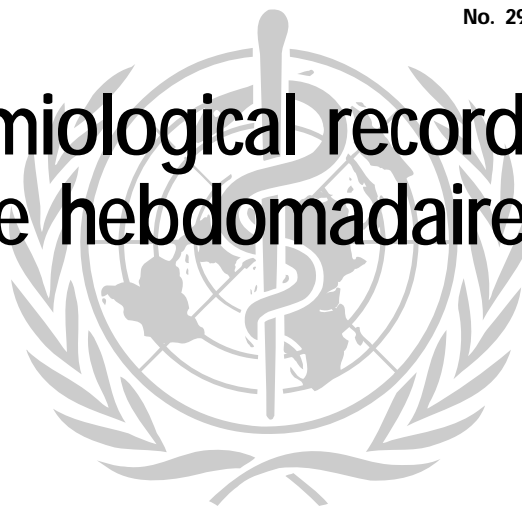


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

19 JULY 2002, 77th YEAR / 19 JUILLET 2002, 77^e ANNÉE

No. 29, 2002, 77, 241–248

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

Contents

- 241 Paralytic poliomyelitis in Madagascar, 2002
- 242 Assessment of neonatal tetanus in Niger
- 246 Cutaneous leishmaniasis, Afghanistan
- 247 Influenza
- 247 International Health Regulations
- 248 WHO websites on infectious diseases

Sommaire

- 241 Poliomyélite paralytique à Madagascar, 2002
- 242 Évaluation du tétanos néonatal au Niger
- 246 Leishmaniose cutanée, Afghanistan
- 247 Grippe
- 247 Règlement sanitaire international
- 248 Sites web de l'OMS sur les maladies infectieuses

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 230.–

6 600 7.2002

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

Paralytic poliomyelitis in Madagascar, 2002

Surveillance for acute flaccid paralysis (AFP) in Madagascar has detected a cluster of 4 cases of paralytic poliomyelitis from which type-2 vaccine-derived polioviruses have been isolated. Preliminary data indicate that these cases, in the Toalgnaro district of Toliara province in south-east Madagascar, had onset of paralysis between 21 March and 12 April 2002. None of the children affected was fully vaccinated. A small-scale house-to-house immunization response was undertaken by provincial authorities in March and April 2002. Genetic sequencing studies of these vaccine-derived viruses show substantial genetic drift and recombination with non-polio enteroviruses.

These findings are compatible with an outbreak of paralytic poliomyelitis due to a circulating vaccine-derived poliovirus (cVDPV), but further investigation is required. The three previously described outbreaks of cVDPV occurred in areas with low routine OPV coverage and suboptimal AFP surveillance, where supplementary immunization activities had not been conducted for a number of years. Immunization coverage data from a survey conducted in Madagascar in 2000 indicate that only 37% of children aged <1 year in 1999 had received the minimum 3 doses of oral polio vaccine. In 2001, the non-polio AFP rate was 0.4 case per 100 000 population aged <15 years, i.e. below the target level of 1.

A joint mission by the Ministry of Health of Madagascar, WHO and UNICEF is ongoing to: a) conduct a field investigation of the cases to verify early reports; b) review health facility records for potentially missed cases; c) enhance the quality of AFP surveillance nationwide; and d) plan for a nationwide

Poliomyélite paralytique à Madagascar, 2002

A Madagascar, la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) a permis de déceler un groupe de 4 cas de poliomyélite paralytique à partir desquels des poliovirus de type 2 dérivé de la souche vaccinale ont été isolés. Les données préliminaires indiquent que pour ces cas, survenus dans le district de Toalgnaro, province de Toliara au sud-est de Madagascar, la paralysie s'est déclarée entre le 21 mars et le 12 avril 2002. Suite à leur survenue, les autorités de la province ont pratiqué une vaccination de porte en porte à petite échelle en mars et en avril 2002. Les études de séquençage de ces virus dérivés de la souche vaccinale montrent une dérive génétique importante et une recombinaison avec un entérovirus non poliomyélitique.

Ces résultats sont compatibles avec une flambée de poliomyélite paralytique due à un poliovirus circulant dérivé de la souche vaccinale (PVDVc), mais un examen plus approfondi est nécessaire. Les 3 flambées de PVDVc décrites auparavant se sont produites dans des régions où la couverture systématique par le VPO est faible et la surveillance de la PFA suboptimale, et où aucune activité de vaccination supplémentaire n'avait été menée pendant plusieurs années. Les données de la couverture vaccinale d'une enquête effectuée à Madagascar en 2000 indiquent que seuls 37% des enfants de moins d'un an en 1999, avaient reçu les 3 doses minimales de vaccin antipoliomyélitique buvable. En 2001, le taux de détection de la PFA non poliomyélitique était de 0,4 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, c'est-à-dire inférieur au niveau cible qui est de 1.

