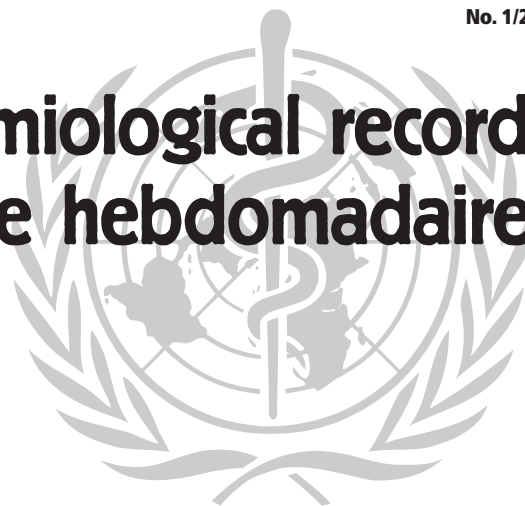


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

9 JANUARY 2004, 79th YEAR / 9 JANVIER 2004, 79^e ANNÉE

No. 1/2, 2004, 79, 1–12

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

Contents

- 1 Laboratory confirmation of a SARS case, southern China
- 2 Assessment of neonatal tetanus elimination in Malawi
- 6 Recommendations of the Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities
- 11 Influenza
- 12 International Health Regulations

Sommaire

- 1 Confirmation en laboratoire d'un cas de SRAS, sud de la Chine
- 2 Evaluation de l'élimination du tétanos néonatal au Malawi
- 6 Activités communes contre la tuberculose et le VIH: recommandations au titre de la politique provisoire
- 11 Grippe
- 12 Règlement sanitaire international

Laboratory confirmation of a SARS case, southern China

Results from laboratory tests received on 5 January 2004 have confirmed a case of SARS in a 32-year-old man in the southern Chinese province of Guangdong. The patient is a television producer who has been under treatment, in isolation, at a hospital in the provincial capital, Guangzhou, since 20 December.

This is the first confirmed case of SARS in 2004, and the first case not linked to a laboratory accident that has occurred since the initial outbreak of SARS was declared contained on 5 July 2003. Laboratory-related cases occurred after that date in Singapore in September and in Taiwan, China in December of last year.

The Guangdong case has been under investigation, with WHO support, since 26 December, when the suspected case was initially reported by Chinese authorities. Previous diagnostic tests produced inconclusive results. In view of the limitations of SARS diagnostic tests, confirmation of positive results by a WHO-designated reference laboratory is required for a definitive diagnosis of SARS.

The confirmatory tests were conducted in Hong Kong by the University of Hong Kong and the Government Virus Unit, Queen Mary Hospital. Both laboratories are members of the WHO Multicentre Collaborative Network for Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) Diagnosis that collectively identified the SARS coronavirus in mid-April 2003, and have considerable diagnostic expertise.

The source of infection for this newly confirmed case remains unclear. Several lines of investigation last year suggest that SARS may have originated from contact with wild animals sold for human consumption at live

Confirmation en laboratoire d'un cas de SRAS, sud de la Chine

Les résultats de tests biologiques reçus le 5 janvier 2004 confirment un cas de SRAS dans la province du Guangdong, dans le sud de la Chine. Il s'agit d'un producteur de télévision âgé de 32 ans, hospitalisé, isolé et mis sous traitement à Guangzhou, capitale de la province, depuis le 20 décembre dernier.

C'est le premier cas confirmé qui survient en 2004 et le premier cas qui n'est pas lié à un accident de laboratoire depuis que la flambée initiale de SRAS a été officiellement endiguée le 5 juillet 2003. Des cas dus à un accident de laboratoire se sont produits à Singapour en septembre et à Taiwan, Chine, en décembre de l'année passée.

Des recherches sont menées avec le concours de l'OMS sur le cas du Guangdong depuis qu'il a été signalé par les autorités chinoises le 26 décembre dernier. Les résultats des premiers tests diagnostiques n'étaient pas concluants. En raison de l'imperfection des tests de diagnostic du SRAS, les résultats positifs doivent être confirmés par un laboratoire de référence désigné par l'OMS pour poser le diagnostic avec certitude.

Les tests de confirmation ont été effectués à Hong Kong par le laboratoire de l'Université de Hong Kong et par celui de l'Unité de Virologie d'Etat, à l'hôpital Queen Mary. Tous deux sont membres du Réseau collaborateur multicentrique de l'OMS pour le diagnostic du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Les laboratoires qui font partie de ce réseau ont collectivement identifié le coronavirus du SRAS à la mi-avril 2003 et sont d'une grande compétence en matière de diagnostic.

On ne connaît pas au juste la source de l'infection pour ce nouveau cas confirmé. Les recherches effectuées l'année passée semblent indiquer que le SRAS a pour origine un contact avec des animaux sauvages destinés à la consommation et

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

5.500 1.2004

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

markets in southern China. Studies conducted last year detected a SARS-like virus in some animal species, including the masked palm civet. Retrospective analysis of patient records has linked several of the earliest cases, which began occurring in Guangdong in mid-November 2002, to contact with wild animals. However, no animal reservoir of the SARS coronavirus has been conclusively identified to date.

Epidemiological investigations in China have not yet been able to link the patient to exposure to wild animals or any other known or suspected source of the virus.

Chinese authorities have introduced several measures as investigation of the case has evolved. The patient has been treated in isolation since his hospitalization on 20 December, four days after the onset of symptoms. All contacts have been traced and followed up. All are reported to be free of symptoms and most have been released from quarantine, suggesting that no further transmission has occurred. Surveillance for additional cases has been intensified in Guangdong and other provinces.

The single isolated case does not constitute grounds for issuing a SARS alert or recommending any restrictions on travel or trade.

At the request of Chinese authorities, additional WHO teams are being sent this week to assist in research aimed at identifying the source of infection and preventing further cases.

The first cases of SARS occurred in Guangdong in mid-November 2002. The disease began to spread internationally in late February 2003, eventually causing more than 8000 cases, with 774 deaths, in 27 countries. ■

vendus vivants sur les marchés du sud de la Chine. Les recherches faites pendant l'année écoulée ont mis en évidence un virus semblable à celui du SRAS chez certaines espèces animales, notamment la civette des palmiers. L'analyse rétrospective des dossiers médicaux a permis de rattacher plusieurs des cas initiaux, apparus à la mi-novembre 2002 dans la province du Guangdong, à un contact avec des animaux sauvages. Toutefois, aucun réservoir animal du coronavirus du SRAS n'a été identifié de façon certaine jusqu'à présent.

Les études épidémiologiques menées en Chine sur le cas actuel n'ont pas encore permis d'établir que le malade avait été exposé à des animaux sauvages ou à toute autre source connue ou supposée du virus.

Les autorités chinoises ont pris plusieurs mesures pendant l'enquête. Le malade a été isolé et mis sous traitement dès son hospitalisation le 20 décembre dernier, quatre jours après l'apparition des symptômes. Tous ses contacts ont été identifiés et suivis médicalement. Aucun d'entre eux ne présente de symptômes et la plupart ne sont déjà plus en quarantaine; il semble donc qu'ils n'ont pas été contaminés. La surveillance a été renforcée dans le Guangdong et dans d'autres provinces.

Ce cas unique isolé ne justifie ni une alerte au SRAS ni des restrictions aux voyages ou au commerce.

A la demande des autorités chinoises, l'OMS va dépêcher d'autres équipes sur place cette semaine afin d'intensifier les recherches visant à identifier la source de l'infection et à empêcher l'apparition d'autres cas.

Les premiers cas de SRAS sont survenus dans le Guangdong à la mi-novembre 2002. La maladie a commencé à se propager au niveau international à la fin du mois de février 2003 et s'est soldée au total par plus de 8000 cas et 774 décès dans 27 pays. ■

Assessment of neonatal tetanus elimination in Malawi

In March 2002, the Ministry of Health and Population of Malawi, in collaboration with WHO and the United Nations Children's Fund, assessed the elimination of maternal and neonatal tetanus (MNT), defined as less than 1 case of neonatal tetanus (NT) per 1000 live births (LBs) in each district. In October 2001, in preparation for the assessment of MNT elimination, an initial review of district-level data was conducted. Data on reported NT cases, clean delivery (CD) coverage, antenatal care (ANC) coverage, vaccination coverage among pregnant women and women of childbearing age with 2 or more doses of tetanus toxoid (TT2+), vaccination coverage among children with 3 doses of diphtheria-tetanus-pertussis (DTP3), and DTP1-DTP3 drop-out rates were reviewed. The review had suggested that Malawi had probably achieved MNT elimination (*Table 1; Fig. 1*).

