



Contents

157 Poliomyelitis in Tajikistan: first importation since Europe certified polio-free

158 Schistosomiasis

Sommaire

157 Poliomyélite au Tadjikistan: première importation depuis la certification de l'Europe comme région exempte de cette maladie

158 Schistosomiase

★ OUTBREAK NEWS

Poliomyelitis in Tajikistan: first importation since Europe certified polio-free

On 23 April 2010, poliovirus type 1 was detected in diagnostic samples from cases of acute flaccid paralysis (AFP) from Tajikistan. This represents the first importation of wild poliovirus detected in the WHO European Region since it was certified polio-free in 2002.

As of 26 April 2010, 168 AFP cases had been reported from Tajikistan since the beginning of the year (at the same time last year, 35 cases had been reported). In the majority of these cases, onset of paralysis occurred within the past 2 weeks, prompting the government to notify WHO of an outbreak. Ten of the children have died. The great majority of those affected are children <5 years of age. Preliminary data suggests >45% had received ≥4 doses of oral polio vaccine.

As of 26 April, poliovirus type 1 was isolated in diagnostic specimens from 10 of the AFP cases. All the polio cases are located in the south-western part of the country, in an area bordering Afghanistan and Uzbekistan. Afghanistan is one of the 4 remaining polio-endemic countries. No cases have been reported in the areas of Afghanistan bordering Tajikistan.

The government of Tajikistan has requested technical guidance and support from WHO. Vaccine for 3 outbreak response campaigns has been provided through the UNICEF Supply Division for Tajikistan.

Tajikistan's last case of clinically confirmed poliomyelitis was in 1997; the last case of polio confirmed by virological testing was in 1991. Reported nationwide coverage with 3 doses of oral poliovirus vaccine (OPV3) was 87% in 2008, the last year

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Poliomyélite au Tadjikistan: première importation depuis la certification de l'Europe comme région exempte de cette maladie

Au 23 avril 2010, des poliovirus de type 1 ont été détectés dans des échantillons prélevés sur des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) au Tadjikistan. Il s'agit de la première importation de poliovirus dans la région OMS de l'Europe depuis sa certification comme région exempte de cette maladie.

Au 26 avril 2010, 168 cas de PFA avaient été notifiés au Tadjikistan depuis le début de l'année (à la même période l'an passé, on avait signalé 35 cas). Pour la majorité d'entre eux, la paralysie s'est manifestée au cours des 2 dernières semaines, ce qui a amené les autorités du pays à notifier à l'OMS une flambée épidémique. Dix de ces enfants sont décédés. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'enfants de âgés de <5 ans. Les données préliminaires semblent indiquer que >45% d'entre eux avaient reçu ≥4 doses de vaccin antipoliomyélique buccal.

Toujours au 26 avril 2010, le poliovirus de type 1 a été isolé dans des échantillons de diagnostic provenant de 10 de ces cas de PFA. Tous ces cas de poliomyélite sont situés au sud-ouest du pays, dans une région à la frontière de l'Afghanistan et de l'Ouzbékistan. L'Afghanistan est l'un des 4 derniers pays d'endémie. Aucun cas n'a été notifié en Afghanistan, dans les zones à la frontière du Tadjikistan.

Le gouvernement du Tadjikistan a demandé à l'OMS des orientations et une assistance technique. Des vaccins pour 3 campagnes de riposte à la flambée sont mis en place par la Division des approvisionnements de l'UNICEF au Tadjikistan.

Le dernier cas clinique confirmé de poliomyélite au Tadjikistan s'était produit en 1997 et le dernier cas confirmé par analyse virologique remonte à 1991. Le chiffre déclaré par les autorités pour la couverture par 3 doses de VPO était de 87% en 2008, dernière année pour

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 346.–

04.2010
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

for which complete data are available under the WHO/UNICEF joint reporting process. AFP surveillance indicators in Tajikistan meet certification standards at the national level. In 2009, Tajikistan reported 35 AFP cases, of which none were caused by wild poliovirus. Globally, >90 000 AFP cases were reported in 2009, of which 1606 were caused by wild poliovirus.

Three AFP cases were reported in Uzbekistan on the Tajikistan border; poliovirus has not yet been isolated from these cases. In addition, a child from Tajikistan travelled from Dushanbe to Tashkent for medical treatment shortly after onset of paralysis. The government of Uzbekistan is planning 2 nationwide rounds of vaccination; the government of Kyrgyzstan is immunizing children <5 years of age during European Immunization Week (26–30 April 2010).

