



Contents

- 253 Second meeting of National Influenza Centres – Western Pacific and South-East Asia regions
- 256 Report from the Inter-American Conference on Onchocerciasis, November 2007
- 260 Influenza

Sommaire

- 253 Deuxième réunion des centres nationaux de la grippe – Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est
- 256 Rapport de la Conférence interaméricaine sur l'onchocercose, novembre 2007
- 260 Grippe

Second meeting of National Influenza Centres – Western Pacific and South-East Asia regions

The second meeting of the National Influenza Centres (NICs) of WHO's Western Pacific and South-East Asia regions was held in Tokyo, Japan 21–24 April 2008. Representatives from 21 countries or areas in the regions reviewed accomplishments achieved since the first meeting held in May 2007 in Melbourne, Australia. Additional topics covered included conducting surveillance for seasonal and avian influenza, developing vaccines and monitoring antiviral resistance. Draft guidelines for influenza surveillance and studies on the burden of influenza were presented and discussed. Database software for use in influenza laboratories was introduced.

Background

Influenza surveillance has been established in many countries in WHO's Western Pacific and South-East Asia regions. There are 19 NICs¹ in 14 countries in the Western Pacific Region and 9 NICs in 7 countries in the South-East Asia Region. There is 1 WHO collaborating centre in Australia and 1 in Japan. WHO recommends virus strains to be included in influenza vaccines twice a year for both the northern and southern hemispheres. Many of the recommended strains were originally isolated from countries in these regions.

Since 2003, these regions have faced a continual threat from influenza A(H5N1), which has pandemic potential. Although actions have been taken by WHO and countries in the regions to strengthen the capacity for influenza surveillance, the level of activities and quality of work vary

Deuxième réunion des centres nationaux de la grippe – Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est

La deuxième réunion des centres nationaux de la grippe (NIC) des régions OMS du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est s'est tenue à Tokyo (Japon) du 21 au 24 avril 2008. Les représentants de 21 pays ou territoires de ces Régions ont passé en revue les réalisations depuis la première réunion qui s'était tenue en mai 2007 à Melbourne (Australie). Parmi les autres sujets abordés figuraient la surveillance de la grippe saisonnière et de la grippe aviaire, la mise au point de vaccins et la surveillance de la résistance aux antiviraux. Un projet de directives pour la surveillance de la grippe et des études sur la charge de morbidité grippale ont été présentés et examinés. Un logiciel pour une base de données à utiliser dans les laboratoires de la grippe a été présenté.

Généralités

Une surveillance de la grippe a été instituée dans de nombreux pays des régions OMS du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est. On compte 19 NIC¹ dans 14 pays de la Région du Pacifique occidental et 9 dans 7 pays de la Région de l'Asie du Sud-Est. Il existe un centre collaborateur OMS en Australie et un autre au Japon. L'OMS recommande deux fois par an les souches virales qui doivent figurer dans la composition des vaccins antigrippaux pour l'hémisphère Nord et pour l'hémisphère Sud. Un grand nombre de souches recommandées ont été isolées à l'origine dans des pays de ces Régions.

Depuis 2003, ces Régions ont été confrontées à la menace continue du virus grippal A (H5N1), potentiellement pandémique. Bien que des mesures aient été prises par l'OMS et les pays de ces Régions pour renforcer les capacités de surveillance de la grippe, le niveau des activités et la qualité des travaux varient

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

7.2008
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ *Terms of reference for National Influenza Centres*. Geneva, WHO, 2007 (<http://www.who.int/csr/disease/influenza/TORNICs.pdf>, accessed 2 July 2008).

¹ *Mandat des centres nationaux de la grippe*. Genève, OMS, 2007 (<http://www.who.int/csr/disease/influenza/TORNICs.pdf>, consulté le 2 juillet 2008).

among NICs. A regular opportunity for the NICs, officials from ministries of health and WHO to meet to share the experiences, successes and challenges is needed.

The first meeting of the NICs in these 2 regions was held in Melbourne, Australia on 1–4 May 2007.² A bi-regional 4-year workplan for strengthening national capacity for influenza surveillance was developed and endorsed during the meeting. The workplan was subsequently endorsed by the bi-regional Asia Pacific Technical Advisory Group for Infectious Diseases as a part of the workplan of the *Asia Pacific strategy for emerging diseases*.³ The workplan requires WHO to take action to strengthen the capacity of NICs. One of the requirements is that WHO continue to organize annual meetings for NICs to provide opportunities for them to share their experiences, address common concerns and improve communication with WHO and WHO's collaborating centres.

Objectives

The objectives of the meeting were to review accomplishments since the first meeting using the proposed actions described in the regional plan for strengthening national influenza surveillance capacity; to review and update information on the surveillance of seasonal and avian influenza as well as on the progress of vaccine development; to review, discuss and finalize generic protocols for studies of influenza disease burden and surveillance guidelines; to introduce a laboratory database for NICs; and to provide training on monitoring antiviral drug resistance.

Participants

A total of 59 participants from 21 countries or areas attended the meeting. (Participants came from Australia, Bangladesh, Cambodia, China, Fiji, India, Indonesia, Japan, the Republic of Korea, the Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Mongolia, Myanmar, New Caledonia, New Zealand, Papua New Guinea, the Philippines, Singapore, Sri Lanka, Thailand and Viet Nam). Participants included directors of NICs, epidemiologists and public health officials.

