

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

1st JUNE 2007, 82nd YEAR / 1^{er} JUIN 2007, 82^e ANNÉE

Nos. 22/23, 2007, 82, 197–208

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

Contents

- 197 Meeting of the International Task Force for Disease Eradication – 11 January 2007
- 203 Performance of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and incidence of poliomyelitis, 2005–2006
- 206 Stop TB Partnership has provided treatments for 10 million people in 6 years
- 208 WHO web sites on infectious diseases
- 208 International Health Regulations

Sommaire

- 197 Réunion du Groupe spécial international pour l'éradication des maladies – 11 janvier 2007
- 203 Fonctionnement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et incidence de la poliomyélite, 2005–2006
- 206 Partenariat halte à la tuberculose: 10 millions de personnes traitées en 6 ans
- 208 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses
- 208 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

6.2007
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

Meeting of the International Task Force for Disease Eradication – 11 January 2007

The tenth meeting of the International Task Force for Disease Eradication was convened at the Carter Center in Atlanta, GA, USA on 11 January 2007. The task force met to review the evidence pertaining to the potential eradicability of onchocerciasis (river blindness) 5 years after the 2002 Conference on the Eradicability of Onchocerciasis.

Onchocerciasis

In 2002, the conference concluded that onchocerciasis was not eradicable in Africa using available tools but that the disease could be eliminated in WHO's Region of the Americas.¹ The conference strongly recommended that everything be done to preserve the gains made by the Onchocerciasis Control Programme (sponsored by WHO, the World Bank, the United Nations Development Programme and the Food and Agriculture Organization of the United Nations), which closed later that year, and that elimination efforts should be undertaken in Africa where isolated foci of the disease existed and where elimination was technically feasible. The conference also recommended that further research should be undertaken to determine the impact of ivermectin, to discover potential macrofilaricidal drugs and alternative delivery strategies, to develop better diagnostic tools and to carry out mathematical modelling to help predict when transmission of onchocerciasis might be interrupted.

Important developments have occurred since the previous conference, including the

¹ Dadzie Y, Neira M, Hopkins D. Final report of the Conference on the Eradicability of Onchocerciasis. *Filarial Journal*, 2003, 2:1–164.

Réunion du Groupe spécial international pour l'éradication des maladies – 11 janvier 2007

La dixième réunion du Groupe spécial international pour l'éradication des maladies s'est tenue au Carter Center, à Atlanta (Etats-Unis) le 11 janvier 2007. Cinq ans après la Conférence sur «l'éradicabilité» de l'onchocercose (cécité des rivières), le Groupe spécial a examiné les éléments lui permettant d'apprécier s'il est possible d'éradiquer cette maladie.

Onchocercose

A la conférence de 2002, on avait conclu qu'il était impossible d'éradiquer l'onchocercose en Afrique avec les moyens existants mais que la maladie pouvait être éliminée dans la Région OMS des Amériques.¹ Il avait été vivement recommandé de tout mettre en œuvre pour préserver les acquis du Programme de Lutte contre l'Onchocercose (parrainé par l'OMS, la Banque mondiale, le Programme des Nations Unies pour le Développement et l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture), qui allait prendre fin la même année, et de s'efforcer d'éliminer la maladie en Afrique, où il existait des foyers isolés et où l'élimination était techniquement faisable. Il avait été également recommandé d'entreprendre des recherches plus poussées pour déterminer les effets de l'ivermectine, découvrir des médicaments macrofilaricides et trouver d'autres stratégies de distribution, élaborer de meilleurs outils diagnostiques et concevoir des modèles mathématiques qui aideraient à déterminer quand la transmission de l'onchocercose pourrait être interrompue.

Depuis la conférence, d'importants changements se sont produits: on estime

¹ Dadzie Y, Neira M, Hopkins D. Final report of the Conference on the Eradicability of Onchocerciasis. *Filarial Journal*, 2003, 2:1–164.

realization that as many as 37 million–40 million people may be infected with onchocerciasis compared with the 18 million previously estimated; this change is the result of studies performed in newly accessible areas of countries such as the Democratic Republic of the Congo. There have also been improvements in the political situations in a number of countries, including Angola, Liberia, Sierra Leone and southern Sudan, and these have led to much less insecurity in the area. However, health systems are still very weak in the affected African countries.

Onchocerciasis Control Programme

The Onchocerciasis Control Programme ended after having protected 40 million people in 11 west African countries between 1974 and 2002. Vector control by aerial spraying of larvicides, followed by annual mass administration of ivermectin (Mectizan®, donated by Merck & Co. Inc.) to populations in hyperendemic and mesoendemic villages, interrupted transmission in many areas. However, because transmission continues in certain “special intervention zones” in parts of Benin, Ghana, Guinea, Sierra Leone and Togo, ivermectin is now being distributed once or twice per year, and the manual spraying of larvicides from the ground continues in a few of those areas. The situation in Côte d’Ivoire and Guinea-Bissau is unclear: these countries have received no interventions since 2002 due to problems with security.

African Program for Onchocerciasis Control

In 2005, the African Program for Onchocerciasis Control, which began in 1995, treated 40 million people with ivermectin in hyperendemic and mesoendemic villages in 16 countries; by 2015, it aims to treat 90 million people in 19 countries annually. Progress is satisfactory in 9 countries, unsatisfactory in 7 and initiation has been delayed in 3 countries due to political insecurity. The need to make annual drug delivery sustainable by 2015 or earlier remains a challenge. The African Program for Onchocerciasis Control supports 4 vector elimination projects in Equatorial Guinea, Uganda and the United Republic of Tanzania. These efforts have been generally successful, especially in parts of Uganda where transmission has apparently been completely eliminated. The programme has also assumed responsibility for overseeing and monitoring areas formerly covered by the Onchocerciasis Control Programme, including the special intervention zones; it also oversees mass drug administration in Liberia and Sierra Leone. However, inadequate surveillance for recrudescence is a problem in several key areas outside the special intervention zones, and surveillance for the emergence of parasite resistance to ivermectin is limited.

Potentially life-threatening complications from treatment with ivermectin in people with heavy concurrent infections with *Loa loa* have posed problems in Cameroon and the Democratic Republic of the Congo, and they are a serious constraint on mass drug administration for onchocerciasis in several other countries where loiasis is coendemic. All of the countries covered by the African Program for Onchocerciasis Control and

maintenant que pas moins de 37 à 40 millions de personnes pourraient être parasitées alors que ce chiffre était estimé à 18 millions auparavant; ces nouvelles estimations découlent des études menées dans des zones jusque-là inaccessibles de pays comme la République démocratique du Congo. La situation politique s’est aussi améliorée dans un certain nombre de pays, dont l’Angola, le Libéria, la Sierra Leone et le Soudan (partie sud), où il y a désormais beaucoup moins de problèmes de sécurité. Toutefois, les systèmes de santé restent très faibles dans les pays africains touchés.

Programme de Lutte contre l’Onchocercose

Le Programme de Lutte contre l’Onchocercose a pris fin après avoir protégé 40 millions d’habitants dans 11 pays d’Afrique de l’Ouest entre 1974 et 2002. La lutte antivectorielle par pulvérisation aérienne de larvicides, suivie de l’administration massive d’ivermectine (Mectizan®, fourni gratuitement par Merck & Co. Inc.) une fois par an aux populations des villages d’hyperendémie et de mésoendémie, a permis d’interrompre la transmission dans de nombreux secteurs. Mais, la transmission se poursuivant dans certaines «zones d’intervention spéciales» au Bénin, au Ghana, en Guinée, en Sierra Leone et au Togo, la distribution d’ivermectine est aujourd’hui annuelle ou semestrielle et on continue à pulvériser des larvicides manuellement depuis le sol dans quelques-unes de ces zones. La situation en Côte d’Ivoire et en Guinée-Bissau est floue: aucune intervention n’y a eu lieu depuis 2002 à cause de problèmes de sécurité.

