en décembre 2005 dans cette zone; aucun cas n'a été identifié. Une formation en cours d'emploi a été dispensée au cours de cette dernière enquête mais le programme national manque de personnel et de matériel.

Togo

Les derniers cas ont été notifiés en 1995 dans la Région des Savanes. Depuis, plusieurs enquêtes de dépistage actif des cas ont été effectuées dans les zones d'endémie et les zones voisines; la dernière a eu lieu en novembre 2004. Aucun cas n'a été décelé au cours de ces enquêtes. La lutte contre la trypanosomiase humaine africaine incombe à l'Institut national d'hygiène.

5. Pays ne notifiant aucun cas mais où aucune surveillance n'est mise en place

Gambie

Aucun cas n'a été identifié ou signalé depuis plusieurs décennies dans le pays. Il n'existe aucune structure spéciale de surveillance.

Guinée-Bissau

Le dernier cas a été signalé en 1989 par l'Archipel des Bijagos. Par le passé, les zones d'endémie étaient les régions de Cacheu, Gabú et São Domingo. Cette surveillance a cessé dans les années 90. Il n'existe aucune structure spéciale de surveillance.

Liberia

Cases were sporadically identified in the Bong Mines Region in the late 1960s and early 1970s. There are no structures dedicated to surveillance and surveys are therefore not performed.

Niger

No case has been reported in several decades. There are no structures dedicated to HAT surveillance in the country.

Senegal

Cases were sporadically reported from the Casamance Region in the 1970s and 1980s, but no cases have been reported since then. There is no dedicated structure for surveillance.

Sierra Leone

No case has been reported for several decades. National health authorities believe the country is free of transmission despite the closeness of active foci in neighbouring Guinea. There is no dedicated structure for surveillance.

II. Countries endemic for *T.b. rhodesiense*

1. Countries reporting 50–1500 cases per year

Malawi

Transmission is occurring in Nkhosakota and Rumphi districts, where cases are regularly identified. The SSNCP is managed by the Disease Control Unit within the Department of Preventive Health Services in the Ministry of Health and Population. In addition to a programme manager at the central level, there are district coordinators at district level. Programme implementation is the responsibility of community health workers. Those involved in HAT surveillance and control underwent in-service training in 2004, which was organized under the auspices of a team of international experts.

Uganda

Foci of *T.b. rhodesiense* are located in the south-east, affecting 10 districts (Busia, Busiri, Iganga, Jinja, Kamule, Kamuli, Mayuge, Mukono, Soroti and Tororo) that are separated from the *T.b. gambiense* foci by Apac, Kaberamaido, Lira and Masindi districts. However, the transmission area of *T.b. rhodesiense* has been regularly extending northwards, and sporadic cases were identified in 2004 in Lira and Kaberamaido. This surprising epidemiological pattern has been associated with cattle movements that took place during the civil strife. More recently, in 2005, during a round table in Addis Ababa (Ethiopia), a multisectoral approach for surveillance and control involving humans and animals as well as the disease vector was proposed to prevent the 2 forms of HAT from overlapping. Should this overlap exist, it would substantially complicate surveillance and control operations.

United Republic of Tanzania

Transmission is occurring in 3 regions: Kigoma, (Kibondo and Kasulu districts), Tabora (Kigoma, Sikonge and

Libéria

Des cas ont été sporadiquement identifiés dans la région des mines de Bong à la fin des années 60 et au début des années 70. Il n'existe aucune structure consacrée à la surveillance et aucune enquête n'est donc effectuée.

Niger

Aucun cas n'a été signalé depuis plusieurs décennies. Il n'existe pas de structures spéciales de surveillance de la trypanosomiase humaine africaine dans le pays.

Sénégal

Des cas ont été sporadiquement signalés en Casamance dans les années 70 et 80, mais aucun cas n'a été signalé depuis. Il n'y a pas de structure particulière de surveillance.