Temporary advisers to WHO included 9 experts from 3 collaborating centres (the United States Centers for Disease Control and Prevention; the WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, Melbourne, Australia; and the National Institute of Infectious Diseases, Tokyo, Japan); 1 from WHO's influenza A(H5) reference laboratory in the National Influenza Centre, Centre for Health Protection, Hong Kong Special Administrative Region of China (Hong Kong SAR); and 1 expert from New Zealand.

selon les NIC. Il importe donc que les NIC, les responsables des ministères de la santé et l'OMS aient la possibilité de se réunir régulièrement pour échanger des données d'expérience et faire connaître leurs réussites ou leurs difficultés.

La première réunion des centres nationaux de la grippe de ces 2 Régions s'est tenue à Melbourne, en Australie, du 1^{er} au 4 mai 2007.² Un plan de travail bi-régional de 4 ans visant à renforcer les capacités nationales de surveillance de la grippe a alors été approuvé. Le plan de travail a ensuite été entériné par le Groupe consultatif technique Asie-Pacifique pour les maladies infectieuses dans le cadre du plan de travail de *La stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique*.³ Le plan de travail demande à l'OMS de prendre des mesures pour renforcer les capacités des NIC. Il demande aussi que l'OMS continue à organiser des réunions annuelles des NIC afin de leur donner la possibilité de mettre en commun leurs expériences, de traiter des problèmes communs et d'améliorer la communication avec l'OMS et les centres collaborateurs de l'OMS.

Objectifs

Les objectifs de la réunion étaient de passer en revue les réalisations depuis la première réunion compte tenu des mesures proposées décrites dans le plan régional de renforcement des capacités nationales de surveillance de la grippe; de passer en revue et d'actualiser les informations sur la surveillance de la grippe saisonnière et de la grippe aviaire, et sur les progrès dans la mise au point de vaccins; d'examiner et de finaliser des protocoles génériques pour des études sur la charge de morbidité grippale ainsi que des principes de surveillance; de mettre sur pied une base de données de laboratoires pour les NIC; et de dispenser une formation sur le suivi de la résistance aux antiviraux.

Participants

Au total, 59 participants de 21 pays des territoires ont assisté à la réunion (pays représentés: Australie, Bangladesh, Cambodge, Chine, Fidji, Inde, Indonésie, Japon, Malaisie, Mongolie, Myanmar, Nouvelle Calédonie, Nouvelle Zélande, Papouasie Nouvelle Guinée, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, Singapour, Sri Lanka, Thaïlande et Viet Nam). Parmi les participants figuraient des directeurs de NIC, des épidémiologistes et des fonctionnaires de santé publique.

Parmi les conseillers temporaires auprès de l'OMS figuraient 9 experts de 3 centres collaborateurs (les *Centers for Disease Control and Prevention* des Etats-Unis, le centre collaborateur OMS de référence et de recherche sur la grippe de Melbourne (Australie) et l'Institut national des maladies infectieuses de Tokyo au Japon); 1 expert du laboratoire de référence de l'OMS pour la grippe A (H5) au Centre national de la grippe, Centre de protection de la santé, Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (Hong Kong RAS); et 1 expert de Nouvelle-Zélande.

² See No. 45, 2007, pp. 389–395.

³ *Asia Pacific strategy for emerging diseases*. Manila and New Delhi, WHO, 2005 (<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/9E5E4116-19A1-4D0C-8991-4C0A284533DD/0/APSEDfinalendorsesdandeditedbyEDTmapremovedFORMAT.pdf>, accessed 2 July 2008).

² Voir N° 45, 2007, pages 389-395.

³ *Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique*. Manille et New Delhi, OMS, 2005 (<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/9E5E4116-19A1-4DOC-8991-4C0A284533DD/0/APSEDfinalendorsesdandeditedbyEDTmapremovedFORMAT.pdf>, consulté le 2 juillet 2008).

The WHO Secretariat consisted of 10 representatives from headquarters, the regional offices for the Western Pacific and South-East Asia, and country offices (Mongolia and Viet Nam). Additionally, there were 15 observers from international public health agencies and laboratories (the United States Centers for Disease Control and Prevention, the National Institute of Infectious Diseases in Japan, the Japanese government, the Japan International Cooperation Agency, the Pasteur Institute and the University of Melbourne).

Summary of activities

The first 3 days of the meeting consisted of 7 plenary sessions. Topics covered included regional reports on progress made since the 2007 meeting; regional and global updates on findings from seasonal influenza surveillance for 2007–2008; updates on influenza A(H5N1) epidemiology, virology and vaccine development; updates on global and regional pandemic preparedness; and updates on WHO's external quality assurance programme. A total of 7 countries with confirmed human cases of A(H5N1) influenza shared their experiences in surveillance, prevention and control of avian influenza infection. Draft guidelines were presented by representatives of the expert consultant groups ("a practical guide to harmonizing virological and epidemiological influenza surveillance" and "a practical guide for designing and conducting influenza disease-burden studies"). New database software for use by NICs was also introduced and demonstrated.

A poster session was held to allow NICs to present information on their influenza surveillance systems, the development of their systems and the results of surveillance. A total of 14 NICs participated in the poster session.

On the fourth day of the meeting, a workshop took place on monitoring antiviral resistance. The principles and practices of monitoring antiviral resistance were introduced by consultants from 3 WHO collaborating centres. The NICs from Hong Kong SAR, New Zealand and the Republic of Korea also shared their experiences on monitoring antiviral resistance.

Conclusions, recommendations and actions

The meeting concluded by endorsing the following actions to be taken as next steps.

- 1) The draft influenza surveillance guidelines will be finalized for publication after comments have been received from participants. Countries are encouraged to review their surveillance system according to the proposed guidelines.
- 2) The draft guidelines on studying the burden of influenza will also be finalized for publication after comments have been received from participants. A workshop will be organized in late 2008 or early 2009 to implement the guidelines.
- 3) NICs are encouraged to review and test the newly developed data-management software. A training workshop may be organized if the NICs express interest.