Programme africain de Lutte contre l’Onchocercose

En 2005, au titre du Programme africain de Lutte contre l’Onchocercose, qui a commencé en 1995, 40 millions de personnes ont reçu de l’ivermectine dans les villages d’hyperendémie et de mésoendémie de 16 pays; l’objectif est de traiter 90 millions de personnes par an dans 19 pays d’ici à 2015. Les progrès sont satisfaisants dans 9 pays, insatisfaisants dans 7 et les opérations ont été retardées dans 3 autres en raison de l’insécurité politique. Instaurer durablement la distribution annuelle de médicaments d’ici à 2015 reste une gageure. Le Programme africain de Lutte contre l’Onchocercose soutient 4 projets d’élimination des vecteurs en Guinée équatoriale, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie. Ces initiatives ont été dans l’ensemble couronnées de succès, surtout dans certaines parties de l’Ouganda où la transmission a apparemment complètement cessé. Le programme s’est également chargé du suivi et de la surveillance dans les zones autrefois couvertes par le Programme de Lutte contre l’Onchocercose, y compris les zones d’intervention spéciales; il supervise aussi l’administration massive de médicaments au Libéria et en Sierra Leone. Toutefois, la surveillance exercée dans le but de déceler une éventuelle recrudescence pose problème dans plusieurs secteurs importants situés en dehors des zones d’intervention spéciales et la surveillance permettant de détecter une éventuelle résistance du parasite à l’ivermectine est limitée.

Les complications parfois mortelles du traitement d’ivermectine chez les sujets qui présentent une co-infection massive à *Loa loa* ont posé problème au Cameroun et en République démocratique du Congo et sont un obstacle important à l’administration massive de médicaments contre l’onchocercose dans plusieurs autres pays où la loase est coendémique. La filariose lymphatique est coendémique dans tous les pays visés par le Programme africain de Lutte contre l’Onchocercose et dans tous les pays autrefois

the countries formerly covered by the Onchocerciasis Control Programme are also coendemic for lymphatic filariasis. Lymphatic filariasis has been the target of an elimination programme since 2000: in 2005, about 28 million people in 11 African countries received mass treatment with ivermectin and albendazole. Altogether, 212.4 million people in WHO's African Region are estimated to be at risk for lymphatic filariasis.² In some areas, the lymphatic filariasis elimination programme also administers drugs for onchocerciasis, including those areas that are hypoendemic for onchocerciasis and whose populations are thus not receiving drug treatment under the African programme. The lymphatic filariasis programme is similarly (if not more severely) hampered by the coendemicity of *Loa loa* infection in some areas.

Onchocerciasis Elimination Program of the Americas

Since 1993, the Onchocerciasis Elimination Program of the Americas has coordinated and helped support semiannual mass administration of ivermectin in 13 foci in 6 countries (Brazil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico and Venezuela). As of 2006, it appears that new cases of blindness caused by onchocerciasis are no longer occurring, and transmission of *Onchocerca volvulus* is believed to have been interrupted in 6/13 foci. Guatemala's Santa Rosa focus has eliminated the parasite and will become the first to halt mass treatment in 2007. Other foci, including Colombia's single focus in Naiciona, may follow the Santa Rosa example in 2007 or 2008. In areas where transmission continues, the focus in southern Venezuela achieved >85% coverage by mass drug administration for the first time, thus becoming the last of the foci to achieve this important milestone (the other 12 foci each had 7–11 treatment rounds with >85% coverage). Since 2003, as part of a trial aimed at hastening interruption of transmission by killing adult worms, Mexico has administered ivermectin 4 times each year in 50 of its communities in the south Chiapas focus where the disease is most highly endemic. The Rio Cayapas sector of the Ecuadorian focus, where *Simulium exigium* is similarly as efficient a vector as *S. damnosum* in Africa, began with annual mass treatment in 1990 but switched to semiannual mass treatment in 1998, and now appears close to interrupting transmission.

A review of the macrofilaricidal effects of ivermectin on *O. volvulus*, based on a re-analysis of peer-reviewed literature describing results from Africa and Latin America, noted the importance of measuring the macrofilaricidal impact of ivermectin in settings where transmission generally is interrupted ("closed systems"). The evidence suggests that ivermectin administered at a dose of 150µg/kg twice per year would eliminate adult female worms in 6.5 years; treatment administered 4 times each year would eliminate adult female worms in about 5 years. It thus appears that delivering yearly multiple mass treatments accelerates the death of adult male and female *O. volvulus* in comparison with their natural death rates when vector control eliminates new infections.

couverts par le Programme de Lutte contre l'Onchocercose. Elle fait l'objet d'un programme d'élimination depuis 2000: en 2005, quelque 28 millions de personnes dans 11 pays d'Afrique ont reçu une chimiothérapie de masse d'ivermectine et d'albendazole. On estime qu'au total, 212,4 millions d'habitants de la Région africaine de l'OMS sont exposés à la filariose lymphatique.² Dans certains secteurs, le programme d'élimination de la filariose lymphatique prévoit aussi l'administration de médicaments contre l'onchocercose, y compris dans les zones où l'onchocercose est hypoendémique et où les habitants ne bénéficient donc pas d'une chimiothérapie au titre du programme africain. Le programme de lutte contre la filariose lymphatique est lui aussi entravé (peut-être même plus encore) par la coendémicité de la loase dans certains endroits.

Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques

Depuis 1993, le Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques a coordonné et soutenu l'administration massive semestrielle d'ivermectine dans 13 foyers de 6 pays (Brésil, Colombie, Equateur, Guatemala, Mexique et Venezuela). En 2006, aucun cas nouveau de cécité onchocercienne n'a été observé et la transmission de *Onchocerca volvulus* semblait avoir cessé dans 6 des 13 foyers. Au Guatemala, le parasite a été éliminé dans le foyer de Santa Rosa, qui sera le premier où le traitement de masse prendra fin en 2007. Il pourrait en aller de même en 2007 ou 2008 dans d'autres foyers, dont celui de Naiciona, le seul de Colombie. Pour ce qui est des zones où la transmission perdure, la couverture du traitement de masse a dépassé 85% pour la première fois dans le foyer situé dans le sud du Venezuela, dernier foyer où ce cap important a été franchi (dans les 12 autres foyers, 7 à 11 campagnes se sont soldées par un taux de couverture >85%). Depuis 2003, dans le cadre d'un essai entrepris pour interrompre plus vite la transmission en tuant les vers adultes, le Mexique a administré de l'ivermectine 4 fois par an dans 50 des communautés qui composent le foyer situé dans le sud du Chiapas, où l'endémicité est maximale. En Equateur, dans le secteur du Rio Cayapas, où *Simulium exigium* est un vecteur aussi efficace que *S. damnosum* en Afrique, le traitement de masse annuel, qui a démarré en 1990, est devenu semestriel en 1998, et il semble que la transmission soit en passe d'être interrompue.

D'après une étude des effets macrofilaricides de l'ivermectine sur *O. volvulus*, qui a consisté à analyser de nouveau la documentation évaluée par des spécialistes sur les résultats obtenus en Afrique et en Amérique latine, il est important de mesurer l'effet macrofilaricide du médicament dans les endroits où la transmission en général est interrompue («systèmes fermés»). D'après les données, administrée à raison de 150µg/kg 2 fois par an, l'ivermectine éliminerait les vers femelles adultes en 6,5 ans; la même dose 4 fois par an éliminerait le ver femelle adulte en 5 ans environ. Il apparaît donc qu'administré plusieurs fois par an, le traitement de masse élimine les vers mâles et femelles adultes plus rapidement qu'ils ne meurent naturellement quand, grâce à la lutte antivectorielle, il n'y a pas de nouvelles infections.