WHO is in communication with countries in the Region about this outbreak. It is important that neighboring countries strengthen surveillance for AFP cases, in order to rapidly detect any new importations of wild poliovirus and facilitate a rapid response. Countries should also analyse routine immunization coverage data to identify any sub-national gaps in population immunity, in order to guide catch-up immunization activities and thereby minimize the consequences of any new introduction of virus. Priority should be given to areas at high risk of importations and where OPV3/DPT3 coverage is <80%.

This outbreak demonstrates the need to maintain high population immunity until transmission of poliovirus has been interrupted worldwide.

Public health measures such as enhanced surveillance and immunization may be put in place at the borders by the health authorities of Tajikistan and their counterparts in neighbouring countries. It is important that international travellers to and from polio-affected areas are adequately immunized against poliomyelitis as recommended in Chapter 6 of *International Travel and Health*.¹

WHO does not recommend the imposition of restrictions to the international movement of persons as a control measure at this time.

Further information can be found at the following links: <http://www.polioeradication.org/> and http://www.euro.who.int/communicablediseases/outbreaks/20100423_1 ■

¹ See <http://www.who.int/ith/ITH2010chapter6.pdf>; accessed April 2010.

laquelle ont dispose de données complètes dans le cadre de la procédure conjointe OMS/UNICEF. Les indicateurs de la surveillance de la PFA au Tadjikistan répondent aux normes de la certification au niveau national. En 2009, le Tadjikistan a notifié 35 cas de PFA, aucun n'étant dû à un poliovirus sauvage. À l'échelle mondiale, >90 000 cas de PFA ont été notifiés en 2009, dont 1606 dus à des poliovirus sauvages.

Trois cas de PFA ont été notifiés en Ouzbékistan, à la frontière du Tadjikistan; le poliovirus n'a pas encore été isolé parmi ces cas. De plus, un enfant du Tadjikistan est allé de Douchanbé à Tachkent pour un traitement médical peu après la manifestation d'une paralysie. Le gouvernement de l'Ouzbékistan planifie une campagne nationale de vaccination; le gouvernement du Kirghizistan vaccine les enfants de âgés <5 ans pendant la Semaine européenne de la vaccination (du 26 au 30 avril).

L'OMS est en communication avec les pays de la Région à propos de cette flambée. Il est important que les pays voisins renforcent la surveillance des cas de PFA, afin de détecter rapidement toute nouvelle importation de poliovirus sauvage et de faciliter une intervention rapide. Les pays devraient également analyser les données de la couverture par la vaccination systématique, afin de repérer toute lacune au niveau infranational pour ce qui est de l'état immunitaire de la population et d'orienter des activités de rattrapage pour ainsi réduire le plus possible les conséquences de toute nouvelle introduction de virus. Il convient de donner la priorité aux zones exposées à un risque élevé d'importation et où la couverture par 3 doses de VPO/DTP est <80%.

Cette flambée montre bien la nécessité de maintenir une forte immunité dans la population jusqu'à l'interruption de la transmission du poliovirus partout dans le monde.

Les autorités sanitaires du Tadjikistan et leurs homologues dans les pays voisins peuvent prendre des mesures de santé publique à appliquer à leurs frontières, comme le renforcement de la surveillance et de la vaccination. Il est important que les voyageurs internationaux à destination ou en provenance des zones affectées soient correctement vaccinés contre la poliomyélite, ainsi que le recommande le chapitre 6 de la publication «*Voyages internationaux et santé*».¹

L'OMS ne recommande pas pour l'instant d'imposer, comme mesure de lutte, des restrictions aux déplacements internationaux des personnes.

De plus amples informations sont disponibles aux liens suivants: <http://www.polioeradication.org/> et http://www.euro.who.int/communicablediseases/outbreaks/20100423_1 ■

¹ Voir <http://www.who.int/ith/ITH2010chapter6.pdf>; consulté en avril 2010.

