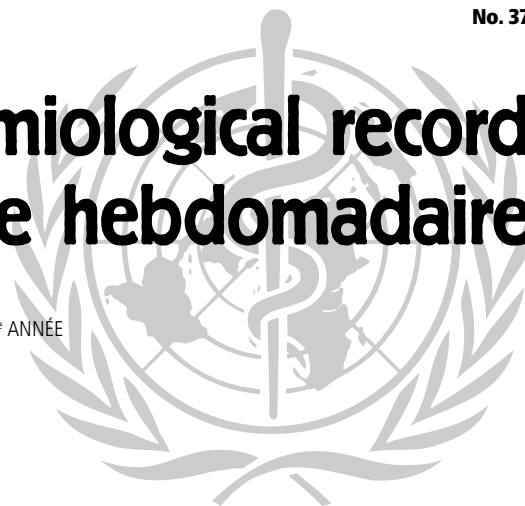


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

10 SEPTEMBER 2004, 79th YEAR / 10 SEPTEMBRE 2004, 79^e ANNÉE

No. 37, 2004, 79, 329–340

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

Contents

- 329 Outbreak News:
- Cholera, Chad
 - Hepatitis E, Chad – update
 - Rabies, France
- 331 Performance of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and incidence of poliomyelitis, 2003–2004
- 334 Special campaigns to eliminate leprosy: improving services
- 339 Corrigendum
- 339 Influenza activity
- 340 WHO web sites on infectious diseases
- 340 International Health Regulations

Sommaire

- 329 Le point sur les épidémies:
- Choléra, Tchad
 - Hépatite E, Tchad – mise à jour
 - Rage, France
- 331 Fonctionnement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et incidence de la poliomyélite, 2003-2004
- 334 Campagnes spéciales pour l'élimination de la lèpre: amélioration des services
- 339 Rectificatif
- 339 Activité grippale
- 340 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses
- 340 Règlement sanitaire international

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Genève

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

5.500 9.2004
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Cholera, Chad

A total of 2046 cases and 98 deaths (case-fatality rate, 4.8%) was reported between 14 June and 22 August 2004 in Western Chad, some distance from the refugee camps in the east of the country. The outbreak started in Massaguet (Hadjar Lamine) north of N'Djamena; from there, it spread to Lac and Kanem provinces as well as to the capital city N'Djamena. The previous week a total of 453 new cases occurred in N'Djamena.

No cases have been reported from the eastern part of Chad where the refugees from Darfur are gathering, though they are seen to be at high risk. They have only limited access to water and proper sanitation is scarce, with the rainy season continuing.

In N'Djamena, the city council together with the Ministry of Health and other partners are working to improve sanitation and access to safe water.

Hepatitis E, Chad – update¹

Between 26 June and 2 September 2004 a total of 1077 cases and 35 deaths (case-fatality rate, 3.2%) of suspected hepatitis E was reported from the refugees camps Goz Amer (973 cases; 31 deaths) and Goz Abal (63 cases; 3 deaths) and from the neighbouring communities (Am-Bitin, Am-Ouchar, Aradibe, Habile, Koukou).

The WHO investigation team arrived in Koukou near Goz Amer camp on 2 September. They will identify the risk factors of the disease, and recommend appropriate control measures, including those targeting the water and sanitation conditions.

¹ See No. 36, 2004, p. 321.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Choléra, Tchad

Du 14 juin au 22 août 2004, 2046 cas dont 98 mortels (taux de létalité de 4,8%) ont été notifiés dans l'ouest du Tchad, à une certaine distance des camps de réfugiés situés à l'est du pays. L'épidémie a démarré à Massaguet (Hadjar Lamine), au nord de N'Djamena puis, à partir de là, s'est propagée dans les provinces du Lac et de Kanem ainsi que dans la capitale. La semaine dernière, on a observé 453 nouveaux cas à N'Djamena.

Aucun cas n'a été signalé dans l'est du Tchad où les réfugiés du Darfour se regroupent. En pleine saison des pluies, on considère qu'ils sont fortement exposés au risque car ils n'ont qu'un accès limité à l'eau et l'assainissement est rarement suffisant.

A N'Djamena, le conseil municipal, le Ministère de la Santé et leurs partenaires s'efforcent d'améliorer l'assainissement et l'accès à une eau sûre.

Hépatite E, Tchad – mise à jour¹

Entre le 26 juin et le 2 septembre 2004, 1077 cas suspects d'infection par le virus de l'hépatite E et 35 décès (taux de létalité, 3,2%) ont été signalés par les camps de réfugiés de Goz Amer (973 cas dont 1 décès) et de Goz Abal (63 cas dont 3 décès) ainsi que par les communautés avoisinantes (Am-Bitin, Am-Ouchar, Aradibe, Habile, Koukou).

L'équipe d'investigation de l'OMS est arrivée le 2 septembre à Koukou, près du camp de Goz Amer. Elle identifiera les facteurs de risques et recommandera des mesures de lutte appropriées, y compris celles concernant l'eau et l'assainissement.

¹ Voir N° 36, 2004, p. 321.

Rabies, France

On 1 September 2004, French health authorities notified WHO of a recent case of rabies in a dog with multiple opportunities to transmit the disease to humans and other animals. WHO is issuing this alert to assist the French authorities in tracing persons and their animals known or thought to have been in contact with the infected dog during the period when virus transmission is possible. The dog, accompanied by her owner, was present at several public gatherings in south-western France during a time when numerous tourists were visiting this part of the country.

On 26 August 2004, the Pasteur Institute in Paris, France, confirmed that the dog was rabid. The dog, a 4-month-old female, was acquired near Agadir, Morocco, in early July 2004 and illegally imported into France on 11 July 2004. The dog, which was neither registered nor vaccinated against rabies, showed initial clinical signs of illness on 18 August and died on 21 August.

The dog is described as of medium size, with medium-length hair of a brown-apricot colour, black muzzle, long tail, and drooping ears.

Transmission of rabies from this animal to humans and other animals could have occurred at any time from 2 August to 21 August 2004. Several opportunities for exposure occurred. The dog's owner, a resident of Bordeaux in the Gironde region, frequently took the dog for walks throughout the city, but most often in the neighbourhoods of Pont de Pierre, Bastide, quai de Queyries, the botanical gardens, and near the lake of Bordeaux. The owner also travelled with the dog to other parts of south-western France as follows:

- on 2 August to Hostens (Gironde region)
- on 5 August to the Mimos Festival in Périgueux (Dordogne region)
- from 7 to 8 August to a street theatre festival in Miramont de Guyenne (Lot and Garonne region)
- from 12 to 14 August to the Fest'Art music festival in Libourne (Gironde region).

Throughout the period from 2 to 21 August, the infected dog had several contacts with persons and dogs and is known to have bitten some persons. Several of these people have been identified and treated against rabies.

French authorities are now urgently seeking any additional persons and animals who may have been in contact with this dog during the infectious period. In particular, the authorities are seeking:

- a French-North African couple with two children (a boy and girl around the age of 5 years) who played with the dog one night (date not known) after 21:00 in Bordeaux on the Quai rive gauche;
- a young lady speaking French with a Spanish accent who was walking near the lake of Bordeaux with her young daughter and a small white West Highland terrier dog on 10 or 11 August;
- a cyclist, around 40 years old, who was chased by the dog on the docks of Garonne in front of the restaurant l'Estacade;
- a couple, around 50 years old, who played with the dog near Lac Bleu in Léognan (Gironde).

