



Contents

- 577 Index of countries/areas
577 Index, Volume 89, 2014, Nos. 1-52
580 Revised guidance on meningitis outbreak response in sub-Saharan Africa
587 Monthly report on dracunculiasis cases, January-October 2014

Sommaire

- 577 Index des pays/zones
577 Index, Volume 89, 2014, N^{os} 1-52
580 Révision des orientations pour la riposte aux flambées de méningite en Afrique subsaharienne
587 Rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-octobre 2014

Index of countries/areas¹

Afghanistan, 493
Ecuador, 401
Egypt, 161
India, 177
Kenya, 127
Nigeria, 522
Pakistan, 493
South Sudan, 214

¹ This index relates only to articles concerning specific countries. Articles that contain general information are not indexed by country, but by subject (see above). Moreover, the notes on influenza are not included in this index, but appear in the subject index.

Index des pays/zones¹

Afghanistan, 493
Equateur, 401
Égypte, 161
Inde, 177
Kenya, 127
Nigéria, 522
Pakistan, 493
Soudan du Sud, 214

¹ Cet index ne couvre que les articles concernant des pays spécifiques. Les articles contenant des informations générales ne sont pas indexés par pays, mais par sujet. (voir ci-dessus). En outre, les notes sur la grippe ne sont pas comprises dans cet index, mais se trouvent dans l'index des sujets.

Index, Volume 89, 2014, Nos. 1-52

Subject index

Bleeding trachoma: WHO Alliance for the Global Elimination of Blinding Trachoma by the year 2020, 421

Cholera: cholera, 2013, 345; oral cholera vaccine campaign among internally displaced persons in South Sudan, 214

Dracunculiasis: dracunculiasis eradication - global surveillance summary, 2013, 189; monthly report on dracunculiasis cases, January- November 2013, 35; monthly report on dracunculiasis cases, January-December 2013, 71; monthly report on dracunculiasis cases, January 2014, 115; monthly report on dracunculiasis cases, January-February 2014, 151; monthly report on dracunculiasis cases, January-April 2014, 203; monthly report on dracunculiasis cases, January-May 2014, 307; monthly report on dracunculiasis cases, January-June 2014, 367; monthly report on dracunculiasis cases, January-July 2014, 387; monthly report on dracunculiasis cases, January-August 2014, 455; monthly report on dracunculiasis cases, January-October 2014, 587

Ebola: Ebola virus disease, West Africa, 205

Epidemics: anticipating epidemics, 244

Index, Volume 89, 2014, Nos 1-52

Index des sujets

Chimioprévention: chimioprévention: planification, demande des médicaments et rapport, 61

Choléra: campagne de vaccination orale contre le choléra chez les personnes déplacées au Soudan du Sud, 214; choléra, 2013

Coqueluche: recommandations révisées concernant le choix des vaccins anticoquelucheux: juillet 2014, 337

Dracunculose: éradication de la dracunculose - bilan de la surveillance mondiale, 2013, 189; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-novembre 2013, 35; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-décembre 2013, 71; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier 2014, 115; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-février 2014, 151; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-avril 2014, 203; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-février 2014, 151; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-avril 2014, 203; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-février 2014, 151; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-mai 2014, 307; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-juin 2014, 367; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-juillet 2014, 387; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-août 2014, 455; rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-octobre 2014, 587

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 346.-

12.2014

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

Guinea worm *see* **Dracunculiasis**

Herpes zoster: varicella and herpes zoster vaccines: WHO position paper, June 2014, **265**

Human papillomavirus: human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014, **465**

Influenza: antigenic and genetic characteristics of zoonotic influenza viruses and development of candidate vaccine viruses for pandemic preparedness, February 2014, **105**; antigenic and genetic characteristics of zoonotic influenza viruses and development of candidate vaccine viruses for pandemic preparedness, **457**; consultation on global influenza surveillance, 10–12, 2013, **29**; detection of influenza virus subtype A by polymerase chain reaction: WHO external quality assessment project summary analysis, 2013, **37**; human cases of influenza at the human– animal interface, 2013, **309**; recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2014–2015 northern hemisphere influenza season, **93**; report of the 7th Meeting of the WHO working group on polymerase chain reaction protocols for detection and subtyping of influenza viruses, Geneva, June 2014, **505**; review of the 2013–2014 winter influenza season, northern hemisphere, **245**; recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2015 southern hemisphere influenza season, **441**; review of the 2014 influenza season in the southern hemisphere, **529**; summary analysis of 2014 survey of National Influenza Centres in the WHO Global Influenza Surveillance and Response System, **369**

Influenza A (H1N1)pdm09: severe atypical pneumonia outbreak associated with influenza A(H1N1)pdm09 in Egypt, 2013–2014 season, **161**

International travel and health: health conditions for travellers to Saudi Arabia for the pilgrimage to Mecca (Hajj), 2014, **357**

Invasive bacterial vaccine-preventable disease: invasive bacterial vaccine-preventable disease sentinel hospital surveillance network: summary of a strategic review and next steps, 2008–2014, **545**

Leprosy: global leprosy update, 2013; reducing disease burden, **389**

Lymphatic filariasis: global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2013, **409**; meeting of the International Task Force for Disease Eradication, January 2014, **153**; preventive chemotherapy: planning, requesting medicines, and reporting, **61**

Malaria: WHO procedures for certification of malaria elimination, **321**

Measles: global control and elimination of measles, 2000–2012, **45**; global progress towards regional measles elimination, worldwide, 2000–2013, **509**; progress towards measles pre-elimination, African Region, 2011–2012, **141**; progress towards measles elimination – Eastern Mediterranean Region, 2008–2012, **257**

Meningitis: revised guidance on meningitis outbreak response in sub-Saharan Africa, **577**

Ebola: maladie à virus Ebola, Afrique de l’Ouest, **205**

Epidémies: anticiper les épidémies, **244**

Fièvre jaune: fièvre jaune en Afrique et en Amérique du Sud, 2013, **297**

Fièvre typhoïde: surveillance de la fièvre typhoïde et utilisation des vaccins contre cette maladie, Régions de l’Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, 2009–2013, **429**

Filariose lymphatique: chimioprévention: planification, demande des médicaments et rapport, **61**; programme mondial pour l’élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation 2013, **409**; réunion du Groupe spécial international pour l’éradication des maladies – janvier 2014, **153**

Géohelminthiases: géohelminthiases: nombre d’enfants traités en 2012, **133**; réunion du Groupe spécial international pour l’éradication des maladies – janvier 2014, **153**

Grippe: analyse de la saison grippale 2013–2014, dans l’hémisphère Nord, **245**; analyse sommaire de l’enquête de 2014 portant sur les centres nationaux de la grippe appartenant au système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte, **369**; bilan de la saison grippale 2014 dans l’hémisphère Sud, **529**; caractéristiques génétiques et antigéniques des virus grippaux zoonotiques et mise au point de virus vaccinaux candidats pour se préparer à une pandémie, **105**; caractéristiques génétiques et antigéniques des virus grippaux zoonotiques et mise au point de virus vaccinaux candidats pour se préparer à une pandémie, **457**; cas humains de grippe à l’interface homme-animal, 2013, **203**; composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison 2014–2015 dans l’hémisphère Nord, **93**; composition recommandée des vaccins antigrippaux pour la saison grippale 2015 dans l’hémisphère Sud, **441**; consultation sur la surveillance mondiale de la grippe, Genève, 10–12 juillet 2013, **29**; rapport de la septième réunion du groupe de travail de l’OMS sur les protocoles de PCR applicables à la détection et au sous-typage des virus grippaux, Genève, juin 2014, **505**; récapitulatif de l’évaluation externe de la qualité du dépistage par amplification génique des virus grippaux de type A, 2013, **37**

