Weekly epidemiological record
Relevé épidémiologique hebdomadaire

18 JULY 2003, 78th YEAR / 18 JUILLET 2003, 78e ANNÉE
No. 29, **2003**, **78**, 253–260
http://www.who.int/wer

Contents

253 Outbreaks news
– Plague, Algeria
– Cholera, Liberia
254 Special action projects for the elimination of leprosy
258 Chronology of travel recommendations, areas with local transmission
260 International Health Regulations

Sommaire

253 Le point sur les épidémies
– Peste, Algérie
– Choléra, Libéria
254 Projets d'action spéciale pour l'élimination de la lèpre
258 Chronologie des recommandations pour les voyages, zones de transmission locale
260 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

6.500 7.2003
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

OUTBREAK NEWS

Plague, Algeria

As of 9 July, the Ministry of Health, Algeria, has reported a total of 10 laboratory-confirmed cases and 1 probable case of plague in the Oran district.

A joint WHO and Ministry of Health team investigated this outbreak and the preliminary findings are being used as a basis for control measures. Further investigations will be needed to identify and describe a possible natural focus, unknown so far in Algeria, as well as to identify the mechanism of the spread of the causative organism, *Yersinia pestis*, in this area.

Cholera, Liberia

As of 15 July 2003, 1280 cases of cholera, including 15 deaths, have been reported for the period 30 May-29 June. With 350 new cases reported during the period 30 June-6 July, the total of cholera cases in Monrovia is now 1630, including 15 deaths. The security situation makes it difficult to obtain exact numbers of cases and deaths.

Nongovernmental organizations, including MERLIN and Médecins Sans Frontières (France and Belgium) have established diarrhoeal units at centres for internally displaced people in the city.

WHO and UNICEF are working with the Ministry of Health to finalize plans to extend the mass chlorination activities to communities in Monrovia and its surrounding areas. In addition, WHO is distributing health education materials on cholera prevention and control to health facilities and communities. ■

LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Peste, Algérie

Au 9 juillet, le Ministère de la santé algérien a signalé 10 cas de peste confirmés en laboratoire ainsi que 1 cas probable, dans le district d'Oran.

Une équipe regroupant des experts de l'OMS et du Ministère de la santé a mené une enquête, dont les conclusions préliminaires sont actuellement utilisées comme bases pour les mesures de contrôle. Une enquête plus poussée sera nécessaire afin d'identifier et de fournir une description d'un éventuel foyer naturel, inconnu à ce jour en Algérie. Elle devra aussi identifier le mécanisme de propagation de l'organisme causal: le *Yersinia pestis* dans cette région.

Choléra, Libéria

Au 15 juillet 2003, 1280 cas de choléra, dont 15 décès, ont été signalés pour la période du 30 mai au 29 juin. En ajoutant à ces chiffres les 350 nouveaux cas signalés pour la période du 30 juin au 6 juillet on arrive à un total de 1630 cas de choléra à Monrovia, dont 15 décès. Les problèmes de sécurité persistants rendent difficile l'obtention de chiffres exacts sur le nombre de cas et de décès.

Des organisations non gouvernementales, dont MERLIN et Médecins Sans Frontières (France et Belgique), ont mis en place des unités de traitement des diarrhées dans les centres d'accueil pour déplacés internes en ville.

L'OMS et l'UNICEF travaillent en collaboration avec le Ministère de la santé sur la finalisation du plan de généralisation du traitement de l'eau par le chlore à la population de Monrovia et celle de ses zones périurbaines. En outre, l'OMS distribue du matériel éducatif sur la prévention et le contrôle du choléra aux communautés et aux centres de santé. ■

Special action projects for the elimination of leprosy

Special action projects for the elimination of leprosy (SAPELs) were launched in 1995 with the objective of providing multidrug therapy (MDT) services[1] to patients living in difficult-to-access areas or to those belonging to neglected population groups. Difficult-to-access areas are defined as geographically remote places and urban or peri-urban slums where health care infrastructure does not exist or where existing health care services are unable to deliver MDT services. Particular attention was focused on neglected population groups in order to promote equity in health care. This initiative was one of several projects supported by WHO to help national programmes achieve the goal of eliminating leprosy as a public health problem – defined as reduction of the leprosy prevalence at a given point in time to less than 1 case per 10 000 population at the national level.

National programmes were encouraged to review the geographical coverage of their MDT services and to identify specific areas and populations where special efforts were needed to reach and treat patients.

WHO actively supported SAPELs in endemic countries by providing technical and financial support to national programmes to implement these projects. In addition, various partners working in endemic countries provided funds, logistic support and human resources.

This report highlights SAPEL achievements and lessons learned from 1995 to 2002.

Achievements

Reaching out to patients

From 1995 to 2002, national programmes, with active support from WHO and local and international nongovernmental organizations, conducted 86 SAPELs in 28 endemic countries (*Table 1*). Projects were developed and implemented by national authorities, taking into consideration the prevailing local situation. Innovative and flexible approaches were used to provide MDT services to patients living in difficult-to-access areas. Mobile teams comprising specialized health care workers were deployed to these areas for varying periods of time, during which awareness promotion activities (educational talks, display of banners and posters, and video plays) were conducted in the villages. Individuals voluntarily reporting with suspicious skin lesions were screened, and those in whom leprosy was diagnosed were registered, counselled and promptly treated with MDT.