To validate the claim, based on the district-level data review, that MNT elimination had been achieved in Malawi, a community-based survey was conducted in 3 of the highest-risk districts using a combined lot quality assurance-cluster sampling survey methodology. This survey design

Evaluation de l'élimination du tétanos néonatal au Malawi

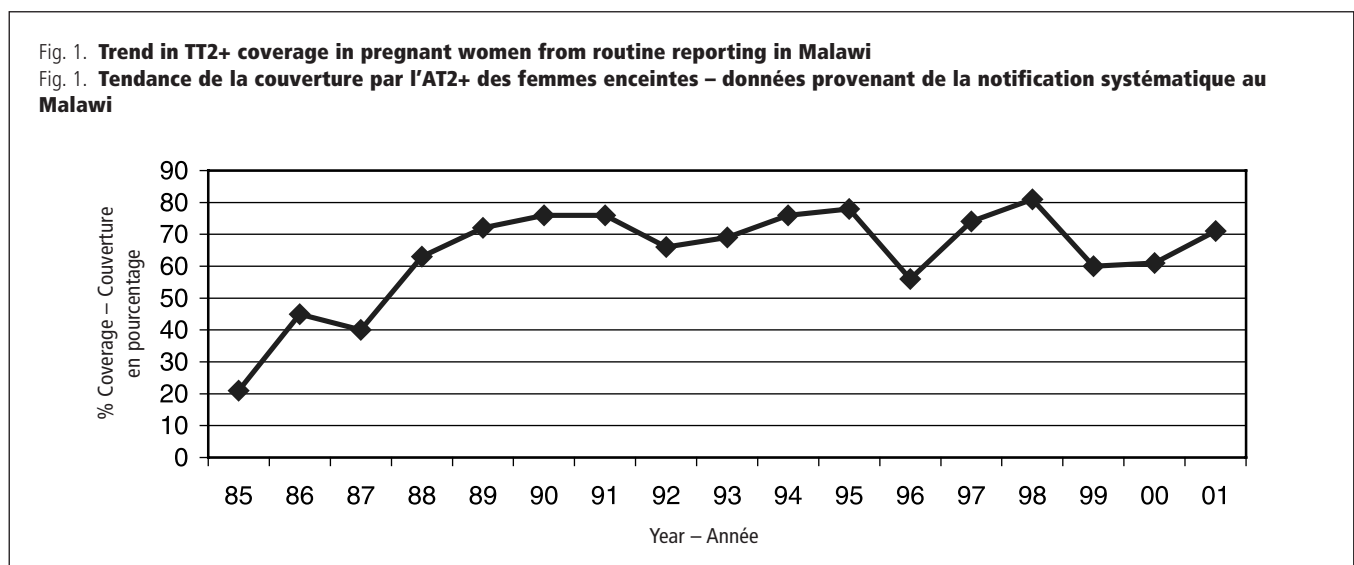
En mars 2002, le Ministère de la Santé et de la Population du Malawi a procédé, en collaboration avec l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, à une évaluation de l'élimination du tétanos maternel et néonatal (TMN), cette élimination étant définie comme la présence de moins de 1 cas de tétanos néonatal (TN) pour 1000 naissances vivantes dans chaque district. En octobre 2001, pour préparer l'évaluation de l'élimination du TMN, un examen initial des données recueillies au niveau des districts a été effectué. Les chiffres concernant le nombre de cas de TN notifiés, le pourcentage d'accouchements médicalisés, la prise en charge pendant la période prénatale, la couverture vaccinale par au moins deux doses d'anatoxine tétanique (AT2+) des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer, la couverture vaccinale des enfants par trois doses de vaccin antidiphthérique - antitétanique - anticoquelucheux (DTC3) et les taux d'abandon entre l'administration de la première et de la troisième doses de DTC ont été passés en revue. Cette étude a permis de conclure que le Malawi était probablement parvenu à éliminer le tétanos maternel et néonatal (*Tableau 1; Fig. 1*).

Pour confirmer l'assertion, fondée sur l'examen des données au niveau des districts, selon laquelle le TMN avait été éliminé au Malawi, une étude à base communautaire a été effectuée dans trois des districts à risque maximal en utilisant une méthodologie combinant le sondage en grappes et le contrôle de la qualité des lots. Ce

Table 1. **Administrative data values for indicators for NT elimination, Malawi, 2001**
 Tableau 1. **Données administratives concernant les indicateurs de l'élimination du TN, Malawi, 2001**

Indicator – Indicateur	National average – Moyenne nationale	Range across districts – Fourchette pour l'ensemble des districts
Reported NT/1000 LBs – Cas notifiés de TN pour 1000 naissances vivantes	0.04	0–0.33
Births with CD (%) – Pourcentage d'accouchements médicalisés	56	3–79
Women (pregnant) with TT2+ (%) – Femmes (enceintes) vaccinées par au moins deux doses d'AT(AT2+) (pourcentage)	85	21–111
First ANC visit (%) – Première visite prénatale (pourcentage)	91	ND*–141
Infants with DTP3 (%) – Nourrissons vaccinés par trois doses de DTC (pourcentage)	84	74–130
DTP1–DTP3 drop-out rates – Taux d'abandon entre l'administration de la première et de la troisième doses de DTC	12.5	–7.9–26.8

*ND: No data available. — Pas d'information disponible.



had previously been used to assess MNT elimination in other countries, including Namibia¹ and Zimbabwe.² The selection of the districts to be surveyed was based on available data by district for the indicators shown in Table 1. Districts were ranked by values of the indicator data, and the 3 highest-risk districts (Dowa, Machinga, Mulanje) were then selected for the survey. The assumption was that, if the NT incidence had fallen below elimination levels in the worst-performing districts, the other, better-performing, districts would also have achieved elimination status.

Estimates from the 1998 census of the village-level population aged under 1 year were provided by the National Statistics Office and were used to select from the 3 districts a total of 150 villages of size proportional to their population. These villages were starting locations for identifying 20 LBs in neighbouring households to constitute each cluster. Of the 150 cluster locales, 50 (Dowa 18, Machinga 16, Mulanje 16) were then systematically selected to form the first sample of 1000 LBs (Table 2). With this sample design, if no NT cases are identified in the first

type d'étude avait déjà été utilisé pour évaluer l'élimination du TMN dans d'autres pays, dont la Namibie¹ et le Zimbabwe.² La sélection des districts à étudier s'est basée sur les données disponibles par district pour chacun des indicateurs figurant dans le Tableau 1. Les districts ont été classés selon les chiffres relevés pour chacun des indicateurs, et les trois districts à risque maximal (Dowa, Machinga et Mulanje) ont été retenus pour l'étude. On est parti de l'hypothèse que si l'incidence du TN était tombée au-dessous des niveaux permettant de conclure à l'élimination dans les districts ayant obtenu les plus mauvais résultats, les autres districts ayant obtenu de meilleurs résultats auraient également réussi à éliminer le TMN.

Des estimations de la population des villages âgée de moins de un an ont été fournies par le bureau national de statistiques sur la base du recensement de 1998; ces estimations ont servi à choisir, dans les trois districts, un échantillon de 150 villages au total, sélectionnés proportionnellement à la taille de leur population. Ces villages ont servi de point de départ pour recenser 20 naissances vivantes dans les foyers du voisinage afin de constituer chaque grappe. Sur les 150 grappes ainsi constituées, 50 (18 à Dowa, 16 à Machinga et 16 à Mulanje) ont ensuite été systématiquement sélectionnées pour constituer le premier échantillon de 1000 naissances vivantes (Tableau 2).

¹ See No. 15, 2002, pp. 121–123.

² See No. 14, 2001, pp. 101–106.

¹ Voir le N° 15, 2002, pp. 121-123.

² Voir le N° 14, 2001, pp. 101-106.