Une mission effectuée conjointement par le Ministère de la santé de Madagascar, l'OMS et l'UNICEF est en cours afin: a) de mener une étude des cas sur le terrain pour vérifier les premiers rapports; b) d'examiner les dossiers des établissements de santé à la recherche de cas ayant pu passer inaperçus; c) de renforcer la

house-to-house polio immunization response. The work of this mission is being complemented by laboratory work in France, Madagascar, South Africa and the United States. ■

qualité de la surveillance de la PFA dans le pays; et d) de planifier, en réponse à cette flambée, une vaccination antipoliomyélique de porte en porte dans tout le pays. Des travaux de laboratoire effectués en France, à Madagascar, en Afrique du Sud et aux Etats-Unis d'Amérique viendront compléter cette mission. ■

Assessment of neonatal tetanus in Niger

The Ministry of Health of the Government of Niger, in collaboration with WHO, conducted an assessment of neonatal tetanus (NT) in Niger during a 3-week period in August and September 2001. A community-based survey was conducted to assess the burden of NT and tetanus toxoid (TT) coverage among mothers. In addition, records were reviewed at the national statistical centre (SNIS, "Service National d'Information Sanitaire") and in hospitals and health offices at district and regional levels to evaluate surveillance for NT. The information obtained during the assessment was useful in the development of the Ministry of Health's 5-year plan of action to eliminate NT.

Three districts (Birni N'Konni, Keita and Mirriah) were selected proportional to population size (PPS) to represent the 36 districts in which 96% of the population of Niger resides (the 4 northern districts were excluded from the sampling frame for logistic reasons). Based on the crude birth rate (CBR) and the average household size, a second-stage PPS sample of 80 cluster locales was selected. Each cluster was to consist of 25 live births (LB), a size that would allow each cluster to be completed in one day's work by an interview team.

Data collected during the survey were recorded on 4 forms. Form 1 recorded information on household size and identified households in which LB occurred during the period 1 September 2000 to 31 August 2001. Information on LB that occurred during this period, such as date of birth, sex, survival status and age at death, were recorded on Form 2. Form 3 was used to record information on a sub-sample of the first 5 mothers of LB in each cluster. Mothers were asked their age, whether they had a vaccination card, the number of doses of TT received, the place where their baby was delivered and whether a health care worker (HCW) had assisted at the delivery. A question was also asked about where the mother would seek care if her neonate became ill. Form 4 recorded detailed information on neonatal deaths (ND), including signs of illness preceding death, to allow diagnosis of NT by verbal autopsy. Deaths possibly due to NT were classified on the basis of normal suckling during the first 2 days of life, cessation of suckling, any clinical sign of NT, and death after the third day of life. A definite case of NT included the above, plus a history of 1 or more specific clinical signs of NT and at least 2 risk factors for NT (birth at home, inadequate TT immunization, no antenatal care visits, etc.).

Four supervisors and 42 interviewers were trained to conduct the survey. The most effective components of the training were role-play and practice interviews.

Evaluation du tétanos néonatal au Niger

Le Ministère de la santé du gouvernement du Niger, en collaboration avec l'OMS, a procédé à une évaluation du tétanos néonatal (TN) au Niger sur une période de 3 semaines (août-septembre 2001). Une enquête en communauté a été réalisée pour évaluer la charge du TN et la couverture à l'anatoxine tétanique chez les mères. Par ailleurs, la documentation du centre national des statistiques (SNIS, «Service National d'Information Sanitaire») et d'hôpitaux et de bureaux sanitaires aux niveaux du district et de la région ont été examinés en vue d'évaluer la surveillance du TN. Les renseignements obtenus pendant l'évaluation ont été utiles pour l'élaboration du plan d'action de 5 ans prévu par le Ministère de la santé en vue d'éliminer le TN.

Trois districts (Birni N'Konni, Keita et Mirriah) ont été sélectionnés en proportion de la population pour représenter les 36 districts dans lesquels 96% de la population du Niger réside (les 4 districts du Nord ont été exclus de la base de sondage pour des raisons logistiques). Une deuxième sélection a ensuite été faite en proportion de la population, sélection de 80 groupes locaux sur la base du taux brut de natalité et de la taille moyenne des ménages. Il fallait que chaque groupe soit constitué de 25 naissances vivantes, chiffre qui permet à une équipe d'enquêteurs d'interroger chaque groupe en l'espace d'une journée de travail.