Rage, France

Le 1^{er} septembre 2004, les autorités sanitaires françaises ont informé l'OMS d'un cas de rage récent chez un chien pouvant potentiellement transmettre la maladie à des personnes et d'autres animaux. L'OMS publie cette alerte afin d'assister les autorités française à retrouver les personnes et les animaux qui ont été ou auraient pu être en contact avec le chien contaminé durant la période pendant laquelle la transmission du virus était possible. Le chien, accompagné de son maître, s'est rendu dans plusieurs endroits très fréquentés alors que de nombreux touristes visitaient cette partie de la France.

Le 26 août 2004, l'Institut Pasteur de Paris (France) a confirmé que le chiot était enragé. L'animal, une femelle âgée de 4 mois, a été recueilli près d'Agadir (Maroc) début juillet 2004 et a été importé illégalement en France le 11 juillet 2004. Il n'était pas identifié ni vacciné contre la rage, a manifesté les premiers signes cliniques de la maladie le 18 août 2004 et est mort le 21 août 2004.

Le chien est de taille moyenne, poils mi-longs, et de couleur marron/abricot avec le museau noir, une queue longue et des oreilles tombantes.

Il a pu exister un risque de contamination pour les hommes et les animaux, à n'importe quel moment entre le 2 août et le 21 août 2004. Le propriétaire de l'animal résidant à Bordeaux (Gironde, France) s'est fréquemment promené dans toute la ville, en particulier dans les quartiers du Pont de pierre, de la Bastide, du quai de Queyries, du jardin botanique et de Bordeaux lac. Il s'est en outre rendu dans d'autres endroits du Sud-Ouest de la France:

- le 2 août à Hostens (Gironde)
- le 5 août au festival Mimos à Périgueux (Dordogne)
- du 7 au 8 août au festival de théâtre de rue à Miramont de Guyenne (Lot et Garonne)
- du 12 au 14 août au festival de musique Fest'Art de Libourne (Gironde).

Pendant toute cette période du 2 au 21 août, cet animal enragé a eu de nombreux contacts avec des personnes et des chiens et il a mordu certaines personnes. Plusieurs personnes à risque ont été retrouvées et traitées contre la rage.

Les autorités française recherchent d'urgence toutes les personnes et animaux ayant pu être en contact avec cet animal, et notamment:

- un couple franco maghrébin, avec 2 enfants (un garçon et une fille d'environ 5 ans) ayant joué avec cette chienne un soir (date non précisée) après 21 heures, Quai rive gauche.
- une jeune femme parlant français avec un accent espagnol qui se promenait à Bordeaux-Lac avec sa fillette et un petit chien blanc de race West Highland Terrier vers le 10 ou 11 août
- un cycliste d'environ 40 ans qui aurait été poursuivi par le chien sur les quais de la Garonne devant le restaurant l'Estacade
- un couple d'environ 50 ans qui aurait joué avec le chien au bord du «Lac Bleu» à Léognan (Gironde)

Persons fitting these descriptions are asked urgently to telephone this emergency number in Gironde: (+33) 5 56 90 60 00. Persons who believe their dog may have been in contact with the infected animal, involving licking, sniffing, playing, scratching, or bites, should contact a local veterinary service for an assessment of the risk.

Rabies, a viral disease, is invariably fatal in infected humans and animals. Vaccine administered shortly after exposure and immunoglobulin when required can prevent development of the disease. Rabies can be transmitted throughout the period of infectivity via saliva, bites, scratches, or licking.

For more information, please consult WHO fact sheet on rabies¹ or WHO rabies website.² ■

Toutes les personnes pensant correspondre à cette description doivent appeler d'urgence la cellule de crise (+33 5 56 90 60 00) de la préfecture de Gironde. Toutes les personnes qui pensent que leur chien a pu être en contact avec la chienne enragée (léchage, morsure, griffure, jeux) doivent prendre contact avec un vétérinaire ou la direction départementale des services vétérinaires du département qui évaluera le risque.

La rage est une maladie virale toujours mortelle si la contamination n'est pas traitée rapidement. La vaccination, pratiquée rapidement après l'exposition, ainsi que les immunoglobulines si nécessaire préviennent le développement de la maladie. Elle est transmissible par la salive, par morsure, griffure ou léchage pendant toute la période à risque.

Pour de plus amples informations, merci de consulter l'aide-mémoire OMS sur la rage¹ ou son site web sur la rage² (en anglais seulement). ■

¹ See <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/en/>

² See <http://www.who.int/rabies/en/>

¹ Voir <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/fr/>

² Voir <http://www.who.int/rabies/en/>

**PERFORMANCE OF ACUTE FLACCID PARALYSIS (AFP) SURVEILLANCE AND INCIDENCE OF POLIOMYELITIS, 2003–2004
(DATA RECEIVED IN WHO HEADQUARTERS AS AT 24 AUGUST 2004)**

**FONCTIONNEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA) ET INCIDENCE DE LA POLIOMYÉLITE, 2003-2004
(DONNÉES REÇUES PAR LE SIÈGE DE L'OMS AU 24 AOÛT 2004)**

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2004 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2004			Polio cases Cas de poliomyélite	
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélitique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2004 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2004 (virus sauvage) ⁴	2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴
Regional totals — Totaux régionaux					
AFR	5303	2.80	90%	536 (536)	446 (446)
AMR	1017	0.99	82%	0 (0)	0 (0)
EMR	3493	2.49	90%	32 (32)	113 (113)
EUR	945	1.12	82%	0 (0)	0 (0)
SEAR	9010	1.85	84%	34 (34)	225 (225)
WPR	3598	1.36	87%	0 (0)	0 (0)
Global total — Total mondial	23 366	1.98	87%	602 (602)	784 (784)
African Region — Région africaine (AFR)					
Algeria — Algérie	22	0.40	91%	0 (0)	0 (0)
Angola	78	2.20	87%	0 (0)	0 (0)
Benin — Bénin	63	3.20	89%	6 (6) ⁵	2 (2) ⁵
Botswana	17	3.90	100%	1 (1) ⁵	0 (0)
Burkina Faso	97	2.60	79%	6 (6) ⁵	11 (11) ⁵
Burundi	11	0.60	100%	0 (0)	0 (0)
Cameroon — Cameroun	89	1.80	84%	1 (1) ⁵	2 (2) ⁵
Cape Verde — Cap-Vert	2	1.70	50%	0 (0)	0 (0)
Central African Republic — République centrafricaine	55	5.20	80%	3 (3) ⁵	1 (1) ⁵
Chad — Tchad	51	1.80	75%	12 (12) ⁵	25 (25) ⁵
Comoros — Comores	ND				
Congo	19	2.70	95%	0 (0)	0 (0)
Democratic Republic of the Congo — République démocratique du Congo	443	3.00	95%	0 (0)	0 (0)
Côte d'Ivoire	107	2.20	93%	9 (9) ⁵	1 (1) ⁵
Equatorial Guinea — Guinée équatoriale	3	2.60	100%	0 (0)	0 (0)
Eritrea — Érythrée	16	2.50	75%	0 (0)	0 (0)
Ethiopia — Éthiopie	212	1.20	83%	0 (0)	0 (0)
Gabon	4	1.40	100%	0 (0)	0 (0)
Gambia — Gambie	5	1.40	100%	0 (0)	0 (0)
Ghana	85	1.70	85%	0 (0)	8 (8) ⁵
Guinea — Guinée	45	2.00	89%	1 (1) ⁵	0 (0)
Guinea-Bissau — Guinée-Bissau	14	4.00	86%	0 (0)	0 (0)
Kenya	147	1.70	95%	0 (0)	0 (0)
Lesotho	3	0.50	100%	0 (0)	0 (0)
Liberia — Libéria	15	1.20	87%	0 (0)	0 (0)
Madagascar	63	1.60	83%	0 (0)	0 (0)
Malawi	50	1.60	86%	0 (0)	0 (0)
Mali	45	1.40	91%	2 (2) ⁸	0 (0)
Mauritania — Mauritanie	12	1.60	100%	0 (0)	0 (0)
Mauritius — Maurice	ND				
Mozambique	54	1.20	91%	0 (0)	0 (0)