Table 2. **Summary administrative data for the 3 selected districts, Malawi, 2001**
 Tableau 2. **Données administratives succinctes pour les 3 districts sélectionnés, Malawi, 2001**

Reported data – Chiffre notifié	Dowa	Machinga	Mulanje	Total for the 3 districts Total des 3 districts
Number LBs – Nombre de naissances vivantes	21 824	18 975	21 490	62 289
TT2+ in pregnant women – Femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses d' AT (AT2+)	38%	67%	21%	–
Number NT reported – Nombre de cas de TN notifiés	1	2	2	5
NT incidence rate reported – Incidence du TN notifié	0.05/1000 LBs NV	0.11/1000 LBs NV	0.09/1000 LBs NV	–
DTP3 coverage (%) – Couverture de DTC3 (pourcentage)	98	130	88	–
DTP1–DTP3 drop-out rate (%) – Taux d'abandon entre le DTC1 et le DTC3 (pourcentage)	14.0	5.1	11.1	–
First ANC visit (%) – Première visite prénatale (pourcentage)	77.8	124.9	86.0	–

sample, the survey is halted and NT is accepted as eliminated. If 4 or more NT cases are identified in the first sample, the survey is halted with a decision that NT has not been eliminated. However, if 1–3 cases of NT are found in the first sample, a decision cannot be made from the results of the first sample, and a survey of the second sample of 2000 LBs in the remaining 100 clusters begins (Dowa 36, Machinga 32, Mulanje 32). If a total of 3 or fewer cases are found in the combined first and second samples (3000 LBs), NT elimination is accepted.

While assembling the 1000 LBs, information on TT status and clean delivery was obtained from a sample of 200 mothers of children born between 9 February 2001 and 8 February 2002. Information on TT status was also obtained from a separate sample of 200 women aged 15–49 years who did not give birth during this period (Table 3).

Five supervisors and 23 teams of two persons each were trained in the use of survey methods and the survey questionnaires. Lectures, demonstrations, role-play and field practices were used as the training methods. Each survey district also had one external resource person to provide technical guidance and support. The first sample was surveyed over a 3-day period. A second sample was found necessary and was surveyed within an additional 4–5-day period. In total, the field data collection for the survey was conducted over the period from 9 to 16 March 2002.

The neonatal death (ND) rate is very low at less than 7/1000 LBs. This may be explained by the likelihood that very early NDs were assumed by the mothers to be stillbirths and thus not reported. Of the 20 NDs recorded, 15 were from Dowa district; none was reported from Machinga district. Some inconsistency in recording ND cannot therefore be completely ruled out.

The first sample, comprising 1000 LBs, was assembled from 50 clusters containing a total of 2867 households and 12 819 household members. One ND was attributed to NT in the

Avec cette conception d'échantillonnage, si aucun cas de TN n'est identifié dans le premier échantillon, l'étude est interrompue et l'on considère que le TN est éliminé. Si l'on recense 4 cas de TN ou davantage dans le premier échantillon, l'étude est interrompue et l'on considère que le TN n'a pas été éliminé. En revanche, si l'on recense de 1 à 3 cas de TN dans le premier échantillon, il n'est pas possible de prendre une décision à partir de ces résultats et une étude du deuxième échantillon de 2000 naissances vivantes dans les 100 grappes restantes (36 à Dowa, 32 à Machinga et 32 à Mulanje) est entreprise. Si un total de 3 cas ou moins est recensé dans les premier et deuxième échantillons combinés (soit 3000 naissances vivantes), on considère que le TN a été éliminé.

Pendant que l'on constituait l'échantillon de 1000 naissances vivantes, des informations sur la vaccination par l'anatoxine tétanique et sur le pourcentage d'accouchements médicalisés ont été recueillies auprès d'un échantillon de 200 mères d'enfants nés entre le 9 février 2001 et le 8 février 2002. Des informations sur la vaccination par l'anatoxine tétanique ont également été obtenues auprès d'un échantillon distinct de 200 femmes âgées de 15 à 49 ans qui n'avaient pas accouché durant cette période (Tableau 3).

Cinq superviseurs et 23 équipes de 2 personnes chacune ont été formés à l'utilisation des méthodes d'enquête et des questionnaires. Les méthodes de formation utilisées comprenaient des cours, des démonstrations, des jeux de rôle et des exercices sur le terrain. Il y avait également pour chaque district inclus dans l'enquête un référent extérieur chargé de donner des conseils et un soutien technique. L'étude du premier échantillon a nécessité trois jours. Un deuxième échantillon a été jugé nécessaire et son étude a pris 4 à 5 jours supplémentaires. Au total, la collecte des données sur le terrain pour la réalisation de l'étude a duré du 9 au 16 mars 2002.

Le taux de décès néonataux (DN) est très faible puisque inférieur à 7/1000 naissances vivantes. C'est sans doute que les DN très précoces ont été considérés comme des enfants morts-nés par les mères et n'ont donc pas été signalés. Sur les 20 DN enregistrés, 15 l'ont été dans le district de Dowa; aucun décès n'a été signalé dans le district de Machinga. On ne peut donc exclure totalement une certaine incohérence au niveau de l'enregistrement des DN.

Le premier échantillon, comprenant 1000 naissances vivantes, a été tiré de 50 grappes représentant au total 2867 ménages et 12 819 personnes. Un DN a été attribué au tétanos néonatal dans le premier

Table 3. **Cluster characteristics for 3 highest-risk districts, Malawi, March 2002**
 Tableau 3. **Caractéristiques des grappes dans 3 districts à haut risque, Malawi, mars 2002**

Characteristic – Caractéristiques	Dowa	Machinga	Mulanje	3 districts – 3 districts
Number of clusters surveyed – Nombre de grappes enquêtées	54	48	48	150
Households surveyed – Nombre de ménages enquêtés	2 707	2 666	2 968	8 341
Household members – Nombre de membres des ménages	12 905	11 819	13 497	38 221
Average household size – Taille moyenne des ménages	5.0	4.4	4.3	4.6
Crude birth rate (per 1000) – Taux brut de natalité (pour 1000)	80	81	76	79
Number LBs – Nombre de naissances vivantes	1 080	960	975	3 015
Births in health facility (%) – Accouchements en établissement de santé (%)	39	46	51	45
Births attended by qualified staff (%) – Accouchements pratiqués par un personnel qualifié (%)	39	45	51	45
Clean cord care (%) – Soins du cordon (%)	28	44	42	40
Infant alive at time of survey (%) – Enfants vivants au moment de l'enquête (%)	98	100	98	98.5
Neonatal deaths identified in the survey – Décès néonataux recensés pendant l'enquête	15	0	5	20
Neonatal tetanus identified in the survey – Nombre de cas de tétanos néonatal recensés pendant l'enquête	1	0	0	1

first sample, using a case definition with a high degree of specificity, i.e. having a history of normal suck and cry for the first 2 days of life and onset of illness between 3 and 28 days of life, with inability to suck, followed by stiffness, pursed lips and reactive convulsions to light and touch, and death. No additional deaths attributable to NT were found in the second sample. A total of 20 NDs were recorded, i.e. a rate of less than 7/1000 LBs.

The survey results of TT coverage (Table 4) show that TT2 coverage of pregnant women in the 3 districts combined is high: 84% (95% CI: 81–87%) for pregnant women and 78% (95% CI: 74–82%) for women of childbearing age. In Malawi, women are routinely immunized during pregnancy and during other contacts with the health care system, following the 5-dose TT schedule, as observed during the initial review.

échantillon, en utilisant une définition du cas assortie d'un degré élevé de spécificité, c'est à dire que l'enfant avait tété et pleuré normalement pendant les deux premiers jours de la vie et que la maladie était apparue entre le troisième et le vingt huitième jour, avec une incapacité de téter suivie de raideur, pincement des lèvres et convulsions en réaction à la lumière et au toucher, et enfin décès. Aucun décès supplémentaire imputable au tétanos néonatal n'a été découvert dans le deuxième échantillon. Un total de 20 décès néonataux ont été enregistrés, c'est à dire un taux inférieur à 7/1000 naissances vivantes.