Les données recueillies pendant l'enquête ont été consignées dans 4 formulaires. Le formulaire n° 1 renfermait les renseignements relatifs à la taille moyenne des ménages et signalait les ménages au sein desquels des enfants étaient nés vivants pendant la période allant du 1^{er} septembre 2000 au 31 août 2001. Les informations sur les naissances vivantes survenues pendant cette période – date de naissance, sexe, survie et âge du décès – figuraient dans le formulaire n° 2. Le formulaire n° 3 contenait les informations relatives à un sous-échantillon des 5 premières mères d'enfants nés vivants dans chaque groupe. Les questions qui leur avaient été posées concernaient leur âge, si elles avaient une carte de vaccination, le nombre de doses d'anatoxine tétanique (TT) reçues, le lieu de l'accouchement et si un agent de santé était présent à l'accouchement. Il leur a également été demandé vers qui elles se tourneraient si leur nouveau-né tombait malade. Le formulaire n° 4 regroupait des renseignements détaillés sur la mortalité néonatale, y compris les symptômes de la maladie avant le décès et permettant le diagnostic du TN par autopsie verbale. On a classé les décès éventuellement imputables au TN en se référant au schéma suivant: allaitement au sein normal pendant les 2 premiers jours de vie, enfant cessant de s'alimenter, apparition d'un signe clinique de TN quel qu'il soit, et décès après le troisième jour de vie. Un cas formel de TN présente les éléments susmentionnés, plus des antécédents de un ou plusieurs signes cliniques précis de TN et au moins 2 facteurs de risque de TN (naissance à domicile, vaccination TT inadéquate, aucune visite médicale prénatale, etc.).

Quatre superviseurs et 42 enquêteurs ont été formés pour mener l'étude. Jeux de rôle et entretiens simulés compaient parmi les exercices les plus efficaces de la formation.

Hospital admission and discharge registers for 2000 and 2001 were reviewed at 5 hospitals: 3 in Niamey, a regional hospital in Dosso and a district hospital in Dogon-Doutchi. Clinical signs were reviewed to assess diagnoses of NT and the distribution of NDs by age at death was plotted. Neonatal tetanus notification forms were also reviewed and traced through the reporting system from district via the regional to the central level.

The Ministry of Health had prepared a draft plan of action (POA) for elimination of NT in 5 years. The POA was reviewed and comments and suggestions were discussed with national staff.

A total of 4 894 households, containing 25 853 persons, were surveyed during a period of 8 days. From the survey results, the average household size was 5.3 and the CBR was 77.4/1 000. Of the LB recorded, 50.9% were males. Fifty-seven deaths were recorded among the LB; of these, 35 died before the age of 29 days. The number of neonatal deaths possibly attributable to NT was 8 (4/1 000 LB); 4 deaths were definitely attributable to NT (2/1 000 LB), see *Table 1*.

Thirty-five neonatal deaths were identified during the survey. Supplemental information on 34 of these was recorded on form 4. The ratio of male to female ND was 1.8:1. The median age at death was 8 days (range 0–27 days). Where information was available, 13 of 23 (57%) mothers had received no TT and 17 of 25 (68%) had received no antenatal care. Twenty-nine of 34 (85%) mothers did not deliver in a health care facility and 21 of the 34 (62%) were not assisted by an HCW. Of the women who did not deliver in a health care facility, 52% (15/29) delivered directly on the ground. The instrument to cut the umbilical cord and materials put on the umbilical stump were potential sources of infection for 35% (12/34) and 24% (8/33) of the deliveries, respectively.

The responses of the 400 mothers to the queries about their TT immunization status and where they would seek care for an ill neonate are shown in *Tables 2* and *3*, respectively. The point estimates and 95% CI of the location and type of attendant at the delivery of the last LB are shown in *Table 4*.

For the 34 mothers whose neonates died, only 6 (18%) reported they had taken their neonates to a health facility during the illness preceding death, 17 (50%) sought no care and 6 (18%) sought other assistance (religious leader (2), traditional practitioner (3), non-trained HCW (1)). Of the 4 neonatal deaths possibly attributable to NT, 1 mother took her baby to an HCW and 1 to a traditional medicine practitioner; 2 sought no assistance. Of the 4 neonatal deaths definitely attributable to NT, 1 mother took her baby to an HCW and 1 to a religious leader; 2 stayed at home.

In the 5 hospitals, 259 neonatal deaths were recorded for 2000–2001. There was no increased mortality between the ages of 4 and 14 days, which can be indicative of high rates of NT; however, this may be because most of the neonatal deaths (233/259) were recorded in Niamey, where clean delivery and TT coverage are higher than in the rural areas.