Table (continued) – Tableau (suite)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2004 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2004			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2004 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2004 (virus sauvage) ⁴		2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴	
Namibia — Namibie	6	1.30	67%	0	(0)	0	(0)
Niger	115	2.90	85%	19	(19)	40	(40)
Nigeria — Nigéria	2752	7.90	92%	476	(476)	355	(355)
Réunion	ND						
Rwanda	39	1.70	95%	0	(0)	0	(0)
Saint Helena — Sainte-Hélène	ND						
Sao Tome and Principe — Sao Tomé-et-Principe	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Senegal — Sénégal	46	1.70	93%	0	(0)	0	(0)
Seychelles	ND						
Sierra Leone	15	1.20	87%	0	(0)	0	(0)
South Africa — Afrique du Sud	127	1.40	87%	0	(0)	0	(0)
Swaziland	8	2.70	88%	0	(0)	0	(0)
Togo	38	2.60	97%	0	(0)	1	(1) ⁵
Uganda — Ouganda	113	1.90	95%	0	(0)	0	(0)
United Republic of Tanzania — République-Unie de Tanzanie	90	1.00	93%	0	(0)	0	(0)
Zambia — Zambie	63	2.00	79%	0	(0)	0	(0)
Zimbabwe	64	1.70	84%	0	(0)	0	(0)
Region of the Americas — Région des Amériques (AMR)							
Argentina — Argentine	76	1.21	70%	0	(0)	0	(0)
Bolivia — Bolivie	57	2.60	81%	0	(0)	0	(0)
Brazil — Brésil	272	0.85	76%	0	(0)	0	(0)
Canada	ND						
Caribbean Epidemiology Center* — Centre d'Épidémiologie des Caraïbes*	20	1.67	40%	0	(0)	0	(0)
Chile — Chili	37	1.40	81%	0	(0)	0	(0)
Colombia — Colombie	121	1.40	85%	0	(0)	0	(0)
Costa Rica	1	0.13	100%	0	(0)	0	(0)
Cuba	9	0.33	89%	0	(0)	0	(0)
Dominican Republic — République dominicaine	16	0.85	81%	0	(0)	0	(0)
Ecuador — Equateur	12	0.45	100%	0	(0)	0	(0)
El Salvador	55	3.85	87%	0	(0)	0	(0)
Guatemala	52	1.86	92%	0	(0)	0	(0)
Haiti — Haïti	3	0.15	0%	0	(0)	0	(0)
Honduras	39	2.33	95%	0	(0)	0	(0)
Mexico — Mexique	72	0.36	85%	0	(0)	0	(0)
Nicaragua	16	1.12	100%	0	(0)	0	(0)
Panama	8	1.34	100%	0	(0)	0	(0)
Paraguay	20	1.55	75%	0	(0)	0	(0)
Peru — Pérou	59	1.11	90%	0	(0)	0	(0)
Uruguay	2	0.40	50%	0	(0)	0	(0)
United States of America — Etats-Unis d'Amérique	ND						
Venezuela	70	1.37	91%	0	(0)	0	(0)
* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.							
Eastern Mediterranean Region — Région de la Méditerranée orientale (EMR)							
Afghanistan	438	4.66	92%	3	(3)	8	(8)
Bahrain — Bahreïn	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Djibouti	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Egypt — Egypte	544	3.13	94%	1	(1)	1	(1)
Iran (Islamic Republic of) — Iran (République islamique d')	230	1.38	85%	0	(0)	0	(0)
Iraq	180	2.45	94%	0	(0)	0	(0)
Jordan — Jordanie	14	0.98	57%	0	(0)	0	(0)
Kuwait — Koweït	8	2.17	100%	0	(0)	0	(0)
Lebanon — Liban	6	0.75	83%	0	(0)	1	(1) ⁵
Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne	19	1.44	95%	0	(0)	0	(0)
Morocco — Maroc	78	1.28	80%	0	(0)	0	(0)
Oman	20	3.81	90%	0	(0)	0	(0)
Pakistan	1430	3.07	89%	23	(23)	103	(103)
Qatar	3	2.95	100%	0	(0)	0	(0)
Saudi Arabia — Arabie saoudite	59	1.19	95%	0	(0)	0	(0)
Somalia — Somalie	67	3.19	82%	0	(0)	0	(0)
Sudan — Soudan	187	1.98	92%	5	(5) ⁸	0	(0)
Syrian Arab Republic — République arabe syrienne	73	1.47	84%	0	(0)	0	(0)
Tunisia — Tunisie	23	1.18	87%	0	(0)	0	(0)
United Arab Emirates — Emirats arabes unis	6	0.94	100%	0	(0)	0	(0)
West Bank and Gaza Strip — Cisjordanie et bande de Gaza	3	0.37	100%	0	(0)	0	(0)
Yemen — Yémen	105	1.67	87%	0	(0)	0	(0)
European Region — Région européenne (EUR)							
Albania — Albanie	6	1.06	100%	0	(0)	0	(0)
Andorra — Andorre	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Armenia — Arménie	6	1.30	83%	0	(0)	0	(0)
Austria — Autriche	5	0.63	60%	0	(0)	0	(0)
Azerbaijan — Azerbaïdjan	11	0.85	100%	0	(0)	0	(0)
Belarus — Bélarus	30	2.96	83%	0	(0)	0	(0)