Schistosomiasis

Number of people treated, 2008

Background

In 2001, Member States agreed to scale-up efforts to control schistosomiasis by adopting World Health Assembly resolution 54.19 which urges Member States to ensure access to essential drugs against schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis through all health services in endemic areas in order to provide

Schistosomiase

Nombre de personnes traitées, 2008

Généralités

En 2001, les Etats Membres ont convenu d'augmenter les efforts de lutte contre la schistosomiase en adoptant la résolution WHA54.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui leur demandait «d'assurer un accès aux médicaments essentiels contre la schistosomiase et les géohelminthiases dans tous les services de santé des zones d'endémie afin de traiter les cas cliniques

treatment for cases and for those groups which are at high risk of morbidity. The resolution also set a goal of attaining a minimum target of regular treatment of $\geq 75\%$ and up to 100% of all school-aged children at risk of morbidity by 2010.¹

The distribution, estimated number of people infected with schistosomiasis, and the number of people treated are shown in *Map 1*, *Fig. 1* and *Table 1*. To report on progress made towards achieving the 2010 target, data on the number of people treated for schistosomiasis in each country is collated yearly and presented in the WHO neglected tropical diseases preventive chemotherapy and transmission control databank.²

While the minimum target set in the resolution specifically mentions school-aged children, data reported from countries implementing treatment programmes are not disaggregated between this age group and adults. The WHO recommendations emphasize targeting school-aged children and other age groups living in areas considered to be highly endemic.³ There are no recommendations on treating preschool-aged children in public health settings because there is no appropriate formulation of praziquantel.

This report presents data on the number of people treated for schistosomiasis during 2008. Treatment of schistosomiasis has been constrained by a lack of access to praziquantel,⁴ with only a few countries imple-

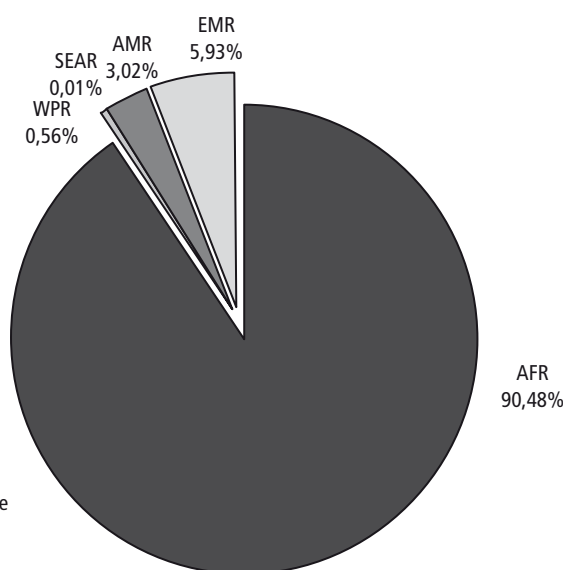
et les groupes à risque élevé de morbidité». Cette résolution fixait également «pour objectif d'assurer au minimum l'administration régulière d'une chimiothérapie à au moins 75% – et jusqu'à 100% – de tous les enfants d'âge scolaire exposés d'ici 2010».¹

La distribution, le nombre estimé de personnes infestées par des schistosomes et le nombre de personnes traitées sont exposés à la *Carte 1*, la *Fig. 1* et dans le *Tableau 1*. Pour rendre compte des progrès accomplis en vue de l'objectif fixé pour 2010, des données relatives au nombre de personnes traitées contre la schistosomiase dans chaque pays sont collectées chaque année et présentées dans la banque de données de l'OMS sur la chimioprévention et la lutte contre la transmission des maladies tropicales négligées.²

Alors que l'objectif minimum fixé dans la résolution mentionne spécifiquement les enfants d'âge scolaire, les données rapportées par les pays qui mettent en œuvre des programmes de traitement ne sont pas ventilées par classes d'âge enfants/adultes. Les recommandations de l'OMS insistent sur le fait de cibler les enfants d'âge scolaire et les autres classes d'âge vivant dans des zones considérées comme étant de forte endémie.³ Il n'y a pas de recommandations relatives au traitement des enfants d'âge préscolaire dans le cadre de la santé publique parce qu'il n'existe pas de formulation de praziquantel qui leur soit adaptée.

Le présent rapport rend compte des données relatives au nombre de personnes traitées contre la schistosomiase en 2008. Le traitement de cette maladie a été limité par le manque d'accès au praziquantel⁴ et seuls quelques pays ont pu mettre en

Fig. 1 **Distribution of population requiring preventive chemotherapy for schistosomiasis by WHO region, 2008**
 Fig. 1 **Distribution de la population nécessitant une chimioprévention de la schistosomiase par Région OMS, 2008**



AFR = African – Afrique
 AMR = The Americas – Amériques
 SEAR = South-East Asia – Asie du Sud Est
 EMR = Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale
 WPR = Western Pacific – Pacifique occidental

¹ *Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections*. Geneva, World Health Organization, 2001 (World Health Assembly Resolution WHA54.19). Also available at http://www.who.int/wormcontrol/about_us/en/ea54r19.pdf, accessed March 2010.