Le Secrétariat de l'OMS était composé de 10 représentants du Siège, des bureaux régionaux du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est et de 2 bureaux de pays (la Mongolie et le Viet Nam). En outre, 15 observateurs d'organismes et de laboratoires internationaux de santé publique (les *Centers for Disease Control and Prevention* des Etats-Unis, l'Institut national des Maladies infectieuses du Japon, le Gouvernement japonais, l'Agence japonaise de Coopération internationale, l'Institut Pasteur et l'Université de Melbourne) étaient présents.

Résumé des activités

Les 3 premiers jours de la réunion ont été consacrés à 7 séances plénières. Parmi les sujets abordés des rapports régionaux sur les progrès accomplis depuis la réunion de 2007: mise à jour sur les résultats de la surveillance de la grippe saisonnière pour 2007–2008 aux niveaux régional et mondial; mise à jour sur l'épidémiologie de la grippe A (H5N1), la virologie et la mise au point de vaccins; mise à jour sur la préparation régionale et mondiale à une pandémie; et mise à jour sur le programme OMS d'assurance de la qualité externe. Au total, 7 pays où des cas humains de grippe A (H5N1) ont été confirmés ont fait part de leur expérience en matière de surveillance et de lutte contre la grippe aviaire. Un projet de directives a été présenté par les représentants d'un groupe de consultants spécialisés (un guide pratique pour l'harmonisation de la surveillance virologique et épidémiologique de la grippe et un guide pratique pour la conception et la conduite d'études sur la charge de morbidité grippale). Un nouveau logiciel pour une base de données destinée aux NIC a également été présenté et une démonstration en a été faite.

Une exposition d'affiches devait permettre aux NIC de présenter des informations sur leurs systèmes de surveillance de la grippe, la mise au point de leurs systèmes et les résultats de la surveillance. Au total, 14 NIC y ont participé.

Le quatrième jour, un atelier sur la résistance aux antiviraux était organisé. Les principes et pratiques de surveillance de la résistance aux antiviraux ont été présentés par les consultants de 3 centres collaborateurs de l'OMS. Les NIC de Hong Kong RAS, de Nouvelle-Zélande et de la République de Corée ont également fait part de leurs expériences en matière de suivi de la résistance aux antiviraux.

Conclusions, recommandations et mesures à prendre

La réunion a conclu ses travaux en approuvant plusieurs mesures à prendre:

- 1) Le projet de directives sur la surveillance de la grippe sera finalisé en vue de sa publication une fois que les participants auront soumis leurs observations. Les pays sont encouragés à revoir leur système de surveillance en fonction du projet de directives.
- 2) Le projet de directives sur l'étude de la charge de morbidité grippale sera également finalisé en vue de sa publication dès que les participants auront fait part de leurs commentaires. Un atelier sera organisé fin 2008 ou début 2009 pour mettre en œuvre les directives.
- 3) Les NIC sont encouragés à examiner et à tester le logiciel de gestion des données qui vient d'être mis au point. Un atelier de formation pourrait être organisé si les NIC font part de leur intérêt.

- 4) WHO's external quality assurance programme provides a means for monitoring and improving laboratory performance. NICs are encouraged to continue to participate in the programme.
- 5) Countries are encouraged to review and update their national pandemic preparedness plans based on the lessons learnt from their national pandemic preparedness exercises.
- 6) A review of influenza surveillance in the Asia Pacific area, which includes both the Western Pacific and South-East Asia regions, was proposed. A proposal will be drafted and presented at the next meeting in 2009. ■

- 4) Le programme OMS d'assurance de la qualité externe offre un moyen de surveiller et d'améliorer les résultats des laboratoires. Les NIC sont encouragés à continuer à y participer.
- 5) Les pays sont encouragés à passer en revue et à actualiser leurs plans nationaux de préparation à une pandémie en tenant compte des enseignements tirés des exercices nationaux de préparation à une pandémie.
- 6) Un bilan de la surveillance de la grippe dans la zone Asie-Pacifique, qui inclut les régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est, a été proposé. Une proposition sera rédigée et présentée à la prochaine réunion en 2009. ■

Report from the Inter-American Conference on Onchocerciasis, November 2007

Onchocerciasis (river blindness) is caused by the vector-borne parasite *Onchocerca volvulus* and is endemic in 6 countries in WHO's Region of the Americas: Brazil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico and Venezuela. The Onchocerciasis Elimination Program for the Americas is a regional initiative with the goals of using the effective oral microfilaricide ivermectin (Mectizan, donated by Merck & Co.) to eliminate new ocular morbidity from onchocerciasis and to interrupt transmission of the parasite in the 13 endemic foci in the Region of the Americas. The elimination partnership includes the 6 endemic countries, the Pan American Health Organization, WHO, the Carter Center, Lions Clubs International, the United States Centers for Disease Control and Prevention, the Bill and Melinda Gates Foundation, the Mectizan Donation Program and Merck & Co.

The seventeenth annual Inter-American Conference on Onchocerciasis was held in Quito, Ecuador on 15–17 November 2007. More than 80 people attended; the meeting was organized by the Ministry of Health of Ecuador and members of local Lions Clubs. The theme of the meeting was the beginning of a new era; this theme was chosen based on conclusions made by the steering committee of the elimination programme that onchocerciasis transmission has been interrupted in 4 foci in 3 countries (Colombia, Guatemala and Mexico) and in a subfocus in Ecuador.