Grippe A (H1N1)pdm09: flambée de pneumonies atypiques sévères associées à la grippe A(H1N1)pdm09 en Égypte, saison 2013–2014, **161**

Lèpre: le point sur la situation mondiale de la lèpre, 2013: réduction de la charge de morbidité, **389**

Maladies bactériennes invasives: réseau de surveillance par des hôpitaux sentinelles des maladies bactériennes invasives à prévention vaccinale: synthèse de l’examen stratégique et prochaines étapes, 2008–2014, **545**

Maladies tropicales négligées: chimioprévention: planification, demande des médicaments et rapport, **61**; réunion du Groupe spécial international pour l’éradication des maladies – janvier 2014, **153**

Méningite: révision des orientations pour la riposte aux flambées de méningite en Afrique subsaharienne, **580**

Méningococcie: lutte contre la méningite à méningocoques dans les pays de la ceinture africaine de la méningite (2013), **206**

Mortalité néonatale: enfants: réduire la mortalité, **418**

Meningococcal disease: meningococcal disease in countries of the African meningitis belt, 2013, 206

Neglected tropical diseases: meeting of the International Task Force for Disease Eradication, January 2014, 153; preventive chemotherapy: planning, requesting medicines, and reporting, 61

Neonatal deaths: children: reducing mortality, 418

Onchocerciasis: African Programme for Onchocerciasis Control: progress report, 2013–2014, 551; elimination of onchocerciasis in the WHO Region of the Americas: Ecuador's progress towards verification of elimination, 401; meeting of the International Task Force for Disease Eradication, January 2014, 153

Pertussis: revised guidance on the choice of pertussis vaccines: July 2014, 337

Poliomyelitis: assessing and mitigating the risks of outbreaks due to wild poliovirus in polio-free African countries, 2013–2014, 377; combined use of inactivated and oral poliovirus vaccines in a large-scale campaign in refugee camps and host communities – Kenya, December 2013, 127; Global Polio Eradication Initiative: 10th meeting of the Independent Monitoring Board, 361; polio-free certification of the WHO South-East Asia Region, March 2014, 500; polio vaccines, WHO position paper – January 2014, 73; progress towards measles elimination in the African Region, 2011–2012, 141; progress towards poliomyelitis eradication: Afghanistan and Pakistan, January 2013–August 2014, 493; progress towards poliomyelitis eradication – Nigeria, January 2013–September 2014, 522; surveillance systems to track progress towards global polio eradication, 2012–2013, 165; vaccine-derived polioviruses detected worldwide, July 2012–December 2013, 117; performance of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and incidence of poliomyelitis, 2014, 173, 291, 405, 541; progress towards polio eradication worldwide, 237

Preventive chemotherapy: preventive chemotherapy: planning, requesting medicines, and reporting, 61

Rotavirus: WHO Global rotavirus surveillance network – a strategic review of the first 5 years (2008–2012), 341

Schistosomiasis: preventive chemotherapy: planning, requesting medicines, and reporting, 61; schistosomiasis: number of people receiving preventive chemotherapy in 2012, 21

Soil-transmitted helminthiasis: meeting of the International Task Force for Disease Eradication, January 2014, 153; preventive chemotherapy: planning, requesting medicines, and reporting, 61; soil-transmitted helminthiasis: number of children treated in 2012, 133

Tetanus: maternal and neonatal tetanus elimination: validation survey in 4 States in India, April 2013, 177

Typhoid fever: typhoid fever surveillance and vaccine use, South-East Asia and Western Pacific Regions, 2009–2013, 429

Vaccines and immunization: combined use of inactivated and oral poliovirus vaccines in a large-scale campaign in

Onchocercose: élimination de l'onchocercose dans la Région OMS des Amériques: progrès réalisés par l'Équateur en vue de la vérification de l'élimination, 401; Programme africain de lutte contre l'onchocercose: rapport d'activités, 2013-2014, 551; réunion du Groupe spécial international pour l'éradication des maladies – janvier 2014, 153

Paludisme: procédures de l'OMS pour la certification de l'élimination du paludisme, 321

Papillomavirus humain: vaccins contre le papillomavirus humain: note de synthèse de l'OMS, octobre 2014, 465

Poliomyélite: association du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) et du vaccin antipoliomyélique oral (VPO) lors d'une campagne de grande envergure dans des camps de réfugiés et leurs communautés d'accueil – Kenya, décembre 2013, 127; évaluation et atténuation du risque de flambée due à un poliovirus sauvage dans les pays africains exempts de poliomyélite, 2013-2014, 377; fonctionnement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et incidence de la poliomyélite, 2014, 173, 291, 405, 541; Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite: dixième réunion du Comité de suivi indépendant, 361; note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antipoliomyéliques – Janvier 2014, 73; poliovirus dérivés de souches vaccinales détectés dans le monde, juillet 2012-décembre 2013, 117; progrès accomplis vers l'éradication de la poliomyélite à l'échelle mondiale, 2013-2014, 237; progrès accomplis en vue de l'éradication de la poliomyélite: Afghanistan et Pakistan, janvier 2013-août 2014, 493; progrès accomplis en vue de l'éradication de la poliomyélite au Nigéria, janvier 2013-septembre 2014, 522; Région OMS de l'Asie du Sud-Est a été certifiée exempte de poliomyélite en mars 2014, 500; systèmes de surveillance permettant de suivre les progrès vers l'éradication mondiale de la poliomyélite, 2012-2013, 165

Rotavirus: réseau mondial OMS de surveillance des rotavirus – examen stratégique des 5 premières années (2008-2012), 341

Rougeole: lutte mondiale contre la rougeole et élimination régionale de la maladie, 2000-2012, 45; progrès en vue de la préélimination de la rougeole dans la Région africaine 2011-2012, 141; progrès vers l'élimination de la rougeole – Région de la Méditerranée orientale, 2008-2012, 257; progrès dans le monde en vue de l'élimination de la rougeole dans les Régions, 2000-2013, 509

Schistosomiase: schistosomiase: nombre de personnes ayant bénéficié d'une chimioprévention en 2012, 21

Tétanos: élimination du tétanos maternel et néonatal: enquête de validation dans 4 États de l'Inde en avril 2013, 177

Trachome cécitant: l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici l'an 2020, 421

Vaccins et vaccinations: association du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) et du vaccin antipoliomyélique oral (VPO) lors d'une campagne de grande envergure dans des camps de réfugiés et leurs communautés d'accueil – Kenya, décembre 2013, 127; campagne de vaccination orale contre le choléra chez les personnes déplacées au Soudan du Sud, 214; couverture de la vaccination systématique dans le monde en 2013, 517; Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, novembre 2013 – conclusions et recommandations, 1; note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antipolio-

refugee camps and host communities – Kenya, December 2013, 127; global routine vaccination coverage, 2013, 517; meeting of the Global Advisory Committee on Vaccine Safety, December 2013, 53; meeting of the Global Advisory Committee on Vaccine Safety, June 2014, 325; meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, November 2013–conclusions and recommendations, 1; meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, April 2014–conclusions and recommendations, 221; meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, October 2014 – conclusions and recommendations, 561; oral cholera vaccine campaign among internally displaced persons in South Sudan, 114; polio vaccines, WHO position paper – January 2014, 73; revised guidance on the choice of pertussis vaccines: July 2014, 337; vaccine-derived polioviruses detected worldwide, July 2012–December 2013, 117; varicella and herpes zoster vaccines: WHO position paper, June 2014, 265

Varicella: varicella and herpes zoster vaccines: WHO position paper, June 2014, 265