² *Preventive chemotherapy and transmission control databank: schistosomiasis*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sch/en/index.html, accessed January 2009).

³ *Preventive chemotherapy in human helminthiasis*. Geneva, World Health Organization, 2006.

⁴ Praziquantel is the only widely available drug used to treat schistosomiasis.

¹ *Schistosomiase et géohelminthiases*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (résolution WHA54.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé). Egalement disponible sur http://ftp.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54r19.pdf, consulté en mars 2010.

² *Preventive chemotherapy and transmission control databank: schistosomiasis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sch/en/index.html, consulté en janvier 2010).

³ *Chimioprévention des helminthiases chez l'homme*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

⁴ Le praziquantel est le seul médicament largement disponible utilisé pour le traitement de la schistosomiase.

Map 1 **Global distribution of schistosomiasis, 2008**
 Carte 1 **Distribution mondiale de la schistosomiase, 2008**

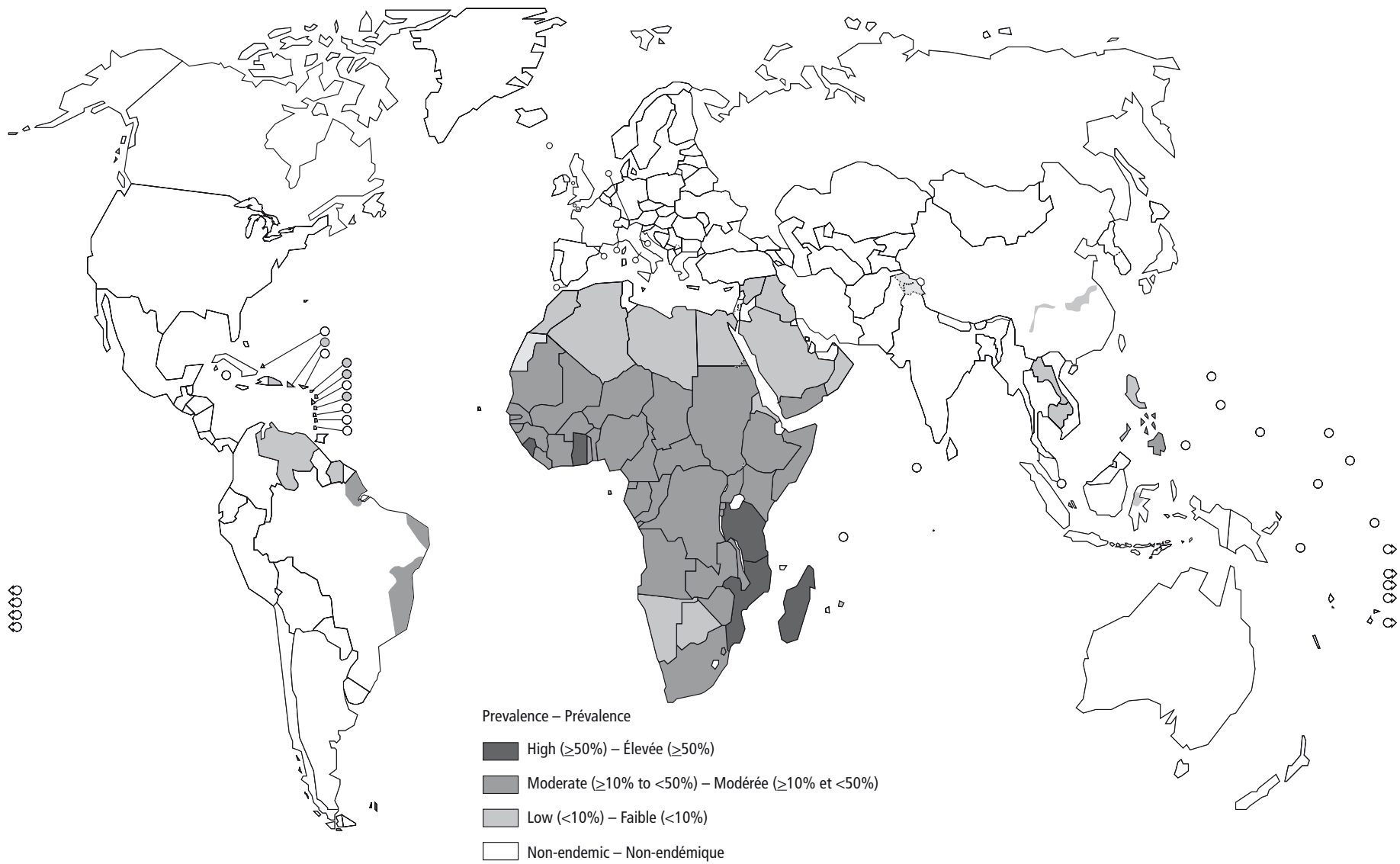


Table 1 **Schistosomiasis: global and regional summary, 2008**
 Tableau 1 **Schistosomiase: récapitulatif mondial et régional, 2008**