Les registres des admissions et des sorties hospitalières de 5 hôpitaux ont été examinés pour 2000 et 2001: 3 à Niamey, 1 hôpital régional à Dosso et 1 hôpital de district à Dogon-Doutchi. Les signes cliniques ont été examinés pour évaluer les diagnostics de TN et l'on a tracé la répartition de la mortalité néonatale en fonction de l'âge. Les formulaires de notification de cas de TN ont également été examinés et on a suivi leur cheminement à travers le système de notification, du district en direction du niveau central, via l'échelon régional.

Le Ministère de la santé avait élaboré un projet de plan d'action pour l'élimination du TN en 5 ans. Il a été révisé et le personnel national a formulé des commentaires et des suggestions.

Au total, 4 894 ménages, à savoir 25 853 personnes, ont été interrogés sur une période de 8 jours. Les résultats de l'enquête indiquent qu'en moyenne un ménage est constitué de 5,3 personnes et que le taux de natalité brut est de 77,4/1 000. Sur l'ensemble des naissances vivantes enregistrées, 50,9% sont de sexe masculin. Sur cet ensemble, 57 décès sont survenus, 35 avant l'âge de 29 jours. Le nombre de décès néonataux éventuellement imputables au TN s'élève à huit (4/1 000 naissances vivantes); 4 décès ont été formellement imputés au TN (2/1 000 naissances vivantes), voir le *Tableau 1*.

Des informations supplémentaires ont été consignées dans le formulaire n° 4 pour 34 des 35 décès néonataux établis par l'enquête. Le rapport garçons/filles des décès néonataux était de 1,8:1. L'âge moyen du décès est de 8 jours (cela allait de 0 à 27 jours). Lorsque des informations étaient disponibles, 13 mères sur 23 (57%) n'avaient pas été vaccinées au TT et 17 sur 25 (68%) n'avaient pas eu de consultation prénatale. Vingt-neuf mères sur 34 (85%) n'avaient pas accouché dans un établissement de soins et 21 sur 34 (62%) n'avaient pas été assistées d'un agent de santé. Sur l'ensemble des femmes qui n'avaient pas accouché dans un établissement de soins, 52% (15/29) avaient accouché à même le sol. L'instrument utilisé pour couper le cordon ombilical et les pansements appliqués étaient des sources potentielles d'infection pour 35% (12/34) et 24% (8/33) des naissances, respectivement.

Les *Tableaux 2* et *3* présentent les réponses de 400 mères aux questions concernant leur statut vaccinal avec le TT et les personnes vers qui elles se tourneraient si leur nouveau-né tombait malade, respectivement. Le *Tableau 4* montre les estimations ponctuelles et l'IC à 95% concernant le lieu de l'accouchement et la personne ayant procédé à l'accouchement de la dernière naissance vivante.

Pour les 34 mères dont le nouveau-né est décédé, seules 6 (18%) d'entre elles ont dit avoir porté leur enfant auprès d'un établissement sanitaire pendant la maladie précédant le décès, 17 (50%) n'ont consulté personne et 6 (18%) ont sollicité une autre source d'aide (responsable religieux (2), praticien traditionnel (3), agent de santé non formé (1)). Sur les 4 décès néonataux éventuellement imputables au TN, une mère a porté son bébé auprès d'un agent de santé, une chez un praticien traditionnel et deux n'ont consulté personne. Sur les 4 décès néonataux formellement imputables au TN, une mère a porté son bébé auprès d'un agent de santé, une chez un responsable religieux et deux sont restées chez elles.

Dans le cadre des 5 hôpitaux, 259 décès néonataux ont été enregistrés en 2000–2001. On n'a pas constaté d'augmentation de la mortalité des nourrissons de 4 à 14 jours qui indiquerait une fréquence importante du TN; toutefois, cela peut trouver son origine dans le fait que la plupart des décès néonataux (233/259) ont été enregistrés à Niamey où la couverture des accouchements médicalisés et de la

Tracing of NT cases reported in 2000 and 2001 showed that 11/12 cases (92%) of NT recorded at a district hospital level were reported to the regional level. Of 20 cases reported to the regional level, 19 (95%) were recorded at the central level. In the hospitals visited in Niamey, no cases of NT were recorded or reported in 2000. In 2001, 2 cases of NT were recorded and 1 case was reported. The case-fatality rate (CFR) of all cases reported to the central level was 26%. During the review at the regional level, it was noted that a number of report forms from districts had blanks rather than zero to indicate that no cases of NT had occurred. Medical files were not organized well, and it was not possible to confirm diagnoses of NT. Such a review would have been useful as the low reported CFR suggests a case definition for NT with low specificity.

The Ministry of Health had prepared a draft POA for elimination of NT in 5 years. Criteria were suggested as a means to identify priority districts for the implementation of specific actions to eliminate NT, including TT immunization campaigns, development of clean delivery practices and improvement in surveillance for NT.