Les résultats de l'enquête sur la couverture par l'anatoxine tétanique (Tableau 4) montrent que la couverture par l'AT2 des femmes enceintes dans les trois districts confondus est élevée: 84% (IC 95%: 81-87%) pour les femmes enceintes et 78% (IC 95%: 74-82%) pour les femmes en âge de procréer. Au Malawi, les femmes sont systématiquement vaccinées pendant la grossesse et au cours d'autres contacts avec le système de santé, suivant le schéma de vaccination par 5 doses d'anatoxine tétanique, comme cela a été observé pendant l'enquête initiale.

Table 4. **Card retention and TT coverage (card plus history) in 3 high-risk districts, community-based survey, Malawi, March 2003**
 Tableau 4. **Conservation des carnets et couverture par l'AT (carnet plus antécédents) dans 3 districts à haut risque, enquête à base communautaire, Malawi, mars 2003**

	With card Carnet	TT1 AT1	TT2 AT2	TT3 AT3	TT4 AT4	TT5 AT5
Mothers – Mères (95% CI) – (IC 95%)	66% (62–71%)	92% (90–94%)	84% (81–87%)	50% (46–54%)	28% (24–32%)	20% (16–23%)
Women aged 15–49 years – Femmes âgées de 15 à 49 ans (95% CI) – (IC 95%)	46% (42–51%)	85% (81–88%)	78% (74–82%)	58% (54–63%)	39% (34–43%)	28% (24–32%)

By contrast, only 45% (95% CI: 41–49%) of deliveries took place in a health facility or were assisted by health workers. It is likely that, in reality, the figure is higher because a sizeable proportion of deliveries are conducted by trained

En revanche, seulement 45% (IC 95%: 41-49%) des accouchements ont eu lieu dans un centre de santé ou ont été pratiqués par un agent de santé. Il est probable qu'en réalité, le chiffre soit plus élevé en raison de la forte proportion d'accouchements pratiqués par des

birth attendants or in the private sector. The questionnaires were not designed for collection of data on deliveries by these attendants. Only 40% (95% CI: 36–45%) of all births had recorded clean cord practice. It can be assumed that, despite births taking place in health facilities, poor cord care practices continued following discharge from the facilities.

Editorial note. The results of the survey suggest that Malawi has achieved NT elimination. The survey found an incidence rate of less than 1 NT case per 1000 LBs in the 3 districts combined. This low incidence is due mainly to the success of the immunization programme, with about 80% of all women having received at least 2 (protective) doses of TT. Clean delivery and cord care practices are at levels below 50% and therefore contribute less to NT elimination. Measures should now be implemented to ensure that elimination is maintained.

Continued high levels of TT immunization coverage are particularly important, and administration of vaccine to women at every possible opportunity (e.g. during child immunization sessions or during ANC visits) should be continued. Social mobilization and education about poor cord care practices should be increased, targeting specifically grandmothers, who often exert strong influence over their daughters-in-law. Focused TT, ANC and CD activities in districts with weaker infrastructure should be planned. Surveillance, including case investigation of NT cases, will also become more important, since the few cases that do continue to occur may point towards specific weaknesses and risks where they occur. ■

accoucheuses traditionnelles qualifiées ou dans le secteur privé. Les questionnaires n'étaient pas conçus pour recueillir des données sur les accouchements ainsi pratiqués. Seulement 40% (IC 95%: 36–45%) des accouchements font mention de soins du cordon. On peut supposer que, malgré le nombre d'accouchements ayant lieu dans les centres de santé, les mauvaises pratiques en matière de soins du cordon se sont poursuivies une fois que la mère a quitté le centre de santé.

Note de la rédaction. Les résultats de l'enquête suggèrent que le Malawi est parvenu à éliminer le tétanos néonatal. L'enquête a constaté un taux d'incidence inférieur à un cas de TN pour 1000 naissances vivantes dans les 3 districts confondus. Cette faible incidence est due principalement au succès du programme de vaccination, puisque environ 80% des femmes avaient reçu au moins deux doses (protectrices) d'anatoxine tétanique. Les accouchements pratiqués dans de bonnes conditions d'hygiène et les soins du cordon se situent à un niveau inférieur à 50% et ont donc moins contribué à l'élimination du tétanos néonatal. Des mesures devraient maintenant être mises en oeuvre pour garantir le maintien de l'élimination.

Des niveaux régulièrement élevés de couverture vaccinale par l'anatoxine tétanique sont particulièrement importants et l'administration du vaccin aux femmes lors de toutes les occasions possibles (par exemple, au cours de séances de vaccination des enfants ou de visites prénatales) devrait être poursuivie. La mobilisation sociale et l'éducation concernant les mauvaises pratiques en matière de soins du cordon devraient être développées, en visant spécialement les grands-mères, qui exercent souvent une forte influence sur leurs belles-filles. Des activités ciblées (vaccination antitétanique, consultations prénatales et accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène) dans les districts où l'infrastructure est moins développée devraient être organisées. La surveillance, y compris l'examen des cas de tétanos néonatal, deviendra également de plus en plus importante, car les quelques cas qui continuent de se produire pourraient signaler certaines faiblesses et indiquer là où les risques peuvent apparaître. ■

Recommendations of the Interim Policy on Collaborative TB/HIV Activities¹

1. Goal and objectives

The policy goal is to decrease the burden of tuberculosis and HIV in populations affected by both diseases. The objectives of collaborative TB/HIV activities are: (i) to establish the mechanisms for collaboration between tuberculosis and HIV/AIDS programmes; (ii) to decrease the burden of tuberculosis in people living with HIV/AIDS; and (iii) to decrease the burden of HIV in tuberculosis patients (*Table 1*).

Table 1. **Recommended collaborative TB/HIV activities**

Tableau 1. **Activités communes recommandées contre la tuberculose et le VIH**

A. Establish the mechanisms for collaboration between tuberculosis and HIV/AIDS programmes – Instaurer des mécanismes de collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA

- A.1. Set up coordinating bodies for TB/HIV effective activities at all levels – Créer des organes qui coordonnent les activités tuberculose/VIH en vigueur à tous les niveaux
- A.2. Conduct surveillance of HIV prevalence among tuberculosis patients – Surveiller la prévalence de l'infection à VIH chez les tuberculeux

¹ Extracted from *The interim policy on collaborative TB/HIV activities* (document WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1). Full text available at www.who.int/gtb/publications.

Activités communes contre la tuberculose et le VIH: recommandations au titre de la politique provisoire¹

1. But et objectifs

La politique a pour but de réduire la charge de la tuberculose et de l'infection à VIH dans les populations touchées par les deux maladies. Les activités communes tuberculose/VIH ont pour objectifs: i) d'instaurer des mécanismes de collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA; ii) de réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA; iii) de réduire la charge de l'infection à VIH chez les tuberculeux (*Tableau 1*).

¹ Tiré de *The interim policy on collaborative TB/HIV activities* (document WHO/HTM/TB/2004.330; WHO/HTM/HIV/2004.1). Texte intégral disponible en anglais à l'adresse: www.who.int/gtb/publications.

Table 1 (continued)
Tableau 1 (suite)

- A.3. Carry out joint TB/HIV planning^a – Procéder à une planification conjointe tuberculose/VIH^a
- A.4. Monitor and evaluate collaborative TB/HIV activities – Suivre et évaluer les activités tuberculose/VIH
- B. Decrease the burden of tuberculosis in people living with HIV/AIDS – Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA**
- B.1. Establish intensified tuberculosis case-finding – Intensifier le dépistage de la tuberculose
- B.2. Introduce isoniazid preventive therapy – Instaurer le traitement préventif par l'isoniazide
- B.3. Ensure tuberculosis infection control in health care and congregate settings – Lutter contre l'infection tuberculeuse dans les établissements de santé et les collectivités
- C. Decrease the burden of HIV in tuberculosis patients – Réduire la charge de l'infection à VIH chez les tuberculeux**
- C.1. Provide HIV testing and counselling – Assurer des services de dépistage du VIH et de conseil
- C.2. Introduce HIV prevention methods – Adopter des méthodes de prévention de l'infection à VIH
- C.3. Introduce co-trimoxazole preventive therapy – Instaurer le traitement préventif par le co-trimoxazole
- C.4. Ensure HIV/AIDS care and support – Offrir soins et appui en cas d'infection à VIH/SIDA
- C.5. Introduce antiretroviral therapy – Instaurer le traitement antirétroviral

^a Joint TB/HIV planning includes resource mobilization, capacity building and training, TB/HIV advocacy, programme communication and social mobilization, enhancing community involvement, and operational research. – La planification conjointe tuberculose/VIH englobe la mobilisation des ressources, le développement du potentiel et la formation, l'action de sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale, la participation communautaire et la recherche opérationnelle.