² See No. 80, 2005, pp. 201–212.

² Voir le N° 80, 2005, pp 201-212.

The UNICEF-UNDP-World Bank-WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases is also investigating the impact of ivermectin treatment given annually, semiannually or at 3-monthly intervals without concomitant vector control over 16 years in 3 foci in Mali and Senegal (areas formerly covered by the Onchocerciasis Control Programme). These studies have shown that there has been a dramatic impact on the prevalence of infection in humans and on vectors. Data analysis continues, and particular interest has been expressed in ascertaining whether mass treatment can be stopped in these foci without a resumption in transmission occurring during the following 1-2 years.

Research into other potential macrofilaricides also continues. Daily doses of doxycycline (200 mg) given orally for 6 weeks lead to complete sterilization of adult female *O. volvulus* worms, and the most recent data (from 2006) suggest that this regimen also kills up to 70% of adult female worms after 27 months. Doxycycline acts by killing endosymbiont *Wolbachia* bacteria. Studies have shown that 6 weeks of treatment with doxycycline and ivermectin is superior to treatment with ivermectin alone in terms of reducing microfilariae over 21 months. Moxidectin, an avermectin in the same class as ivermectin but with a longer half-life, is now in phase II trials; community trials are expected to be completed by 2011. It is hoped that moxidectin may have a more sustained microfilaricidal effect than ivermectin or that it may even show macrofilaricidal effects. The Bill and Melinda Gates Foundation is funding research at WHO and through the Liverpool School of Tropical Medicine to screen and develop other potentially macrofilaricidal drugs.

Existing diagnostic tests include "skin snip" polymerase chain reaction to detect parasite DNA, detection of serum antibodies against species-specific antigen (OV-16) to identify past or current exposure to *O. volvulus* infection, and polymerase chain reaction to detect parasite DNA in pools of blackflies as a tool for assessing transmission. None of these tests is produced commercially or is readily available to laboratories, but if they were (especially the OV-16 antibody test), it would greatly facilitate monitoring of the efforts to interrupt transmission. The philanthropist Mr John Moores, Sr, Chairman of the Carter Center's Board of Trustees, is supporting research being done on behalf of the Worm Institute for Research and Medicine initiative at the Scripps Institute in San Diego, CA, to develop a simple reliable test for detecting living adult *O. volvulus* in humans.

The Onchocerciasis Elimination Program of the Americas' Program Coordinating Committee has adapted guidelines for certification of onchocerciasis elimination (originally developed by onchocerciasis experts under the auspices of WHO in 2001)³ so that they are practical for the programme to use yet retain the spirit of the

³ Certification of elimination of human onchocerciasis: criteria and procedures. Guidelines. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/CPE/CEE/2001.18b).

Le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales étudie lui aussi l'impact du traitement d'ivermectine annuel, semestriel et trimestriel en l'absence de mesures antivectorielles concomitantes pendant 16 ans dans 3 foyers du Mali et du Sénégal (zones autrefois visées par le Programme de Lutte contre l'Onchocercose). Les études mettent en lumière des effets spectaculaires sur les vecteurs et sur la prévalence de l'infestation chez l'homme. L'analyse des données se poursuit et il a été jugé particulièrement intéressant de déterminer si l'on pouvait arrêter le traitement de masse dans ces foyers sans que la transmission ne reprenne au bout d'1 ou 2 ans.

Les recherches sur d'autres macrofilaricides potentiels se poursuivent. Une dose quotidienne de doxycycline (200 mg) administrée par voie orale pendant 6 semaines provoque la stérilisation complète des femelles adultes d'*O. volvulus* et, d'après les données les plus récentes (2006), ce protocole tue aussi jusqu'à 70% des vers femelles adultes quand il est suivi pendant 27 mois. La doxycycline agit en tuant les *Wolbachia*, des bactéries endosymbiotiques. Les études montrent que la diminution du nombre de microfilaries en l'espace de 21 mois est plus prononcée après l'administration conjuguée de doxycycline et d'ivermectine pendant 6 semaines qu'après le traitement d'ivermectine seule. La moxidectine, avermectine de la même classe que l'ivermectine mais qui a une demi-vie plus longue, en est aux essais de phase II; les essais en communauté devraient être achevés d'ici à 2011. On espère que la moxidectine a un effet microfilaricide plus durable que l'ivermectine ou qu'elle a aussi un effet macrofilaricide. La Fondation Bill et Melinda Gates finance les recherches entreprises à l'OMS et par le canal de la Liverpool School of Tropical Medicine pour passer au crible et mettre au point d'autres médicaments macrofilaricides.

Au nombre des tests diagnostiques existants figurent l'amplification génique sur biopsie cutanée pour mettre en évidence l'ADN parasitaire; la recherche des anticorps sériques dirigés contre l'antigène spécifique d'espèce (OV-16) pour mettre en évidence une exposition actuelle ou passée à l'infestation par *O. volvulus*; et l'amplification génique pour mettre en évidence l'ADN parasitaire dans les populations de simules dans le but d'évaluer la transmission. Aucun de ces tests n'est distribué dans le commerce ni facile à se procurer pour les laboratoires, mais s'ils l'étaient (surtout le test de recherche des anticorps anti-OV-16), on pourrait beaucoup plus facilement juger de l'efficacité des mesures prises pour interrompre la transmission. Le philanthrope John Moores, Président du Conseil d'administration du Carter Center, soutient les travaux de recherche effectués à l'Institut Scripps, à San Diego (Etats-Unis), pour le compte du Worm Institute for Research and Medicine en vue de mettre au point un test simple et fiable de dépistage du ver adulte vivant *O. volvulus* chez l'homme.

Le Comité de coordination du Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques a adapté les directives pour la certification de l'élimination de la maladie (établies par des spécialistes de l'onchocercose sous les auspices de l'OMS en 2001)³ afin de pouvoir les utiliser dans le cadre du programme tout en respectant l'esprit dans lequel elles ont été formulées. L'un des

³ Certification of elimination of human onchocerciasis: criteria and procedures. Guidelines. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (WHO/CDS/CPE/CEE/2001.18.b).

original guidelines. One of the changes made affects the elimination of ocular morbidity. The adapted guidelines recommend using only oncho-specific punctate keratitic lesions (grade A/B) and/or microfilaria prevalence in the anterior segment of the eye. Using 95% confidence intervals, elimination of ocular morbidity is certified when rates are <1%. A second change is that for infection in blackflies, the standard developed by experts at WHO in 2001 has been adopted. This change specifies that measuring the prevalence of third stage larvae (L3) in blackflies (<0.05%) and calculating annual transmission potential levels (<5–20 L3 inoculated per person per year) are more reliable indicators of interruption of transmission. The third change is that the absence of infection in humans (defined as OV-16 antibody prevalence of <0.1% in schoolchildren) is another reliable indicator of interruption of transmission. The affected countries and the programme's coordinating committee will decide when to stop using mass drug administration and how to monitor recrudescence of transmission in the American foci.