Characteristics – Caractéristiques	WHO Region – Régions OMS						Global – Monde
	African – Afrique	The Americas – Amériques	South-East Asia – Asie du Sud-Est	European – Europe	Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	Western Pacific – Pacifique occidental	
No. of endemic countries* – Nombre de pays d'endémie*	42	10	3	1	14	6	76
No. of countries reporting – Nombre de pays rapportant des données	10	1	0	0	3	3	17
No. of people treated – Nombre de personnes traitées	11 700 618	76 306	ND – AD	ND – AD	2 665 029	3 069 475	17 511 428

ND, no data. – AD, absence de données.

* Number of countries where schistosomiasis is endemic according to *Control of schistosomiasis. Second report of the WHO Expert Committee*. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO Technical Report Series, No. 830. Available at http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_830.pdf; accessed April 2010). – Nombre de pays où la schistosomiase est endémique selon le manuel *Lutte contre le schistosomiase. Rapport d'un comité d'experts de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (Série de rapports techniques de l'OMS, No 830. Également disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_830_fre.pdf; consulté en avril 2010).

menting control programmes; data have been reported to WHO only sporadically. As a result of new initiatives to control neglected tropical diseases, more countries are implementing control measures against schistosomiasis, especially in sub-Saharan Africa.

Data sources and methods

Data on schistosomiasis were collected through requests made by the WHO regional offices and country and liaison offices to ministries of health. Requests were also made to other organizations known to support schistosomiasis control. Because data on schistosomiasis are not routinely reported through national health information systems, it is likely that not all data on schistosomiasis treatment during 2008 were captured, and therefore what is reported may underestimate the number of people treated.

Estimates of the number of people living in areas where schistosomiasis is endemic were based on United Nations population projections for 2008.⁵ These are reported as the number of people at risk of schistosomiasis. The number of people reported to WHO as being infected in each country was based on reports from national authorities, published reports, or extrapolations from surveys.^{6,7}

It is difficult to calculate treatment coverage rates for schistosomiasis because definitions of levels of endemicity, treatment thresholds and target populations vary among countries.

œuvre des programmes de lutte; les données n'ont été rapportées à l'OMS que sporadiquement. Suite aux nouvelles initiatives visant à lutter contre les maladies tropicales négligées, davantage de pays mettent en œuvre des mesures de lutte contre la schistosomiase, surtout en Afrique subsaharienne.

Sources de données et méthodes

Les données sur la schistosomiase ont été recueillies grâce aux demandes effectuées par les bureaux régionaux et les bureaux dans les pays de l'OMS, ainsi que les bureaux de liaison avec les ministères de la santé. Ces demandes ont également été adressées à d'autres organisations connues pour soutenir la lutte contre la schistosomiase. Du fait que ces données ne sont pas systématiquement rapportées par les systèmes nationaux d'information sanitaire, il est probable qu'on n'ait pas pu rassembler toutes celles relatives au traitement de la schistosomiase en 2008 et que par conséquent, les données notifiées ici sous-estiment le nombre de personnes traitées.

Les estimations relatives au nombre de personnes vivant dans des zones où la schistosomiase est endémique ont été basées sur les projections des Nations Unies en matière de population pour 2008.⁵ Elles sont exprimées en nombre de personnes à risque. Le nombre de personnes infectées dans chaque pays notifié à l'OMS a été basé sur les rapports des autorités nationales, sur les rapports publiés ou sur des extrapolations réalisées à partir d'enquêtes.^{6,7}

Il est difficile de calculer les taux de couverture du traitement contre la schistosomiase du fait que les définitions des degrés d'endémie, des seuils de traitement et des populations cibles varient selon les pays.

⁵ *World population prospects: the 2006 revision. Executive summary*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007. Also available from <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/English.pdf>; accessed March 2010.