More than 7400 new patients were detected and treated with MDT free of charge. The proportion of multibacillary leprosy among newly detected cases ranged from 14% in Parbhani district (Kalamnuri Taluka area) of India to 84% in Johongly state (Bibor area) in Sudan. In addition, more than 2000 former patients who had been partially treated with dapsone monotherapy and had defaulted were retreated with MDT.

[1] MDT services include diagnosis, treatment with MDT, counselling for patients and their families, community education and referral for complications.

Projets d'action spéciale pour l'élimination de la lèpre

Les projets d'action spéciale pour l'élimination de la lèpre (SAPEL) ont été lancés en 1995 afin de dispenser des services de polychimiothérapie (PCT)[1] aux patients vivant dans des zones difficiles d'accès ou appartenant à des groupes de population laissés pour compte. On entend par zones difficiles d'accès soit des régions géographiquement isolées, soit des taudis urbains ou périurbains où les infrastructures sanitaires sont inexistantes ou bien où les services de santé ne sont pas en mesure de dispenser des services de PCT. Une attention particulière a été portée aux groupes de population laissés pour compte afin de promouvoir l'équité en matière de soins de santé. Cette initiative fait partie des projets soutenus par l'OMS pour aider les programmes nationaux à réaliser l'objectif de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique – ce qui consiste à ramener la prévalence de la lèpre à un moment déterminé à un niveau inférieur à 1 cas pour 10 000 habitants au niveau national.

Les programmes nationaux ont été encouragés à revoir la couverture géographique de leurs services de PCT et à repérer les zones et populations pour lesquelles il était nécessaire de faire des efforts particuliers pour atteindre et traiter les patients.

L'OMS a activement soutenu les SAPEL dans les pays d'endémie en fournissant un soutien technique et financier aux programmes nationaux pour leur permettre de mettre en œuvre ces projets. En outre, divers partenaires travaillant dans des pays d'endémie ont fourni des fonds, un appui logistique et des ressources humaines.

Le présent rapport met en lumière les réalisations des SAPEL de 1995 à 2002 et les enseignements tirés de ceux-ci.

Réalisations

Atteindre les patients

De 1995 à 2002, avec le soutien actif de l'OMS et d'organisations non gouvernementales, locales et internationales, les programmes nationaux ont réalisé 86 SAPEL dans 28 pays d'endémie (*Tableau 1*). Les projets ont été élaborés et mis en œuvre par les autorités nationales, en prenant en considération la situation locale. Des méthodes novatrices et souples ont été utilisées pour fournir des services de PCT aux patients vivant dans des zones difficiles d'accès. Des équipes mobiles composées d'agents de santé spécialisés ont été déployées dans ces zones pendant un temps plus ou moins long, pendant lequel des activités de promotion (discussions éducatives, pose de bannières et d'affiches, projection de vidéos) ont été menées dans les villages. Les personnes se présentant spontanément avec des lésions cutanées suspectes ont été examinées, et celles chez qui la maladie avait été diagnostiquée ont été enregistrées, conseillées et rapidement traitées par la PCT.

Plus de 7400 nouveaux patients ont ainsi été dépistés et traités gratuitement. La proportion de cas de lèpre multibacillaire parmi les cas nouvellement dépistés allait de 14% dans le district de Parbhani (région de Kalamnuri Taluka) en Inde, à 84% dans l'état de Johongly (région de Bibor) au Soudan. En outre, plus de 2000 anciens patients qui avaient été partiellement traités au moyen d'une monothérapie par la dapsone et qui avaient arrêté le traitement ont été traités à nouveau par la PCT.

[1] Les services de PCT comprennent le diagnostic, le traitement par la PCT, le conseil pour les patients et leurs familles, l'éducation communautaire et l'orientation-recours en cas de complications.

Table 1. **Regional distribution of SAPELs**
Tableau 1. **Répartition régionale des SAPEL**

WHO Region Région OMS	Country (no. of projects) Pays (nombre de projets)	Estimated population coverage Couverture estimative de la population	No. of cases detected and treated (per 100 000 population) Nombre de cas dépistés et traités (pour 100 000 habitants)
Africa Afrique	Central African Republic (1), Chad (2), Congo (1), Côte d'Ivoire (1), Democratic Republic of the Congo (4), Madagascar (3), Mali (3), Nigeria (2), Togo (1), United Republic of Tanzania (1) Congo (1), Côte d'Ivoire (1), Madagascar (3), Mali (3), Nigéria (2), République centrafricaine (1), République démocratique du Congo (4), République-Unie de Tanzanie (1), Tchad (2), Togo (1)	2 058 585	3030 (147.18)
Americas Amériques	Bolivia (1), Brazil (10), Colombia (1), Paraguay (1), Venezuela (2) Bolivie (1), Brésil (10), Colombie (1), Paraguay (1), Venezuela (2)	1 317 690	770 (58.44)
Eastern Mediterranean Méditerranée orientale	Somalia (1), Sudan (12), Yemen (5) Somalie (1), Soudan (12), Yémen (5)	1 300 080	2561 (196.98)
South-East Asia Asie du Sud-Est	Bangladesh (1), India (3), Indonesia (4), Myanmar (6), Nepal (3) Bangladesh (1), Inde (3), Indonésie (4), Myanmar (6), Népal (3)	489 860	433 (88.39)
Western Pacific Pacifique occidental	Cambodia (3), China (1), Papua New Guinea (4), Philippines (3), Viet Nam (6) Cambodge (3), Chine (1), Papouasie-Nouvelle-Guinée (4), Philippines (3), Viet Nam (6)	2 795 890	657 (23.49)