The governments of Sudan and Uganda have both decided to try to interrupt transmission in isolated foci in their countries where it seems technically feasible. Sudan's vice president and the Federal Minister for Health launched an effort to use semiannual treatment (rather than the current annual treatment) with ivermectin in 2 isolated foci in December 2006: Abu Hamad (in the Nile State, north of Khartoum) and Sundus (in the Gadarif State, south-east of Khartoum). These foci have a combined eligible population of approximately 150 000 people. The relevant vector is *S. damnosum*. External assistance for the new effort in Sudan is provided by the Lions-Carter Center SightFirst Initiative and the Mectizan® Donation Program. Heightened surveillance and monitoring, as well as evaluation, will accompany this effort.

Uganda has concluded that successful interruption of transmission using semiannual mass treatment with ivermectin for 6–7 years would be more cost effective than indefinite control obtained by using annual mass drug administration. Accordingly, Uganda launched a new elimination initiative on 30 January 2007. Transmission has already been interrupted in 3/13 foci: the Victoria focus (eliminated in the late 1970s) and in Itwara and Mpamba-Nkusi (vector elimination efforts supported by the African Program for Onchocerciasis Control). A total of 6 other foci are now targeted for interruption of transmission using a strategy of semiannual mass distribution of ivermectin and/or selective ground-based larviciding. (*S. neavei* is the vector in the 6 foci targeted for elimination.) A further 4 foci require epidemiological investigation. External support for the elimination initiative is provided by the Carter Center, Merck & Co. Inc. (via the nongovernmental development organization Group for Onchocerciasis Control), the philanthropist Mr John Moores, Sr., and the Mectizan® Expert Committee. The population targeted for semiannual ivermectin treatment is about 760 000; overall, the population at risk of onchocerciasis in Uganda is estimated at 1.8 million people.

changements qui y ont été apportés concerne l'élimination de la morbidité oculaire. Dans la version adaptée, il est recommandé de ne tenir compte que des lésions dues à la kératite ponctuée spécifique de l'onchocercose (grade A/B) et/ou de la prévalence des microfilaries dans la chambre antérieure de l'œil. Si l'on se base sur un intervalle de confiance 95%, l'élimination de la morbidité oculaire est certifiée quand les taux sont <1%. Le deuxième changement est que, pour l'infestation des simulies, c'est la norme fixée par des experts à l'OMS en 2001 qui a été adoptée, à savoir que la prévalence du troisième stade larvaire (L3) chez les simulies (<0,05%) et le calcul du taux annuel de transmission probable (<5-20 L3 inoculées par personne et par an) sont des indicateurs plus fiables de l'interruption de la transmission. Le troisième changement est que l'absence d'infestation chez l'homme (définie comme une prévalence des anticorps anti-OV-16 <0,1% chez les écoliers) est un autre indicateur fiable de l'interruption de la transmission. Les pays touchés et le comité de coordination du programme décideront à quel moment arrêter l'administration massive de médicaments et quels moyens mettre en place pour détecter une recrudescence de la transmission dans les foyers du continent américain.

Les gouvernements ougandais et soudanais ont tous deux décidé d'essayer d'interrompre la transmission dans les foyers isolés quand cela semble techniquement faisable. Le Vice-Président et le Ministre fédéral de la Santé du Soudan ont lancé une opération en décembre 2006 pour distribuer le traitement d'ivermectine tous les semestres (et non plus tous les ans comme c'était le cas jusque-là) dans deux foyers isolés: Abu Hamad (dans l'Etat du Nil, au nord de Khartoum) et Sundus (dans l'Etat de Gadarif, au sud-est de Khartoum). La population visée dans ces deux foyers est d'environ 150 000 habitants. Le vecteur est *S. damnosum*. Cette nouvelle opération au Soudan reçoit l'aide extérieure de l'initiative SightFirst (Lions et Carter Center) et du Mectizan® Donation Program. Elle s'accompagnera d'un renforcement de la surveillance et du suivi, ainsi que d'une évaluation.

Jugeant qu'il serait plus rentable d'interrompre la transmission moyennant l'administration massive d'ivermectine tous les semestres pendant 6 à 7 ans que de lutter contre la maladie pendant une durée indéterminée au moyen du traitement annuel, l'Ouganda a lancé le 30 janvier 2007 une nouvelle opération pour éliminer la maladie. La transmission a déjà été interrompue dans 3 foyers sur 13: à Victoria (où le parasite a été éliminé à la fin des années 70) et à Itwara et Mpamba-Nkusi (où les opérations d'élimination des vecteurs sont soutenues par le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose). Il est maintenant prévu d'interrompre la transmission dans 6 autres foyers selon une stratégie d'administration massive d'ivermectine tous les semestres et/ou de pulvérisation sélective de larvicides depuis le sol. (Le vecteur est *S. neavei* dans les 6 foyers visés.) Des études épidémiologiques s'imposent dans 4 autres foyers. Le Carter Center, Merck & Co. Inc. (par l'intermédiaire de l'organisation non gouvernementale d'aide au développement Group for Onchocerciasis Control), le philanthrope M. John Moores et le Comité d'experts du Mectizan® apportent une aide extérieure à cette initiative. Environ 760 000 personnes devraient bénéficier d'un traitement d'ivermectine semestriel; on estime qu'en Ouganda, 1,8 million de personnes sont exposées à l'onchocercose.

Conclusions and recommendations

1. The task force concluded that the feasibility of eradicating onchocerciasis in Africa using current tools has not yet been proven. It welcomed the initiatives undertaken by the governments of Equatorial Guinea, Mali, Senegal, Sudan, Uganda and the United Republic of Tanzania to test this concept by trying to eliminate selected onchocerciasis foci using ivermectin delivered multiple times per year, with or without vector control, in accordance with the recommendation made by the conference in 2002.
2. The task force strongly encourages continued studies into the efficacy of potential macrofilaricides against adult *O. volvulus* and studies to develop a convenient and reliable test to detect living adult worms; it also encourages the production of and improvements in the availability of proven diagnostic tools. A research breakthrough in any of these areas, especially the discovery of a macrofilaricide, would greatly increase the potential to eradicate this parasite in Africa.
3. Programmes in the Region of the Americas, Yemen and in parts of Africa should consider using doxycycline as a macrofilaricide in order to accelerate elimination of adult *O. volvulus* parasites in selected isolated foci. Having a diagnostic tool to rapidly identify infection with adult worms would help target prolonged treatment at those individuals who are infected.
4. The existence and expansion of the programme to eliminate lymphatic filariasis by mass administration of ivermectin and albendazole is a welcome addition to the fight to interrupt onchocerciasis transmission in Africa. The African Program for Onchocerciasis Control and affected African countries should seize every opportunity to integrate efforts to fight these 2 diseases as well as to deliver other compatible interventions. There is no excuse for continuing to use single approaches in countries where these diseases are coendemic and where such integration may also increase the sustainability of interventions against not only onchocerciasis but also other diseases.
5. Countries need to consider the potential public health benefits of mass drug administration with ivermectin to control onchocerciasis, or delivering ivermectin with albendazole to halt transmission of lymphatic filariasis in areas where loiasis is coendemic.
6. The task force applauded the informal efforts of the Onchocerciasis Program of the Americas and the United States Centers for Disease Control and Prevention to continue to adapt and test guidelines for certification of interruption of transmission in Guatemala. Any effort to formally revise the guidelines should await data from related initiatives in Uganda, Sudan and areas formerly covered by the Onchocerciasis Control Programme.
7. The task force acknowledged the magnitude of the contribution to onchocerciasis control and elimination made by the late Dr Brian Duke and requested the chair to convey to his widow its condolences on his recent death as well as its appreciation and gratitude for his work and dedicated commitment to this field. ■