Table (continued) – Tableau (suite)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2004 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2004			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2004 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2004 (virus sauvage) ⁴		2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴	
Belgium — Belgique	1	0.09	0%	0	(0)	0	(0)
Bosnia and Herzegovina — Bosnie-Herzégovine	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Bulgaria — Bulgarie	9	1.33	89%	0	(0)	0	(0)
Croatia — Croatie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Cyprus ⁶ — Chypre ⁶	3	2.70	67%	0	(0)	0	(0)
Czech Republic — République tchèque	8	0.82	88%	0	(0)	0	(0)
Denmark — Danemark	ND						
Estonia — Estonie	1	0.79	100%	0	(0)	0	(0)
Finland — Finlande	ND						
France	ND						
Georgia — Géorgie	4	0.68	100%	0	(0)	0	(0)
Germany — Allemagne	43	0.58	49%	0	(0)	0	(0)
Greece — Grèce	6	0.62	67%	0	(0)	0	(0)
Hungary — Hongrie	7	0.71	43%	0	(0)	0	(0)
Iceland — Islande	ND						
Ireland — Irlande	3	0.58	33%	0	(0)	0	(0)
Israel — Israël	14	1.22	29%	0	(0)	0	(0)
Italy — Italie	46	0.91	65%	0	(0)	0	(0)
Kazakhstan	37	1.51	92%	0	(0)	0	(0)
Kyrgyzstan — Kirghizistan	28	2.80	96%	0	(0)	0	(0)
Latvia — Lettonie	2	0.93	100%	0	(0)	0	(0)
Lithuania — Lituanie	6	1.54	67%	0	(0)	0	(0)
Luxembourg	ND						
Malta — Malte	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Monaco	ND						
Netherlands — Pays-Bas	ND						
Norway — Norvège	6	1.09	0%	0	(0)	0	(0)
Poland — Pologne	31	0.76	52%	0	(0)	0	(0)
Portugal	3	0.28	67%	0	(0)	0	(0)
Republic of Moldova — République de Moldova	10	1.87	80%	0	(0)	0	(0)
Romania — Roumanie	13	0.57	100%	0	(0)	0	(0)
Russian Federation — Fédération de Russie	246	1.82	92%	0	(0)	0	(0)
San Marino — Saint-Marin	ND						
Serbia and Montenegro — Serbie et Monténégro	15	1.22	87%	0	(0)	0	(0)
Slovakia — Slovaquie	7	1.17	43%	0	(0)	0	(0)
Slovenia — Slovénie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Spain — Espagne	21	0.59	24%	0	(0)	0	(0)
Sweden — Suède	ND						
Switzerland — Suisse	6	0.85	17%	0	(0)	0	(0)
Tajikistan — Tadjikistan	18	1.30	100%	0	(0)	0	(0)
The Former Yugoslav Republic of Macedonia — Ex-République yougoslave de Macédoine	5	1.86	80%	0	(0)	0	(0)
Turkey — Turquie	114	0.87	85%	0	(0)	0	(0)
Turkmenistan — Turkménistan	17	1.50	100%	0	(0)	0	(0)
Ukraine	70	1.51	97%	0	(0)	0	(0)
United Kingdom — Royaume-Uni	ND						
Uzbekistan — Ouzbékistan	87	1.62	98%	0	(0)	0	(0)
South-East Asia — Asie du Sud-Est (SEAR)							
Bangladesh	806	1.83	91%	0	(0)	0	(0)
Bhutan — Bhoutan	4	1.02	50%	0	(0)	0	(0)
Democratic People's Republic of Korea – République populaire démocratique de Corée	48	0.75	96%	0	(0)	0	(0)
India — Inde	7222	2.07	83%	34	(34)	225	(225) ⁷
Indonesia — Indonésie	458	1.04	91%	0	(0)	0	(0)
Maldives	1	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Myanmar	125	0.79	94%	0	(0)	0	(0)
Nepal — Népal	157	2.02	86%	0	(0)	0	(0)
Sri Lanka	72	1.90	76%	0	(0)	0	(0)
Thailand — Thaïlande	117	1.05	79%	0	(0)	0	(0)
Western Pacific — Pacifique occidental (WPR)							
Australia — Australie	18	0.67	33%	0	(0)	0	(0)
Brunei Darussalam — Brunéi Darussalam	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Cambodia — Cambodge	47	1.36	74%	0	(0)	0	(0)
China — Chine	2852	1.53	89%	0	(0)	0	(0)
Hong Kong Special Administrative Region of China — Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	10	1.53	100%	0	(0)	0	(0)
Japan — Japon	ND						
Lao People's Democratic Republic — République démocratique populaire lao	45	2.75	64%	0	(0)	0	(0)
Macao Special Administrative Region of China — Macao, Région administrative spéciale de la Chine	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Malaysia — Malaisie	69	1.35	65%	0	(0)	0	(0)
Mongolia — Mongolie	4	0.68	75%	0	(0)	0	(0)
New Zealand — Nouvelle-Zélande	7	1.19	43%	0	(0)	0	(0)

Table (continued) – Tableau (suite)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2004 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2004			Polio cases Cas de poliomyélite	
	AFP cases reported ¹ Cas de PFA signalés ¹	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ² Taux de PFA non poliomyélique annuel ²	AFP cases with adequate specimens ³ Cas de PFA avec échantillons ³	2004 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2004 (virus sauvage) ⁴	2003 confirmed (wild poliovirus) ⁴ Confirmé en 2003 (virus sauvage) ⁴
Pacific islands* — Iles du Pacifique*	6	0.92	67%	0 (0)	0 (0)
Papua New Guinea — Papouasie-Nouvelle-Guinée	10	0.66	30%	0 (0)	0 (0)
Philippines	226	1.07	81%	0 (0)	0 (0)
Republic of Korea — République de Corée	25	0.39	92%	0 (0)	0 (0)
Singapore — Singapour	4	0.87	25%	0 (0)	0 (0)
Viet Nam	275	1.31	93%	0 (0)	0 (0)

* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.

¹ The regions of the Eastern Mediterranean, Europe, South-East Asia and the Western Pacific report by date of onset. The other 2 regions report by date of notification. — Les régions d'Asie du Sud-Est, d'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental rapportent selon la date d'apparition de la paralysie. Les 2 autres régions rapportent selon la date de notification.

² Annualized non-poliomyelitis AFP rate for 100 000 persons aged < 15 years. — Taux annualisé de PFA non poliomyélique pour 100 000 personnes âgées de < 15 ans.

³ Two stool specimens collected within 14 days of onset of paralysis, 24-48 hours apart, except for the Region of the Americas where only 1 specimen is collected. — Deux échantillons de selles recueillis à 24-48 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, à l'exception de la Région des Amériques, où 1 seul échantillon est recueilli.

⁴ Figures in parentheses indicate the number of laboratory-confirmed cases. — Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de cas confirmés en laboratoire.

⁵ Imported virus. — Virus importé.

⁶ As at 28 May 2003, Cyprus moved from the WHO Region for the Eastern Mediterranean to the European Region. For reporting purposes only, Cyprus is listed under the WHO European Region for 2003 and 2004. — Au 28 mai 2003, Chypre est passée de la région OMS pour la Méditerranée orientale à celle pour l'Europe. Pour des raisons de notification, Chypre est classé dans la Région OMS pour l'Europe pour 2003 et 2004.

⁷ Does not include 2 cases associated with reference strains (MEF1). — N'incluent pas les 2 cas associés à la souche de référence (MEF1).

⁸ Under investigation. — Sous investigation.

ND = Country is not reporting AFP data. — Pays ne signalant pas de cas de PFA.

The most recent AFP and wild poliovirus data can be found on the following WHO web site: http://www.who.int/vaccines/cascount/case_count.cfm, which is updated every two weeks. — Les données les plus récentes concernant les cas de PFA et les poliovirus sauvages peuvent être consultées sur le site OMS suivant: http://www.who.int/vaccines/cascount/case_count.cfm, où elles sont mises à jour une fois toutes les deux semaines.

Special campaigns to eliminate leprosy: improving services

Introduction

Since 1995, special campaigns have been carried out in areas known to have high case-loads of leprosy or among population groups where leprosy services are inadequate. In these areas, in spite of several years of leprosy control activities, there was no indication of a reduction in the disease burden. In addition, the high disability rate among new cases and late reporting indicated that there may be a "hidden" pool of cases which was maintaining transmission, or that the leprosy control activities were weak and needed strengthening to promote early diagnosis and treatment of almost all cases in the community.

In these areas, the coverage of multidrug therapy (MDT) services¹ is typically poor, awareness of the disease is low, and the negative perceptions traditionally associated with leprosy persist in the community. These are the most likely factors that have prevented patients from coming forward for diagnosis and treatment at an early stage, thus increasing their risk of becoming disabled and transmitting the disease to others in the community. The campaigns helped to focus attention in these areas and among populations where leprosy services are inadequate, in order to improve the situation as quickly as possible. They have the following objectives:

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

Campagnes spéciales pour l'élimination de la lèpre: amélioration des services

Introduction

Des campagnes spéciales ont été organisées dans des zones connues pour le nombre élevé de cas de lèpre, ainsi que dans certains groupes de la population où les services de lutte contre la lèpre sont insuffisants. Dans ces régions, malgré plusieurs années de lutte, rien n'indiquait une diminution de la charge de morbidité. De surcroît, la fréquence élevée des incapacités chez les nouveaux cas et leur présentation tardive donnaient à penser qu'il y avait un réservoir «caché» de cas qui entretenaient la transmission ou que les actions de lutte avaient été trop faibles et devaient être renforcées pour favoriser le diagnostic et le traitement précoces de la plupart des cas dans la communauté.