2. Recommendations on collaborative TB/HIV activities

A. Establish the mechanisms for collaboration between tuberculosis and HIV/AIDS programmes

- A.1. Set up coordinating bodies for TB/HIV effective activities at all levels

Tuberculosis and HIV/AIDS programmes should create joint tuberculosis and HIV coordinating bodies at national, regional, district and local levels (sensitive to country-specific factors), with equal or reasonable representation of the two programmes, including tuberculosis and HIV patient support groups.

- A.2. Conduct surveillance of HIV prevalence among tuberculosis patients

1. There should be HIV surveillance among tuberculosis patients in all countries, irrespective of national adult HIV prevalence rates.
2. Countries with unknown HIV prevalence rates among tuberculosis patients should conduct a seroprevalence (periodic² or sentinel³) survey to assess the situation.
3. In countries with a generalized epidemic state,⁴ HIV testing and counselling for all tuberculosis patients should form the basis for surveillance. Where these services are not yet in place, periodic surveys or sentinel surveys are suitable alternatives.
4. In countries with a concentrated epidemic state,⁵ where groups at high risk for HIV are localized in certain ad-

² Cross-sectional HIV seroprevalence surveys among a small representative group of tuberculosis patients within a country.

³ Using tuberculosis patients as a sentinel group within the general HIV sentinel surveillance system.

⁴ Generalized epidemic state: HIV prevalence is consistently >1% in pregnant women.

⁵ Concentrated epidemic state: HIV prevalence is consistently >5% in at least one defined subpopulation and is <1% in pregnant women in urban areas.

2. Activités communes tuberculose/VIH: recommandations

A. Instaurer des mécanismes de collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA

- A.1. Créer des organes qui coordonnent les activités tuberculose/VIH en vigueur à tous les niveaux

Les programmes contre la tuberculose et le VIH/SIDA devraient créer des organes qui coordonnent leurs activités aux niveaux national, régional, districtal et local (en tenant compte des facteurs propres aux pays) et au sein desquels les deux programmes soient représentés de manière égale ou équitable, en incluant les groupes de soutien aux malades.

- A.2. Surveiller la prévalence de l'infection à VIH chez les tuberculeux

1. Il faut surveiller l'infection à VIH chez les tuberculeux dans tous les pays, quel que soit le taux national de prévalence du VIH chez les adultes.
2. Dans les pays où l'on ignore le taux de prévalence du VIH chez les tuberculeux, il faut mener une enquête de séroprévalence (périodique² ou sentinelle³) pour connaître la situation.
3. Dans les pays où l'épidémie est généralisée,⁴ la surveillance doit reposer sur le dépistage du VIH et le conseil pour tous les tuberculeux. Si ces services ne sont pas encore en place, des enquêtes périodiques ou par réseau sentinelle sont une solution de repli.
4. Dans les pays où l'épidémie est concentrée,⁵ où les groupes à haut risque de VIH se trouvent dans certaines divisions admi-

² Enquête transversale de séroprévalence du VIH auprès d'un petit groupe représentatif de tuberculeux dans un pays.

³ En incluant les tuberculeux comme groupe sentinelle dans le cadre du système général de surveillance du VIH par réseau sentinelle.

⁴ Epidémie généralisée: prévalence du VIH constamment >1% chez les femmes enceintes.

⁵ Epidémie concentrée: la prévalence du VIH est constamment >5% dans au moins un sous-groupe défini de la population et est <1% chez les femmes enceintes des zones urbaines.

ministrative areas, HIV testing and counselling for all tuberculosis patients in those administrative areas should form the basis for surveillance. Where these services are not yet in place, periodic surveys or sentinel surveys are suitable alternatives.

5. In countries with a low-level epidemic state,⁶ periodic surveys or sentinel surveys are recommended.

A.3. Carry out joint TB/HIV planning

A.3.1. Resource mobilization for TB/HIV

1. Countries should ensure mobilization of sufficient and qualified human resources to implement collaborative TB/HIV activities in accordance with country-specific situations.
2. The TB/HIV coordinating bodies should be responsible for the governance and the mobilization of resources to implement collaborative TB/HIV activities, thus avoiding competing for the same resources.

A.3.2. TB/HIV capacity building, including training

1. Tuberculosis and HIV/AIDS programmes should draw up a joint training plan to provide pre-service and in-service training, and continuing medical education on collaborative TB/HIV activities for all categories of health care workers.
2. Tuberculosis and HIV/AIDS programmes should jointly ensure laboratory capacity, drug and reagent supply, and effective referral systems to implement collaborative TB/HIV activities.

A.3.3. TB/HIV advocacy, programme communication and social mobilization

1. Well designed TB/HIV advocacy activities that are jointly planned to ensure coherence between their messages and targeted at key stakeholders and decision-makers should be carried out at global, national, regional and local levels.
2. Tuberculosis and HIV/AIDS programmes should develop joint TB/HIV programme communication and social mobilization strategies that address the needs of individual clients and patients and of communities affected by HIV/AIDS and tuberculosis.
3. The joint communication strategies should ensure the mainstreaming of HIV communication components in tuberculosis and the tuberculosis communication components in HIV.

A.3.4. Enhancing community involvement

1. All stakeholders, including tuberculosis and HIV/AIDS programmes, should ensure the inclusion of TB prevention and care in community-based HIV/AIDS prevention, care and support services. Community TB prevention and care services should also include HIV/AIDS prevention, care and support activities in their services.
2. All stakeholders, including tuberculosis and HIV/AIDS programmes, should ensure the involvement of TB and HIV patient support groups and their communities in the planning, implementation and advocacy for collaborative TB/HIV activities.

nistratives, la surveillance doit reposer sur le dépistage du VIH et le conseil pour tous les tuberculeux dans les divisions administratives concernées. Si ces services ne sont pas en place, des enquêtes périodiques ou par réseau sentinelle sont une solution de repli.

5. Dans les pays où l'épidémie est peu importante,⁶ il est recommandé de faire des enquêtes périodiques ou par réseau sentinelle.

A.3. Procéder à une planification conjointe tuberculose/VIH

A.3.1. Mobilisation des ressources

1. Les pays doivent mobiliser suffisamment de ressources et de personnel qualifié pour mener à bien les activités communes tuberculose/VIH selon la situation qui leur est propre.
2. Les organes de coordination tuberculose/VIH doivent être chargés d'administrer et de mobiliser les ressources nécessaires pour mener à bien les activités communes et éviter ainsi que les programmes contre la tuberculose et le VIH/SIDA ne se fassent concurrence.

A.3.2. Développement du potentiel et formation

1. Les programmes contre la tuberculose et le VIH/SIDA doivent établir un plan commun de formation initiale, de formation en cours d'emploi et de formation continue aux activités communes tuberculose/VIH pour toutes les catégories de personnels de santé.
2. Les programmes contre la tuberculose et le VIH/SIDA doivent assurer ensemble les services de laboratoire, l'approvisionnement en médicaments et en réactifs et l'orientation-recours nécessaires pour mener à bien les activités communes tuberculose/VIH.

A.3.3. Action de sensibilisation, communication et mobilisation sociale

1. Il faut planifier et mener aux niveaux mondial, national, régional et local une action de sensibilisation commune bien pensée afin de transmettre des messages cohérents aux décideurs et aux principaux acteurs.
2. Les programmes contre la tuberculose et le VIH/SIDA doivent élaborer des stratégies communes de communication et de mobilisation sociale qui tiennent compte des besoins individuels des patients et des besoins collectifs des communautés touchés par l'infection à VIH/SIDA et la tuberculose.
3. Les stratégies communes de communication doivent permettre d'intégrer le VIH à la communication sur la tuberculose et vice-versa.