Yellow fever: yellow fever in Africa and South America, 2013, 297 ■

myélitiques – Janvier 2014, 73; recommandations révisées concernant le choix des vaccins antioquelucheux: juillet 2014, 337; réunion du Comité consultatif mondial de la Sécurité vaccinale, décembre 2013, 53; réunion du Comité consultatif mondial de la Sécurité vaccinale, juin 2014, 321; réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2014 – Conclusions et recommandations, 221; réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2014 – conclusions et recommandations, 561; vaccins contre le papillomavirus humain: note de synthèse de l'OMS, octobre 2014, 465; vaccins contre la varicelle et le zona: note de synthèse de l'OMS, juin 2014, 265

Varicelle: vaccins contre la varicelle et le zona: note de synthèse de l'OMS, juin 2014, 265

Ver de Guinée voir Dracunculose

Voyages internationaux et santé: dispositions sanitaires pour les voyageurs se rendant en Arabie saoudite pour le pèlerinage à La Mecque (Hadj), 2014, 357

Zona: vaccins contre la varicelle et le zona: note de synthèse de l'OMS, juin 2014, 265 ■

Revised guidance on meningitis outbreak response in sub-Saharan Africa

The meningitis belt of sub-Saharan Africa runs across the continent from Senegal to Ethiopia. This region is prone to major epidemics of meningococcal meningitis with a high case fatality rate and serious sequelae that place a heavy strain on national and local health services. Until recently, most epidemics were due to *Neisseria meningitidis* serogroup A (NmA), such that the previous WHO meningitis control guidelines¹ were directed mainly at the control of these epidemics. The main elements of this control strategy were based on defining operational thresholds that trigger the reinforcement of surveillance and identification of the pathogen (the alert threshold) and the launch of vaccination campaigns and the use of a specific antibiotic treatment protocol (the epidemic threshold).

Since 2010, countries in the meningitis belt have started to introduce a new meningococcal A conjugate vaccine (MenAfriVac) that is expected to confer both long lasting individual protection and herd immunity.² Following the successful roll-out of this vaccine, epidemics due to NmA are disappearing, but other meningococcal serogroups such as NmW, NmX and NmC still cause epidemics albeit at a lower frequency and smaller size. All countries in the meningitis belt have, since 2000, introduced *Haemophilus influenzae* type b (Hib) vaccines, and many have already introduced *Streptococcus pneumoniae* (Spn) conjugate vaccines; hence, the incidence of bacterial meningitis due to non-meningococcal pathogens is also evolving. These major epidemiological changes prompted WHO to review the 2000 guidelines.¹

Révision des orientations pour la riposte aux flambées de méningite en Afrique subsaharienne

En Afrique subsaharienne, la ceinture de la méningite traverse le continent du Sénégal à l'Éthiopie. Cette région est sujette à des épidémies majeures de méningite à méningocoque associées à un taux de létalité élevé et à de graves séquelles qui font peser un lourd fardeau sur les services de santé nationaux et locaux. Jusqu'à récemment, *Neisseria meningitidis* du séro-groupe A (NmA) était à l'origine de la plupart des épidémies, de sorte que les lignes directrices précédentes de l'OMS relatives à la lutte contre la méningite¹ visaient avant tout à juguler celles-ci. Les principaux éléments de cette stratégie de lutte se fondaient sur la définition de seuils opérationnels déclenchant le renforcement de la surveillance et de l'identification de l'agent pathogène (le seuil d'alerte), puis le lancement de campagnes de vaccination et l'utilisation d'un protocole spécifique d'antibiothérapie (le seuil épidémique).

Depuis 2010, les pays de la ceinture de la méningite ont commencé à introduire un nouveau vaccin conjugué contre le méningocoque A (MenAfriVac) qui devrait conférer à la fois une protection individuelle de longue durée et une immunité de groupe.² Suite au succès de l'introduction, les épidémies dues à NmA disparaissent mais des méningocoques d'autres séro-groupes, comme NmW, NmX et NmC, provoquent encore des épidémies bien qu'à une moindre fréquence et d'une ampleur plus faible. Depuis 2000, tous les pays de la ceinture de la méningite ont introduit le vaccin contre *Haemophilus influenzae* type b (Hib) et nombre d'entre eux ont déjà introduit le vaccin conjugué contre *Streptococcus pneumoniae* (Spn); il en résulte que l'incidence des méningites bactériennes dues à des agents pathogènes autres que des méningocoques évolue aussi. Ces modifications épidémiologiques majeures ont amené l'OMS à revoir les lignes directrices de 2000.¹

¹ See No. 38, 2000, pp. 306–309.

² See No. 20, 2014, pp. 206–214.

¹ Voir N° 38, 2000, pp. 306-309.

² Voir N° 20, 2014, pp. 206-214.

Topics considered for revision

WHO set up a guideline development group to review the evidence and recommendations for epidemic control in this region.³ Four topics were selected for review:

(i) *Operational thresholds for investigation and response to outbreaks:* The alert threshold in populations of 30 000–100 000 was previously defined as 5 cases/100 000 population in 1 week, and in populations <30 000 as 2 cases in 1 week or a higher incidence than in a non-epidemic year. The epidemic threshold in populations of 30 000–100 000 was previously defined as 15 cases/100 000 population in 1 week or 10 cases/100 000 – mostly used in current practice – if the population was considered to be at risk. In populations <30 000 the epidemic threshold was defined as 5 cases in 1 week or a doubling of incidence in a 3-week period.^{1,4}

While these thresholds were appraised as being both sensitive and specific for detection of NmA epidemics, following the introduction of MenAfriVac, NmW is now the predominant serogroup and the thresholds for management of epidemic meningitis in the meningitis belt needed to be reviewed.

(ii) *Rapid diagnostic tests (RDTs) that support urgent decision-making for outbreak management:* In previous guidance, RDTs were recommended as confirmatory tests to aid decision-making on an appropriate vaccine for use during epidemics.⁵ RDTs can discriminate between bacterial species causing meningitis and between most serogroups of *N. meningitidis*. With the changing epidemiology, the identification of the predominant bacterial agent and meningococcal serogroup has become increasingly important.

(iii) *Antibiotic regimens in epidemics:* The recommended presumptive treatment of bacterial meningitis is ceftriaxone for at least 5 days.^{6,7} During epidemics of meningococcal meningitis, to ensure rapid and effective treatment at first contact, single-dose regimens of ceftriaxone or oily chloramphenicol have been recommended for suspected cases aged 2 years and older, with assessment for improvement at 24 or 48 hours. This protocol has been shown to provide effective treatment for meningococcal meningitis, it is simple and cheap, and the necessary antibiotics can be made available at the most peripheral level. However, single-dose regimens are not effective against other bacterial pathogens causing meningitis such as Spn or Hib. With fewer NmA outbreaks, a higher proportion of cases of meningitis due to Hib and Spn is expected, especially where vac-

Sujets étudiés pour la révision

L'OMS a réuni un groupe d'élaboration des lignes directrices pour revoir les données factuelles et les recommandations applicables à la lutte contre les épidémies dans cette région.³ Quatre sujets ont été retenus pour cette revue:

(i) *Seuils opérationnels pour enquêter sur les flambées et riposter:* auparavant, le seuil d'alerte dans les populations de 30 000-100 000 habitants était atteint avec 5 cas/100 000 habitants en 1 semaine et, dans les populations de <30 000 habitants, avec 2 cas en 1 semaine ou une incidence plus élevée qu'en année non épidémique. Pour le seuil épidémique, il était atteint dans les populations de 30 000-100 000 habitants avec 15 cas/100 000 habitants en 1 semaine ou 10 cas/100 000 habitants – le plus utilisé dans la pratique actuelle – si l'on considérait que la population était à risque. Dans les populations de <30 000 habitants, le seuil épidémique était atteint avec 5 cas en 1 semaine ou un doublement de l'incidence sur une période de 3 semaines.^{1,4}

Alors qu'on estimait que ces seuils étaient à la fois sensibles et spécifiques pour la détection des épidémies à NmA, après l'introduction du MenAfriVac, NmW est devenu le sérotype prédominant et les seuils pour la gestion de la méningite épidémique dans la ceinture de la méningite avaient besoin d'être revus.