Dans ces zones, on observe habituellement une mauvaise couverture des services de polychimiothérapie (PCT)¹, une faible prise de conscience de la maladie, ainsi que le maintien de la perception négative associée traditionnellement à la lèpre. Nous avons là les facteurs qui sont les plus susceptibles d'avoir empêché les patients de venir consulter à un stade précoce pour poser le diagnostic et se faire traiter avec, pour corollaire, un risque accru de devenir handicapé et de transmettre la maladie à l'entourage. Les campagnes ont contribué à attirer l'attention sur ces régions et sur les populations où les services de lutte contre la lèpre ne suffisent pas, afin d'améliorer la situation le plus vite possible. Elles ont les objectifs suivants:

¹ Les services de PCT comprennent la polychimiothérapie à proprement parler, le conseil aux patients et à leur famille, l'éducation de la communauté et l'orientation vers les services compétents en cas de complications.

- capacity building of general health-care workers, to enable them to provide effective MDT services to the communities they serve;
- raising community awareness and encouraging participation of community members, to promote self-reporting and remove negative perceptions about the disease;
- ensuring that all cases of leprosy are diagnosed properly and that patients are able to complete a full course of treatment with MDT.

In addition, in many leprosy control programmes there is a significant gender gap, suggesting reduced accessibility to MDT services for women. Efforts were made during the campaigns to ensure that this gap is narrowed.

Each campaign is usually of short duration (3–5 days). The key activities, carried out to strengthen and sustain the MDT services, include:

- raising community awareness about the disease, its curability and the availability of free treatment with MDT;
- providing clear information on where to go for diagnosis;
- providing correct clinical diagnosis and classification;
- starting treatment with the first dose of MDT and providing clear information on the importance of completing a full course of treatment;
- providing information about continuation of treatment at the nearest health facility and the importance of reporting any adverse events promptly;
- removing negative perceptions of the disease through intense information, education and communication activities, using appropriate communication methods specially adapted to local situations.

This report describes the results of campaigns conducted in 2002 and provides trend analysis in the areas where campaigns were repeated.

Achievements of the special campaigns

a) Detecting new cases

As shown in *Table 1*, the detection rates reported in the campaigns carried out by national programmes during 2002 varied considerably. They ranged from 48.42 per 100 000 population in 11 districts of Nepal to 1.27 per 100 000 population in Uttaranchal Pradesh State in India. The proportion of multibacillary leprosy cases and proportion of cases with Grade-2 disabilities among the newly detected cases were highest in the campaigns conducted in Ayeyarwady Division of Myanmar and in 58 townships in China.

b) Improving MDT services

One of the activities carried out during the campaigns was refresher courses for general health workers, to improve their leprosy diagnostic and management skills.

c) Increasing community participation

The campaigns were conducted with the support and participation of community and religious leaders along with

- renforcer les capacités des agents de santé locaux pour leur permettre d'assurer un service efficace de PCT dans les communautés où ils exercent;
- sensibiliser davantage la communauté et encourager la participation de ses membres aux activités pour favoriser la présentation des malades et mettre fin à la perception négative de cette maladie;
- veiller au diagnostic de tous les cas de lèpre et leur donner les moyens de suivre complètement la PCT.

De plus, dans de nombreux programmes de lutte contre la lèpre, on observe une disparité importante entre les sexes, avec de plus grandes difficultés d'accès aux services de PCT pour les femmes. Des efforts ont été faits pendant ces campagnes pour réduire ces écarts.

En général, les campagnes sont de courte durée (3 à 5 jours). Les activités essentielles visent à renforcer et à maintenir les services de PCT. Ce sont:

- la sensibilisation de la communauté à la maladie, au fait qu'on peut en guérir et à la gratuité de la PCT;
- des informations claires indiquant l'endroit où aller pour le diagnostic;
- le diagnostic et la classification correcte de la maladie;
- le démarrage du traitement avec la première dose de PCT, ainsi que des informations claires sur l'importance d'aller jusqu'au bout de la thérapie;
- des informations sur la poursuite du traitement dans l'établissement de santé le plus proche et sur l'importance de signaler rapidement tout effet secondaire;
- la lutte contre la perception négative de la lèpre par d'intenses actions d'information, d'éducation et de communication en utilisant des méthodes appropriées de communication, adaptées aux situations locales.

Le présent rapport décrit les résultats des campagnes effectuées en 2002 et fait une analyse des tendances dans les régions où elles ont été répétées.

Résultats des campagnes spéciales

a) Dépistage de nouveaux cas

Comme le montre le *Tableau 1*, les taux de dépistage donnés pour les campagnes menées par les programmes nationaux en 2002 sont très variables. Ils vont de 48,42 pour 100 000 habitants dans 11 districts du Népal à 1,27 pour 100 000 habitants dans l'Etat de l'Uttaranchal Pradesh en Inde. Les proportions de cas de lèpre multibacillaire et de cas d'incapacités de degré 2 ont été les plus élevées dans les campagnes organisées dans la Division d'Ayeyarwady du Myanmar et dans 58 municipalités de Chine.

b) Amélioration des services de PCT

Des cours pour la mise à jour des connaissances ont été organisés dans le cadre des campagnes à l'intention des agents de santé pour améliorer leurs compétences en matière de diagnostic et de prise en charge de la lèpre.

c) Développer la participation des communautés

Les campagnes ont été menées avec le soutien et la participation des communautés, des chefs religieux et des membres des associa-

Table 1 **Detection of new cases during the special campaigns in 2002**
 Tableau 1 **Dépistage des nouveaux cas pendant les campagnes spéciales de 2002**

Country, area – Pays, zone	Population covered – Couverture de la population	Total no. of cases detected – Nombre de cas dépistés	Detection rates (number per 100 000 population) – Taux de dépistage (pour 100 000 habitants)	MB (%) ^a	G2D (%) ^b Incapacités de degré 2 (%) ^b	Children (%) Enfants (%)	Female (%) Femmes (%)
Cambodia, 17 health centres in 9 Provinces – Cambodge, 17 dispensaires dans 9 Provinces	183 817	26	14.14	42.3	3.8	23.1	7.7
Cameroon, Anjouan – Cameroun, Anjouan	270 000	84	31.11	14.3	NA – ND	35.7	NA – ND
China, 58 townships – Chine, 58 municipalités	1 133 760	79	6.97	69.6	21.5	8.9	NA – ND
India, Bihar State – Inde, Etat du Bihar	87 074 534	32 961	37.85	26.4	2.0	16.5	44.3
India, Chhattisgarh States – Inde, Etat du Chhattisgarh	21 492 111	3 523	16.39	35.1	1.5	13.8	42.0
India, Jharkhand State – Inde, Etat du Jharkhand	28 045 996	9 542	34.02	30.9	1.7	15.7	40.2
India, Madhya Pradesh State – Inde, Etat du Madhya Pradesh	63 046 606	1 406	2.23	36.8	4.3	7.3	36.6
India, Orissa State – Inde, Etat de l'Orissa	37 801 485	9 457	25.01	26.9	2.4	17.1	48.9
India, Uttar Pradesh – Inde, Etat de l'Uttar Pradesh	173 779 132	15 195	8.74	34.6	3.2	9.9	38.8
India, Uttaranchal Pradesh State – Inde, Etat de l'Uttaranchal Pradesh	8 780 669	112	1.27	25.0	0.8	5.4	30.4
India, West Bengal State – Inde, Etat du Bengale occidental	82 874 001	5 047	6.09	30.2	0.7	17.7	44.2
Myanmar, Ayeyarwady Division – Myanmar, Division d'Ayeyarwady	6 626 076	955	14.41	44.9	17.8	8.5	NA – ND
Nepal, 11 districts – Népal, 11 districts	887 888	430	48.42	39.3	7.7	5.8	35.9

NA, not available. – ND, non disponible.