Conclusions et recommandations

1. Le groupe spécial a conclu que rien ne prouvait encore qu'il était possible d'éradiquer l'onchocercose en Afrique avec les moyens actuels. Il s'est félicité des initiatives prises par les gouvernements de la Guinée équatoriale, du Mali, de l'Ouganda, de la République-Unie de Tanzanie, du Sénégal et du Soudan pour vérifier les possibilités d'éradication en cherchant à éliminer certains foyers par l'administration d'ivermectine plusieurs fois par an, conjuguée ou non à des mesures de lutte antivectorielle, conformément à la recommandation faite à la conférence de 2002.
2. Le groupe spécial encourage vivement à poursuivre les études sur l'efficacité de macrofilaricides potentiels contre les vers adultes d'*O. volvulus* et les études entreprises pour mettre au point un test pratique et fiable de dépistage des vers adultes vivants; il encourage également à produire les outils diagnostiques qui ont fait leurs preuves et à les mettre plus largement à disposition. Un progrès décisif dans l'un de ces domaines de recherche, notamment la découverte d'un macrofilaricide, augmenterait considérablement les chances d'éradiquer le parasite en Afrique.
3. Dans la Région des Amériques, au Yémen et dans certaines parties de l'Afrique, les programmes devraient envisager d'utiliser la doxycycline comme macrofilaricide pour éliminer plus rapidement les parasites adultes dans certains foyers isolés. Un outil permettant de diagnostiquer rapidement l'infestation par les vers adultes aiderait à cibler le traitement prolongé sur les individus parasités.
4. Le programme d'élimination de la filariose lymphatique par l'administration massive d'ivermectine et d'albendazole, et l'essor qu'a pris ce programme, viennent compléter opportunément les efforts faits pour interrompre la transmission de l'onchocercose en Afrique. Le Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose et les pays africains touchés devraient exploiter toutes les possibilités de combiner les mesures de lutte contre ces deux maladies et d'assurer d'autres interventions compatibles avec ces mesures. Rien ne justifie qu'on continue à mener des actions séparées dans les pays de coendémie alors que leur association peut rendre plus viables les interventions contre l'onchocercose et contre d'autres maladies.
5. Les pays doivent étudier les avantages que présentent, du point de vue de la santé publique, l'administration massive d'ivermectine pour combattre l'onchocercose et la distribution simultanée d'ivermectine et d'albendazole pour interrompre la transmission de la filariose lymphatique dans les zones où la loase est coendémique.
6. Le groupe spécial s'est félicité des efforts faits à titre informel par le Programme des Amériques contre l'onchocercose et les *Centers for Disease Control and Prevention* des Etats-Unis pour continuer à adapter et tester les directives pour la certification de l'interruption de la transmission au Guatemala. Avant d'envisager de réviser officiellement les directives, il faut attendre les données émanant des initiatives connexes en Ouganda, au Soudan et dans les zones autrefois couvertes par le Programme de Lutte contre l'Onchocercose.
7. Le groupe spécial a reconnu l'importance de la contribution de feu le Dr Brian Duke, récemment disparu, à la lutte contre l'onchocercose et à l'élimination de cette maladie, et il a chargé le président de présenter ses condoléances à la veuve du D^r Duke et de lui dire à quel point il était reconnaissant à son époux de son travail et de son engagement dans ce domaine. ■

PERFORMANCE OF ACUTE FLACCID PARALYSIS (AFP) SURVEILLANCE AND INCIDENCE OF POLIOMYELITIS, 2005–2006 (DATA RECEIVED IN WHO HEADQUARTERS AS OF 22 MAY 2007)

FONCTIONNEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA) ET INCIDENCE DE LA POLIOMYÉLITE, 2005-2006 (DONNÉES REÇUES PAR LE SIÈGE DE L'OMS AU 22 MAI 2007)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2007 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2007			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyéлитique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons conformes ³	2007 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2007 (virus sauvage) ⁴		2006 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2006 (virus sauvage) ⁴	
Regional totals — Totaux régionaux							
AFR	3 351	2.90	90%	101	(101)	1190 ⁵	(1189)
AMR	482	0.60	75%	0	(0)	0	(0)
EMR	3 225	3.88	92%	17	(17)	10 ⁷	(10 ⁷)
EUR	494	0.91	81%	0	(0)	0	(0)
SEAR	12 917	4.07	86%	53	(53)	702 ⁵	(701)
WPR	1 198	0.81	87%	0	(0)	1 ⁶	(0)
Global total — Total mondial	21 667	3.05	87%	171	(171)	2000	(1997)
African Region — Région africaine (AFR)							
Algeria – Algérie	45	1.20	91%	0	(0)	0	(0)
Angola	55	1.60	89%	0	(0)	2	(2) ⁷
Benin – Bénin	33	2.30	100%	0	(0)	0	(0)
Botswana	5	2.20	100%	0	(0)	0	(0)
Burkina Faso	34	1.30	100%	0	(0)	0	(0)
Burundi	32	2.40	91%	0	(0)	0	(0)
Cameroon	72	2.20	83%	0	(0)	2	(2) ⁷
Cape Verde – Cap-Vert	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Central African Republic – République centrafricaine	64	7.90	98%	0	(0)	0	(0)
Chad – Tchad	41	2.40	93%	0	(0)	1	(1) ⁷
Comoros – Comores	1	0.90	100%	0	(0)	0	(0)
Congo	26	3.30	88%	0	(0)	0	(0)
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	453	3.20	84%	12	(12) ⁷	13	(13) ⁷
Côte d'Ivoire	95	2.60	93%	0	(0)	0	(0)
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	3	2.60	67%	0	(0)	0	(0)
Eritrea – Érythrée	12	2.60	92%	0	(0)	0	(0)
Ethiopia – Éthiopie	236	1.70	87%	0	(0)	17	(17) ⁷
Gabon	10	3.30	100%	0	(0)	0	(0)
Gambia – Gambie	4	1.50	100%	0	(0)	0	(0)
Ghana	22	0.60	91%	0	(0)	0	(0)
Guinea – Guinée	8	0.40	88%	0	(0)	0	(0)
Guinea-Bissau – Guinée Bissau	1	0.30	0%	0	(0)	0	(0)
Kenya	155	2.80	83%	0	(0)	2	(2) ⁷
Lesotho	2	0.50	100%	0	(0)	0	(0)
Liberia – Libéria	20	3.10	100%	0	(0)	0	(0)
Madagascar	68	2.40	87%	0	(0)	0	(0)
Malawi	15	0.60	67%	0	(0)	0	(0)
Mali	29	1.20	100%	0	(0)	0	(0)
Mauritania – Mauritanie	18	3.60	89%	0	(0)	0	(0)
Mauritius – Maurice	5	4.30	100%	0	(0)	0	(0)
Mozambique	35	1.00	80%	0	(0)	0	(0)
Namibia – Namibie	45	5.10	87%	0	(0)	18	(18) ⁷
Niger	64	2.40	83%	3	(3) ⁷	11	(11) ⁷
Nigeria – Nigéria	1 276	4.60	95%	86	(86) ⁸	1124 ⁵	(1123) ⁸
Reunion – Réunion	ND			0	(0)	0	(0)
Rwanda	26	1.50	100%	0	(0)	0	(0)
Saint Helena – Saint-Hélène	ND			0	(0)	0	(0)
Sao Tome and Principe – Sao Tomé-et-Príncipe	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Senegal – Sénégal	23	1.00	91%	0	(0)	0	(0)
Seychelles	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Sierra Leone	9	0.90	89%	0	(0)	0	(0)
South Africa – Afrique du Sud	47	0.80	87%	0	(0)	0	(0)
Swaziland	4	2.10	100%	0	(0)	0	(0)
Togo	24	2.30	100%	0	(0)	0	(0)
Uganda	109	2.00	85%	0	(0)	0	(0)
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	75	1.10	88%	0	(0)	0	(0)
Zambia – Zambie	29	1.30	100%	0	(0)	0	(0)
Zimbabwe	21	1.10	83%	0	(0)	0	(0)
Region of the Americas — Région des Amériques (AMR)							
Argentina – Argentine	33	0.72	82%	0	(0)	0	(0)
Bolivia – Bolivie	11	0.69	82%	0	(0)	0	(0)
Brazil – Brésil	96	0.32	67%	0	(0)	0	(0)
Canada	ND			0	(0)	0	(0)
CAREC – Centre d'Epidémiologie des Caraïbes*	6	0.41	50%	0	(0)	0	(0)
Chile – Chili	39	1.85	74%	0	(0)	0	(0)
Colombia – Colombie	53	0.80	77%	0	(0)	0	(0)
Costa Rica	2	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Cuba	3	0.38	100%	0	(0)	0	(0)
Dominican Republic – République dominicaine	5	0.35	80%	0	(0)	0	(0)
Ecuador – Equateur	17	0.71	65%	0	(0)	0	(0)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2007 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2007			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-polio myelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons conformes ³	2007 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2007 (virus sauvage) ⁴		2006 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2006 (virus sauvage) ⁴	
El Salvador	12	1.29	92%	0	(0)	0	(0)
Guatemala	18	0.96	89%	0	(0)	0	(0)
Haiti – Haïti	4	0.13	50%	0	(0)	0	(0)
Honduras	15	1.42	100%	0	(0)	0	(0)
Mexico – Mexique	122	0.76	72%	0	(0)	0	(0)
Nicaragua	10	1.15	90%	0	(0)	0	(0)
Panama	5	1.12	80%	0	(0)	0	(0)
Paraguay	2	0.14	50%	0	(0)	0	(0)
Peru – Pérou	21	0.55	86%	0	(0)	0	(0)
Uruguay	3	0.33	33%	0	(0)	0	(0)
United States of America – Etats-Unis d'Amérique	ND			0	(0)	0	(0)
Venezuela	5	0.16	100%	0	(0)	0	(0)

* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.

Eastern Mediterranean Region — Région de la Méditerranée orientale (EMR)

Afghanistan	402	6.78	94%	2	(2) ⁸	31	(31) ⁸
Bahrain – Bahrein	2	2.67	100%	0	(0)	0	(0)
Djibouti	1	1.21	100%	0	(0)	0	(0)
Egypt – Egypte	380	3.56	94%	0	(0)	0	(0)
Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	205	2.60	82%	0	(0)	0	(0)
Iraq	132	2.81	89%	0	(0)	0	(0)
Jordan – Jordanie	19	2.44	90%	0	(0)	0	(0)
Kuwait – Koweït	5	2.33	100%	0	(0)	0	(0)
Lebanon – Liban	11	2.49	73%	0	(0)	0	(0)
Libyan Arab Jamahiriya – Jamahiriya arabe	34	4.56	100%	0	(0)	0	(0)
Morocco – Maroc	51	1.43	88%	0	(0)	0	(0)
Oman	11	3.73	100%	0	(0)	0	(0)
Pakistan	1 441	5.07	92%	7	(7) ⁸	40	(40) ⁸
Qatar	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Saudi Arabia – Arabie saoudite	37	1.29	95%	0	(0)	0	(0)
Somalia – Somalie	72	3.96	89%	8	(8) ⁷	35	(35) ⁷
Sudan – Soudan	161	2.81	96%	0	(0)	0	(0)
Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	63	2.11	84%	0	(0)	0	(0)
Tunisia – Tunisie	23	2.33	91%	0	(0)	0	(0)
United Arab Emirates – Emirats arabes unis	12	3.22	92%	0	(0)	0	(0)
West Bank and Gaza Strip – Cisjordanie et bande de Gaza	5	0.80	60%	0	(0)	0	(0)
Yemen – Yémen	158	4.25	91%	0	(0)	1	(1) ⁷

European Region — Région européenne (EUR)

Albania – Albanie	5	1.65	100%	0	(0)	0	(0)
Andorra – Andorre	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Armenia – Arménie	3	1.37	67%	0	(0)	0	(0)
Austria – Autriche	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Azerbaijan – Azerbaïdjan	11	1.43	100%	0	(0)	0	(0)
Belarus – Bélarus	25	4.79	96%	0	(0)	0	(0)
Belgium – Belgique	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Bosnia and Herzegovina – Bosnie-Herzégovine	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Bulgaria – Bulgarie	4	1.06	100%	0	(0)	0	(0)
Croatia – Croatie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Czech Republic – République tchèque	2	0.37	100%	0	(0)	0	(0)
Cyprus – Chypre	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Denmark – Danemark	ND			0	(0)	0	(0)
Estonia – Estonie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Finland – Finlande	ND			0	(0)	0	(0)
France	ND			0	(0)	0	(0)
Georgia – Georgie	2	0.67	100%	0	(0)	0	(0)
Germany – Allemagne	27	0.63	48%	0	(0)	0	(0)
Greece – Grèce	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Hungary – Hongrie	2	0.35	0%	0	(0)	0	(0)
Iceland – Islande	ND			0	(0)	0	(0)
Ireland – Irlande	1	0.32	0%	0	(0)	0	(0)
Israel – Israël	2	0.29	0%	0	(0)	0	(0)
Italy – Italie	19	0.64	47%	0	(0)	0	(0)
Kazakhstan	18	1.47	89%	0	(0)	0	(0)
Kyrgyzstan – Kirghizistan	9	1.50	89%	0	(0)	0	(0)
Latvia – Lettonie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Lithuania – Lituanie	1	0.50	0%	0	(0)	0	(0)
Luxembourg	ND			0	(0)	0	(0)
Malta – Malte	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Monaco	ND			0	(0)	0	(0)
Netherlands – Pays-Bas	ND			0	(0)	0	(0)
Norway – Norvège	2	0.61	0%	0	(0)	0	(0)
Poland – Pologne	16	0.72	25%	0	(0)	0	(0)
Portugal	2	0.33	50%	0	(0)	0	(0)
Republic of Moldova – République de Moldova	7	2.59	100%	0	(0)	0	(0)
Republic of Montenegro – République du Monténégro ⁹	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Republic of Serbia – République de Serbie ⁹	4	0.58	100%	0	(0)	0	(0)
Romania – Roumanie	11	0.92	73%	0	(0)	0	(0)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2007 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2007			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons conformes ³	2007 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2007 (virus sauvage) ⁴		2006 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2006 (virus sauvage) ⁴	
Russian Federation – Fédération de Russie	133	1.70	92%	0	(0)	0	(0)
San Marino – Saint Marin	ND			0	(0)	0	(0)
Slovakia – Slovaquie	3	0.94	100%	0	(0)	0	(0)
Slovenia – Slovénie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Spain – Espagne	18	0.79	50%	0	(0)	0	(0)
Sweden – Suède	ND			0	(0)	0	(0)
Switzerland – Suisse	3	0.70	33%	0	(0)	0	(0)
Tajikistan – Tadjikistan	9	0.98	89%	0	(0)	0	(0)
The former Yugoslav Republic of Macedonia – Ex-République yougoslave de Macédoine	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Turkey – Turquie	79	1.01	82%	0	(0)	0	(0)
Turkmenistan – Turkménistan	8	1.45	75%	0	(0)	0	(0)
Ukraine	43	1.78	98%	0	(0)	0	(0)
United Kingdom – Royaume-Uni	ND			0	(0)	0	(0)
Uzbekistan	25	0.78	96%	0	(0)	0	(0)

South-East Asia — Asie du Sud-Est (SEAR)