Sierra Leone

Aucun cas n'a été signalé depuis plusieurs décennies. Les autorités sanitaires nationales estiment que le pays est exempt de transmission malgré la proximité de foyers actifs en Guinée voisine. Il n'y a pas de structure spéciale de surveillance.

II. Pays d'endémie pour *T.b. rhodesiense*

1. Pays signalant de 50 à 1500 cas par an

Malawi

Il y a transmission dans les districts de Nkhosakota et Rumphi, où des cas sont régulièrement identifiés. Le PNLTHA est géré par l'Unité de lutte contre la maladie du Département des services préventifs de santé au Ministère de la Santé et de la Population. Outre un administrateur de programme au niveau central, il existe des coordonnateurs de district. La mise en œuvre du programme est confiée aux agents de santé communautaire. Ceux qui sont chargés de la surveillance de la trypanosomiase et de la lutte contre celle-ci ont suivi une formation en cours d'emploi en 2004, organisée sous les auspices d'une équipe d'experts internationaux.

Ouganda

Les foyers de *T.b. rhodesiense* sont situés dans le sud-est, dans 10 districts (Busia, Busiri, Iganga, Jinja, Kamule, Kamuli, Mayuge, Mukono, Soroti et Toroto) qui sont séparés des foyers de *T.b. gambiense* par les districts d'Apac, Kaberamaido, Lira et Masindi. Toutefois, la zone de transmission de *T.b. rhodesiense* s'étend régulièrement vers le nord, et des cas sporadiques ont été identifiés en 2004 à Lira et Kaberamaido. Ce tableau épidémiologique surprenant a été associé aux mouvements de bétail qui ont eu lieu pendant les troubles civils. Plus récemment, en 2005, au cours d'une table ronde tenue à Addis-Abeba (Ethiopie), une approche multisectorielle de la surveillance et de la lutte portant à la fois sur l'homme et sur l'animal et les vecteurs de la maladie a été proposée pour éviter que les 2 formes de trypanosomiase ne cohabitent. Si cela se produisait, cela compliquerait en effet considérablement les opérations de surveillance et de lutte.

République-Unie de Tanzanie

La transmission a lieu dans 3 régions: Kigoma (districts de Kibondo et Kasulu), Tabora (districts de Kigoma, Sikonge et

Urambo districts) and Rukwa (Mpanda district). Cases are regularly identified in local health structures. There is no dedicated structure at national level, but 1 person (based within the Ministry of Health) acts as a focal point for HAT and is in charge of monitoring the disease. Some control activities are implemented by the National Institute for Medical Research from its Tabora station.

2. Countries reporting sporadically fewer than 50 new cases per year

Kenya

Endemic areas are located in 3 districts (Bungoma, Busia and Teso) close to the Ugandan border. Despite a solid passive case detection system managed by the Trypanosomiasis Research Centre, no cases were detected between 2002 and 2004. However, 1 case was diagnosed in Busia in January 2006.

Mozambique

The last cases were identified in 2002 and 2004 from Niassa and Tete provinces respectively. Control is vested in primary health structures under the responsibility of the National Institute of Health within the Ministry of Health.

Rwanda

Cases were sporadically reported from the Mutara region and the Akagera national park. Neither dedicated structure nor trained staff exist in the country.

Zambia

Cases are sporadically reported from 2 districts (Mpika and Petakua) in the Luangwa fly belt. There is no dedicated structure for surveillance or control. Diagnosis and, eventually, treatment relies exclusively on district hospitals.

Zimbabwe

South Africa and Great Britain sporadically report cases, generally tourists visiting the Kariba lake region. However, no surveillance system exists for the local population and no dedicated surveys are being implemented by national health authorities.

3. Countries reporting zero cases per year

Botswana

In the past, transmission took place in the Okavongo Delta. However, trypanosomiasis cases have not been reported from that area for decades and it is believed that transmission no longer occurs. A large tsetse fly control programme has been implemented for many years in this area. The country has excellent health structures but no specific HAT surveillance system, for which there is apparently no need.