^a Proportion of multibacillary leprosy cases among the newly detected cases. – Proportion de cas de lèpre multibacillaire parmi les cas nouvellement dépistés.

^b Proportion of cases with Grade-2 disabilities among the newly detected cases. – Proportion de cas présentant des incapacités de degré 2 parmi les cas nouvellement dépistés.

members of local associations, such as women's associations. The active participation of volunteers and community health workers in carrying out various activities in their respective villages and wards was a key element in the success of the campaigns.

d) Improving awareness

Various information, education and communication activities were carried out at the community level, which helped to increase awareness of the disease. Posters and banners were displayed in the campaign areas and leaflets were distributed to the general public in market places. Where possible, mass media was used (television and radio) as a supplement to the local activities. Results from several campaigns indicate that the most effective approach is interpersonal communication between local health workers and community members.

Detection trends in special campaign areas

Table 2 shows the number of new cases detected during each round of the campaign. In India, the detection of new cases decreased during each round in the highly endemic

tions locales, comme des associations de femmes par exemple. La participation active des bénévoles et des agents de santé communautaires pour diverses activités dans leurs villages et services respectifs a été un élément clef du succès.

d) Amélioration de la sensibilisation

Diverses actions d'information, d'éducation et de communication ont été menées au niveau communautaire, ce qui a contribué à la sensibilisation. Des affiches et des banderoles ont été exposées dans les régions couvertes par les campagnes et des brochures ont été distribuées au grand public sur les places de marché. Dans la mesure du possible, les médias ont été sollicités (télévision et radios) pour compléter les actions locales. Les résultats de plusieurs campagnes montrent que la méthode la plus efficace consiste à instaurer une communication personnelle entre les agents de santé locaux et la population locale.

Tendances du dépistage dans certaines zones de campagne

Le Tableau 2 montre le nombre de nouveaux cas dépistés à chaque tournée. En Inde, il a diminué à chaque tournée, notamment dans les Etats de forte endémicité où les bénévoles locaux ont recherché

Table 2 **New cases detected during special campaigns – results from four rounds**
 Tableau 2 **Nouveaux cas dépistés pendant les campagnes spéciales – résultats de quatre tournées**

Country, area – Pays, zone	First round – Première tournée			Second round – Deuxième tournée			Third round – Troisième tournée			Fourth round – Quatrième tournée		
	Total no. of cases detected Nombre de cas dépistés	MB (%) ^a	G2D (%) ^b Incapa- cités de degré 2 (%) ^b	Total no. of cases detected Nombre de cas dépistés	MB (%) ^a	G2D (%) ^b Incapa- cités de degré 2 (%) ^b	Total no. of cases detected Nombre de cas dépistés	MB (%) ^a	G2D (%) ^b Incapa- cités de degré 2 (%) ^b	Total no. of cases detected Nombre de cas dépistés	MB (%) ^a	G2D (%) ^b Incapa- cités de degré 2 (%) ^b
India, Bihar and Jharkhand States – Inde, Etats du Bihar et du Jharkhand	206 495	37.2	5.5	80 496	37.9	4.4	60 967	33.3	3.0	42 503	27.4	1.9
India, Madhya Pradesh and Chhattisgarh States – Inde, Etats du Madhya Pradesh et du Chhattisgarh	20 248	31.8	6.1	17 176	37.7	5.1	14 970	33.6	2.6	4 929	35.6	2.3
India, Orissa State – Inde, Etat de l'Orissa	62 844	24.4	2.5	27 197	23.6	2.2	12 326	25.5	1.5	9 457	26.9	2.4
India, Uttar Pradesh and Uttaranchal Pradesh States – Inde, Etats de l'Uttar Pradesh et de l'Uttaranchal Pradesh	57 817	36.8	3.9	41 016	43.5	3.6	31 203	38.8	1.5	15 307	34.6	3.2
India, West Bengal State – Inde, Etat du Bengale occidental	39 275	32.9	3.8	17 167	33.4	2.7	12 653	30.4	1.7	5 047	30.2	0.7
Myanmar, Ayeyarwady Division – Myanmar, Division d'Ayeyarwady	3 162	43.3	26.1	2 547	54.5	14.7	955	44.9	17.8	—	—	—
Nepal, Rupandehi District ^c – Népal, district de Rupandehi ^c	353	58.6	16.4	435	53.8	18.4	343	35.0	6.7	—	—	—

^a Proportion of multibacillary leprosy cases among the newly detected cases. – Proportion de cas de lèpre multibacillaire parmi les cas nouvellement dépistés.

^b Proportion of cases with Grade-2 disabilities among the newly detected cases. – Proportion de cas présentant des incapacités de degré 2 parmi les cas nouvellement dépistés.

^c The first round was carried out as a pilot in 1997. – La première tournée a eu lieu 1997, de manière pilote.

states, where volunteers from the local community carried out a house-to-house search for individuals with suspicious skin lesion(s). This decrease was also seen in Ayeyarwady Division of Myanmar, one of the most endemic divisions in the country.

In addition, compared to the first-round results, in most areas the proportion of newly detected cases presenting with Grade-2 disabilities also decreased, indicating early detection. In other areas, most of the long-standing undetected cases were brought for treatment. These trends clearly suggest that each round of the campaign helped to reduce the pool of backlog (hidden) cases in these areas. The proportion of multibacillary leprosy cases among new cases did not change significantly in repeated campaigns.

Table 3 shows the numbers of new cases detected annually in areas where special campaigns were repeated. A decrease was observed overall in Mandalay and Magway Divisions of Myanmar, especially in 2003. A similar decrease was also seen in several states in India in spite of the intensive efforts made to detect new cases during the past 5 rounds of special campaigns.

It is important that the MDT services in the major endemic countries and areas are maintained at current levels for several more years so that new patients are able to self-report easily without unnecessary delay for diagnosis and treatment at the nearest health centre.

Fig. 1 shows that the number of cases detected through consecutive (except for 2000) special campaigns conducted

porte à porte les sujets présentant des lésions cutanées suspectes. On a également constaté cette baisse dans la Division d'Ayeyarwady (Myanmar), l'une des divisions de plus forte endémicité dans ce pays.

De surcroît, en comparaison avec les résultats de la première tournée, la proportion de nouveaux cas dépistés avec des incapacités de degré 2 a également diminué dans la plupart des régions, ce qui indique la précocité des dépistages. Dans d'autres zones, la plupart des cas qui avaient échappé au dépistage depuis longtemps ont été amenés à se faire traiter. Ces tendances indiquent clairement que chaque tournée de la campagne a contribué à faire baisser le nombre de cas accumulés (cachés) dans ces régions. En revanche, la proportion de nouveaux cas de lèpre multibacillaire n'a pas connu d'évolution significative d'une campagne à l'autre.