Introducing innovative solutions

SAPELs introduced several innovative solutions for delivery of MDT drugs to patients. For example, in areas with no health care facility or where patients were unable to contact the health facility regularly, MDT drugs were provided either to a community leader or to a family member (lay-supervised treatment). In some projects, patients were given more than one month's supply of drugs so that treatment could be continued without interruption (self-supervised treatment).

Lay-supervised treatment was adopted in some projects in Brazil (Juruá River and Purus River), Chad (Kyabé and Am-Timan districts), Congo (Cuvette region), India (Raipur district), Nigeria (fishing communities in Akwa Ibom state), Sudan (Rashad province, Mabaan, Terekeka and Roken areas) and Yemen (Abiyan Governorate and Sayhoot district). Local community leaders, teachers and community health agents (volunteers) were given a brief orientation by the health care worker on the obvious signs of leprosy, its complications and treatment. These individuals in return helped the elimination programme by identifying and referring suspected cases of leprosy, delivering MDT drugs to patients and supervising treatment. In some of these projects, community leaders were provided with a full course of treatment for distribution to patients. Through SAPELs, MDT drugs could be delivered in a similar way to that in accompanied MDT, which was recommended by WHO in 2000.

Self-supervised treatment was used in some projects for patients living in conflict zones or for those belonging to nomadic or migrant population groups. In these situations, patients were provided with information about treatment and where to report in case of developing complications. For example in the projects carried out in Côte d'Ivoire (among Liberian refugees in Danane, Guiglo and Tabou health districts), Nepal (remote areas in Jumla district), Sudan (insecure areas of Maban Jabel, Marra and Torit

Mise en place de solutions novatrices

Les SAPEL ont mis en place un certain nombre de solutions novatrices pour dispenser les médicaments de la polychimiothérapie aux patients. Par exemple, dans les zones dépourvues de centre de soins, ou quand les patients n'étaient pas en mesure de se rendre au centre de soins régulièrement, les médicaments de la PCT ont été distribués soit à un responsable communautaire soit à un membre de la famille (traitement supervisé par un non-médecin). Dans certains projets, les patients ont reçu une quantité de médicaments supérieure à l'approvisionnement nécessaire pour un mois afin de pouvoir poursuivre leur traitement sans interruption (traitement autosupervisé).

Le traitement supervisé par des non-médecins a été adopté dans certains projets au Brésil (rivières Juruá et Purus), au Tchad (districts de Kyabé et d'Am-Timan), au Congo (région de la Cuvette), en Inde (district de Raipur), au Nigéria (communautés de pêcheurs dans l'état d'Akwa Ibom), au Soudan (province de Rashad, régions de Mabaan, Terekeka et Roken) et au Yémen (gouvernorat d'Abiyan et district de Sayhoot). Des responsables locaux, enseignants et agents de santé communautaires (volontaires) ont été brièvement informés par un agent de santé sur les signes évidents de la lèpre, ses complications et son traitement. Ces personnes ont pu à leur tour aider le programme d'élimination en repérant les cas suspects de lèpre et en les orientant, en dispensant les médicaments de la PCT aux patients et en supervisant le traitement. Dans certains de ces projets, les responsables communautaires ont reçu un traitement complet à distribuer aux patients. Grâce aux SAPEL, les médicaments de la PCT ont pu être distribués de la même façon que lorsque la PCT est administrée de façon accompagnée, ce qui a été recommandé par l'OMS en 2000.

Le traitement autosupervisé a été utilisé dans le cadre de certains projets pour les patients vivant dans des zones de conflit, ou appartenant à des groupes de population nomades ou migrantes. Dans ces cas-là, on donne aux patients des informations sur le traitement et on leur explique où se présenter en cas de complications. Par exemple, dans les projets mis en œuvre en Côte d'Ivoire (parmi les réfugiés libériens dans les districts sanitaires de Danane, Guiglo et Tabou), au Népal (zones éloignées dans le district de Jumla), au Soudan (zones d'insécurité des régions de Maban Jabel, Marra et

regions) and Yemen (among nomads from Al-Abar, Al-Saeeid, Meifa'a, Nisab, Sayhoot and Hagar districts), patients were given 3–12 months' supply of MDT drugs to cover the period until their next contact with a health care worker.

Without such innovative approaches, most cases detected under SAPELs would have had difficulties completing the full course of treatment as a result of their inability to contact health services in the months following detection and the health service being unable to contact them.