Burundi

Transmission previously occurred in north-east Burundi. Constant monitoring during 1979–1980 did not disclose any new trypanosomiasis cases. There is no specific structure for HAT surveillance in the country.

d'Urambo) et Rukwa (district de Mpanda). Des cas sont régulièrement identifiés dans les structures de santé locales. Il n'existe pas de structure spéciale au niveau national, mais une personne (basée au Ministère de la Santé) sert de point focal pour la trypanosomiase et est chargée de la surveillance de la maladie. Certaines activités de lutte sont mises en œuvre par le *National Institute for Medical Research* depuis la station de Tabora.

2. Pays signalant sporadiquement moins de 50 nouveaux cas par an

Kenya

Les zones d'endémie sont situées dans trois districts (Bungoma, Busia et Teso) proches de la frontière ougandaise. Malgré un solide système de dépistage passif des cas géré par le *Trypanosomiasis Research Centre*, aucun cas n'a été décelé entre 2002 et 2004. Un cas a cependant été diagnostiqué à Busia en janvier 2006.

Mozambique

Les derniers cas ont été identifiés en 2002 et 2004 dans les provinces de Niassa et Tete respectivement. La lutte incombe aux structures de soins de santé primaires sous la responsabilité de l'Institut national de la Santé au Ministère de la Santé.

Rwanda

Des cas ont été sporadiquement notifiés par la Région de Mutara et par le parc national d'Akagera. Il n'existe aucune structure spéciale dans le pays, qui ne dispose pas non plus de personnel qualifié.

Zambie

Des cas sont sporadiquement signalés dans 2 districts (Mpika et Petakua) dans la ceinture de la mouche tsé-tsé de Luangwa. Il n'existe pas de structure spéciale chargée de la surveillance ou de la lutte. Le diagnostic et le traitement reposent exclusivement sur les hôpitaux de district.

Zimbabwe

L'Afrique du Sud et la Grande-Bretagne notifient sporadiquement des cas, généralement chez des touristes s'étant rendus dans la région du lac Kariba. Toutefois, il n'existe aucun système de surveillance pour la population locale et aucune enquête spéciale n'a été effectuée par les autorités sanitaires nationales.

3. Pays ne signalant annuellement aucun cas

Botswana

Par le passé, la transmission avait lieu dans le delta de l'Okavongo. Mais aucun cas de trypanosomiase n'a été décelé dans cette région depuis des décennies et l'on estime que la transmission a cessé. Un important programme de lutte contre la mouche tsé-tsé a été mis en œuvre pendant de nombreuses années dans la région. Le pays est doté d'excellentes structures sanitaires mais ne possède aucun système de surveillance spécifique de la trypanosomiase humaine africaine, qui ne fait cependant apparemment pas défaut.

Burundi

Il y avait précédemment transmission dans le nord-est du pays. Une surveillance constante en 1979–1980 n'a permis de révéler aucun nouveau cas de trypanosomiase. Il n'existe pas de structure spécifique pour la surveillance de la trypanosomiase humaine africaine dans le pays.

Ethiopia

The last cases were reported in the late 1970s and early 1980s from the Gambella Region in the western part of the country. No new cases have been reported since then. There is no dedicated surveillance structure in the country.

Namibia

Sporadic cases have been reported from the Caprivi Strip along the far eastern border of Cuando Cubango Province in Angola. However, transmission in that area is no longer believed to take place since no cases have been reported for several decades. There is no specific structure for HAT surveillance.

Swaziland

While tsetse flies and animal trypanosomoses still exist in the country, no human cases have been reported for several decades. There is no dedicated HAT surveillance structure in the country.