(ii) *Tests de diagnostic rapide (TDR) aidant à la prise de décisions urgentes pour la gestion des flambées:* dans des orientations antérieures, les TDR ont été recommandés comme tests de confirmation pour aider à la prise de décisions sur le vaccin approprié à utiliser au cours des épidémies.⁵ Ces tests peuvent faire la distinction entre les espèces bactériennes responsables de la méningite et entre la plupart des sérotypes de *N. meningitidis*. Avec l'évolution de l'épidémiologie, l'identification de l'agent bactérien prédominant et du sérotype du méningocoque a pris de plus en plus d'importance.

(iii) *Antibiothérapie au cours des épidémies:* le traitement présomptif recommandé pour la méningite bactérienne est la ceftriaxone pendant 5 jours au moins.^{6,7} Lors des épidémies de méningite à méningocoque et pour garantir un traitement rapide et efficace dès le premier contact, l'administration d'une dose unique de ceftriaxone ou de chloramphénicol huileux a été recommandée pour les cas suspects à partir de l'âge de 2 ans, avec évaluation de l'amélioration de l'état 24 heures ou 48 heures plus tard. Il est avéré que ce protocole assure un traitement efficace de la méningite à méningocoque; il est simple et peu coûteux et les antibiotiques nécessaires peuvent être mis à disposition au niveau le plus périphérique. Par contre, l'administration d'une dose unique n'est pas efficace contre d'autres bactéries pathogènes responsables de la méningite, comme Spn ou Hib. Avec moins de flambées à NmA, on s'attend à une augmentation de la proportion des cas dus à Hib et à

³ WHO. Meningitis Outbreak Response in sub-Saharan Africa. Geneva, World Health Organization, 2014. Available at <http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/en/>; accessed November 2014.

⁴ WHO. Standard operating procedures for enhanced meningitis surveillance in Africa. Ouagadougou, World Health Organization Regional Office for Africa (AFRO), 2009.

⁵ WHO. The use of polysaccharide trivalent ACW vaccine for the control of epidemic meningococcal disease outbreaks in countries of the African meningitis belt: Recommendations from an international informal consultation. Geneva, World Health Organization, 2003.

⁶ WHO. Standardized treatment of bacterial meningitis in Africa in epidemic and non-epidemic situations. Geneva, World Health Organization, 2007.

⁷ WHO. Managing meningitis epidemics in Africa: A quick reference guide for health authorities and health-care workers. Geneva, World Health Organization, 2010.

³ OMS. Meningitis Outbreak Response in sub-Saharan Africa. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014. Disponible sur: <http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/en/> (consulté en novembre 2014).

⁴ OMS. Procédures opérationnelles standard pour la surveillance renforcée de la méningite en Afrique. Ouagadougou, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2009.

⁵ OMS. Utilisation du vaccin polysaccharidique trivalent ACW pour le contrôle des épidémies de méningite à méningocoque dans les pays de la ceinture africaine. Rapport d'une consultation informelle internationale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

⁶ OMS. Traitement normalisé de la méningite en Afrique en situation épidémique ou non épidémique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

⁷ OMS. Gestion des épidémies de méningite en Afrique: guide de référence rapide à l'intention des autorités sanitaires et des soignants. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

cines against these pathogens have not yet been introduced. With the expected reduction in large-scale epidemics, health facilities should be less overwhelmed during epidemics and it may be more difficult to justify maintaining a single-dose treatment policy.

(iv) Prophylaxis for household contacts of cases: Chemoprophylaxis has been recommended for household contacts of sporadic cases of meningococcal disease in Africa but not during epidemics.⁸ Even without epidemics, this measure is not thought to be commonly applied. With the decrease of massive epidemics, it was timely to review this policy. In European countries, for example, no distinction is made between sporadic cases and outbreaks in the recommendations for prophylaxis, though the scale of outbreaks in the European region is of a much smaller magnitude than in the meningitis belt.

Review process

The evidence was collected either through systematic searches for surveillance data (operational thresholds, antibiotic regimens) or through systematic literature reviews (rapid diagnostic tests, prophylaxis for household contacts). The quality of the evidence was assessed using GRADE.⁹ The guideline development group assessed in turn the priority of the problem, quality of evidence, benefits and harms, values and preferences, resource use, equity, acceptability, and feasibility before reaching a recommendation. The draft recommendations were reviewed by external experts.

New WHO recommendations and rationale

Operational thresholds

Data to inform the review were primarily from sources describing NmW epidemics between 2006 and 2013. The main outcomes were estimates of cases occurring after different weekly incidence thresholds and of the number of cases prevented by a vaccination response.³

Results showed that shortening the response time had a greater impact on improving cost-effectiveness of vaccination than lowering the epidemic threshold. In populations >30 000 with a 4-week interval from crossing the epidemic threshold until the start of a meningococcal polysaccharide vaccination campaign, an estimated 17 cases per event would be prevented at a weekly threshold of 10 cases/100 000 population. This increased to 46 cases per event at a threshold of 3/100 000. If the interval could be shortened by 2 weeks, the estimated number of cases prevented would be 54 per event at a threshold of 10 cases /100 000 inhabitants increasing to 71 per event at 3/100 000. Therefore the first recommendation is related to the timeliness of implementing a campaign; the maximal delay to implement a campaign is set at 4 weeks after crossing the epidemic threshold; this period is chosen because estimates showed that beyond 4 weeks benefits were marginal.

Spn, en particulier là où les vaccins contre ces agents pathogènes n'ont pas encore été introduits. Avec le recul escompté des épidémies de grande ampleur, les établissements de santé devraient être moins débordés lors de flambées et il pourrait être plus difficile de justifier le maintien de la politique du traitement par dose unique.

(iv) Prophylaxie pour les contacts vivant au domicile des cas: la chimioprophylaxie a été recommandée pour les contacts vivant au domicile des cas sporadiques de méningite à méningocoque en Afrique, mais pas pendant les épidémies.⁸ Même en l'absence d'épidémies, on pense que cette mesure n'est pas couramment appliquée. Avec le recul des épidémies massives, il était temps de revoir cette politique. Dans les pays européens par exemple, on ne fait pas la distinction entre les cas sporadiques et les flambées épidémiques pour les recommandations de prophylaxie, bien que l'ampleur des flambées dans la Région européenne soit bien plus réduite que dans la ceinture de la méningite.

Processus de revue

Les informations ont été recueillies soit par des recherches systématiques des données de surveillance (seuils opérationnels, antibiothérapie), soit par des revues systématiques de la littérature (tests de diagnostic rapide, prophylaxie pour les contacts vivant au même domicile). Leur qualité a été évaluée au moyen du système GRADE.⁹ Le groupe d'élaboration des lignes directrices a évalué à son tour la priorité du problème, la qualité des données factuelles, les avantages et les effets négatifs, les valeurs et les préférences, l'utilisation des ressources, l'équité, l'acceptabilité et la faisabilité avant d'établir chaque recommandation. Les projets de recommandations ont ensuite été examinés par des experts externes.