Bangladesh	647	2.31	92%	0	(0)	18	(18) ⁷
Bhutan – Bhoutan	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Democratic People's Republic of Korea – République populaire démocratique de Corée	31	0.55	100%	0	(0)	0	(0)
India – Inde	11 405	5.04	86%	50	(50) ⁸	676	(676) ⁸
Indonesia – Indonésie	570	1.86	88%	0	(0)	2	(2) ⁷
Maldives	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Myanmar	74	0.68	88%	3	(3) ⁷	1 ⁶	(0)
Nepal – Népal	99	1.69	82%	0	(0)	5	(5) ⁷
Sri Lanka	33	1.09	85%	0	(0)	0	(0)
Thailand – Thaïlande	57	0.77	75%	0	(0)	0	(0)
Timor-Leste	1	0.00	0%	0	(0)	0	(0)

Western Pacific — Pacifique occidental (WPR)

Australia – Australie	3	0.20	33%	0	(0)	0	(0)
Brunei Darussalam – Brunéi Darussalam	3	7.80	67%	0	(0)	0	(0)
Cambodia – Cambodge	28	1.37	79%	0	(0)	1 ⁶	(0)
China – Chine	833	0.82	90%	0	(0)	0	(0)
China, Hong Kong SAR – Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	2	0.58	50%	0	(0)	0	(0)
Japan – Japon	ND			0	(0)	0	(0)
Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
China, Macao SAR – Macao, Région administrative spéciale de la Chine	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Malaysia – Malaisie	29	0.82	86%	0	(0)	0	(0)
Mongolia – Mongolie	3	1.11	100%	0	(0)	0	(0)
New Zealand – Nouvelle-Zélande	1	0.33	100%	0	(0)	0	(0)
Pacific Island Countries – Iles du Pacifique*	5	1.30	0%	0	(0)	0	(0)
Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	11	1.14	36%	0	(0)	0	(0)
Philippines	163	1.27	75%	0	(0)	0	(0)
Republic of Korea – République de Corée	14	0.42	71%	0	(0)	0	(0)
Singapore – Singapour	2	0.74	100%	0	(0)	0	(0)
Viet Nam	101	0.82	94%	0	(0)	0	(0)

* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés dans le but de déclarer des cas.

¹ The regions of the Eastern Mediterranean, Europe, South-East Asia and the Western Pacific report by date of onset. The other 2 regions report by date of notification. — Les régions d'Asie du Sud-Est, d'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental rapportent selon la date d'apparition de la paralysie. Les 2 autres régions rapportent selon la date de notification.

² Annualized non-poliomyelitis AFP rate for 100 000 people aged <15 years. — Taux annualisé de PFA non poliomyélique pour 100 000 personnes âgées de <15 ans.

³ Two stool specimens collected within 14 days of onset of paralysis, 24–48 hours apart, except for the Region of the Americas, where only 1 specimen is collected. — Deux échantillons de selles recueillis à 24-48 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, à l'exception de la Région des Amériques, où 1 seul échantillon est recueilli.

⁴ Figures in parentheses indicate the number of laboratory-confirmed cases. — Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de cas confirmés en laboratoire.

⁵ Includes 1 vaccine-derived poliovirus. — Inclus 1 poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.

⁶ Vaccine-derived poliovirus. — Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.

⁷ Country with imported virus. — Pays où un virus a été importé.

⁸ Endemic country. — Pays d'endémie.

⁹ As of 29 August 2006, the Republic of Montenegro became an official Member State of WHO. For reporting purposes only, data are separate for the Republic of Serbia and the Republic of Montenegro for all of 2006. — Au 29 août 2006, la République du Monténégro est devenue un Etat Membre officiel de l'OMS. Pour des raisons de déclaration de cas, les données pour la République de Serbie et la République du Monténégro sont séparées pour 2006.

ND = Country not reporting AFP data. — Pays ne signalant pas de cas AFP.

The most recent AFP and wild poliovirus data can be found on the WHO web site at: http://www.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm, which is updated every 2 weeks. — Les données les plus récentes concernant les cas de PFA et les poliovirus sauvages peuvent être consultées sur le site OMS suivant: http://www.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm, où elles sont mises à jour une fois toutes les 2 semaines.

Stop TB Partnership has provided treatments for 10 million people in 6 years

Securing its place as an indispensable defence against the development and spread of drug-resistant tuberculosis (TB), the Stop TB Partnership announced on 29 May 2007 that its drug supply arm, the Global Drug Facility, has provided anti-TB drug treatments for 10 million people to 78 countries in the past 6 years.

This is an important milestone, because delivering anti-TB drugs to the people who need them most and making sure that patients complete their treatment is the only way to break the back of the epidemic. It is also the best weapon for preventing a potentially massive new epidemic of drug-resistant TB. Together with countries and partners, the Stop TB Partnership is moving steadily towards its target of treating 50 million TB patients between 2006 and 2015.

There were 8.8 million new cases of TB in 2005 and 1.6 million deaths from the disease. In the majority of cases, TB is drug-sensitive, meaning it can be cured with 4 standard, or first-line, drugs. Failing to complete treatment with these drugs is the first step towards development of multidrug-resistant TB (MDR-TB). Use of counterfeit or poor quality drugs also can result in development of this multidrug-resistant form of the disease.

MDR-TB takes longer to treat and can only be cured with second-line drugs, which are more expensive and have more and more serious side-effects. When these second-line drugs are misused or mismanaged, extensively drug-resistant TB (XDR-TB) can develop. Because XDR-TB is resistant to both first- and second-line drugs, treatment options are very limited, and the risk of death is therefore extremely high. Both MDR-TB and XDR-TB can be spread from person to person.

The 10 million mark was reached with first-line treatments for people with drug-sensitive TB. Since late 2006, the Global Drug Facility has also been supplying countries with the second-line drugs needed to treat MDR-TB, after the Stop TB Partnership's Green Light Committee has verified that applicant countries meet its technical standards and will use the drugs correctly.

The Global Drug Facility and the Global Fund together provide countries with financing and drugs that ensure better-run programmes and a continuous drug supply so that more patients take a full course of treatment, thereby lowering the risk of drug-resistant TB.

Partenariat halte a la tuberculose: 10 millions de personnes traitées en 6 ans

Le 29 mai 2007, s'affirmant comme une force indispensable pour faire rempart contre l'apparition et la propagation de la tuberculose pharmacorésistante, le Partenariat Halte à la tuberculose a annoncé que son organe chargé de l'approvisionnement pharmaceutique, le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments, a fourni des antituberculeux à 10 millions de personnes dans 78 pays au cours des 6 dernières années.

C'est une étape importante, car le seul moyen de vaincre l'épidémie est de fournir des antituberculeux à ceux qui en ont besoin et de veiller à ce qu'ils suivent le traitement jusqu'au bout. C'est aussi la meilleure arme pour éviter une épidémie de tuberculose pharmacorésistante qui pourrait prendre des proportions considérables. De concert avec les pays et ses partenaires, le Partenariat Halte à la tuberculose progresse résolument vers son objectif, qui est de traiter 50 millions de malades entre 2006 et 2015.

En 2005, on a dénombré 8,8 millions de nouveaux cas de tuberculose et 1,6 million de décès dus à cette maladie. Le plus souvent, la tuberculose est sensible aux médicaments, et on peut la guérir au moyen de 4 médicaments classiques dits de première intention. Ne pas achever ce traitement, c'est ouvrir la voie à une forme multirésistante de la tuberculose. L'utilisation de médicaments contrefaits ou de mauvaise qualité présente le même risque.