A.3.4. Participation communautaire

1. Tous les acteurs, y compris les programmes contre la tuberculose et le VIH/SIDA, doivent inclure la prévention et la prise en charge de la tuberculose dans les services communautaires de prévention, de soins et d'appui VIH/SIDA, et inversement.
2. Tous les acteurs, y compris les programmes contre la tuberculose et le VIH/SIDA, doivent veiller à ce que les groupes de soutien aux tuberculeux et aux personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi que les communautés auxquelles ils appartiennent participent à la planification, à la mise en œuvre et à la promotion des activités communes tuberculose/VIH.

⁶ Low-level epidemic state: HIV prevalence has not consistently exceeded 5% in any defined subpopulation.

⁶ Epidémie peu importante : la prévalence du VIH n'a jamais régulièrement dépassé 5% dans aucun sous-groupe de la population.

A.3.5. Operational research to enhance collaborative TB/HIV activities

All stakeholders of collaborative TB/HIV activities, including both tuberculosis and HIV/AIDS programmes, should support and encourage TB/HIV operational research on country-specific issues to develop the evidence base for efficient and effective implementation of collaborative TB/HIV activities.

A.4. Monitoring and evaluation of collaborative TB/HIV activities

1. Tuberculosis and HIV/AIDS programmes should agree on a core set of indicators and data collection tools and should collect data for monitoring and evaluation of collaborative TB/HIV activities.
2. The WHO guidelines for monitoring and evaluation of collaborative TB/HIV activities should be used as a basis to standardize country-specific monitoring and evaluation activities.

B. Decrease the burden of tuberculosis in people living with HIV/AIDS

B.1. Establish intensified tuberculosis case-finding

1. Intensified tuberculosis case-finding should be established in all HIV testing and counselling settings using, at a minimum, a simple set of questions to identify suspected tuberculosis cases as soon as possible. The questions should be asked by trained counsellors.
2. A referral system should be established between HIV counselling and testing and tuberculosis diagnostic and treatment centres.
3. Tuberculosis case-finding in people living with HIV/AIDS in clinics and hospitals, household contacts, high HIV-risk populations and congregate settings should be intensified by increasing the awareness and knowledge of interactions between tuberculosis and HIV in health care workers and the populations they serve, by identifying suspected tuberculosis cases and by referring them for diagnosis on a regular basis.

B.2. Introduce isoniazid preventive therapy

1. HIV/AIDS programmes should provide isoniazid preventive therapy as part of the package of care for people living with HIV/AIDS when active tuberculosis is safely excluded.
2. Information about isoniazid preventive therapy should be made available to all people living with HIV/AIDS.

B.3. Ensure tuberculosis infection control in health care and congregate settings

Each health care and congregate setting should have a tuberculosis infection control plan, supported by all stakeholders, which includes administrative, environmental and personal protection measures to reduce transmission of tuberculosis in health care and congregate settings.

C. Decrease the burden of HIV in tuberculosis patients

C.1. Provide HIV testing and counselling

1. HIV testing and counselling should be offered to all tuberculosis patients in settings where the HIV prevalence among tuberculosis patients exceeds 5%.

A.3.5. Recherche opérationnelle

Tous ceux qui participent aux activités communes tuberculose/VIH, y compris les programmes contre la tuberculose et le VIH/SIDA, doivent soutenir et encourager la recherche opérationnelle sur les aspects tuberculose/VIH propres aux pays afin de constituer la base factuelle indispensable pour mener des activités communes rationnelles et efficaces.

A.4. Suivi et évaluation

1. Les programmes contre la tuberculose et le VIH doivent s'entendre sur une série d'indicateurs et de méthodes de collecte de données dont ils se serviront pour suivre et évaluer leurs activités communes.
2. Il faut normaliser les activités de suivi et d'évaluation des différents pays en se fondant sur les directives de l'OMS concernant le suivi et l'évaluation des activités communes tuberculose/VIH.

B. Réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA

B.1. Intensifier le dépistage de la tuberculose

1. Partout où sont assurés le dépistage du VIH et le conseil, il faut intensifier le dépistage de la tuberculose, en posant, au minimum, une série de questions pour déceler le plus tôt possible les cas suspects. Les questions doivent être posées par des conseillers qualifiés.
2. Un système d'orientation-recours doit être instauré entre les services de dépistage du VIH et de conseil et les centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose.
3. Il faut intensifier le dépistage de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les dispensaires et les hôpitaux, chez les contacts domiciliaires, chez les populations très exposées au VIH et dans les collectivités en informant les personnels de santé et les populations qu'ils desservent sur les interactions entre la tuberculose et le VIH, en repérant les cas suspects et en les orientant systématiquement vers des services de diagnostic.

B.2. Instaurer le traitement préventif par l'isoniazide

1. Les programmes contre le VIH/SIDA doivent inclure le traitement préventif par l'isoniazide dans l'ensemble de soins dispensés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA lorsque l'absence de tuberculose évolutive est établie avec certitude.
2. Toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA doivent être informées sur le traitement préventif par l'isoniazide.

B.3. Lutter contre la tuberculose dans les établissements de santé et les collectivités

Tous les établissements de santé et collectivités doivent avoir un plan de lutte contre la tuberculose approuvé par tous les intéressés et prévoyant des mesures de protection administratives, environnementales et personnelles afin de réduire la transmission de l'infection.

C. Réduire la charge de l'infection à VIH chez les tuberculeux

C.1. Assurer des services de dépistage du VIH et de conseil

1. Il faut offrir des services de dépistage du VIH et de conseil à tous les tuberculeux lorsque la prévalence du VIH dépasse 5% chez ceux-ci.

2. Tuberculosis control programmes should mainstream provision of HIV testing and counselling in their operations or establish a referral linkage with HIV/AIDS programmes to do so.

C.2. Introduce HIV prevention methods

1. Tuberculosis control programmes should develop and implement comprehensive HIV prevention strategies for their patients, targeting sexual, parenteral or vertical transmission, or should establish a referral linkage with HIV/AIDS programmes to do so.
2. All clients attending tuberculosis clinics should be screened for sexually transmitted infections using a simple questionnaire or other recommended approaches. Those with symptoms of sexually transmitted infections should be treated or referred to the relevant treatment providers.
3. Tuberculosis control programmes should implement procedures for reduction of occupational and nosocomial exposure to HIV infection in their services.
4. Tuberculosis control programmes should provide harm reduction measures for tuberculosis patients when intravenous drug use is a problem or should establish a referral linkage with HIV/AIDS programmes to do so.
5. Tuberculosis control programmes should ensure that vertical transmission is prevented, referring pregnant HIV-infected clients to providers of prevention of mother-to-child transmission services.

C.3. Introduce co-trimoxazole preventive therapy

Tuberculosis and HIV/AIDS programmes should establish a system to provide co-trimoxazole preventive therapy to eligible people living with HIV/AIDS who have active tuberculosis.

C.4. Ensure HIV/AIDS care and support

1. All people living with HIV/AIDS in whom tuberculosis is diagnosed should also be provided with HIV/AIDS care and support services.
2. Tuberculosis control programmes should establish a referral linkage with HIV/AIDS programmes to provide the continuum of care and support for people living with HIV/AIDS who are receiving or who have completed their tuberculosis treatment.

C.5. Introduce antiretroviral therapy

1. Antiretroviral therapy should be offered to all HIV-positive tuberculosis patients, depending on the eligibility criteria for the therapy in tuberculosis patients in each country and the drug interactions.
2. Tuberculosis and HIV/AIDS programmes should create a mechanism to provide antiretroviral therapy to eligible HIV-positive tuberculosis patients.

3. Recommendations to commence collaborative TB/HIV activities

- 3.1. Countries with national adult HIV prevalence rates $\geq 1\%$ or those in which national HIV prevalence among tuberculosis patients is $\geq 5\%$ (Category I) should implement all the collaborative TB/HIV activities described in Table 1.

2. Les programmes de lutte antituberculeuse doivent intégrer le dépistage du VIH et le conseil à leurs opérations ou établir un système de renvoi aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA, qui se chargeront d'assurer ces prestations.