Treatment activities in 2007

The strategy of the elimination programme for the Americas aims to help the 6 national onchocerciasis elimination programmes provide mass treatment with ivermectin twice each year and to reach at least 85% treatment coverage; it also aims to sustain mass treatment until onchocerciasis transmission is interrupted. In 2007, the total number of people in the Region of the Americas eligible for ivermectin treatment (445 742) (representing the ultimate treatment goal or UTG) was determined using information from censuses conducted during the second treatment round in 2006 in each endemic community. Since the goal is to provide ivermectin treatment twice a year, treatment coverage was cal-

Rapport de la Conférence interaméricaine sur l'onchocercose, novembre 2007

L'onchocercose, ou cécité des rivières, est due à *Onchocerca volvulus*, un parasite transmis par des vecteurs, et est endémique dans 6 pays de la Région OMS des Amériques: le Brésil, la Colombie, l'Equateur, le Guatemala, le Mexique et le Venezuela. Le Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques (OEPA) est une initiative régionale qui vise à utiliser l'ivermectine (Mectizan, fourni à titre gracieux par Merck & Co), un microfilaricide pour voie orale efficace, afin d'éliminer toute nouvelle morbidité oculaire et d'interrompre la transmission du parasite dans les 13 foyers d'endémie de la Région des Amériques. Le partenariat pour l'élimination regroupe les 6 pays d'endémie, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), l'OMS, le Carter Center, les Lions Clubs International, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, la Fondation Bill & Melinda Gates, le Mectizan Donation Program et Merck & Co.

La Dix-Septième Conférence interaméricaine annuelle sur l'onchocercose s'est tenue à Quito (Equateur) du 15 au 17 novembre 2007. Plus de 80 personnes y ont assisté; la réunion était organisée par le Ministère de la Santé de l'Equateur et les membres des Lions Clubs locaux. Le thème de la réunion était l'avènement d'une nouvelle ère, thème qui avait été choisi sur la base des conclusions formulées par le comité d'orientation du Programme pour l'élimination, selon lesquelles la transmission de l'onchocercose a été interrompue dans 4 foyers situés dans 3 pays (la Colombie, le Guatemala et le Mexique), ainsi que dans un sous-foyer situé en Equateur.

Activités en 2007

La stratégie du Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques vise à aider les 6 programmes nationaux d'élimination de l'onchocercose à administrer un traitement de masse par l'ivermectine 2 fois par an et à atteindre une couverture d'au moins 85%; elle vise également à maintenir ces traitements de masse jusqu'à ce que la transmission de l'onchocercose ait été interrompue. En 2007, le nombre total de personnes à traiter par l'ivermectine dans la Région des Amériques (445 742) (représentant l'objectif thérapeutique final ou OTF) a été déterminé à partir des données des recensements effectués au cours de la deuxième série de traitement en 2006 dans chaque communauté d'endémie. L'objectif étant d'administrer l'ivermectine 2 fois par an, la couverture thérapeutique

culated as the total number of treatments delivered during the year divided by twice the ultimate treatment goal (represented as UTG(2)), or 891 484 treatments. The percentage of the region's UTG by country are: Guatemala (38.1%), Mexico (32.4%), Venezuela (22.5 %), Ecuador (4.9%), Brazil (1.8%) and Colombia (<1%).

In 2007 the 12 foci that remained under treatment surpassed 85% coverage in both treatment rounds, distributing 843 095 (95%) treatments of the UTG(2)'s 891 484. Santa Rosa, Guatemala, the thirteenth focus in the Americas, is no longer undergoing treatment (see the Guatemala section below). Country-specific treatment activities are described individually.

Brazil's endemic population resides in a vast area (the Amazonas-Roraima focus) which is contiguous with Venezuela's South focus. The entire bi-national endemic zone (the Yanomami Area) has a combined UTG(2) of 26 858. Brazil provided 14 862 treatments in 2007, 93% of its UTG(2) of 16 040. Brazil has surpassed the 85% treatment coverage goal for the seventh consecutive year. In contrast, on the Venezuelan side, the coverage goal for the poorly accessible South focus in the Yanomami Area was reached for only the second consecutive year by delivering 10 184 treatments, 94% of its UTG(2) of 10 818. The South focus provided 4869 (90%) treatments during the first round and 5315 (98%) during the second. Overall, the Yanomami Area reached 93% of its UTG(2) (25 046 treatments of 26 858).

Colombia has a single endemic focus (López de Micay, Cauca). Its programme provided 2232 treatments in 2007, 93% of its UTG(2) of 2410. Colombia exceeded its goal for treatment coverage for the ninth consecutive year. Based on the 2007 conclusion by the programme's steering committee that transmission had been interrupted in Colombia, the Ministry of Social Protection resolved to halt ivermectin treatment in 2008 and begin the 3-year post-treatment epidemiological surveillance period for disease recrudescence that is required before parasite elimination can be declared.

Ecuador has a single endemic focus in Esmeraldas Province (the Esmeraldas-Pichincha focus). The programme achieved a treatment coverage of >85% for the seventh consecutive year, providing 42 112 treatments, 97% of the UTG(2) of 43 598. Following a recommendation made by the elimination programme's steering committee, the Ecuadorian onchocerciasis programme resolved to suspend treatment in the Río Santiago sub-focus starting in January 2008.