Le Tableau 3 montre le nombre annuel de nouveaux cas dépistés dans les zones où les campagnes spéciales ont été répétées. On a observé une baisse dans les divisions de Mandalay et de Magway (Myanmar), notamment en 2003. On a pu constater une diminution similaire dans plusieurs Etats de l'Inde, malgré d'intenses efforts pour dépister les nouveaux cas au cours des cinq dernières tournées des campagnes spéciales.

Il est important de maintenir les services de PCT à leur niveau actuel pendant encore plusieurs années dans les principaux pays d'endémie, de façon à aider les patients à se présenter spontanément au centre de santé le plus proche et éviter ainsi des retards dans le diagnostic et le traitement.

La figure 1 montre que le nombre des cas dépistés par les campagnes organisées chaque année en Inde (sauf en 2000) a diminué

Table 3 **Trends in annual detection of new cases in areas with repeated special campaigns**

Tableau 3 **Evolution du dépistage annuel des nouveaux cas dans les zones où les campagnes spéciales ont été répétées**

Country, area (years special campaigns were conducted) – Pays, zone (années où des campagnes spéciales ont été organisées)	No. of new cases detected – Nombre de nouveaux cas dépistés							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
India, Bihar State and Jharkhand States – Inde, Etats du Bihar et du Jharkhand (1997, 1998, 1999, 2001, 2002, 2003)	99 599	104 478	277 336	172 449	137 172	165 682	123 523	82 738
India, Madhya Pradesh and Chhattisgarh States – Inde, Etats du Madhya Pradesh et du Chhattisgarh (1998, 1999, 2001, 2002, 2003)	36 300	31 449	56 319	47 832	41 599	47 072	35 038	28 084
India, Orissa State – Inde, Etat de l'Orissa (1997, 1999, 2001, 2002, 2003)	42 252	99 341	41 534	65 329	45 216	48 144	38 349	21 201
India, Uttar Pradesh and Uttaranchal Pradesh States – Inde, Etats de l'Uttar Pradesh et de l'Uttaranchal Pradesh (1998, 1999, 2001, 2002, 2003)	64 640	55 859	107 632	111 436	88 198	114 630	92 832	81 989
India, West Bengal State – Inde, Etat du Bengale occidental (1998, 1999, 2001, 2002, 2003)	27 907	38 134	71 728	54 934	35 666	46 620	32 018	25 050
Myanmar, Mandalay Division – Myanmar, Division de Mandalay (1998, 1999, 2001)	1 288	1 585	2 330	5 099	2 301	2 552	1 055	669
Myanmar, Ayeyarwady Division – Myanmar, Division d'Ayeyarwady (1998, 1999, 2002)	1 269	1 007	2 609	5 735	1 286	777	1 735	595
Myanmar, Magway Division – Myanmar, Division de Magway (1998, 1999, 2001)	1 358	1 201	2 814	4 463	1 569	1 426	723	376
Nepal, 17 districts in <i>terra</i> ^a areas – Népal, 17 districts dans les zones de <i>terra</i> ^a (1998, 2001)	4 354	3 791	14 952	5 646	5 751	12 313	6 258	NA – ND

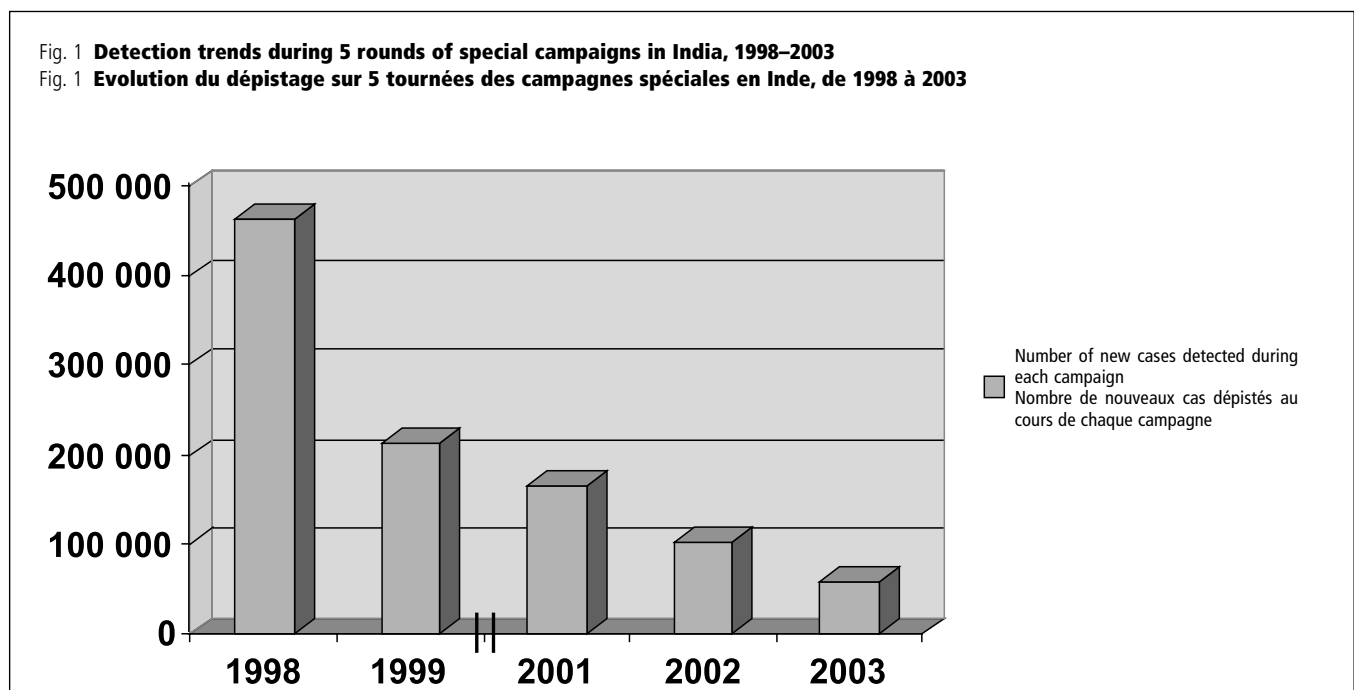
NA, not available. – ND, non disponible.

^a Plain or plateau land. – Plaines ou plateaux.

in India decreased steadily from the first (463 594 cases) to the fifth round (57 066 cases). This decreasing trend shows that the campaigns have steadily cleared most of the backlog cases. It will therefore no longer be cost effective to carry out similar large-scale campaigns.

régulièrement de la première tournée (463 594 cas) à la cinquième (57 066 cas). Cette baisse montre qu'elles sont parvenues à traiter les cas accumulés et que, du point de vue du rapport coût-efficacité, elles ne se justifient plus à aussi grande échelle à l'avenir.

Fig. 1 **Detection trends during 5 rounds of special campaigns in India, 1998–2003**
Fig. 1 **Evolution du dépistage sur 5 tournées des campagnes spéciales en Inde, de 1998 à 2003**



Conclusion

Special campaigns have proved to be very useful in improving MDT services and in strengthening integration of leprosy control services into the general health services. The challenge in future will be to implement a simple and cost-effective information, education and communication strategy within an integrated primary health-care system, to encourage patients to self-report for early diagnosis and treatment. National programmes should ensure that the general health workers are given adequate training and materials to continue to provide MDT services to the community.

After conducting several such campaigns at national and subnational levels, it is clear that the number of undetected cases has been reduced significantly in most of the major endemic countries. As a result, the annual case detection in several such countries is beginning to show a decrease. It is probably time to limit large-scale special campaigns and instead carry out focused campaigns in selected areas after carefully analysing the local situation. This is likely to improve the cost-effectiveness of this important initiative.