Nouvelles recommandations de l'OMS et justification

Seuils opérationnels

Les données pour orienter la revue provenaient principalement de sources décrivant les épidémies à NmW entre 2006 et 2013. Les principaux résultats ont été des estimations du nombre des cas survenant après différents seuils d'incidence hebdomadaire et du nombre des cas évités par une intervention vaccinale.³

Les résultats ont montré que, plus que l'abaissement du seuil épidémique, le raccourcissement du délai d'intervention était plus efficace pour améliorer le rapport coût/efficacité de la vaccination. Dans les populations de >30 000 habitants avec un intervalle de 4 semaines entre le franchissement du seuil épidémique et le démarrage d'une campagne d'administration du vaccin polysaccharidique contre le méningocoque, on estime que le nombre de cas évités est de 17 par événement au seuil hebdomadaire de 10 cas/100 000 habitants. Ce nombre passe à 46 cas par événement au seuil de 3/100 000. En raccourcissant l'intervalle de 2 semaines, l'estimation du nombre de cas évités serait de 54 par événement au seuil de 10 cas/100 000 habitants et de 71 par événement au seuil de 3/100 000. La première recommandation a donc trait à la rapidité de la mise en œuvre d'une campagne; le délai maximal pour ce faire est fixé à 4 semaines après le franchissement du seuil épidémique; ce laps de temps a été retenu parce que les estimations ont montré qu'au-delà de 4 semaines, les bénéfices sont marginaux.

⁸ WHO. Control of epidemic meningococcal disease: WHO practical guidelines. Geneva, World Health Organization, 1998.

⁹ Guyatt G, Oxman AD, Akl EA et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(4):383-394.

⁸ OMS. Lutte contre les épidémies de méningite à méningocoque. Guide pratique OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.

⁹ Guyatt G, Oxman AD, Akl EA et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(4):383-394.

For populations of 30 000–100 000, the previous epidemic threshold of 10 cases/100 000 in 1 week is maintained, but the alternative threshold of 15/100 000 no longer applies. To improve the timeliness of response, the alert threshold has been lowered to 3 cases/100 000. This recommendation does not imply an additional intervention but has the potential, with a good surveillance system, to bring forward vaccination as soon as possible after the epidemic threshold is crossed, and thus to prevent more cases.

The thresholds for populations <30 000 have been left unchanged, because data on which to base a new recommendation were not available. To allow more flexibility in response, vaccination in populations adjacent to areas with ongoing epidemics is recommended if the population is considered to be at risk: i.e. in the absence of a recent relevant vaccination programme, if cases occur early in the dry season, or in crowded populations.

Importantly the thresholds may be adapted if this is judged appropriate by the responsible health authorities. The new recommendations apply primarily to NmW epidemics. However, until field experience and research provide new evidence, these new recommendations should also apply to other vaccine-preventable serogroups (e.g. NmC and NmY).

In conclusion, the guideline development group considered that the burden of meningitis on communities outweighed the potential harms of a mass vaccination, as polysaccharide and conjugate vaccines are well tolerated and serious adverse events are exceedingly rare.

A summary of the recommendations concerning the operational thresholds and the interventions they should trigger is presented in *Table 1*.

Rapid diagnostic tests

In the literature review for this question, relatively few field evaluations of RDTs were available. Sensitivity and specificity of a dipstick RDT produced by the Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (Niger) showed a satisfactory performance in field testing for NmW. Laboratory performance of the Pastorex latex agglutination test was also satisfactory but no NmW field evaluation data were available. Performance in diagnosis of NmA under field conditions was less satisfactory for both tests. BinaxNOW performed to a high standard in diagnosis of Spn under laboratory conditions. Pastorex cannot distinguish between NmW and NmY, and there were no publications in this review on evaluation of testng for NmC. The quality of the diagnostic test assessments was mostly low. The guideline development group considered that the potential gain in time between epidemic signal detection and start of vaccine response outweighed the costs of the tests. Making RDTs widely available at short notice should allow peripheral areas to confirm the pathogen and respond to an epidemic quickly.

Antibiotic regimens in epidemics

In the review for this question, 11 NmW and/or NmX epidemics and 11 NmA epidemics were analysed. In

Pour les populations de 30 000–100 000 habitants, le seuil épidémique précédent de 10 cas/100 000 habitants en 1 semaine est maintenu, mais l'autre seuil de 15/100 000 n'est plus appliqué. Pour améliorer la rapidité de la riposte, le seuil d'alerte a été abaissé à 3 cas/100 000 habitants. Cette recommandation n'implique pas d'intervention supplémentaire mais peut, avec un bon système de surveillance, lancer le plus tôt possible la vaccination après le franchissement du seuil épidémique, permettant ainsi d'éviter davantage de cas.

En l'absence de données sur lesquelles fonder une nouvelle recommandation, les seuils pour les populations <30 000 habitants n'ont pas été modifiés. Pour permettre une plus grande flexibilité de la riposte, la vaccination des populations habitant dans des zones adjacentes à des épidémies en cours est recommandée si on considère qu'elles sont à risque: c'est-à-dire s'il n'y a pas eu de programme récent de vaccination, si des cas se produisent au début de la saison sèche ou en présence d'une forte densité de population.

Point important, les seuils peuvent être adaptés si les autorités sanitaires compétentes le jugent nécessaire. Les nouvelles recommandations valent en premier lieu pour les épidémies à NmW mais, jusqu'à ce que l'expérience sur le terrain et la recherche fournissent de nouvelles données factuelles, elles devront être aussi appliquées à d'autres sérogroupes évitables par la vaccination (par exemple NmC et NmY).

En conclusion, le groupe d'élaboration des lignes directrices a considéré que le fardeau que fait peser la méningite sur les communautés l'emporte sur les effets négatifs potentiels d'une vaccination de masse, car les vaccins polysaccharidiques et conjugués sont bien tolérés et les événements indésirables graves extrêmement rares.

Le *Tableau 1* récapitule les recommandations concernant les seuils opérationnels et les interventions qu'ils doivent déclencher.

Tests de diagnostic rapide

L'examen de cette question dans la littérature révèle qu'il y a eu relativement peu d'évaluations de ces tests sur le terrain. Un essai sur le terrain a mis en évidence des résultats satisfaisants pour ce qui est de la sensibilité et de la spécificité d'un TDR sur bandelette pour NmW produit par le Centre de recherche médicale et sanitaire (Niger). Les résultats en laboratoire du test d'agglutination sur latex Pastorex ont été également satisfaisants, mais on ne dispose d'aucune donnée provenant d'évaluations sur le terrain pour NmW. Les performances pour le diagnostic de NmA dans les conditions du terrain ont été moins satisfaisantes pour les deux tests. BinaxNOW a donné des résultats d'un niveau élevé pour le diagnostic de Spn dans les conditions de laboratoire. Pastorex ne peut pas distinguer NmW et NmY, et la revue n'a pas trouvé de publications concernant l'évaluation des tests pour NmC. Dans la plupart des cas, la qualité des évaluations des tests de diagnostic a été faible. Le groupe d'élaboration des lignes directrices a considéré que le gain de temps potentiel entre la détection du signal épidémique et le démarrage de la riposte vaccinale l'emporte sur les coûts des tests. La mise à disposition des TDR dans un bref délai permettrait aux zones périphériques de confirmer l'agent pathogène et de riposter rapidement à une épidémie.