Conclusion

Given the achievements made in the control of HAT since 1995 – particularly during the past 5 years, which have led to a substantial reduction in the number of new cases reported per year to 17 500 and a new estimated cumulative rate of some 50 000–70 000 cases – the International Scientific Council for Trypanosomiasis Research and Control at its 28th conference in Addis Ababa in September 2005 recommended that WHO should “launch an elimination programme for sleeping sickness, adopt strategies towards this goal and advocate all partners who have permanently provided support to maintain their efforts and assistance”.

Thus, having reached a situation where the elimination of sleeping sickness as a public health problem can be envisaged, the main challenge facing WHO today is to maintain awareness, strengthen surveillance and sustain efforts to achieve elimination. Furthermore, WHO initiatives in developing more specific and sensitive tools for diagnosis – such as those carried out in collaboration with the Foundation for Innovative New Diagnostics – and in the development of new oral drugs that are safe and simple to administer for both stages of the disease – such as those under development by the University of North Carolina-Chapel Hill Drug Consortium, both of which are funded by the Bill and Melinda Gates Foundation – will be key issues towards sustainability of elimination. ■

Ethiopia

Les derniers cas ont été signalés à la fin des années 70 et au début des années 80 dans la région de Gambella, dans l'ouest du pays. Aucun nouveau cas n'a été signalé depuis. Il n'existe pas de structure de surveillance spéciale dans le pays.

Namibie

Des cas sporadiques ont été signalés dans la bande de Caprivi, le long de la frontière orientale de la Province de Cuando Cubango en Angola. On estime cependant qu'il n'y a plus de transmission dans cette zone car aucun cas n'a été signalé depuis plusieurs décennies. Il n'existe pas de structure particulière de surveillance de la trypanosomiase.

Swaziland

Si la mouche tsé-tsé et les trypanosomes animaux existent encore dans le pays, aucun cas humain n'a été signalé depuis plusieurs décennies. Il n'existe aucune structure de surveillance spéciale dans le pays.

Conclusion

Compte tenu des progrès accomplis dans la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine depuis 1995 – en particulier au cours des 5 dernières années, et qui ont entraîné une réduction substantielle du nombre de nouveaux cas signalés par an, ramené à 17 500 (ce qui porte le nouveau taux cumulatif estimé à près de 50 à 70 000 cas) – le Conseil scientifique international pour la recherche sur la trypanosomiase a recommandé, lors de sa 28^e Conférence (Addis-Abeba, septembre 2005) que l'OMS lance un programme d'élimination de la maladie du sommeil, adopte des stratégies à cet effet, et recommande à tous les partenaires qui n'ont cessé d'apporter leur soutien de maintenir leurs efforts et leur aide.

Aussi, maintenant que l'élimination de la maladie du sommeil en tant que problème de santé publique peut être envisagée, le principal problème auquel est confrontée l'OMS aujourd'hui est de maintenir la sensibilisation, de renforcer la surveillance et de soutenir les efforts en vue de l'élimination. En outre, les initiatives de l'OMS en vue de l'élaboration d'outils de diagnostic plus sensibles et plus spécifiques – tels que celles menées en collaboration avec la Fondation pour des outils diagnostiques nouveaux et novateurs – et l'élaboration de nouveaux médicaments par voie orale simples à administrer aux 2 stades de la maladie et sans effets secondaires – tels que ceux actuellement en train d'être mis au point par l'*University of North Carolina-Chapel Hill Drug Consortium*, financés tous deux par la Fondation Bill et Melinda Gates – seront des éléments décisifs en vue d'une élimination de la maladie. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 17 to 23 February 2006 / Notifications de maladies reçues du 17 au 23 février 2006

Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès		Asia / Asie	Cases / Deaths Cas / Décès
Angola	01.I-19.II	Zimbabwe	17-29.I	India / Inde	01-21.I	
.....	40	261	100	
Malawi	23.I-12.II		25		0	
.....	867					

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message **subscribe wer-reh** to listserv@who.int

Fax: +41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int / wer@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message **subscribe wer-reh** à listserv@who.int

Fax: +41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int / wer@who.int