Guatemala has 4 endemic foci: the Central endemic zone, Escuintla-Guatemala, Huehuetenango (bordering the Southern Chiapas focus in Mexico) and Santa Rosa. Santa Rosa has been under post-treatment epidemiological surveillance since January 2007. In the other foci, treatments surpassed the coverage goal for the sixth consecutive year by providing 320 112 ivermectin treatments in 2007, 94% of a UTG(2) of 339 976. In 2007, the elimination programme's steering committee concluded that onchocerciasis transmission had been interrupted in the Escuintla-Guatemala focus, and the Guatemalan Ministry of Health decided to halt treatment there in

a été calculée en divisant le nombre total de traitements administrés pendant l'année par 2 fois la valeur de l'OTF (OTF(2)), soit 891 484 traitements. Le pourcentage de l'OTF pour la Région se répartit entre les pays comme suit: Guatemala (38,1%), Mexique (32,4%), Venezuela (22,5%), Equateur (4,9%), Brésil (1,8%) et Colombie (<1%).

En 2007, les 12 foyers restant sous traitement ont dépassé les 85% de la couverture lors des 2 séries de traitement, en distribuant 843 095 (95%) traitements sur les 891 484 de l'OTF(2). Santa Rosa (Guatemala), le treizième foyer des Amériques, n'est plus sous traitement (voir la section Guatemala ci-dessous). Les activités thérapeutiques par pays sont exposées individuellement ci-après.

Au **Brésil**, la population dans laquelle la maladie est endémique occupe une vaste région (foyer Amazonas-Roraima) qui jouxte le foyer Sud du Venezuela. L'ensemble de la zone d'endémie binationale (zone Yanomami) a un OTF(2) de 26 858. Le Brésil a fourni 14 862 traitements en 2007, soit 93% de son OTF(2) qui était de 16 040. Ce pays a dépassé son objectif de couverture thérapeutique (85%) pour la septième année consécutive. En revanche, du côté vénézuélien, l'objectif de couverture du foyer Sud peu accessible de la zone Yanomami n'a été atteint que pour la deuxième année consécutive, grâce à l'administration de 10 184 traitements, soit 94% de son OTF(2) qui était de 10 818. Dans ce foyer Sud, 4869 (90%) traitements ont été fournis au cours de la première série et 5315 (98%) au cours de la seconde. Dans l'ensemble, la zone Yanomami a atteint 93% de son OTF(2) (25 046 traitements sur 26 858).

La **Colombie** compte un seul foyer d'endémie (López de Micay, Cauca). Son programme a fourni 2232 traitements en 2007, soit 93% de son OTF(2) qui était de 2410. La Colombie a dépassé son objectif de couverture thérapeutique pour la neuvième année consécutive. Sur la base de la conclusion du comité d'orientation du Programme pour 2007, selon laquelle la transmission avait été interrompue en Colombie, le Ministère de la Protection sociale a décidé d'interrompre le traitement par l'ivermectine en 2008 et d'entamer la période de surveillance épidémiologique post-thérapeutique de 3 ans, qui est nécessaire avant de pouvoir déclarer que le parasite a été éliminé.

L'**Equateur** compte un seul foyer d'endémie dans la province d'Esmeraldas (le foyer Esmeraldas-Pichincha). Le Programme a atteint une couverture thérapeutique >85% pour la septième année consécutive, en administrant 42 112 traitements, soit 97% de son OTF(2) qui était de 43 598. Suite à une recommandation formulée par le comité d'orientation du Programme, le programme équatorien pour l'élimination de l'onchocercose a décidé de suspendre le traitement dans le sous-foyer de Río Santiago à partir de janvier 2008.

Le **Guatemala** compte 4 foyers d'endémie: Central, Escuintla-Guatemala, Huehuetenango (jouxant le foyer du sud du Chiapas au Mexique) et Santa Rosa. Santa Rosa est sous surveillance épidémiologique après traitement depuis janvier 2007. Dans les autres foyers, le nombre de traitements a dépassé l'objectif de couverture thérapeutique pour la sixième année consécutive en fournissant 320 112 traitements par l'ivermectine en 2007, soit 94% de leur OTF(2) qui était de 339 976. Le comité d'orientation du Programme avait conclu en 2007 que la transmission de l'onchocercose avait été interrompue dans le foyer d'Escuintla-Guatemala, et le Ministère guatémaltèque de la Santé a décidé d'interrompre les traitements dans ce foyer en 2008 et d'enta-

2008 and begin the 3-year post-treatment epidemiological surveillance.

Mexico has 3 endemic foci (Northern Chiapas, Oaxaca and Southern Chiapas) where >85% coverage was achieved for the seventh consecutive year by providing 273 897 treatments, 95% of the UTG(2) of 289 266. Since 2003, Mexico has also been providing ivermectin quarterly in 50 of its most highly endemic communities in the Southern Chiapas focus as part of a trial aimed at hastening onchocerciasis elimination. In 2007, the elimination programme's steering committee concluded that onchocerciasis transmission had been interrupted in the Northern Chiapas focus, and the Mexican Ministry of Health agreed to stop ivermectin treatment there in 2008 and begin the 3-year post-treatment epidemiological surveillance.

Venezuela has 3 endemic foci: North-Central, North-East and South (part of the Yanomami Area discussed in the section on Brazil). The North-Central and North-east foci reached their treatment coverage goals for the fifth consecutive year. Overall, Venezuela provided 189 880 treatments, 95% of the UTG(2) of 200 194.

Editorial note. The vision of the Onchocerciasis Elimination Program for the Americas is that one day onchocerciasis will be completely eliminated from the Region of the Americas and that mass drug administration (MDA) of ivermectin will cease. The first step in realizing this vision came at the beginning of 2007, when treatment was halted in Santa Rosa, Guatemala. At the meeting in 2007, the ministries of health of Colombia, Ecuador and Guatemala announced they would halt ivermectin treatment in 2008 in López de Micay, the subfocus of Rio Santiago in the Esmeraldas focus and Escuintla-Guatemala, respectively. At the meeting the elimination programme's steering committee also recommended that treatments in North Chiapas be stopped, and the Mexican Ministry of Health decided in early 2008 to halt treatments there in 2008. A notable milestone for the elimination programme was the suspension of treatment in López de Micay, making Colombia the first country within the region to have achieved country-wide interruption of transmission.