Antibiothérapie au cours des épidémies

Pour examiner cette question, 11 épidémies à NmW et/ou à NmX et 11 épidémies à NmA ont été analysées. Lors des épidé-

Table 1 **Revised operational thresholds for epidemic meningococcal meningitis in the meningitis belt African countries and recommended interventions, 2014**

Tableau 1 **Révision des seuils opérationnels pour les épidémies de méningite à méningocoque dans les pays africains de la ceinture de la méningite et interventions recommandées, 2014**

	Population	
	<30 000	30 000 – 100 000 ^a
Alert threshold – Seuil d'alerte	<i>Either 2 suspected cases in 1 week or a higher incidence than in a non-epidemic year^b – 2 cas suspects en 1 semaine ou une incidence plus élevée qu'en année non épidémique^b</i>	<i>3 suspected cases/100 000 people in 1 week – 3 cas suspects/100 000 habitants en 1 semaine</i>
The alert threshold is used to give an early warning, launch an investigation and check epidemic preparedness – Ce seuil sert à tirer la sonnette d'alarme à un stade précoce, déclencher une investigation et vérifier la préparation en cas d'épidémie	Interventions	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Strengthen surveillance – Renforcer la surveillance ➤ Investigate suspected cases by laboratory testing to confirm the occurrence of a meningococcal meningitis outbreak and to identify the responsible serogroup to inform the choice of vaccine.^c – Enquêter sur les cas suspects au moyen d'analyses de laboratoire pour confirmer la survenue d'une flambée de méningite à méningocoque et pour identifier le sérotype responsable afin d'orienter le choix du vaccin^c ➤ Prepare to initiate request for vaccines – Se préparer à faire une demande de vaccins ➤ Distribute medical supplies to health centres – Distribuer les fournitures médicales dans les centres de santé 	
	<30 000	30 000 – 100 000 ^a
Epidemic threshold – Seuil épidémique	<i>5 suspected cases in 1 week, or a doubling of incidence in a 3-week period – 5 cas suspects en 1 semaine, ou un doublement de l'incidence sur une période de 3 semaines</i>	<i>10 suspected cases/100 000 people in 1 week – 10 cas suspects/100 000 habitants en 1 semaine</i>
The epidemic threshold is used to initiate control measures i.e. mass vaccination and appropriate case management – Le seuil épidémique sert à lancer les mesures de lutte, c'est-à-dire la vaccination de masse et la prise en charge adaptée des cas	Interventions	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Submit immediate request for vaccines for mass campaign – Soumettre immédiatement la demande de vaccins pour la campagne de masse ➤ Implement mass vaccination campaigns as soon as possible, and within 4 weeks of crossing the epidemic threshold – Mettre en œuvre le plus rapidement possible les campagnes de vaccination de masse, dans un délai maximum de 4 semaines après le franchissement du seuil épidémique ➤ Include populations adjacent to epidemic areas in vaccination campaigns if the population is considered to be at risk^d – Inclure dans les campagnes de vaccination les populations habitant dans des zones adjacentes aux zones d'épidémie si elles sont considérées comme des populations à risque^d ➤ For special situations such as mass gatherings, refugees, displaced persons, or closed institutions such as schools or barracks, an immediate response, including mass vaccination, is recommended when 2 cases of meningococcal disease are confirmed in 1 week – Dans certaines situations spéciales, comme les rassemblements de masse, les camps de réfugiés ou de personnes déplacées, les institutions fermées, comme les écoles ou les casernes, on recommande une riposte immédiate, comportant la vaccination de masse, dès que 2 cas de méningite à méningocoque sont confirmés en 1 semaine ➤ Apply antibiotic regimens for treatment of suspected meningitis cases in epidemics: – Administrer l'antibiothérapie pour traiter les cas suspects de méningite lors des épidémies: <ul style="list-style-type: none"> • in children aged <2 months, a 7-day course of ceftriaxone – chez l'enfant de <2 mois, une cure de 7 jours de ceftriaxone • in adults and in children aged 2 months and older, a 5-day course of ceftriaxone – chez l'adulte et l'enfant à partir de l'âge de 2 mois, une cure de 5 jours de ceftriaxone 	

^a Where district populations are >100 000, assessment of incidence is recommended in administrative zones of 30 000–100 000. – Lorsque les populations des districts sont >100 000 habitants, on préconise d'évaluer l'incidence dans des zones administratives comptant de 30 000 à 100 000 habitants.

^b Since an attack rate of 3/100 000 in 1 week can be reached in population of 30 000 with a single case, a minimum of 2 cases is recommended. However, even 1 case in a small population calls for investigation and confirmation. – Comme dans les populations de 30 000 habitants un seul cas suffit pour parvenir à un taux d'atteinte de 3/100 000 habitants en 1 semaine, on recommande un minimum de 2 cas. Toutefois, même 1 seul cas dans une petite population nécessite une investigation et une confirmation.

^c Rapid diagnostic tests (latex agglutination or immunochromatography dipsticks) are recommended for use in the investigation of meningitis outbreaks. If rapid diagnostic tests are positive for a vaccine preventable serogroup, verification of serogroup by polymerase chain reaction (PCR) or culture is recommended before a decision is taken to initiate a vaccine response. – On recommande l'utilisation de tests de diagnostic rapide (agglutination sur latex ou bandelettes pour immunochromatographie) pour les investigations sur les flambées de méningite. S'ils donnent un résultat positif pour un sérotype évitable par la vaccination, on recommande de vérifier celui-ci par PCR (amplification génique) ou par culture avant de prendre la décision de lancer une riposte vaccinale.

^d In the absence of a recent relevant vaccination programme, if cases occur early in the dry season, in crowded populations. – En l'absence de programme de vaccination récent valable, si des cas surviennent au début de la saison sèche ou en présence d'une forte densité de population.

NmW and NmX epidemics, about 9% of the cases were due to Spn or Hib compared with about 13% in NmA epidemics. The differences were not statistically significant. The proportion of pathogens per age group was also similar between NmW/NmX and NmA epidemics.

mies à NmW et à NmX, environ 9% des cas étaient dus à Spn ou à Hib, contre environ 13% dans le cas des épidémies à NmA. Les différences n'étaient pas significatives sur le plan statistique. La proportion des agents pathogènes selon la tranche d'âge était également similaire dans les épidémies à NmW/NmX et à NmA.

The guideline development group considered that the higher case fatality and sequelae from meningitis due to Spn and Hib outweighed the potential adverse effects and higher costs of longer treatment regimens. Therefore the longer treatment regimens are now recommended as a means to further reduce mortality and morbidity.

If all cases of meningitis are given a 5-day course of treatment during epidemics, the number of hospital bed days could increase significantly. However, with fewer meningococcal meningitis epidemics and outbreaks of lower magnitude following the introduction of MenAfriVac, longer treatment regimens should be easier to implement. A longer treatment option may be acceptable to families as long as governments continue to ensure free treatment during epidemics.

In large-scale epidemics, in very remote areas or in areas with weak infrastructure, it may not be feasible to maintain 5-day treatment for all cases; therefore, single-dose treatment protocols may be implemented, provided it has been established that the epidemic is caused by a meningococcus. In such situations, single-dose ceftriaxone should be used, with review at 24 and 48 hours.

Prophylaxis for household contacts

In the literature review for this question, limited evidence was available on the benefit of chemoprophylaxis (4 observational studies) and vaccination (one quasi-randomised trial) on the risk of subsequent meningococcal disease among household contacts of a case of meningococcal disease. The data suggested an 84% lower risk of subsequent meningococcal disease among household contacts given chemoprophylaxis within 30 days than among those who did not receive chemoprophylaxis. Overall, the quality of evidence was assessed as very low and none of the studies were from the African meningitis belt. Regarding vaccination, one African trial suggested a 91% lower risk of meningococcal disease among household contacts given vaccine after exposure, but the quality was low because of risk of bias and imprecision.

The consensus of the guideline development group was that, whereas the benefit of antibiotic prophylaxis in the setting of the African meningitis belt is uncertain, the cost of giving single dose ciprofloxacin to household contacts and risk of adverse effects are both low, such that benefit may outweigh harm even if the absolute benefit is small (*Box 1*). However, no information was found to suggest that chemoprophylaxis for household contacts of all cases would offer any additional benefit to the community during epidemics when enhanced case management and vaccination programmes are being implemented. For vaccination as a prophylactic measure for household contacts in epidemics in advance of mass vaccination, the group considered that any additional benefit would be small in relation to the difficulties of implementation.

Le groupe d'élaboration des lignes directrices a considéré que le taux de létalité élevé et la fréquence des séquelles imputables aux méningites à Spn et à Hib l'emportent sur les effets indésirables potentiels et les coûts élevés de traitements antibiotiques plus longs. Pour cette raison, on recommande désormais des antibiothérapies plus longues pour réduire davantage la mortalité et la morbidité.