Improving access to treatment

SAPELs in Brazil (Upper Negro River in Amazon region), Congo (Cuvette region), Democratic Republic of the Congo (Kimpese and Kwango areas), Madagascar (Iakora prefecture), Mali (Douentza, Koro, Tenekou and Youwarou areas), Myanmar (Khanti and Paletwa townships), Nepal (Dolkha, Jumla and Sankhuwasabha districts), Somalia (lower Jubba and Shabelle regions), Sudan (Jabal Marra, Mabaan, Rashad, Rokon, Terekeka and Torit areas and Abeie province) and Yemen (Abiyan governorate and Al-Abar, Thamood and Hagar districts) provided training to health workers from local health care facilities who were not previously involved in leprosy work. In addition, technical guidelines, educational materials and stocks of MDT drugs were also provided. As a result, MDT services were integrated in more than 250 health facilities. In these project areas, once the mobile teams had made an initial diagnosis, patients were entrusted to the trained health care worker for continuation of treatment from the integrated health care facility.

Through integration, the number of health care facilities providing MDT services has increased considerably, helping to improve geographical coverage for the national programme. In addition, as new treatment centres were integrated, it became possible to sustain MDT services even after completion of the project.

Extension into other areas

A successful SAPEL in China (Yunan province) resulted in the launch of a similar project in the Simao prefecture aimed at integrating leprosy services with the primary health care system. Similarly in Viet Nam (Lam Dong province), the project was extended to cover the remaining six districts to provide MDT services to minority population groups.

Community participation

The success of SAPELs in Brazil (Juruá River in Acre state), Cambodia (Kampong Speu, Kampong Cham and Koh Kong provinces) and Indonesia (Waropen Atas in Irian Jaya and Kepulauan Riau district of Riau province) was attributed to the involvement of community leaders (village chiefs, religious leaders and schoolteachers). These individuals helped to mobilize the community and provided logistic support to enable health care workers to carry out various assigned activities in the villages and urban districts without difficulty. Many local organizations also actively participated by providing logistic support and help to the mobile teams in carrying out information sessions, for example in Brazil (Purus River), Nepal (Sankhuwasabha district) and the Philippines (Abra Island).

Curing patients

National authorities conducted a follow-up of cases detected during SAPELs (*Table 2*). Because of the difficulties in undertaking such an exercise, only a few projects were

Torit) et au Yémen (dans les populations nomades des districts d'Al-Abar, Al-Saeeid, Meifa'a, Nisab, Sayhoot et Hagar), les patients ont reçu un approvisionnement en médicaments correspondant à 3-12 mois de PCT pour assurer le traitement jusqu'à leur prochain contact avec un agent de santé.

Sans de telles approches novatrices, la plupart des cas dépistés dans le cadre des SAPEL auraient eu du mal à terminer le traitement faute d'avoir pu contacter les services de santé dans les mois suivant le dépistage ou d'avoir pu être contactés par le service de santé.

Améliorer l'accès au traitement

Les SAPEL du Brésil (Haut Rio Negro, dans la région amazonienne), du Congo (région de la Cuvette), de la République démocratique du Congo (régions de Kimpese et Kwango), de Madagascar (Préfecture de Iakora), du Mali (régions de Douentza, Koro, Tenekou et Youwarou), du Myanmar (quartiers de Khanti et Paletwa), du Népal (districts de Dolkha, Jumla et Sankhuwasabha), de Somalie (régions de basse Jubba et de Shabelle), du Soudan (régions de Jabal Marra, Mabaan, Rashad, Rokon, Terekeka et Torit et province d'Abeie) et du Yémen (gouvernorat d'Abiyan et districts d'Al-Abar, Tharmood et Hagar) ont assuré la formation des agents de santé des centres de santé locaux n'ayant pas précédemment participé aux activités antilépreuses. De plus, des recommandations techniques, du matériel pédagogique et des stocks de médicaments pour la PCT ont été distribués. Les services de PCT ont ainsi été intégrés dans plus de 250 centres de santé. Dans ces zones du projet, une fois que les équipes mobiles avaient effectué le diagnostic initial, les patients étaient confiés à un agent de santé qualifié pour la poursuite du traitement dans le centre de soins de santé intégré.

Grâce à l'intégration, le nombre de centres de santé dispensant des services de PCT a considérablement augmenté, ce qui a contribué à améliorer la couverture géographique du programme national. De plus, à mesure que de nouveaux centres de traitement étaient intégrés, il a été possible de maintenir les services de PCT même après la fin du projet.

Extension à d'autres zones

Un projet d'action spéciale particulièrement réussi, mis en place en Chine (province de Yunnan), a conduit au lancement d'un projet du même type, destiné à intégrer les services antilépreux au système de soins de santé primaires, dans la Préfecture de Simao. De même, au Viet Nam (province de Lam Dong), le projet a été étendu aux six districts restants pour la fourniture de services de PCT à des groupes de population minoritaires.

Participation communautaire

Le succès des SAPEL au Brésil (rivière Juruá dans l'état d'Acre), au Cambodge (provinces de Kampong Speu, Kampong Cham et Koh Kong) et en Indonésie (Waropen Atas, en Irian Jaya, et district de Kepulauan Riau dans la province de Riau) a été attribué à la participation des responsables communautaires (chefs de village, chefs religieux et enseignants). Ces personnes ont aidé à mobiliser la communauté et ont fourni un appui logistique pour permettre aux agents de santé d'exécuter sans difficulté les diverses tâches assignées dans les villages et les quartiers. De nombreuses organisations locales ont également participé activement au processus en fournissant un appui logistique et une aide aux équipes mobiles pour l'organisation des séances d'information, par exemple au Brésil (rivière Purus), au Népal (district de Sankhuwasabha) et aux Philippines (île d'Abra).