C.2. Adopter des méthodes de prévention de l'infection à VIH

1. Les programmes de lutte antituberculeuse devraient élaborer et appliquer des stratégies exhaustives de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et parentérale et de la transmission verticale, ou établir un système de renvoi aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA, qui se chargeront d'assurer ces prestations.
2. Il faut dépister les infections sexuellement transmissibles chez tous les patients qui consultent les centres antituberculeux en leur demandant de répondre à un questionnaire simple ou au moyen des approches conseillées. Ceux qui présentent des symptômes d'infection sexuellement transmissible devront être mis sous traitement ou orientés vers des services compétents.
3. Les programmes de lutte antituberculeuse doivent prévoir des mesures contre l'exposition professionnelle ou nosocomiale au VIH dans les services concernés.
4. Les programmes de lutte antituberculeuse doivent prévoir des mesures visant à réduire les risques pour les tuberculeux qui s'injectent des drogues ou établir un système de renvoi aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA, qui se chargeront de prendre les mesures nécessaires.
5. Les programmes de lutte antituberculeuse doivent prévenir la transmission verticale en orientant les femmes enceintes infectées par le VIH vers des prestataires qui assurent des services de prévention de la transmission mère-enfant.

C.3. Instaurer le traitement préventif par le co-trimoxazole

Les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA doivent instaurer un système permettant de dispenser un traitement préventif par le co-trimoxazole aux personnes vivant avec le VIH/SIDA qui souffrent de tuberculose évolutive.

C.4. Offrir soins et appui en cas d'infection à VIH/SIDA

1. Tous les tuberculeux chez qui l'on diagnostique l'infection à VIH/SIDA doivent également bénéficier de soins et de services d'appui liés au VIH/SIDA.
2. Les programmes de lutte antituberculeuse doivent établir un système de renvoi aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA afin d'assurer la continuité des soins et de l'appui aux personnes vivant avec le VIH/SIDA qui suivent ou ont suivi un traitement antituberculeux.

C.5. Instaurer le traitement antirétroviral

1. Un traitement antirétroviral doit être offert à tous les tuberculeux VIH-positifs selon les critères appliqués par chaque pays pour traiter les tuberculeux et en fonction des interactions médicamenteuses.
2. Les programmes contre la tuberculose et le VIH/SIDA doivent créer un mécanisme permettant de dispenser un traitement antirétroviral aux tuberculeux VIH-positifs qui peuvent y prétendre.

3. Recommandations pour la mise en place d'activités communes

- 3.1. Les pays où la prévalence du VIH est $\geq 1\%$ chez les adultes ou $\geq 5\%$ chez les tuberculeux (catégorie I) doivent entreprendre toutes les activités répertoriées dans le tableau 1.

- 3.2.** Countries with national adult HIV prevalence rates below 1% and administrative areas with adult HIV prevalence rates $\geq 1\%$ (Category II) should implement all collaborative TB/HIV activities in those administrative areas with adult HIV prevalence rates $\geq 1\%$ and should implement activities as Category III countries in other parts of the country.
- 3.3.** Countries with national adult HIV prevalence rates below 1% and with no administrative areas with adult HIV prevalence rates $\geq 1\%$ (Category III) should conduct surveillance of HIV prevalence among TB patients and implement the activities aimed at decreasing the burden of tuberculosis in people living with HIV/AIDS (intensified tuberculosis case-finding, isoniazid preventive therapy, tuberculosis infection control in health care and congregate settings). ■

- 3.2.** Les pays où la prévalence du VIH est inférieure à 1% chez les adultes au niveau national mais $\geq 1\%$ dans certaines divisions administratives (catégorie II) doivent entreprendre toutes les activités du tableau 1 dans les divisions administratives en question et seulement celles prévues pour les pays de la catégorie III sur le reste du territoire.
- 3.3.** Les pays où la prévalence du VIH est inférieure à 1% chez les adultes au niveau national et n'est $\geq 1\%$ dans aucune division administrative (catégorie III) doivent surveiller la prévalence du VIH chez les tuberculeux et entreprendre les activités destinées à réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA (dépistage intensif de la tuberculose, traitement préventif par l'isoniazide, lutte contre la tuberculose dans les établissements de santé et les collectivités). ■

Influenza

Belgium (20 December 2003).¹ In week 51, influenza activity of A(H3N2) was reported as widespread for the 4th week running, but the number of viruses detected decreased.

Canada (20 December 2003).² During week 51, widespread influenza activity continued in Ontario, while a continuing decline in activity was observed in the Northwest Territories and Saskatchewan. The influenza-like-illness (ILI) consultation rate was below the baseline. During week 51, 17.0% of 771 laboratory tests were positive for influenza A and 0.2% were positive for influenza B. Of the 374 influenza viruses antigenically characterized by the National Microbiology Laboratory to date, 347 (93%) were A/Fujian/411/2002-like, 25 (7%) were A/Panama/2007/99-like, one was an A/New Caledonia/20/99 (H1N1)-like virus and one was A(H1N2).

Czech Republic (20 December 2003).² A slight but continuing increase of influenza A(H3N2) activity has been noted since week 48. Localized influenza activity was reported in week 51, with 8 influenza A viruses detected.

Finland (20 December 2003).³ Influenza A(H3N2) activity continued to increase in week 51 and was reported as widespread for the 3rd week. All viruses subtyped so far were antigenically related to A/Fujian/411/2002-like viruses.

France (27 December 2003).³ Activity of influenza A(H3N2) continued to be widespread but appeared to have stabilized or to be declining in most regions.

Greece (27 December 2003).⁴ Influenza activity increased significantly in week 52; 17 influenza A(H3N2) and 1 A(H1N1) viruses were detected.

Israel (27 December 2003).⁴ Influenza activity remained at a high level in weeks 51 and 52 although the number of viruses detected started to decline.

Latvia (27 December 2003).⁴ Influenza activity remained at a low level, but an upward trend has been noted since week 49.

Mexico (20 December 2003).⁴ Localized activity of influenza A viruses continued in week 51 for the 3rd week running.

Norway (27 December 2003).⁴ Widespread influenza activity continued to be reported in weeks 51 and 52, but the incidence of ILI decreased slightly; the number of laboratory-confirmed cases also appeared to be levelling off after several

Grippe

Belgique (20 décembre 2003).¹ Au cours de la semaine 51, l'activité grippale due au virus A(H3N2) a été signalée comme étant générale pour la quatrième semaine consécutive mais le nombre de virus dépistés a diminué.

Canada (20 décembre 2003).² Au cours de la semaine 51, une activité grippale générale a persisté en Ontario, alors qu'elle a continué à baisser dans les Territoires du Nord-Ouest et dans la Saskatchewan. Le taux de consultations pour syndromes grippaux est au-dessous du niveau de base national. Au cours de cette même semaine, sur les 2567 tests en laboratoire effectués, 17,0% des spécimens ont été testés positifs à la grippe A et 0,2% à la grippe B. Sur les 374 virus grippaux antigéniquement caractérisés à ce jour par le Laboratoire national de microbiologie, 347 (93%) étaient des virus analogues à A/Fujian/411/2002, 25 (7%) étaient analogues à A/Panama/2007/99, un à A/New Caledonia/20/99A et un autre à A(H1N2).

République tchèque (20 décembre 2003).² On a noté depuis la semaine 48 une hausse légère mais persistante de l'activité grippale due au virus A(H3N2). Au cours de la semaine 51, on a signalée une activité localisée, avec le dépistage de 8 virus grippaux de type B.

Finlande (20 décembre 2003).³ L'activité grippale due au virus A(H3N2) a continué à augmenter et au cours de la semaine 51, elle a été signalée comme générale pour la troisième semaine consécutive. Tous les virus sous-typés jusqu'à ce jour étaient antigéniquement liés aux virus analogues à A/Fujian/411/2002.

France (27 décembre 2003).³ L'activité grippale généralisée due au virus A (H3N2) a persisté en France bien qu'elle soit apparue comme stable ou sur le déclin dans la plupart des régions.

Grèce (27 décembre 2003).³ L'activité grippale a considérablement augmenté au cours de la semaine 52, avec le dépistage de 17 virus grippaux de type A(H3N2) et 1 de type A(H1N1).

Israël (27 décembre 2003).⁴ L'activité grippale est restée élevée pendant les semaines 51 et 52 bien que le nombre de virus dépistés a commencé à baisser.