In 1989, a community-based survey to assess NT indicated an NT mortality rate of 9 per 1 000 LB. This recent survey, conducted in 3 rural districts at high risk for NT, indicated that the incidence of NT has probably been reduced to about 50% of that measured in a survey a decade ago. The reduction can probably be attributed to TT coverage administered through routine immunization activities and a UNICEF-supported programme to train traditional birth attendants on clean delivery practices. To achieve NT elimination by 2005, however, supplementary activities against NT will need to be undertaken, particularly supplementary immunization activities (only 41% of surveyed mothers reported having received TT2).

A cursory review of the reporting system indicated that, although it is basically sound, a few problems need to be addressed. At the district hospital level, a better means of filing medical records to allow retrieval for review is needed; this will be important as annual record reviews of NT at hospitals are instituted under the POA. The practice of entering zero for no cases also needs to be reinforced. Moreover, the low CFR for reported NT indicates that diagnostic criteria for NT should be reviewed to ensure that sensitivity and specificity are appropriate.

The information obtained on care-seeking behaviour indicates that, although 68% of the sub-sample of 400 mothers indicated they would contact a HCW if their neonate were to become ill, actual practice may differ. About one-quarter of mothers said that they would take their neonate to a traditional practitioner, but the majority of mothers of a neonate who died did not seek care outside the home. The actual care-seeking behaviour of mothers of ND indicates that mothers and other family members should be a principal focus for education regarding care-seeking during neonatal illness. Traditional healers and religious leaders should also be focal points for education and cooperation in efforts to improve the sensitivity of surveillance for neonatal tetanus. ■

vaccination à l'anatoxine tétanique est meilleure que dans les zones rurales. La recherche des cas de décès néonataux survenus en 2000 et 2001 a montré que, sur les 12 cas enregistrés dans le cadre de l'hôpital de district, 11 (92%) ont été notifiés au niveau régional. Sur les 20 cas enregistrés au niveau régional, 19 (95%) ont été notifiés au niveau central. Dans les hôpitaux visités à Niamey, aucun cas de TN n'avait été enregistré ou notifié en 2000. En 2001, 2 cas de TN ont été enregistrés et 1 cas a été notifié. Le taux de létalité de tous les cas notifiés au niveau central s'élevait à 26%. Pendant l'examen au niveau régional, il a été constaté que, dans un certain nombre de formulaires de notification rédigés dans les districts, les cases étaient vides au lieu de porter la mention «0» pour indiquer qu'aucun cas de TN ne s'était déclaré. Les dossiers médicaux étaient mal tenus et il était impossible de confirmer les diagnostics de TN. Or, cet examen aurait été utile car le faible taux de létalité signalé montre la faible spécificité de la définition du cas de TN.

Le Ministère de la santé avait rédigé un projet de plan d'action pour l'élimination du TN en 5 ans. Certains critères ont été proposés pour désigner des districts prioritaires dans l'application de mesures précises pour éliminer le TN, notamment des campagnes de vaccination avec le TT, le développement des pratiques obstétricales et l'amélioration de la surveillance du TN.

En 1989, une enquête en communauté visant à évaluer le TN a montré un taux de TN de 9 pour 1 000 naissances vivantes. L'enquête récemment réalisée dans 3 districts ruraux à haut risque a indiqué que l'incidence du TN a probablement été ramenée à environ 50% du taux mesuré dans une enquête réalisée dix ans auparavant. On peut probablement attribuer cette réduction à la couverture TT administrée dans le cadre d'activités de vaccination de routine et d'un programme de l'UNICEF visant à former les accoucheuses traditionnelles aux pratiques obstétricales. Mais, pour réussir à éliminer le TN d'ici 2005, il faudra mettre en place des activités complémentaires, notamment d'autres activités de vaccination (seulement 41% des mères interrogées ont déclaré avoir reçu TT2).

Un examen rapide du système de déclaration a indiqué que, même s'il est assez bon, il convient de régler encore quelques problèmes. Au niveau de l'hôpital de district, il est nécessaire d'améliorer la consignation des données médicales pour qu'on puisse les retrouver et les examiner rapidement; c'est important car, dans le cadre du plan d'action, il est prévu d'examiner chaque année les dossiers sur le TN dans les hôpitaux. Il convient également de renforcer le système de notification négative («0»). Par ailleurs, le faible taux de létalité des cas de TN notifiés indique que les critères de diagnostic du TN devraient être révisés pour garantir une sensibilité et une spécificité suffisantes.