Guérir les malades

Les autorités nationales ont effectué un suivi des cas dépistés au cours des SAPEL (*Tableau 2*). En raison des difficultés de cet exercice, seuls quelques projets ont pu recueillir des données sur les taux

able to collect data on cure rates. The low cure rates, especially for multibacillary cases reported from Brazil (Purus River), Indonesia (Waropen Atas) and Yemen (Thamood, Al-Abar, Hagar and Dowan), were mainly due to the short interval between starting treatment and the follow-up exercise, particularly for patients who had begun treatment with MDT towards the end of the project.

de guérison. Les faibles taux de guérison, notamment pour les cas de lèpre multibacillaire notifiés au Brésil (rivière Purus), en Indonésie (Waropen Atas) et au Yémen (Thamood, Al-Abar, Hagar et Dowan), s'expliquaient principalement par le peu de temps écoulé entre le début du traitement et l'exercice de suivi, en particulier dans le cas des patients ayant commencé le traitement par la PCT vers la fin du projet.

Table 2. **Cure rates among newly detected cases in SAPEL areas**
Tableau 2. **Taux de guérison chez les cas dépistés récemment dans les zones des SAPEL**

Country (area) Pays (zone)	Project period Période du projet	Date of follow-up Date du suivi	No. of cases detected Nombre de cas dépistés			PB[a] cure rate (%) PB[a] taux de guérison (%)	MB[b] cure rate (%) MB[b] taux de guérison (%)
			with PB PB	with MB MB	Total		
Brazil (Juruá River) Brésil (rivière Juruá)	Feb 1995–May 1996 fév. 1995-mai 1996	Jun 1998 juin 1998	10	9	19	90	67
Brazil (Purus River) Brésil (rivière Purus)	Feb 1996–May 1997 fév. 1996-mai 1997	Nov 1997 nov. 1997	11	6	17	46	–
China (Mengzhe and Menghai township) Chine (Mengzhe et quartier de Menghai)	Jan 1996–Jan 1997 janv. 1996-janv. 1997	Oct 1997 oct. 1997	22	25	47	100	100
India (Abujhmad, Bastar district) Inde (Abujhmad, district de Bastar)	May 1996–May 1997 mai 1996-mai 1997	Jun 1998 juin 1998	18	11	29	72	64
Indonesia (Waropen Atas) Indonésie (Waropen Atas)	Jun 1996–Jun 1997 juin 1996-juin 1997	Oct 1997 oct. 1997	50	17	67	68	12
Sudan (Rokon, Equatoria state) Soudan(Rokon, état d'Equatoria)	Apr 1996–Dec 1996 avril 1996-déc. 1996	Dec 1997 déc. 1997	127	44	171	76	95
Yemen (Al-Mahara, Sayhoot) Yémen (Al-Mahara, Sayhoot)	Apr 1996–Mar 1997 avril 1996-mars 1997	May 1998 mai 1998	25	27	52	92	96
Yemen (Thamood, Al-Abar, Hagar and Dowan, Hadramout) Yémen (Thamood, Al-Abar, Hagar et Dowan, Hadramout)	Nov 1996–Mar 1998 nov. 1996-mars 1998	May 1998 mai 1998	69	32	101	77	34

[a] Paucibacillary leprosy. – Lèpre paucibacillaire.
[b] Multibacillary leprosy. – Lèpre multibacillaire.

Lessons learned

Sustaining activities

SAPELs were successful in highlighting the need to extend MDT services to areas where health care infrastructures were previously either weak or non-existent. However, some projects were implemented as an extension of the ongoing routine programme and as such incorporated a large number of specialized elements. In some instances, for example in Brazil, biopsies were taken for confirmation of diagnosis. In certain projects, very few local health care workers were involved, and specialized health care workers from outside the area carried out most of the work. Although projects were successful in diagnosing disease and treating cases who would never have had an opportunity to be treated and cured, sustaining project activities is a major challenge that requires careful planning.

Some SAPEL areas experienced a sudden flare-up of civil conflict that destroyed activities already begun by projects. Mass population movements, loss of trained health care workers and the destruction of MDT drug stocks and patient registers made it difficult for national programmes to maintain any disease control activities in such areas.

Enseignements de l'expérience

Maintenir les activités

Les SAPEL ont permis de mettre en lumière la nécessité d'étendre les services de PCT aux zones où les infrastructures sanitaires étaient jusque-là inexistantes ou très peu développées. Certains projets ont toutefois été mis en œuvre en tant qu'extension de programmes existants et comportaient donc un grand nombre d'éléments spécialisés. Dans certains cas, au Brésil par exemple, des biopsies ont été prélevées pour confirmer le diagnostic. Dans certains projets, très peu d'agents de santé locaux ont été impliqués et ce sont des agents de santé spécialisés, venant de l'extérieur, qui ont effectué pratiquement tout le travail. Bien que les projets soient parvenus à diagnostiquer la maladie et à traiter des malades qui n'auraient jamais eu la possibilité d'être traités et guéris, le maintien des activités du projet est un enjeu majeur qui nécessite une planification attentive.