⁶ Chitsulo L et al. The global status of schistosomiasis and its control. *Acta Tropica*, 2000, 77:41–51.

⁷ Steinmann P et al. Schistosomiasis and water resources development: systematic review, meta-analysis, and estimates of people at risk. *Lancet Infectious Diseases*, 2006, 6:411–425.

⁵ *Perspectives de la population mondiale: la révision 2006. Résumé analytique*. New York, Organisation des Nations Unies, Division de la Population, Département des Affaires économiques et sociales, 2007. (Également disponible à l'adresse suivante : <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/English.pdf>.)

⁶ Chitsulo L et al. The global status of schistosomiasis and its control. *Acta Tropica*, 2000, 77:41–51.

⁷ Steinmann P et al. Schistosomiasis and water resources development; systematic review, meta-analysis, and estimates of people at risk. *Lancet Infectious Diseases*, 2006, 6:411–425.

Results

Global

Schistosomiasis is endemic in 76 countries, although transmission has been interrupted in some countries. There is no mechanism to certify that countries are no longer endemic. Of the countries where the disease is endemic, 17 (22.4%) reported that 17 511 428 people were treated during 2008. Although some countries did not disaggregate data on treatment by age group, some did: 9 626 823 (54.8%) of those treated were school-aged children.

African Region

Of 42 endemic countries, 10 (23.8%) reported in 2008. Overall, 11 700 618 people were treated for schistosomiasis. This was 66.8% of the total number of people treated globally in 2008. In Burkina Faso, Mali, Niger and Uganda treatment was carried out nationally, covering all endemic areas. In these countries, as well as in areas of Madagascar and Nigeria, programme coverage for school-aged children exceeded 80%.

Region of the Americas

Only 1 country (Brazil) of 10 endemic countries reported treatment data; Brazil treated 76 306 people. The estimate of the number of people with schistosomiasis in this region is 7 137 988, and >95% of them live in Brazil. Treatment for schistosomiasis in Brazil is offered only for cases with a confirmed diagnosis; most people are treated in health facilities.

South-East Asia Region

There were no reports on treatment from this region. The only focus of infection is on the island of Sulawesi in Indonesia.

European Region

No autochthonous case of schistosomiasis was reported during 2008.

Eastern Mediterranean Region

A total of 14 countries are considered endemic in this region; 10 are included in the preventive chemotherapy and transmission control databank, but only 3 (Egypt, Somalia and Yemen) reported during 2008. In Egypt, chemotherapy has been the primary control strategy for >20 years, and 100% of school-aged children considered to be at risk are routinely treated. The programme in Yemen was launched in 2008; 2 082 522 people were treated, and coverage among school-aged children was 86%. People treated in Yemen account for 78% of the 2 665 029 people treated in the region. In Somalia, the treatment campaign covers a few villages in the Lower Shabelle region.

Western Pacific Region

Four countries in the region (Cambodia, China, the Lao People's Democratic Republic and the Philippines) have control programmes, and all except the Lao People's

Résultats

Monde

La schistosomiase est endémique dans 76 pays, même si sa transmission a été interrompue dans certains. Il n'y a pas de mécanisme permettant de certifier que les pays ne sont plus des pays d'endémie. Parmi les pays où la maladie est endémique, 17 (22,4%) ont rapporté que 17 511 428 personnes avaient été traitées en 2008. Bien que certains pays ne ventilent pas les données relatives au traitement par classe d'âge, d'autres l'ont fait: 9 626 823 (54,8%) des personnes traitées étaient des enfants d'âge scolaire.

Région africaine

Sur les 42 pays d'endémie, 10 (23,8%) ont notifié des résultats en 2008. En tout, 11 700 618 personnes ont été traitées contre la schistosomiase. Cela représente 66,8% du nombre total de personnes traitées dans le monde en 2008. Au Burkina Faso, au Mali, au Niger et en Ouganda, le traitement a été effectué à l'échelle nationale, en couvrant toutes les zones d'endémie. Dans ces pays, ainsi que dans certaines régions de Madagascar et du Nigéria, la couverture du programme pour les enfants d'âge scolaire a dépassé 80%.

Région des Amériques

Seul 1 des 10 pays d'endémie que comptent les Amériques (le Brésil) a rapporté des données relatives au traitement: 76 306 personnes y ont été traitées. L'estimation relative au nombre de personnes atteintes de schistosomiase dans cette Région est de 7 137 988 et >95% d'entre elles vivent au Brésil. Dans ce pays, le traitement contre la schistosomiase n'est offert qu'après un diagnostic confirmé; la plupart des gens sont traités dans les centres de santé.