Les renseignements obtenus en ce qui concerne le comportement de recours aux soins indique que, même si 68% des 400 mères du sous-échantillon interrogées déclarent que, si leur nouveau-né tombait malade, elles contacteraient un agent de santé, lorsque le cas se présente, elles n'en font rien. Environ un quart d'entre elles ont déclaré qu'elles emmèneraient leur nouveau-né chez un praticien traditionnel, mais la majorité des mères ayant perdu un nouveau-né n'avaient pas demandé d'aide en dehors de leur foyer. Dans les faits, le comportement de recours aux soins pour les maladies néonatales indique que l'éducation devrait essentiellement se concentrer sur les mères des nouveau-nés et sur les autres membres de la famille. Les guérisseurs traditionnels et les responsables religieux devraient servir de relais pour éduquer et pour coopérer aux efforts visant à améliorer la sensibilité de la surveillance du TN. ■

Table 1. **Estimates of neonatal mortality and neonatal tetanus mortality rates**Tableau 1. **Estimations du taux de mortalité néonatale et du taux de mortalité imputable au tétanos néonatal**

	Mortality per 1 000 LB Mortalité pour 1 000 naissances vivantes	95%CI IC à 95%
Neonatal Mortality Rate (NMR) – Taux de mortalité néonatale	17.5/1 000 LB/naissances vivantes	[0; 45.4]
NTMR definite plus possible – Taux de mortalité imputable au TN <i>plus</i> les cas possibles	4.0/1 000 LB/naissances vivantes	[0; 10.3]
NTMR definite – Taux de mortalité formellement imputable au TN	2.0/1 000 LB/naissances vivantes	[0; 5.2]

Table 2. **Tetanus toxoid vaccine coverage among the sub-sample of 400 mothers**Tableau 2. **Couverture de la vaccination TT dans le sous-échantillon de 400 mères**

Vaccine dose / Dose vaccinale	Point estimates / Estimations ponctuelles	95% CI / IC à 95%
TT1	41.3%	[28.0; 54.5]
TT2	34.8%	[23.6; 45.9]
TT3	15.8%	[10.7; 20.8]
TT4	6.0%	[4.1; 7.9]
TT5	1.0%	[0; 1.3]

Table 3. **Responses about care-seeking for ill neonates among sub-sample of 400 mothers**Tableau 3. **Réponses concernant le recours à des soins pour les nouveau-nés malades (sous-échantillon de 400 mères)**

Source of care that would be sought if neonate became ill Source de soins recherchée en cas de maladie du nouveau-né	Point estimates / Estimations ponctuelles	95% CI / IC à 95%
Health care worker – Agent de santé	67.7%	[45.3; 88.2]
Traditional practitioner – Praticien traditionnel	24.0%	[16.3; 31.7]
“Others” ¹ – «Autres» ¹	7.8%	[5.3; 10.2]

¹ “Others” includes: non-trained HCW (19), members of the family (7), religious leader (2), pharmacist (1), miscellaneous (2).

«Autres» comprend: agent de santé non formé (19), membres de la famille (7), responsable religieux (2), pharmacien (1), divers (2).

Table 4. **Location and attendant at the delivery of the last LB reported by the sub-sample of 400 mothers**Tableau 4. **Lieu de l'accouchement et personne ayant procédé à l'accouchement de la dernière naissance vivante signalée (sous-échantillon de 400 mères)**

	Point estimates / Estimations ponctuelles	95% CI / IC à 95%
Delivery occurred in a health facility – Accouchement dans un établissement de santé	16.3%	[11.0; 21.5]
Delivery attended by a health care worker – Accouchement assisté d'un agent de santé	55.0%	[37.4; 72.6]

Cutaneous leishmaniasis, Afghanistan

WHO launches appeal for US\$ 1.2 million for largest single epidemic

Decades of civil war in Afghanistan have resulted not only in the destruction of much of the country's infrastructure but also in the resurgence of neglected but treatable diseases, which are defeating efforts to bring them under control.

One of the most serious examples is cutaneous leishmaniasis, a disfiguring disease – caused by a parasite transmitted by insect bites – that leads to facial injuries and long-term disability. Those affected are often stigmatized. Women and children are particularly affected and in some cases women may be treated as outcasts by their communities. In some areas of Afghanistan, the disease is so widespread that it is known as “little sister” because it is almost a part of the family. As many as 200 000 people are believed to be infected with the *Leishmania* parasite in Kabul alone. Returning refugees and other displaced persons are at higher risk of infection because of their lower levels of resistance to the disease. International staff working in Afghanistan also face a substantially higher risk.

An opportunity now exists to bring the disease under control in Kabul. WHO, together with the Government of Afghanistan and a number of international nongovernmental organizations, has recently launched an urgent appeal for funds to bring the largest single outbreak of the disease under control. A little over US\$ 1 million is needed to fund a 2-year programme that would have a significant and long-term impact on the disease. If this funding opportunity is missed, a severe increase in the number of cases is expected in 2003.