Certaines zones des SAPEL ont connu une soudaine flambée de conflits civils qui ont détruit les activités déjà mises en place. Les mouvements importants de population, la perte d'agents de santé qualifiés et la destruction des stocks de médicaments pour la PCT et des registres de patients ont rendu difficile aux programmes nationaux tout maintien d'activités de lutte contre la maladie dans ces zones.

Cost-effectiveness

SAPEL implementation costs ranged from US$ 5000 to US$ 20 000, depending on the country, area and duration of the project. Although the project goal was to promote equity in health care, cost-effectiveness comparisons were difficult because each project was conducted under very different economic, social, geographical and political conditions.

Certain extra costs to reach such patients are justifiable if leprosy is to be eliminated in all areas and if the possible benefits of improving health care access in these areas are to be taken into consideration.

Absence of pockets of high endemicity

In all SAPELs, the number of new cases detected was more or less within the expected range. None of the projects had unexpectedly large numbers of new cases. This outcome was very encouraging, demonstrating that national programmes have in general covered most of the known, highly endemic areas. SAPELs have therefore shown that these difficult-to-access areas do not harbour large numbers of undetected cases; had this not been the case, the magnitude of the problem would have been seriously underestimated.

However, some projects did report large numbers of new cases. For example, in Abeie province of Sudan, 340 new cases were reported, of whom 30% had grade 2 disabilities. It is possible that many of these new cases were former dapsone-treated cases who were reregistered as new cases due to loss of records and registers.

Conclusion

SAPELs were able to sensitize national programme managers to the needs of uncovered and difficult-to-access areas in their programmes. Additional resources provided through such projects have helped to improve leprosy elimination efforts, especially in difficult-to-access areas in many endemic countries. Furthermore, SAPELs have facilitated the introduction of health care services into these areas, using leprosy as an entry point. In some areas, the process of integration with general health care services was accelerated, making it possible for patients to obtain treatment at a health care facility nearer to home.

For practical reasons, most projects modified the standard way of delivering MDT drugs to patients by providing drugs in a flexible way, enabling patients to continue treatment without interruption and to be cured.

The success of some SAPELs has motivated national programmes to incorporate certain activities – such as involving the community in leprosy work, integration of MDT services and providing MDT drugs in a patient-friendly way – as part of their routine leprosy elimination activities in the field. ■

Coût/efficacité

Les coûts de mise en œuvre des SAPEL allaient de 5000 à 20 000 dollars, en fonction du pays, de la région et de la durée du projet. Bien que le but du projet ait été de promouvoir l'équité dans les centres de santé, les comparaisons sur le plan du rapport coût/efficacité furent difficiles car chaque projet fut mené dans des conditions économiques, sociales, géographiques et politiques très différentes.

Certains coûts supplémentaires pour atteindre des patients se justifient si l'on veut éliminer la lèpre dans toutes les régions et si l'on veut prendre en compte les avantages possibles d'une amélioration de l'accès aux soins dans ces régions.

Absence de poches de forte endémicité

Dans tous les SAPEL, le nombre de nouveaux cas dépistés s'est situé plus ou moins dans la fourchette attendue. Aucun des projets n'a été confronté à un nombre inattendu et démesuré de cas nouveaux. Ce résultat a été très encourageant car il a montré que les programmes nationaux avaient d'une manière générale couvert la plupart des zones de forte endémicité connues. Les SAPEL ont donc montré que ces zones difficiles d'accès n'hébergeaient pas de grands nombres de cas non dépistés. Si tel n'avait pas été le cas, cela aurait voulu dire que l'ampleur du problème avait été sérieusement sous-estimée.

Certains projets ont toutefois signalé un grand nombre de cas nouveaux. Par exemple, dans la province d'Abeie au Soudan, 340 cas nouveaux ont été signalés, dont 30% présentaient des incapacités de niveau 2. Il est possible qu'un grand nombre de ces cas nouveaux aient été traités précédemment par la dapsone et réenregistrés comme cas nouveaux à cause de la perte de dossiers et registres.

Conclusion

Les projets d'action spéciale pour l'élimination de la lèpre ont permis de sensibiliser les administrateurs de programmes nationaux aux besoins des zones non desservies et difficiles d'accès de leurs programmes. Les ressources supplémentaires fournies à travers ces projets ont contribué à améliorer les efforts d'élimination de la lèpre, notamment dans les zones difficiles d'accès de nombreux pays d'endémie. En outre, les SAPEL ont facilité la mise en place de services de santé dans ces régions, la lèpre étant utilisée comme point d'entrée. Dans certaines zones, le processus d'intégration dans les services de santé généraux a été accéléré, ce qui a permis aux patients de se faire soigner dans un centre de santé plus proche de leur domicile.

Pour des raisons pratiques, la plupart des projets ont modifié le protocole type pour l'administration des médicaments de la PCT aux patients en distribuant les médicaments de manière plus souple, permettant ainsi aux malades de poursuivre le traitement sans l'interrompre et d'aller jusqu'à la guérison.

Le succès de certains SAPEL a incité les programmes nationaux à incorporer certaines activités – telles que la participation de la communauté aux activités de lutte contre la lèpre, l'intégration des services de PCT et la fourniture de médicaments de la PCT de manière plus conviviale – dans le cadre de leurs activités systématiques d'élimination de la lèpre sur le terrain. ■

Chronology of travel recommendations, areas with local transmission

On 5 July 2003, Taiwan, China, the last area in the world to have experienced local transmission of SARS, was declared to have broken the chain of person-to-person transmission.