Région de l'Asie du Sud-Est

Aucun rapport n'a fait état de traitement dans cette Région. Le seul foyer d'infection se trouve dans l'île de Sulawesi en Indonésie.

Région européenne

Aucun cas autochtone de schistosomiase n'a été notifié en 2008.

Région de la Méditerranée orientale

Quatorze pays au total sont considérés comme des pays d'endémie dans cette Région; 10 figurent dans la banque de données sur la chimioprévention et la lutte contre la transmission, mais seulement 3 (l'Égypte, la Somalie et le Yémen) ont fait état de résultats en 2008. En Égypte, la chimiothérapie constitue la stratégie principale de lutte depuis >20 ans et 100% des enfants d'âge scolaire considérés comme étant à risque sont systématiquement traités. Au Yémen, le programme a été lancé en 2008; 2 082 522 personnes ont été traitées et la couverture chez les enfants d'âge scolaire a été de 86%. Les personnes traitées au Yémen représentent 78% des 2 665 029 personnes traitées dans la Région. En Somalie, la campagne de traitement couvre quelques villages de la région de la Basse Shabelle.

Région du Pacifique occidental

Quatre pays de la Région (le Cambodge, la Chine, la République démocratique populaire lao et les Philippines) ont des programmes de lutte et tous sauf la République démocratique populaire

Democratic Republic reported data in 2008. Because Cambodia and China have elimination programmes, treatment targeted groups at risk as well as those infected. Of the 3 069 475 people treated in the region, 2 987 532 (97.3%) were in China and 68 726 (2.2%) were in Cambodia. In the Philippines, a small proportion of the people at risk of morbidity were treated. There was no report from the Lao People's Democratic Republic.

Discussion

During 2008, a total of 17 511 428 people were treated for schistosomiasis in 17/76 (22.4%) endemic countries. This is a small proportion of the estimated number of people infected or at risk of infection, and it falls short of the target of treating $\geq 75\%$ of school-aged children at risk of morbidity by 2010. According to the WHO preventive chemotherapy and transmission control databank, during 2008 an additional 3 countries reported, and the number of people treated increased when compared with 2007. This is partly an artefact of patchy reporting in the past, but also reflects the increasing number of countries implementing treatment programmes, especially in the African Region. More countries scaled up schistosomiasis treatment after the launch of the Schistosomiasis Control Initiative in 2002; as of 2008, as a result of the donation of praziquantel from Merck Serono, more countries may be able to implement large-scale treatment programmes.

The variability in reported treatment during the past few years, especially in countries in the African Region, shows that a lack of access to praziquantel remains a major constraint. However, variability in the number of people treated in particular countries may also reflect the algorithm used by those countries to implement schistosomiasis treatment. In some countries treatment may be targeted to selected groups every other year. This was the case for Burkina Faso, Mali, Niger and Uganda, where treatment was administered to school-aged children in 2006 and 2008 but not in 2007. The 4 604 326 school-aged children treated in these 4 countries in 2008 accounted for 26.3% of the global total. This suggests that making year-on-year comparisons of treatment may not be the best way to assess coverage. An assessment of coverage should focus on the medium-term or longer-term.

Pledges of additional resources to allow implementation of control programmes for neglected tropical diseases, and the purchase of praziquantel, should result in more people being treated for schistosomiasis during the coming years. Discussions among stakeholders have focussed on the need to report data on implementation at the national, regional and global level. Such reporting will enable progress in controlling the disease to be more accurately tracked.

Conclusion

The goal of achieving a minimum target of regular treatment of $\geq 75\%$ of all school-aged children at risk of morbidity from schistosomiasis by 2010 has not been

lao ont notifié des données en 2008. Du fait que le Cambodge et la Chine ont des programmes d'élimination, le traitement a ciblé les groupes à risques et les personnes qui n'étaient pas infectées. Sur les 3 069 475 personnes traitées dans la Région, 2 987 532 (97,3%) étaient en Chine et 68 726 (2,2%) au Cambodge. Aux Philippines, une faible proportion de la population à risque de morbidité a été traitée. Il n'y a pas eu de rapport de la République démocratique populaire lao.