The conference hailed the beginning of a new era. The new era is reflected in the decreasing number of countries and foci and people undergoing ivermectin treatment in the region. With the suspension of treatments in Colombia, there are now only 5 endemic countries undergoing MDA (Brazil, Ecuador, Guatemala, Mexico and Venezuela). The total number of foci undergoing treatment in the region dropped from 13 in 2006 to 12 in 2007 to 9 in 2008. Similarly, the UTG(2) in the region has decreased from 913 606 in 2006 to 891 484 in 2007; for 2008, the UTG(2) is 792 954. The new era also involves new responsibilities for rigorous post-treatment monitoring and evaluation. Ministries of health will require technical and financial assistance from the elimination programme for the Americas, the United States Centers for Disease Control and Prevention and the Pan American Health Organization to help them ensure there will be no resurgence of onchocerciasis in these

mer les 3 ans de surveillance épidémiologique post-thérapeutique.

Le **Mexique** compte 3 foyers d'endémie (nord du Chiapas, Oaxaca et sud du Chiapas) dans lesquels une couverture >85% a été obtenue pour la septième année consécutive en administrant 273 897 traitements, soit 95% de l'OTF(2) qui était de 289 266. Depuis 2003, le Mexique fournit également de l'ivermectine 1 fois par trimestre dans 50 des communautés les plus fortement touchées du sud du Chiapas, dans le cadre d'un essai visant à accélérer l'élimination de l'onchocercose. En 2007, le comité d'orientation du Programme a conclu que la transmission de l'onchocercose avait été interrompue dans le foyer du nord du Chiapas, et le Ministère de la Santé mexicain a accepté d'arrêter tout traitement par l'ivermectine dans ce foyer en 2008 et d'entamer la surveillance épidémiologique post-thérapeutique de 3 ans.

Le **Venezuela** compte 3 foyers d'endémie: Nord-Centre, Nord-Est et Sud (constituant une partie de la zone Yanomami évoquée dans la section relative au Brésil). Les foyers Nord-Centre et Nord-Est ont atteint leurs objectifs de couverture thérapeutique pour la cinquième année consécutive. En tout, le Venezuela a fourni 189 880 traitements, soit 95% de l'OTF(2) qui était de 200 194.

Note de la rédaction. Le Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques prévoit qu'un jour l'onchocercose sera complètement éliminée de la Région des Amériques et que l'administration de masse de l'ivermectine cessera. Pour cela, la première étape a été franchie au début de l'année 2007 lorsqu'on a cessé tout traitement à Santa Rosa (Guatemala). Lors de la réunion de 2007, les Ministères de la Santé de la Colombie, de l'Equateur et du Guatemala ont annoncé en 2008 qu'ils arrêteraient tout traitement par l'ivermectine à López de Micay et dans le sous-foyer de Rio Santiago, situés respectivement dans les foyers Esmeraldas et Escuintla-Guatemala. Lors de la réunion, le comité d'orientation du Programme a également recommandé d'interrompre les traitements dans le nord du Chiapas, et le Ministère mexicain de la Santé a décidé au début de l'année 2008 de les interrompre. Une tournant décisif pour le Programme a été la suspension du traitement à López de Micay, faisant de la Colombie le premier pays de la Région ayant réussi à interrompre la transmission sur l'ensemble de son territoire.

Les participants à la Conférence ont salué le début d'une nouvelle ère, que traduit le nombre décroissant de pays, de foyers d'endémie et de gens soumis à un traitement par l'ivermectine dans la Région. Avec la suspension des traitements en Colombie, il n'y a plus désormais que 5 pays d'endémie qui soient soumis à des traitements médicamenteux de masse (TMA) (le Brésil, l'Equateur, le Guatemala, le Mexique et le Venezuela). Le nombre total de foyers traités dans la Région est passé de 13 en 2006 à 12 en 2007 et à 9 en 2008. De même, l'OTF(2) dans la Région a diminué, passant de 913 606 en 2006 à 891 484 en 2007 et à 792 954 en 2008. Cette nouvelle ère qui s'ouvre met également en jeu de nouvelles responsabilités concernant la surveillance et l'évaluation rigoureuses après traitement. Les Ministères de la Santé auront besoin de l'assistance technique et financière des programmes pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques, des *Centers for Disease Control and Prevention* des Etats-Unis et de l'Organisation panaméricaine de la Santé, afin de faire en sorte qu'il