This achievement will mean that the SARS coronavirus is no longer thought to be circulating in the human population.

Chronologie des recommandations pour les voyages, zones de transmission locale

Le 5 juillet 2003, il a été déclaré que la province de Taiwan (Chine), la dernière zone du monde ayant présenté une transmission locale du SRAS, avait rompu la chaîne de transmission interhumaine.

On peut donc considérer que le coronavirus du SRAS ne circule plus dans la population humaine.

From the outset, WHO's objective in combating SARS has been to seal off opportunities for the disease to become established in its new human host. Interruption of human transmission will be a milestone on the way to achieving this goal.

However, scientists cannot at present guarantee that SARS has been vanquished, as questions remain about the origins of the virus and its possible seasonal occurrence. In addition, transmission may be occurring somewhere in the world at such a low level as to defy detection.

In line with the WHO objective, recommendations to postpone travel to designated areas were periodically issued. Evidence that SARS was being exported from areas with local transmission was of particular concern, as this contributed to further international spread and created a heavy burden in terms of isolation and infection control, contact tracing, and quarantine.

The list of areas with recent local transmission was initially developed to support the case definitions of suspect and probable cases, as both definitions depend on a history of close contact with a SARS patient. Application of the case definitions required knowledge of areas where the virus was spreading. Inclusion on the list also provided the basis for recommended exit screening of all departing passengers as a measure for preventing further international spread.

The chronology below provides a record of travel recommendations issued by WHO and of changes in the status of local transmission.

Background

12 March: WHO issues first global alert to cases of atypical pneumonia rapidly spreading among hospital staff.

15 March: WHO issues first emergency travel advisory, calling on all travellers to be aware of the main symptoms and signs of SARS. The disease appears to be spreading along the routes of international air travel.

24 March: Officials in Hong Kong Special Administrative Region of China (Hong Kong SAR) report 9 cases of atypical pneumonia among members of a tour group that travelled together on two flights, raising the possibility of in-flight transmission. Subsequent investigations revealed that one infected passenger, on a 15 March flight from Hong Kong SAR to Beijing, may have infected 22 fellow passengers and 2 flight attendants.

25 March: WHO reminds travellers to remain alert, but sees no need for travel restrictions to any destinations. Most new cases are being quickly identified and immediately isolated, thus reducing opportunities for transmission outside confined areas, such as the health care setting.

27 March: WHO recommends exit screening of air passengers departing from areas where transmission is known to be occurring in local chains. No cases of suspected in-flight transmission are reported following this date.

31 March: A large cluster of almost simultaneous cases, linked to the Amoy Gardens housing estate in Hong Kong SAR, raises the possibility of an environmental source of infection and provides strong evidence that SARS has moved out of the hospital setting and into the community at large. In addition, several areas link their first imported cases to a history of travel in Guangdong or Hong Kong SAR. These events set the stage for the first travel recommendations.

Dès le début, l'objectif de l'OMS dans la lutte contre le SRAS a été d'empêcher que la maladie ne s'établisse chez son nouvel hôte humain. L'interruption de la transmission humaine sera une étape vers la réalisation de ce but.

Toutefois, les scientifiques ne peuvent actuellement garantir que le SRAS a été vaincu, car il subsiste des incertitudes quant aux origines du virus et à son apparition saisonnière éventuelle. En outre, la transmission peut se produire quelque part dans le monde à un niveau si faible que la détection soit impossible.

Compte tenu de l'objectif de l'OMS, des recommandations visant à reporter les voyages à destination de zones désignées ont été publiées périodiquement. La preuve que le SRAS s'exportait à partir de zones de transmission locale était particulièrement inquiétante, car cela entraînait une extension de la propagation internationale et une lourde charge en ce qui concerne l'isolement et la lutte contre l'infection, la recherche des contacts et la quarantaine.

La liste des zones de transmission locale récente a été initialement établie pour étayer la définition des cas suspects et probables, car cette définition repose sur la notion de contact rapproché avec un sujet atteint du SRAS. L'application de la définition de cas exigeait une connaissance des zones où le virus se propageait. L'inclusion des zones sur la liste a par ailleurs permis de recommander un contrôle de tous les passagers au départ pour éviter une extension de la propagation internationale.

La chronologie figurant ci-dessous récapitule les recommandations pour les voyages émises par l'OMS et l'évolution de la transmission locale.

Historique

12 mars: l'OMS lance une première alerte mondiale concernant des cas de pneumonie atypique qui se répandent rapidement parmi du personnel hospitalier.

15 mars: l'OMS publie une première recommandation d'urgence pour les voyages, invitant tous les voyageurs à être conscients des principaux symptômes et signes du SRAS. La maladie semble suivre les itinéraires des vols internationaux.

24 mars: des responsables officiels à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (Hong Kong RAS), signalent 9 cas de pneumonie atypique parmi les membres d'un groupe de touristes voyageant ensemble sur deux vols, ce qui évoque la possibilité d'une transmission en cours de vol. Des investigations ultérieures révèlent qu'un passager infecté, se rendant le 15 mars de Hong Kong RAS à Beijing, a pu infecter 22 autres passagers et 2 agents de vol.