Since this form of leishmaniasis is transmitted from person to person via the bite of a sandfly, the infection can spread rapidly in a concentrated population, particularly among the poor. The sandflies breed quickly in unsanitary conditions. After biting an infected person, the sandflies spread the disease each time they bite. Transmission occurs from May to October, but new cases may not emerge for several months because of the long incubation period of the disease. Interruption of transmission is vital to avoid a sharp increase in the number of cases over the next year. An immediate and rapid response will also allow a long-term control plan to be put in place, preventing the further spread of the disease in Afghanistan.

The WHO emergency plan involves a rapid intervention combining preventive and curative measures. These include drugs for mass treatment, insecticide-treated bed-nets for individual protection, and social mobilization and health education to ensure that this disabling disease of poverty can be brought under control. ■

Leishmaniose cutanée, Afghanistan

L'OMS lance un appel pour collecter US\$ 1,2 million contre la plus grande épidémie de leishmaniose dans le monde

Des décennies de guerre civile en Afghanistan ont détruit la majeure partie des infrastructures du pays. En outre, des maladies orphelines, mais que l'on peut traiter, se sont installées pendant ce long conflit, résistant à tous les efforts déployés pour les maîtriser.

L'un des exemples les plus graves en est la leishmaniose cutanée, une maladie défigurante connue sous diverses appellations, comme « l'ulcère d'Alep » par exemple. Cette pathologie est provoquée par un parasite transmis par des piqûres d'insecte et elle entraîne des lésions du visage avec des préjudices esthétiques et une incapacité à long terme. Elle aboutit souvent à des situations d'exclusion sociale. Les femmes et les enfants sont particulièrement touchés et, dans certains cas, les femmes sont traitées comme des parias par leur communauté. Dans certaines régions, la maladie est tellement courante qu'elle finit par faire partie de la vie familiale. Rien qu'à Kaboul, on pense que 200 000 personnes sont infectées par le parasite. A cause de leur faible résistance à la maladie, les réfugiés et autres personnes déplacées qui retournent dans la capitale sont davantage exposés au risque d'infection. Le personnel international travaillant en Afghanistan court également un risque beaucoup plus important.

Mais aujourd'hui à Kaboul, il y a la possibilité d'en venir à bout. L'OMS ainsi que les autorités afghanes et de nombreuses ONG internationales ont récemment lancé un appel urgent afin d'obtenir les fonds qui permettront de maîtriser la plus grande épidémie de leishmaniose dans le monde. Il s'agit de l'un de ces cas où de faibles sommes d'argent ont un effet déterminant sur la situation. Le financement d'un programme de deux ans, qui aura une influence énorme et définitive sur cette maladie défigurante, ne demande guère plus de US\$ 1 million. Si on ne saisit pas cette occasion, on assistera à une forte augmentation du nombre des cas en 2003.

Comme cette forme de leishmaniose se transmet d'une personne à l'autre par l'intermédiaire de la piqûre du phlébotome, l'infection se propage rapidement lorsque les populations sont concentrées, notamment si elles sont pauvres. Le phlébotome se reproduit rapidement lorsque les conditions sanitaires sont mauvaises. Après avoir piqué une personne infectée, l'insecte transmet la maladie à chaque piqûre ultérieure. La transmission a lieu de mai à octobre mais, en raison de la longue période d'incubation, il faut attendre quelques mois avant de voir apparaître les nouveaux cas. Il est donc crucial d'interrompre la transmission pour éviter une forte augmentation du nombre des cas l'année prochaine. La rapidité de la riposte permettra de mettre en place un plan de lutte à long terme et d'éviter que la maladie prenne encore de l'ampleur en Afghanistan.

Le plan d'urgence de l'OMS prévoit une intervention rapide associant des mesures préventives et curatives qui permettront de maîtriser cette maladie incapacitante de la pauvreté: médicaments pour les traitements de masse, moustiquaires imprégnées d'insecticide pour la protection individuelle, mobilisation sociale, éducation sanitaire. ■

Influenza

Brazil (6 July 2002).¹ Influenza has remained sporadic with only a few influenza A and B viruses detected. Most of the influenza A viruses isolated were from patients living in the south-east of the country, one of which was identified as being A/Panama/2007/99(H3N2)-like strain. In June, the reported influenza B viruses were isolated from patients living in the centre and south-east regions.

Hong Kong Special Administrative Region of China (10 July 2002).² The number of influenza virus isolates has increased from the third week of May although influenza activity remained sporadic. ■

¹ See No. 11, 2002, p. 87.

² See No. 28, 2002, p. 240.