Lettonie (27 décembre 2003).⁴ L'activité grippale est restée faible, mais on a noté une tendance à la hausse depuis la semaine 49.

Mexico (20 décembre 2003).³ Les virus grippaux de type A ont continué à être localement actifs et ce pour la troisième semaine consécutive.

Norvège (27 décembre 2003).³ Au cours des semaines 51 et 52, on a continué à signaler une activité grippale généralisée mais le taux d'incidence pour syndromes grippaux a légèrement baissé et il semblerait que le nombre de cas confirmés en laboratoire se soit stabilisé après

¹ See No. 4, 2003, p. 24.

² See No. 50, 2003, p. 430-432.

³ See No. 51/52, 2003, p. 440.

⁴ See No. 49, 2003, p. 424.

¹ Voir No. 4, 2003, p. 24.

² Voir No. 50, 2003, p. 430-432.

³ Voir No. 51/52, 2003, p. 440.

⁴ Voir No. 49, 2003, p. 424.

weeks of substantial increase. While influenza A(H3) activity was reported in all health regions, A(H1) activity was confined to south-east Norway. Of 753 influenza A viruses detected so far, 163 were subtyped as A(H3), and 25 as A(H1). All A(H3) strains antigenically characterized were A/Fujian/411/2002-like, and all A(H1) strains were A/New Caledonia/20/99-like.

Portugal (27 December 2003).³ The widespread activity of influenza A(H3N2) that had lasted for 5 weeks began to decline rapidly in week 51. In week 52, influenza activity was reported as sporadic with no viruses detected.

Russian Federation (27 December 2003).³ Influenza activity continued to increase in weeks 51 and 52 and was reported as widespread in most regions. Most of the influenza viruses detected were A(H3N2). The Influenza Ecology and Epidemiology Centre antigenically characterized 15 influenza A(H3N2) viruses in the second half of December 2003: 10 were A/Fujian/411/2002-like and 5 were A/Panama/2007/99-like.

Spain (27 December 2003).² Influenza activity continued to decline in weeks 51 and 52 with an ILI consultation rate of 63 per 100 000 population, which is below the national baseline.

Switzerland (27 December 2003).³ Influenza activity continued to increase and was reported as widespread in weeks 51 and 52. All influenza A(H3) viruses antigenically characterized so far were A/Fujian/411/2002-like.

Ukraine (27 December 2003).² Influenza activity continued to increase in weeks 51 and 52, especially in northern and eastern parts of the country where widespread activity was reported. Both influenza A(H3N2) and A(H1N1) viruses were detected.

United States (27 December 2003).³ The overall ILI consultation rate continued to increase (9.4%), and the pneumonia and influenza mortality (9.0%) was above the epidemic threshold (7.9%) for week 52, although the number of states reporting widespread influenza activity decreased. Widespread influenza activity was reported in 42 states, New York City and the District of Columbia, and regional activity was reported in 8 states during week 52. Of the specimens tested, 28.1% were positive for influenza, with 984 influenza A viruses and 4 B viruses identified. Since week 40, the Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta have antigenically characterized 2 influenza A(H1) viruses, 357 A(H3N2) viruses and 2 B viruses. Of the 357 A(H3N2) viruses characterized, 91 (25.5%) are A/Panama/2007/99-like and 266 (74.5%) are A/Fujian/411/2002-like.

Other reports. Low influenza activity was reported in Algeria, Austria,² Chile,³ Croatia,³ Hong Kong (Special Administrative Region of China),² Hungary,³ Iceland,³ Japan,² Madagascar,⁵ Serbia & Montenegro,² Slovenia and Thailand.² Argentina⁶ and Poland³ reported no influenza activity. ■

plusieurs semaines de hausse considérable. Alors qu'une activité grippale due au virus A(H3) était signalée dans toutes les régions sanitaires, l'activité grippale due à A(H1) se limitait quant à elle au sud-est de la Norvège. Sur les 753 virus grippaux A dépistés à ce jour, 163 étaient de sous-type A(H3) et 25 de sous-type A(H1). Tous les virus A(H3) antigeniquement caractérisés étaient analogues à A/Fujian/411/2002 et tous les virus A(H1), analogues à A/New Caledonia/20/99.

Portugal (27 décembre 2003).³ L'activité grippale générale a duré 5 semaines, avant de commencer à baisser rapidement à partir de la semaine 51. On a signalé une activité sporadique au cours de la semaine 52 mais aucun virus n'a été dépisté.

Fédération de Russie (27 décembre 2003).³ L'activité grippale a continué à augmenter au cours des semaines 51 et 52 et elle a été signalée comme généralisée dans la plupart des régions de Russie. La majorité des virus grippaux dépistés était de type A(H3N2). Le centre pour l'écologie et l'épidémiologie de la grippe a antigeniquement caractérisés 15 virus grippaux de type A(H3N2) pendant la deuxième moitié de décembre; 10 étaient analogues à A/Fujian/411/2002 et les 5 autres à A/Panama/2007/99.

Espagne (27 décembre 2003).² L'activité grippale a continué à baisser au cours des semaines 51 et 52, avec un taux de consultations pour syndromes grippaux de 63 cas pour 100 000 consultations, ce qui est au-dessous du niveau de base national.

Suisse (27 décembre 2003).³ L'activité grippale a continué à augmenter et a été signalée comme généralisée au cours des semaines 51 et 52. Tous les virus A(H3) antigeniquement caractérisés à ce jour étaient analogues à A/Fujian/411/2002.

Ukraine (27 décembre 2003).² L'activité grippale a continué à augmenter au cours des semaines 51 et 52, particulièrement au nord et à l'est du pays, où elle a été signalée comme généralisée. Les virus grippaux A(H3N2) et A(H1N1) ont tous deux été dépistés.

Etats-Unis (27 décembre 2003).³ Au cours de la semaine 52, le taux de consultations pour syndromes grippaux (9,4%) a continué à augmenter, et la mortalité due à pneumonie et à la grippe (9,0%) était au-dessus du seuil épidémique (7,9%) et ce, bien que le nombre d'états signalant une activité générale a diminué. On a signalé une activité grippale généralisée dans 42 états, ainsi qu'à New York City et dans le district de Columbia et une activité régionale dans 8 autres. Parmi les spécimens testés, 28,1% se sont avérés positifs à la grippe et on a identifié 984 virus grippaux A et 4 virus grippaux B. Depuis la semaine 40, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) à Atlanta ont antigeniquement caractérisés 2 virus A(H1), 357 virus grippaux A(H3N2) – parmi lesquels 91 (25,5%) étaient analogues à A/Panama/2007/99 et 266 (74,5%) à A/Fujian/411/2002 – ainsi que 2 virus B.

Autres rapports. Une activité grippale faible a été signalée en Algérie, en Autriche,² au Chili,³ en Croatie,³ à Hong Kong (Région administrative spéciale de la Chine),² en Hongrie,³ en Islande,³ au Japon,² à Madagascar,⁵ en Serbie & Montenegro,³ en Slovénie et en Thaïlande.² L'Argentine⁶ et la Pologne³ n'ont signalé aucune activité grippale. ■

⁵ See No. 46, 2003, p. 404.

⁶ See No. 48, 2003, p. 416.

⁵ Voir No. 46, 2003, p. 404.

⁶ Voir No. 48, 2003, p. 416.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 2 to 8 January 2004 / Notifications de maladies reçues du 2 au 8 janvier 2004

Cholera / Choléra		Cases / Deaths Cas / Décès	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique			Liberia / Libéria		
Benin / Bénin	8-21.XII.2003	16	3	24.XI-14.XII.2003	628
.....	.....	.....	.....	.....	0
Democratic Republic of the Congo / République démocratique du Congo	1-21.XII.2003	451	6	18-28.XII.2003	70
.....	.....	.....	.....	.....	5
				24.XI-7.XII.2003	134
				.....	5
				Uganda / Ouganda	20.X-16.XI.2003
				.....	447
				.....	1
				Zambia / Zambie	25.XI- 4.XII.2003
				.....	39
				Zimbabwe	20.XI- 7.XII
				.....	416
				Asia / Asie	
				India / Inde	20.VI- 20.IX
				.....	1721
				.....	1