La tuberculose multirésistante exige un traitement plus long et ne peut être guérie qu'à l'aide de médicaments de deuxième intention, qui sont plus chers et ont de plus en plus d'effets secondaires graves. Une forme ultrarésistante de la maladie peut se développer à la suite d'une mauvaise utilisation de ces médicaments ou d'une mauvaise gestion de leur approvisionnement. Comme cette forme résiste aux médicaments de première et de deuxième intention, les possibilités de traitement sont très réduites et le risque de décès est extrêmement élevé. Les formes multirésistante et ultrarésistante de la tuberculose peuvent se transmettre d'homme à homme.

Le chiffre de 10 millions a été atteint avec des traitements de première intention destinés aux malades souffrant de tuberculose pharmacosensible. Depuis fin 2006, le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments fournit aussi aux pays les antituberculeux de deuxième intention indispensables pour traiter la tuberculose multirésistante. Le Comité Feu vert du Partenariat Halte à la tuberculose doit d'abord vérifier que les pays satisfont aux normes techniques requises et utiliseront les médicaments correctement.

Le Dispositif mondial et le Fonds mondial offrent ensemble aux pays des moyens de financement et des médicaments qui leur permettent de mieux gérer leurs programmes et d'être continuellement approvisionnés en médicaments afin que les malades soient plus nombreux à suivre une chimiothérapie complète, ce qui diminue le risque de pharmacorésistance.

The Global Drug Facility provides countries with the drugs and supplies needed to diagnose and treat adults and children with both drug-sensitive and drug-resistant TB. Along with drug provision, it provides direct technical assistance on drug management. The Global Drug Facility provides more anti-TB drugs – free of charge – to countries unable to pay for them than any other group. It also procures anti-TB drugs for countries that have the means to buy them and can ship drugs at short notice in the event of a humanitarian or natural disaster, armed conflict or other situation where life-saving anti-TB drugs are unavailable.

The Stop TB Partnership, which is hosted by WHO in Geneva, Switzerland, is a network of more than 500 international organizations, countries, donors from the public and private sectors, and nongovernmental and governmental organizations that are working together to eliminate TB.

Editorial note

Quality of drug supply

All drugs supplied to countries by the Global Drug Facility are prequalified by the WHO-led TB Prequalification Programme or have passed a provisional prequalification process conducted by an expert committee convened by WHO at the Global Drug Facility's request. Every batch is then independently tested before being shipped to ensure it meets quality standards.

Case numbers of MDR-TB and XDR-TB

There are at least 400 000 cases of MDR-TB each year. XDR-TB cases have been recorded in 37 countries, but the number of patients affected by this condition is uncertain because most countries lack the capacity to accurately diagnose the disease. WHO is currently engaged in surveillance with the objective of compiling a global estimate. ■

Le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments fournit aux pays les médicaments et les fournitures dont ils ont besoin pour diagnostiquer et traiter les cas de tuberculose pharmacosensible et pharmacorésistante chez les adultes et les enfants. Il offre aussi une assistance technique directe pour la gestion des médicaments. Il fournit gratuitement plus d'antituberculeux aux pays trop démunis pour les acheter que tout autre organisme. Il approvisionne aussi les pays qui ont des moyens financiers suffisants et il peut expédier des médicaments en urgence en cas de crise humanitaire ou de catastrophe naturelle, et dans toute autre situation où les antituberculeux indispensables ne sont pas disponibles.

Le Partenariat Halte à la tuberculose, sis à l'OMS, à Genève (Suisse), rassemble plus de 500 organisations internationales, pays, donateurs des secteurs public et privé et organisations gouvernementales et non gouvernementales qui œuvrent ensemble pour éliminer la tuberculose.

Note de la rédaction

Qualité des médicaments fournis

Tous les médicaments fournis aux pays par le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments sont présélectionnés dans le cadre du programme de présélection des antituberculeux dirigé par l'OMS ou ont été retenus à l'issue d'un processus de présélection provisoire mené par un comité d'experts convoqué par l'OMS à la demande du Dispositif. Tous les lots sont ensuite testés de façon indépendante avant d'être expédiés pour s'assurer qu'ils sont conformes aux normes de qualité.

Nombre de cas de tuberculose multirésistante et de tuberculose ultrarésistante

On recense au moins 400 000 cas de tuberculose multirésistante chaque année. Des cas de tuberculose ultrarésistante ont été enregistrés dans 37 pays, mais on ignore au juste combien de personnes sont touchées, car la plupart des pays n'ont pas les moyens de poser un diagnostic exact. L'OMS se consacre actuellement à la surveillance dans le but d'établir une estimation mondiale. ■

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.

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

Avian influenza	http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html	Grippe aviaire
Buruli ulcer	http://www.who.int/buruli	Ulcère de Buruli
Cholera	http://www.who.int/topics/cholera/	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/csr/delibepidemics/	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Dengue (DengueNet)	http://who.int/denguenet	Dengue (DengueNet)
Eradication/elimination programmes	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Programmes d'éradication/élimination
Filariasis	http://www.filaria.org	Filariose
Geographical information systems (GIS)	http://www.who.int/csr/mapping/	Systèmes d'information géographique
Global atlas of infectious diseases	http://globalatlas.who.int	Atlas mondial des maladies infectieuses
WHO Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)	http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/	Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)
Health topics	http://www.who.int/topics	La santé de A à Z
Influenza	http://www.who.int/csr/disease/influenza/en/	Grippe
Influenza network (FluNet)	http://who.int/flunet	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illness	http://www.who.int/chd/	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
International Health Regulations	http://www.who.int/csr/ihr/en/	Règlement sanitaire international
International travel and health	http://www.who.int/ith/	Voyages internationaux et santé
Intestinal parasites	http://www.who.int/wormcontrol/	Parasites intestinaux
Leishmaniasis	http://www.who.int/leishmaniasis	Leishmaniose
Leprosy	http://www.who.int/lep/	Lèpre
Lymphatic filariasis	http://www.who.int/lymphatic_filaria.org/en/	Filariose lymphatique
Malaria	http://www.who.int/malaria	Paludisme
Neglected diseases	http://www.who.int/neglected_diseases/en/	Maladies négligées
Outbreaks	http://www.who.int/csr/don	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	http://www.polioeradication.org/casecount.asp	Poliomyélite
Rabies network (RABNET)	http://www.who.int/rabies	Réseau rage (RABNET)
Report on infectious diseases	http://www.who.int/infectious-disease-report/	Rapport sur les maladies infectieuses
Salmonella surveillance network	http://www.who.int/salmsurv	Réseau de surveillance de la salmonellose
Smallpox	http://www.who.int/csr/disease/smallpox/	Variole
Schistosomiasis	http://www.schisto.org	Schistosomiase
Surveillance and response	http://www.who.int/csr/	Surveillance et action
Tropical disease research	http://www.who.int/tdr/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	http://www.who.int/tb/ and/et http://www.stoptb.org	Tuberculose
Vaccines	http://www.who.int/immunization/en/	Vaccins
Weekly Epidemiological Record	http://www.who.int/wer/	Relevé épidémiologique hebdomadaire
WHO Office in Lyon	http://www.who.int/csr/labepidemiology	Bureau de l'OMS à Lyon
WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)	http://www.who.int/whopes	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre, Tunis	http://wmc.who.int	Centre méditerranéen de l'OMS, Tunis
Yellow fever	http://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en/index.html	Fièvre jaune

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 25 May to 8 June 2007/ Notifications des maladies reçues du 25 mai au 8 juin 2007

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès	
Africa / Afrique		
Angola	11-20.V	
.....	434	4
Kenya	15.II-11.V	
.....	625	35
Sudan/Soudan	07-20.V	
.....	398	9

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