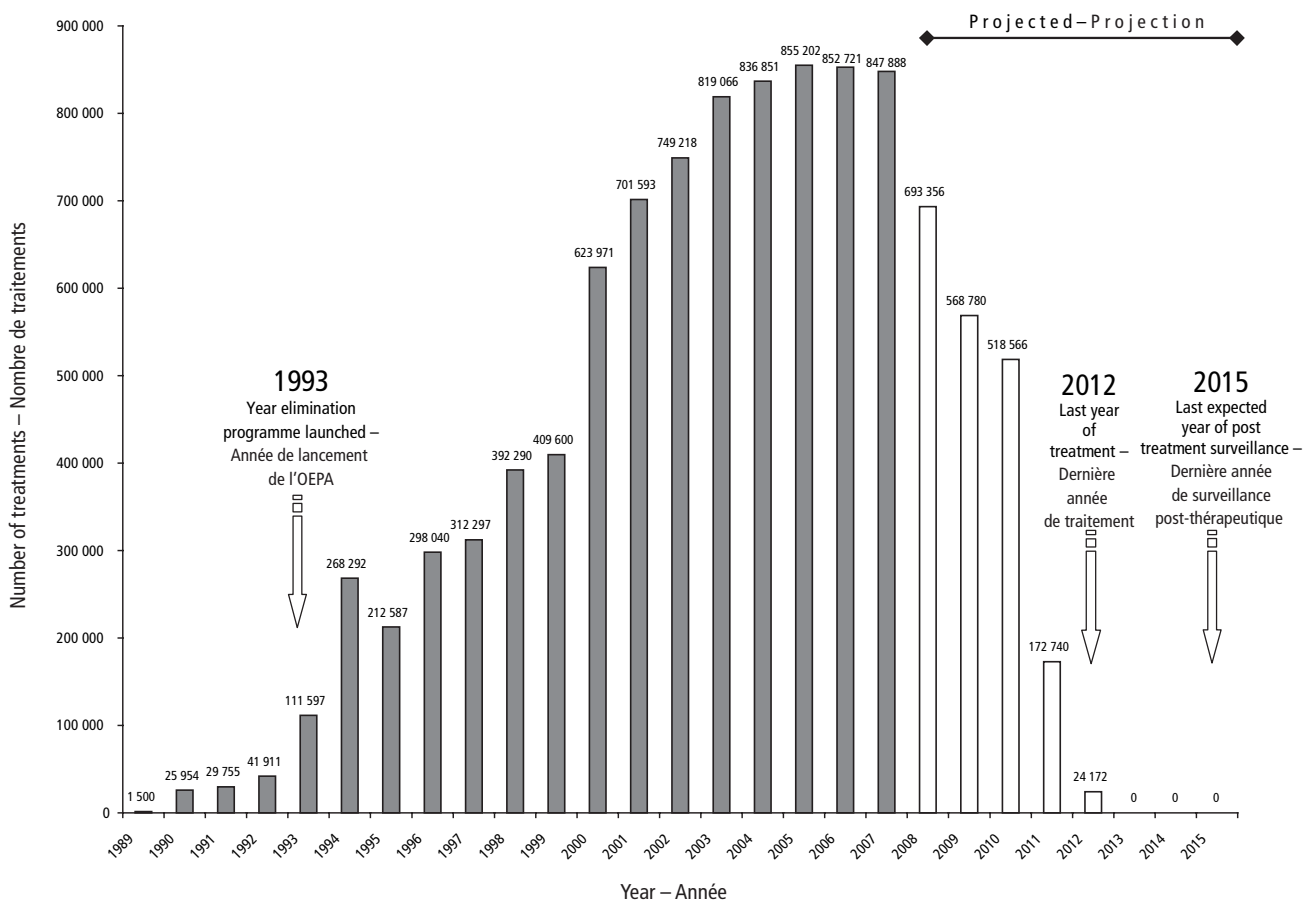
areas now that treatment has been halted. A 3-year post treatment surveillance period has been recommended in WHO's onchocerciasis certification guidelines before the parasite can be declared to have been eliminated from a focus.

Active transmission is believed to continue in 7 foci (all 3 foci in Venezuela, and in Brazil, Ecuador, Guatemala's Central endemic zone and Mexico's South Chiapas focus). In the other 2 foci (Huehuetenango in Guatemala and Oaxaca in Mexico), transmission has been suppressed; these foci are the subject of epidemiological and entomological evaluations, the data from which will be considered by the programme's steering committee to determine whether treatment withdrawal recommendations may be made by next year. Based on the progress being made, and the projections for interruption of transmission in each remaining focus, the conference declared 2012 as the last year for ivermectin treatment in the Americas, with 2015 being the expected last year for post-treatment surveillance (Fig. 1).

n'y ait aucune résurgence de l'onchocercose dans ces Régions maintenant que tout traitement y a été interrompu. Une période de surveillance post-thérapeutique de 3 ans a été recommandée dans les lignes directrices de l'OMS relatives à la certification de l'élimination de l'onchocercose, avant de pouvoir déclarer que le parasite a été éliminé dans un foyer.

On pense qu'une transmission active se poursuit dans 7 foyers (les 3 foyers du Venezuela et au Brésil, en Equateur, dans la zone centrale d'endémie du Guatemala et dans le foyer du sud du Chiapas au Mexique). Dans les 2 autres foyers (Huehuetenango au Guatemala et Oaxaca au Mexique), la transmission a été supprimée; ces foyers font l'objet d'évaluations épidémiologiques et entomologiques, dont les données seront examinées par le comité d'orientation du Programme afin de déterminer s'il sera possible de formuler des recommandations relatives à l'arrêt du traitement d'ici l'année prochaine. Sur la base des progrès accomplis et de projections réalisées concernant l'interruption de la transmission dans chacun des foyers restants, les participants à la Conférence ont déclaré que 2012 serait la dernière année de traitement par l'ivermectine dans les Amériques, 2015 devant être la dernière année de surveillance post-thérapeutique (Fig. 1).

Fig. 1 Number of ivermectin treatments delivered in WHO's Region of the Americas, 1989–2007, with projections to 2015^a
 Fig. 1 Nombre de traitements par l'ivermectine administrés dans la Région OMS des Amériques, 1989–2007, accompagné des projections jusqu'en 2015^a



^a Projected figures for 2008–2015 are UTG(2) numbers based on 2007 treatment census data from the remaining foci under treatment in the Region of the Americas (see text for further details).

^a Les projections pour 2008–2015 sont les chiffres de l'OTF(2) basés sur les données du recensement des traitements réalisés en 2007 dans les foyers restant sous traitement dans la Région des Amériques (se reporter au texte pour plus de détails).