Si au cours des épidémies on administre à tous les cas de méningite un traitement de 5 jours, le nombre de journées d'hospitalisation pourrait augmenter sensiblement. Par contre, avec des épidémies et flambées de méningite à méningocoque moins nombreuses et de moins grande ampleur après l'introduction du MenAfriVac, les antibiothérapies plus longues devraient être plus faciles à mettre en œuvre. L'option du traitement prolongé pourra être acceptable pour les familles tant que les gouvernements continuent à en assurer la gratuité pendant les épidémies.

Lors des épidémies de grande ampleur, dans les zones très isolées ou dans celles qui ont peu d'infrastructures, il peut arriver qu'il ne soit pas faisable de maintenir le traitement de 5 jours pour tous les cas; pour cette raison, les protocoles de traitement par une dose unique peuvent alors être appliqués, dans la mesure où il est établi que l'épidémie est due à un méningocoque. Dans ce type de situations, on administrera une dose unique de ceftriaxone, en réexaminant le patient au bout de 24 heures et 48 heures.

Prophylaxie pour les contacts vivant au domicile des cas

En examinant cette question dans la littérature, on a trouvé peu d'informations factuelles sur les avantages de la chimioprophylaxie (4 études d'observation) et de la vaccination (un essai quasiment randomisé) pour ce qui est du risque de contracter ultérieurement une méningite à méningocoque pour les contacts vivant au domicile d'un cas. Les données semblent indiquer une baisse de 84% du risque de contracter ultérieurement une méningite à méningocoque chez les contacts vivant au domicile des cas lorsqu'on leur administre une chimioprophylaxie dans les 30 jours, par rapport à ceux qui n'en ont pas bénéficié. Globalement, la qualité des données factuelles a été évaluée comme étant très faible et aucune des études n'a été faite dans la ceinture africaine de la méningite. Concernant la vaccination, un essai en Afrique a semblé indiquer une baisse du risque de méningite à méningocoque de 91% chez les contacts vivant au domicile des cas lorsqu'on leur administre le vaccin après l'exposition, mais la qualité était faible à cause du risque de biais et d'imprécision.

Le groupe d'élaboration des lignes directrices est parvenu à un consensus reconnaissant que l'avantage de la prophylaxie antibiotique dans le contexte de la ceinture de la méningite en Afrique est incertain mais que le coût d'une dose unique de ciprofloxacin administrée à l'entourage des cas est faible, de même que le risque d'effets indésirables, de sorte que les avantages pourraient dépasser les effets négatifs même si, en termes absolus, le bénéfice est réduit (*Encadré 1*). En revanche, on n'a trouvé aucune information indiquant que la chimioprophylaxie pour tous les contacts vivant au domicile des cas apporterait des avantages supplémentaires à la communauté au cours des épidémies lorsque des programmes renforcés de prise en charge des cas et de vaccination sont mis en œuvre. En ce qui concerne la vaccination en tant que mesure de prophylaxie destinée aux contacts vivant au domicile des cas lors des épidémies et préalablement à la vaccination de masse, le groupe a considéré que l'avantage supplémentaire serait réduit en comparaison des difficultés de la mise en œuvre.

Box 1 **Chemoprophylaxis for household contacts of a case of meningococcal meningitis in countries of the African meningitis belt, 2014**

Encadré 1 **Chimioprophylaxie pour les contacts vivant au domicile d'un cas de méningite à méningocoque dans les pays de la ceinture africaine de la méningite, 2014**

- (i) **Antibiotics are recommended as a prophylactic measure for household contacts of all ages in non-epidemic periods, but not during epidemics*** – Les antibiotiques sont recommandés à titre prophylactique à tous ces contacts, quel que soit leur âge, en dehors des périodes d'épidémie, mais pas pendant les épidémies*
- (ii) **Ciprofloxacin is the preferred prophylactic agent, with ceftriaxone as an alternative when ciprofloxacin is contraindicated** – La ciprofloxacine est l'agent prophylactique de préférence mais, en cas de contre-indication, on peut la remplacer par la ceftriaxone
- (iii) **Rifampicin is not recommended for use as a prophylactic agent** – La rifampicine n'est pas recommandée comme agent prophylactique
- (iv) **Vaccination is not recommended for household contacts*** – La vaccination n'est pas recommandée pour les contacts vivant au domicile des cas*

* **No change from previous WHO guidelines⁸** – Pas de changement par rapport aux lignes directrices précédentes de l'OMS⁸

Implications for countries and global level

The implementation of the revised meningitis outbreak response recommendations will entail a series of actions, both at global level (WHO and partners) and country level (Box 2).

Implications pour les pays et au niveau mondial

L'application des recommandations révisées pour la riposte aux flambées de méningite entraînera l'adoption d'une série de mesures, au niveau mondial (OMS et partenaires) comme à celui des pays (Encadré 2).

Box 2 **Implications of the revised meningitis outbreak response recommendations**

Encadré 2 **Implications des recommandations révisées pour la riposte aux flambées de méningite**

- **Monitor and evaluate response timelines, to identify areas for improvement.** – Suivre et évaluer les délais de riposte pour identifier les domaines à améliorer.
- **Revise and disseminate regional and national guidance and bulletins in accordance with the new recommendations, including the meningitis component of the Integrated Disease Surveillance and Response guideline.** – Réviser et diffuser les orientations régionales et nationales et les bulletins conformes aux nouvelles recommandations, y compris pour ce qui est de la méningite, dans le guide technique sur la surveillance intégrée des maladies et la riposte.
- **Consider keeping national stockpiles of vaccine, to allow for a speedy response, but balancing potential needs with shelf-life, storage capacity and global supply.** – Envisager de conserver des stocks nationaux de vaccins pour permettre une riposte rapide, tout en maintenant l'équilibre entre les besoins potentiels, la durée de conservation, les capacités de stockage et l'approvisionnement mondial.
- **Enhance national confirmatory diagnostic capacity, including/by:**
 - **prepositioning of RDTs in at-risk areas before the epidemic season;** – mettant en place à l'avance des TDR dans les zones à risque avant la saison épidémique;
 - **increasing capacity for confirmation by polymerase chain reaction (PCR) and culture;** – augmentant les capacités de confirmation par PCR (amplification génique) et culture;
 - **reinforcing programmatic elements such as training, organized transmission of results and related information, and quality control.** – renforçant certains éléments programmatiques comme la formation, une transmission bien organisée des résultats et des informations connexes et le contrôle de la qualité.
- **Adapt treatment quantities to be prepositioned at the beginning of the epidemic season.** – Adapter les quantités de traitement à mettre en place à l'avance, au début de la saison épidémique.
- **Monitor and analyse surveillance data on the dynamics of Nm outbreaks and pathogen distribution, especially at population level of <100 000.** – Suivre et analyser les données de la surveillance sur la dynamique des flambées à Nm et la répartition des agents pathogènes, en particulier à une échelle de population de <100 000 habitants.
- **Closely monitor the emergence of antibiotic resistance, to ensure that recommended antibiotic regimens are appropriate and are adapted as necessary.** – Suivre attentivement l'émergence des résistances aux antibiotiques, pour s'assurer que les antibiothérapies recommandées soient adaptées et les modifier selon les besoins.
- **Promote the development of heat-stable RDTs (immunochromatographic tests).** – Favoriser la mise au point de TDR stables à la chaleur (tests immunochromatographiques).
- **Promote the development and introduction of polyvalent meningococcal conjugate vaccines for primary prevention.** – Promouvoir la mise au point et l'introduction de vaccins conjugués polyvalents contre les méningocoques pour la prévention primaire.