Discussion

En 2008, 17 511 428 personnes au total ont été traitées contre la schistosomiase dans 17 des 76 (22,4%) pays d'endémie. Il s'agit là d'une faible proportion du nombre estimé de personnes infectées ou à risque d'infection et qui est loin de l'objectif qui était de traiter $\geq 75\%$ des enfants d'âge scolaire à risque d'ici 2010. D'après la banque de données de l'OMS sur la chimioprévention et la lutte contre la transmission, en 2008, 3 pays de plus ont fait état de résultats et le nombre de personnes traitées a augmenté par rapport à 2007. Cela représente en partie un artefact dû à une notification parcellaire dans le passé, mais c'est également le reflet du nombre croissant de pays qui mettent en œuvre des programmes de traitement, surtout dans la Région africaine. Davantage de pays ont intensifié le traitement contre la schistosomiase après le lancement de l'Initiative de lutte contre la schistosomiase en 2002; à compter de 2008, suite au don de praziquantel effectué par Merck Serono, ils ont été plus nombreux à mettre en œuvre des programmes de traitement à grande échelle.

La variabilité dans les traitements rapportés au cours des quelques dernières années, surtout dans les pays de la Région africaine, montre que l'inaccessibilité du praziquantel reste un problème important. Toutefois, la variabilité enregistrée dans le nombre de personnes traitées dans des pays particuliers peut également être le reflet de l'algorithme employé par ces pays pour mettre en œuvre le traitement contre la schistosomiase. Dans certains d'entre eux, le traitement peut être ciblé sur des groupes choisis un an sur deux. Cela a été le cas au Burkina Faso, au Mali, au Niger et en Ouganda où le traitement a été administré aux enfants d'âge scolaire en 2006 et en 2008 mais pas en 2007. Les 4 604 326 enfants d'âge scolaire traités dans ces 4 pays en 2008 ont représenté 26,3% du total mondial. Cela laisse à penser que le fait de procéder à des comparaisons de traitement d'une année sur l'autre n'est peut-être pas la meilleure façon d'évaluer la couverture. L'évaluation de cette couverture doit être axée sur le moyen terme ou le long terme.

Les promesses de ressources supplémentaires pour permettre la mise en œuvre des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées et l'achat de praziquantel devraient se traduire par une augmentation du nombre de personnes traitées contre la schistosomiase dans les années à venir. Les consultations entre les diverses parties prenantes ont porté sur la nécessité de notifier les données relatives à la mise en œuvre à l'échelle nationale, régionale et mondiale. Une telle notification permettra de suivre plus précisément les progrès enregistrés dans la lutte contre la maladie.

Conclusion

L'objectif consistant à atteindre au minimum un traitement régulier pour $\geq 75\%$ de tous les enfants d'âge scolaire à risque de morbidité d'ici 2010 n'a pas été atteint. Les principales diffi-

reached. The major constraints have been a lack of access to praziquantel and to resources for implementation. Where implementation has taken place, data have been inconsistently reported.

The establishment of the WHO preventive chemotherapy and transmission control databank, which is accessible to those who are implementing programmes and to all stakeholders, may help in monitoring progress. The data reported here could be used as a baseline for reporting progress on schistosomiasis treatment. ■

cultés rencontrées ont été le manque d'accès au praziquantel et aux ressources nécessaires pour la mise en œuvre du traitement. Lorsque cette mise en œuvre a eu lieu, les données ont été rapportées de manière irrégulière.

La création de la banque de données OMS sur la chimioprévention et la lutte contre la transmission, qui est accessible à ceux qui mettent en œuvre des programmes ainsi qu'aux parties prenantes, pourrait aider à suivre les progrès enregistrés. Les données rapportées ici pourraient être utilisées comme point de départ pour faire état des progrès enregistrés dans le traitement de la schistosomiase. ■

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/	Grippe aviaire
Buruli ulcer	http://www.who.int/gtb-buruli	Ulcère de Buruli
Child and adolescent health and development	http://www.who.int/child_adolescent_health/en/	Santé et développement des enfants et des adolescents
Cholera	http://www.who.int/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)
Epidemic and pandemic surveillance and response	http://www.who.int/csr/en/	Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie
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
Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)	http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/	Réseau mondial 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)
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 tropical diseases	http://www.who.int/neglected_diseases/en/	Maladies tropicales négligées
Outbreak news	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
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 Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response	http://www.who.int/csr/ihr/lyon/en/index.html	Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies
WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)	http://www.who.int/whopes	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre for Vulnerability Reduction, Tunis	http://wmc.who.int/	Centre Méditerranéen de l'OMS pour la Réduction de la Vulnérabilité à Tunis (WMC)
Yellow fever	http://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en/	Fièvre jaune