The Onchocerciasis Elimination Program for the Americas' initiative was launched in response to Resolution XIV of the Pan American Health Organization's XXXV Directing Council, which called in 1991 for the elimination of all new ocular morbidity caused by onchocerciasis by 2007. According to results presented at the conference from ophthalmological assessments in sentinel and extra-sentinel areas, 9 of the 13 foci have eliminated new cases of eye disease attributable to onchocerciasis (defined as <1% prevalence of microfilariae in the cornea and/or anterior chamber of the eye). The 4 foci that have not yet met the ocular morbidity elimination goal are the North-east and North-Central in Venezuela and the 2 cross-border foci of the Yanomami Area. A complete report on advances made towards reaching the goal of Resolution XIV is anticipated to be presented to the Pan American Health Organization and WHO's Directing Council during its annual meeting in September 2008. Based on the agreement reached at the 2007 conference and the recommendation of the programme's steering committee at that time, the elimination programme for the Americas is seeking the concurrence of the Directing Council for a new resolution targeting the complete interruption of new onchocerciasis-related eye disease and transmission by the year 2012. Such a resolution is key to maintaining the political support that sustains the elimination programme's initiative. ■

L'initiative du Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques a été lancée pour donner suite à la résolution XIV du XXXV^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé en 1991, qui appelait à l'élimination de toute nouvelle morbidité due à l'onchocercose d'ici 2007. D'après les résultats présentés lors de la Conférence sur les évaluations ophtalmologiques effectuées dans des zones sentinelles et extra-sentinelles, 9 des 13 foyers ont éliminé les nouveaux cas de maladie oculaire imputable à l'onchocercose (définis par une prévalence <1% des microfilaries dans la cornée et/ou la chambre antérieure de l'œil). Les 4 foyers qui n'ont pas encore atteint l'objectif d'élimination de la morbidité oculaire sont le nord-est et le nord-centre du Venezuela et les 2 foyers transfrontaliers de la zone Yanomami. Un rapport complet sur les progrès accomplis sur la voie de la réalisation de l'objectif de la résolution XIV devrait être présenté à l'Organisation panaméricaine de la Santé et son Conseil directeur lors de sa réunion annuelle en septembre 2008. En se basant sur l'accord auquel les participants sont parvenus lors de la Conférence de 2007 et sur la recommandation du comité d'orientation du Programme à l'époque, le Programme pour l'élimination de l'onchocercose dans les Amériques recherche l'accord du Conseil directeur pour une nouvelle résolution ciblant l'interruption complète de toute maladie oculaire en rapport avec l'onchocercose et de toute transmission de cette maladie d'ici 2012. Une telle résolution est essentielle pour maintenir le soutien politique qui sous-tend l'initiative du Programme pour l'élimination. ■

Influenza

This summary provides an updated report of seasonal influenza activity for weeks 26–27. It does not include reports of avian influenza in humans, which are available at http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/fr/index.html

During weeks 26–27, the level of overall influenza activity in the world increased. In the southern hemisphere, a considerable increase in both influenza activity and detection of influenza viruses was observed. Influenza B and A (H3N2) circulated. Countries in the northern hemisphere reported sporadic or no activity.

Argentina. Regional influenza activity was reported. Mostly influenza B viruses were detected but influenza A also circulated.

China, Hong Kong Special Administrative Region. A mild increase in influenza activity continued, with mostly A (H3) viruses detected but also A (H1) viruses. All viruses detected from influenza B were of B/Yamagata lineage.

New Zealand. Regional influenza activity was reported, with mostly influenza A (H3) viruses circulating. Influenza B viruses were also detected. Northland health district had the highest consultation rate of influenza-like illness.

Other reports. Between weeks 26 and 27, sporadic influenza activity was detected in Canada (A, B), Chile (A, B), the Islamic Republic of Iran (B), Norway (B) and Panama (A, B)

Cameroon, Mongolia, Oman, Poland, Portugal, Slovenia and Switzerland reported no influenza activity. ■

Grippe

Ce résumé propose un rapport mis à jour de l'activité grippale saisonnière pour les semaines 26-27. Il n'inclut pas les rapports sur les cas humains de grippe aviaire dont les informations les plus récentes sont disponibles sur http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/fr/index.html

D'une manière générale, le niveau d'activité grippale dans le monde a augmenté au cours des semaines 20-21. Une augmentation considérable de l'activité grippale ainsi que du nombre de virus dépistés a été observée dans l'hémisphère sud. Des virus grippaux de type B et A (H3N2) ont circulé. Les pays de l'hémisphère nord ont soit signalé une activité sporadique soit aucune activité.

Argentine. On a signalé une activité grippale au niveau régional. La plupart des virus grippaux détectés étaient de type B mais des virus de type A ont également circulé.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine. L'activité grippale a continué à augmenter légèrement, avec une majorité de virus de type A (H3) dépistés. Des virus de type A (H1) ont également circulé et tous ceux de type B étaient de la lignée Yamagata.

Nouvelle-Zélande. On a signalé une activité grippale au niveau régional, la plupart des virus grippaux circulant étant de type A (H3). Des virus de type B ont également été dépistés. Le district sanitaire de Northland a enregistré le taux le plus élevé de consultations pour syndromes grippaux.

Autres rapports. Entre les semaines 26 et 27, une activité grippale sporadique a été signalée au Canada (A, B), au Chili (A, B), en République islamique d'Iran (B), en Norvège (B) et au Panama (A, B).

Le Cameroun, la Mongolie, Oman, la Pologne, le Portugal, la Slovaquie et la Suisse n'ont signalé aucune activité grippale. ■