25 mars: l'OMS rappelle aux voyageurs de rester vigilants, mais ne voit pas la nécessité d'imposer des restrictions aux voyages vers quelque destination que ce soit. La plupart des nouveaux cas sont rapidement identifiés et immédiatement isolés, ce qui réduit les possibilités de transmission en dehors des zones confinées, comme les établissements de soins de santé.

27 mars: l'OMS recommande le contrôle des passagers au départ de zones où l'on sait que la transmission se produit sous forme de chaînes locales. Aucun cas suspect de transmission en vol n'est signalé après cette date.

31 mars: une grande grappe de cas presque simultanés, liés à la cité Amoy Gardens à Hong Kong RAS, évoque la possibilité d'une source d'infection environnementale et atteste que le SRAS a quitté le milieu hospitalier et atteint la communauté dans son ensemble. En outre, plusieurs zones associent leurs premiers cas importés à une série de déplacements au Guangdong ou à Hong Kong RAS. Ces événements annoncent les premières recommandations pour les voyages.

Travel recommendations (postpone all but essential travel)

2 April: Issued for Hong Kong SAR and Guangdong Province, China.

23 April: Issued for Beijing and Shanxi Province, China, and for Toronto, Canada.

30 April: Lifted for Toronto.

8 May: Issued for Tianjin, Inner Mongolia, and Taipei, Province of Taiwan, China.

17 May: Issued for Hebei Province, China.

21 May: Issued for all of Taiwan, China.

23 May: Lifted for Hong Kong SAR and Guangdong Province.

13 June: Lifted for Heibei, Inner Mongolia, Shanxi, and Tianjin provinces, China.

17 June: Lifted for Taiwan, China.

24 June Lifted for Beijing – the last area on the list.

Changes in the list of areas with recent local transmission

22 March: Initial list includes Toronto, Singapore, Viet Nam, parts of mainland China, Hong Kong SAR and Province of Taiwan, China.

11 April: Beijing added.

28 April: Viet Nam removed – becomes first country to contain its SARS outbreak.

1 May: Mongolia added.

7 May: Philippines added.

9 May: Mongolia removed.

14 May: Toronto removed.

20 May: Philippines removed.

26 May: Toronto added for second time.

31 May: Singapore removed.

13 June: Guangdong, Hebei, Hubei, Inner Mongolia, Jilin, Jiangsu, Shaanxi, Shanxi, and Tianjin (China) removed.

23 June: Hong Kong SAR removed.

24 June: Beijing removed.

2 July: Toronto removed.

5 July: Taiwan, China – last on the list – removed. ■

Recommandations pour les voyages (différer tout voyage non indispensable)

2 avril: émises pour Hong Kong RAS et la province du Guangdong (Chine).

23 avril: émises pour Beijing et la province du Shanxi (Chine), et pour Toronto (Canada).

30 avril: levées pour Toronto.

8 mai: émises pour la province du Tianjin, pour la Mongolie intérieure (Chine) et pour Taipei, province de Taiwan (Chine).

17 mai: émises pour la province du Hebei (Chine).

21 mai: émises pour l'ensemble de la province de Taiwan (Chine).

23 mai: levées pour Hong Kong RAS et la province du Guangdong (Chine).

13 juin: levées pour la Mongolie intérieure et les provinces du Hebei, du Shanxi et du Tianjin (Chine).

17 juin: levées pour la province de Taiwan (Chine).

24 juin: levées pour Beijing – dernière zone sur la liste.

Modifications à la liste des zones de transmission locale récente

22 mars: la liste initiale comprend Toronto, Singapour et le Viet Nam, des parties de la Chine continentale, Hong Kong RAS, et la province de Taiwan (Chine).

11 avril: Beijing est ajoutée.

28 avril: le Viet Nam est rayé et devient le premier pays à avoir endigué sa flambée de SRAS.

1er mai: la Mongolie est ajoutée.

7 mai: les Philippines sont ajoutées.

9 mai: la Mongolie est rayée.

14 mai: Toronto est rayée.

20 mai: les Philippines sont rayées.

26 mai: Toronto est ajoutée pour la deuxième fois.

31 mai: Singapour est rayée.

13 juin: la Mongolie intérieure et les provinces du Guangdong, Hebei, Hubei, Jilin, Jiangsu, Shaanxi, Shanxi et Tianjin (Chine) sont rayées.

23 juin: Hong Kong RAS est rayée.

24 juin: Beijing est rayée.

2 juillet: Toronto est rayée.

5 juillet: la province de Taiwan (Chine) – dernière sur la liste – est rayée. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 11 to 17 July 2003 / Notifications de maladies reçues du 11 au 17 juillet 2003

Cholera / Choléra

		Cases / Deaths Cas / Décès	
Asia / Asie			
Hong Kong Special Administrative Region of China / Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	21.VI	1	0
India / Inde	1.II-22.III	64	0
Iraq	1-21.VI	16	0

WWW access • **http://www.who.int/wer**
E-mail • send message **subscribe wer-reh** to **majordomo@who.int**
Fax: (+41-(0)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-(0)22 791 48 21/791 42 85
Contact: wantzc@who.int