In addition to support for the implementation of the recommendations, WHO and partners will need to ensure the monitoring of their application and feasibility. ■

En plus de l'aide à la mise en œuvre des recommandations, l'OMS et ses partenaires devront veiller au suivi de leur application et de la faisabilité. ■

Renewal of paid subscriptions

For 89 years, the *Weekly Epidemiological Record* has served as an essential instrument for collecting and disseminating epidemiological data useful in disease surveillance on a global level. Priority is given to diseases or risk factors known to threaten international public health.

To ensure that you continue to receive the *Weekly Epidemiological Record* without interruption, please remember to renew your subscription for 2013, or place a new one. This can be done through your sales agent. For countries without appointed sales agents, please write to:

World Health Organization, WHO Press, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax: (+41 22) 791 48 57; e-mail: bookorders@who.int. For existing subscribers, please include your subscriber identification number from the mailing label.

For online subscriptions, please use <http://apps.who.int/bookorders/anglais/subscription1.jsp?sesslan=1>

Please find below the annual subscription rates:

Standard rate

Sw.fr. 346.–/US\$ 415.20 Economy mail

Sw.fr. 356.–/US\$ 427.20 Priority mail

Developing country price

Sw.fr. 196.–/US\$ 235.20 Economy mail

Sw.fr. 206.–/US\$ 247.20 Priority mail

Renouvellement des abonnements payants

Depuis 89 ans, le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* est un instrument essentiel pour la collecte et la diffusion de données épidémiologiques utiles pour la surveillance des maladies sur le plan mondial. La priorité est donnée aux maladies ou facteurs de risque qui menacent la santé publique sur le plan international.

Pour continuer de recevoir sans interruption le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* en 2013, merci de ne pas oublier de renouveler votre abonnement ou de souscrire pour la première fois. Cela peut être fait par votre dépositaire. Pour les pays où aucun dépositaire n'a été désigné, veuillez écrire à:

Organisation mondiale de la Santé, Editions OMS, 1211 Genève 27, Suisse. Fax : (+41 22) 791 48 57; courriel: bookorders@who.int. Pour les personnes déjà abonnées, merci de ne pas oublier de préciser le numéro d'abonnement figurant sur l'étiquette d'expédition.

Enfin, pour les abonnements en ligne, merci de vous rendre sur <http://apps.who.int/bookorders/francais/subscription2.jsp?sesslan=2>

Veuillez trouver ci-dessous les prix des abonnements annuels:

Prix standard

Sw.fr. 346.–/US\$ 415.20 Envoi économique

Sw.fr. 356.–/US\$ 427.20 Envoi prioritaire

Prix pour les pays en développement

Sw.fr. 196.–/US\$ 235.20 Envoi économique

Sw.fr. 206.–/US\$ 247.20 Envoi prioritaire

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.

WWW access • <http://www.who.int/wer/>

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

Fax: (+4122) 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int or 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 ou wer@who.int

Monthly report on dracunculiasis cases, January–October 2014

In order to monitor the progress accomplished towards dracunculiasis eradication, district-wise surveillance indicators, a line list of cases and a line list of villages with cases are sent to WHO by the national dracunculiasis eradication programmes. Information below is summarized from these reports. ■

Rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-octobre 2014

Afin de suivre les progrès réalisés vers l'éradication de la dracunculose, les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose envoient à l'OMS des indicateurs de surveillance des districts sanitaires, une liste exhaustive des cas ainsi qu'une liste des villages ayant signalé des cas. Les renseignements ci-dessous sont résumés à partir de ces rapports. ■

Country – Pays	Date of receipt of the report ^a – Date de réception du rapport ^a	Total no. of rumours ^b of suspected dracunculiasis cases in 2014 – Nombre total de rumeurs ^b de cas suspects de dracunculose en 2014	No. of new dracunculiasis cases reported in 2014 ^c – Nombre de nouveaux cas de dracunculose signalés en 2014 ^c												Total no. of reported cases for the same months of 2013 – Nombre total de cas signalés pour les mêmes mois en 2013	Total no. of villages reporting cases in – Nombre total de villages signalant des cas en		Month of emergence of last reported indigenous case – Mois d'émergence du dernier cas autochtone signalé
			January	February	March	April	May	June	July	August	September	October	Total	2014		2013		
Endemic countries – Pays d'endémie																		
Chad – Tchad	2 December 2014 – 2 décembre 2014	1468	1	1	1	1	1	1	3	1	1	0	11	9	10	9	October 2014 – Octobre 2014	
Ethiopia – Ethiopie	27 November 2014 – 27 novembre 2014	3466	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	7	2	5	June 2014 – Juin 2014	
Mali	20 November 2014 – 20 novembre 2014	101	0	0	0	0	0	0	0	1	18	13	32	7	2	5	October 2014 – Octobre 2014	
South Sudan ^d – Soudan du Sud ^d	26 November 2014 – 26 novembre 2014	617	0	0	3	4	4	8	22	21	5	3	70	113	39	79	October 2014 – Octobre 2014	
Precertification countries – Pays au stade de la précertification																		
Ghana	9 December 2014 – 9 décembre 2014	153	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	May 2010 – Mai 2010	
Kenya	20 November 2014 – 20 novembre 2014	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	October 1994 – Octobre 1994	
Sudan – Soudan	20 November 2014 – 20 novembre 2014	207	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	September 2013 – Septembre 2013	
Total		6026	1	1	4	5	5	11	25	23	24	16	115	139	53	98		

Source: Ministries of Health – Ministères de la Santé.

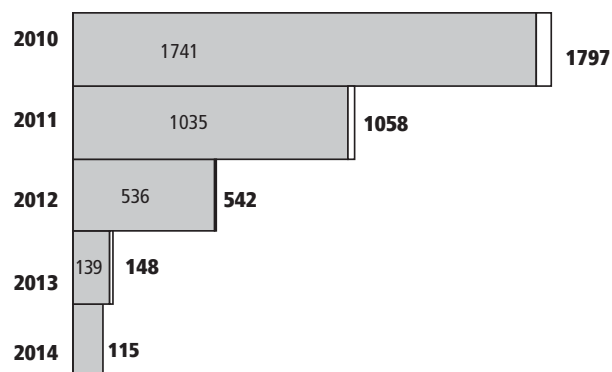
^a Each monthly report is due by the 20th of the following month. – Chaque rapport mensuel est attendu pour le 20 du mois suivant.

^b Rumour of dracunculiasis. Information about an alleged case of dracunculiasis (Guinea-worm disease) obtained from any source (informants). – Rumeur de dracunculose. Information au sujet d'un cas présumé de dracunculose (maladie du ver de Guinée) obtenue à partir de n'importe quelle source (informateurs).

^c The total number of dracunculiasis cases includes both indigenous and imported cases. – Le nombre total de cas de dracunculose regroupe les cas autochtones et les cas importés.

^d Data regarding the total number of dracunculiasis cases reported in South Sudan for the month of August 2014 was updated from the latest report published (see No. 41, 2014, pp. 455–456). – Les données concernant le nombre total de cas de dracunculose signalés au Soudan du Sud pour le mois d'août 2014 ont été mises à jour en se basant sur le dernier rapport publié (voir N° 41, 2014, pp. 455–456).

Number of dracunculiasis cases reported worldwide, 2010–2014 – Nombre de cas de dracunculose signalés dans le monde, 2010–2014



The value outside the bar indicates the total number of dracunculiasis cases reported for that year. – La valeur à l'extérieur de la barre indique le nombre total de cas de dracunculose signalés pour l'année en question.

The shaded portion and the number inside the bar indicate reported dracunculiasis cases for that period compared with the number of cases reported in 2014. – La portion colorée et le nombre à l'intérieur de la barre indiquent le nombre de cas de dracunculose au cours de cette période comparativement au nombre de cas signalés en 2014.