Grippe

Brésil (6 juillet 2002).¹ La grippe est restée sporadique et seuls quelques virus grippaux ont été détectés. La plupart des virus grippaux A ont été détecté chez des patients vivant dans le sud-est du pays, et l'un d'entre eux a été identifié comme étant de souche similaire à A/Panama/2007/99(H3N2). En juin, les virus grippaux B signalés ont été isolés chez des patients vivant dans les régions centre et sud-est.

Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (10 juillet 2002).² Le nombre d'isolements de virus grippaux a augmenté depuis la troisième semaine de mai bien que l'activité grippale soit restée sporadique. ■

¹ Voir N° 11, 2002, p. 87.

² Voir N° 28, 2002, p. 240.

Where to obtain the WER through 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) E-MAIL LIST: An automatic service is available for receiving notification of the contents of the WER and short epidemiological bulletins. To subscribe, send an e-mail message to majordomo@who.ch. The subject field may be left blank and the body of the message should contain only the line **subscribe wer-reh**. Subscribers will be sent a copy of the table of contents of the WER automatically each week, together with other items of interest.

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) Par courrier électronique: Un service automatique de distribution du sommaire du REH et de brefs bulletins épidémiologiques sont disponibles par courrier électronique. Pour s'abonner à ce service, il suffit d'envoyer un message à l'adresse suivante: majordomo@who.ch. Le champ «Objet» peut être laissé vide et, dans le corps du message, il suffit de taper **subscribe wer-reh**. Les abonnés recevront chaque semaine une copie du sommaire du REH, ainsi que d'autres informations susceptibles de les intéresser.

Articles appearing in the *Weekly epidemiological record* may be reproduced without prior authorization, provided due credit is given to the source.

Les articles paraissant dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* peuvent être reproduits sans autorisation préalable, sous réserve d'indication de la source.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 12 to 18 July 2002 / Notifications de maladies reçues du 12 au 18 juillet 2002

Cholera / Choléra		Plague / Peste		United Republic of Tanzania / République-Unie de Tanzanie	
Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès	
Africa / Afrique		Africa / Afrique			
Uganda / Ouganda	24-30.VI	Madagascar	1-18.I		
.....	31	.....	11		
	1	Malawi	1.I-12.VII		
		.....	92		
Asia / Asie		Mozambique	1.I-31.V		
Hong Kong Special Administrative Region of China / Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	8.VII	.....	62		
.....	1i	Uganda / Ouganda	4-8.III		
	0	.....	2		
				Europe	
				Kazakhstan	4-8.VII
				.....	1
					0

i = imported

WWW access • <http://www.who.int/wer>

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

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

Contact: wantzc@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

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

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

Contact: wantzc@who.int

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

Antimicrobial resistance information bank	http://oms2.b3e.jussieu.fr/arinfobank/	Banque de données sur la pharmacorésistance
Buruli ulcer	http://www.who.int/gtb-buruli	Ulcère de Buruli
Cholera	http://www.who.int/emc/diseases/cholera	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/emc/deliberate_epi.html	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Eradication/elimination programmes	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Programmes d'éradication/élimination
Filariasis	http://www.filaria.org	Filariose
Geographical information systems	http://www.who.int/emc/healthmap/healthmap.html	Systèmes d'information géographique
Health topics	http://www.who.int	La santé de A à Z
Infectious diseases	http://www.who.int/health-topics/idindex.htm	Maladies infectieuses
Influenza network (FluNet)	http://oms.b3e.jussieu.fr/flunet/	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illnesses	http://www.who.int/chd/	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
International travel and health	http://www.who.int/ith/	Voyages internationaux et santé
Intestinal parasites	http://www.who.int/ctd/intpara	Parasites intestinaux
Leprosy	http://www.who.int/lep/	Lèpre
Malaria	http://www.rbm.who.int	Paludisme
Newsletter (<i>Action against infection</i>)	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Bulletin (<i>Agir contre les infections</i>)
Outbreaks	http://www.who.int/disease-outbreak_news	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	http://www.who.int/gpv/	Poliomyélite
Rabies network (RABNET)	http://oms.b3e.jussieu.fr/rabnet/	Réseau rage (RABNET)
<i>Report on infectious diseases</i>	http://www.who.int/infectious-disease-report/	<i>Rapport sur les maladies infectieuses</i>
Salmonella surveillance network	http://www.who.int/salmsurv/	Réseau de surveillance de la salmonellose
Surveillance and response	http://www.who.int/emc/	Surveillance et action
Tropical disease research	http://www.who.int/tdr/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	http://www.who.int/gtb/ http://www.stoptb.org	Tuberculose
Vaccines	http://www.who.int/gpv/	Vaccins
<i>Weekly epidemiological record</i>	http://www.who.int/wer/	<i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i>
WHO pesticide evaluation scheme (WHOPES)	http://www.who.int/ctd/whopes/	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)