It will also be important to sustain the gains achieved by special campaigns by strengthening the routine leprosy control activities within the integrated health services. ■

Conclusion

Les campagnes spéciales se sont révélées très utiles pour améliorer les services de PCT et intégrer davantage les services s'occupant de la lèpre dans les services de santé généraux. À l'avenir, l'enjeu sera de mettre en œuvre une stratégie simple et rentable d'information, d'éducation et de communication dans le cadre d'un système intégré de soins de santé primaires, afin d'encourager les patients à se présenter spontanément pour un diagnostic et un traitement aussi précoces que possible. Les programmes nationaux doivent veiller à ce que les agents de santé reçoivent une formation adaptée et le matériel leur permettant de dispenser la PCT dans la communauté.

Après plusieurs campagnes au niveau national et local, il apparaît clairement que le nombre des cas qui n'avaient pas été dépistés jusque-là a beaucoup diminué dans la plupart des principaux pays d'endémie. En conséquence, le nombre annuel de cas dépistés dans plusieurs de ces pays commence à s'inscrire à la baisse. Il est probablement temps de limiter les campagnes spéciales à grande échelle et de les remplacer par des actions centrées sur certaines zones après une analyse minutieuse de la situation locale. Le rapport coût-efficacité de cette initiative importante s'en trouvera probablement amélioré.

Un autre point important sera de préserver les progrès obtenus grâce aux campagnes spéciales en développant les actions de routine contre la lèpre dans le cadre de services de santé intégrés. ■

CORRIGENDUM TO No 33, 2004

NISN Statement on antiviral resistance in influenza viruses (pp. 306–308).

References (1) to (17) were printed throughout the text in error.

RECTIFICATIF AU N° 33, 2004

Déclaration du NISN concernant la résistance des virus grippaux aux antiviraux (pp. 306-308)

Les références (1) à (7) ont été publiées par erreur à travers tout le texte.

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to listserv@who.int. The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply

Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: À l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à listserv@who.int en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

Influenza activity

Influenza activity remained low in most parts of the world in weeks 29–35, except in Hong Kong Special Administrative Region of China (Hong Kong SAR).

Argentina.¹ Influenza activity decreased and remained low since week 29.

Australia.¹ Low levels of influenza activity had been reported until week 34, when a localized outbreak was reported in Sydney.

China.¹ Moderate influenza activity was observed from April to August 2004 with several localized outbreaks reported in southern China. Most of the outbreaks were

Activité grippale

L'activité grippale est restée faible pratiquement partout dans le monde pendant les semaines 29–35, à l'exception de Hong Kong, Région administrative de la Chine (Hong Kong RAS).

Argentine.¹ L'activité grippale a diminué et est restée faible depuis la semaine 29.

Australie.¹ Les niveaux d'activité grippale enregistrés sont restés faibles jusqu'à la semaine 34, lorsque qu'une flambée localisée a été signalée à Sydney.

Chine. On a observé une activité grippale modérée d'avril à août 2004, avec plusieurs flambées locales signalées dans le sud du pays. La plupart des flambées ont été associées au virus grip-

¹ See No. 30, 2004, p. 279.

¹ Voir N° 30, 2004, p. 279.

associated with influenza A(H3N2) virus. The other few were caused by influenza B virus.

Chile.¹ Influenza activity continued to decline and remained sporadic.

Hong Kong SAR.¹ Influenza activity remained moderate since week 29, with considerable number of viruses detected each week (184 viruses detected in week 34 and 147 viruses in week 35). Most of the isolated viruses are influenza A/H3N2.

Other reports. During weeks 29–35, low influenza activity was reported from Brazil¹, Canada,¹ Madagascar,¹ New Caledonia,² New Zealand,¹ Philippines, Senegal, South Africa,¹ Thailand² and Uruguay.¹ ■

² See No. 29, p. 272.

pal A(H3N2). Les quelques autres ont été causés par le virus grippal B.

Chili.¹ L'activité grippale a continué à baisser et demeure sporadique.

Hong Kong RAS.¹ L'activité grippale reste modérée depuis la semaine 29, avec un nombre considérable de virus dépistés chaque semaine (184 virus au cours de la semaine 34 et 147 au cours de la semaine 35). La plupart étaient de type A(H3N2).

Autres rapports. Au cours des semaines 29–35, on a signalé une faible activité grippale en Afrique du Sud,¹ au Brésil,¹ au Canada,¹ à Madagascar,¹ en Nouvelle-Calédonie,² en Nouvelle-Zélande,¹ aux Philippines, au Sénégal, en Thaïlande² et en Uruguay.¹ ■

² Voir N° 29, 2004, p. 272.

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

Antimicrobial resistance information bank	http://oms2.b3e.jussieu.fr/arinfobank/	Banque de données sur la pharmacorésistance
Buruli ulcer	http://www.who.int/gtb-buruli	Ulcère de Buruli
Cholera	http://www.who.int/csr/disease/cholera	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/csr/delibepidemics/	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Dengue (DengueNet)	http://oms2.b3e.jussieu.fr/DengueNet	Dengue (DengueNet)
Eradication/elimination programmes	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Programmes d'éradication/élimination
Filariais	http://www.filariosis.org	Filariose
Geographical information systems (GIS)	http://www.who.int/csr/mapping/	Systèmes d'information géographique
Global atlas of infectious diseases	http://globalatlas.who.int	Atlas mondial des maladies infectieuses
Health topics	http://www.who.int	La santé de A à Z
Infectious diseases	http://www.who.int/health-topics/idindex.htm	Maladies infectieuses
Influenza network (FluNet)	http://oms.b3e.jussieu.fr/flunet/	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illnesses	http://www.who.int/chd/	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
<i>International travel and health</i>	http://www.who.int/ith/	<i>Voyages internationaux et santé</i>
Intestinal parasites	http://www.who.int/wormcontrol/	Parasites intestinaux
*Leishmaniasis	http://www.who.int/leishmaniasis/en/	*Leishmaniose
Leprosy	http://www.who.int/lep/	Lèpre
Malaria	http://www.rbm.who.int	Paludisme
Newsletter (<i>Action against infection</i>)	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Bulletin (<i>Agir contre les infections</i>)
Outbreaks	http://www.who.int/csr/don	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	http://www.who.int/gpv/	Poliomyélite
Rabies network (RABNET)	http://www.who.int/rabies	Réseau rage (RABNET)
<i>Report on infectious diseases</i>	http://www.who.int/infectious-disease-report/	<i>Rapport sur les maladies infectieuses</i>
Salmonella surveillance network	http://www.who.int/salmsurv	Réseau de surveillance de la salmonellose
Smallpox	http://www.who.int/csr/disease/smallpox/	Variole
Surveillance and response	http://www.who.int/csr/	Surveillance et action
Tropical disease research	http://www.who.int/tdr/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	http://www.who.int/gtb/ and/et http://www.stoptb.org	Tuberculose
Vaccines	http://www.who.int/gpv/	Vaccins
<i>Weekly epidemiological record</i>	http://www.who.int/wer/	<i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i>
WHO Office in Lyon	http://www.who.int/csr/labepidemiology	Bureau de l'OMS à Lyon
WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)	http://www.who.int/ctd/whopes/	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre, Tunis	http://wmc.who.int	Centre méditerranéen de l'OMS, Tunis

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 3 to 9 September 2004 / Notifications de maladies reçues du 3 au 9 septembre 2004

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès	Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique		
Mozambique	11.IV-16.V	United Republic of Tanzania / République-Unie de Tanzanie
.....	2215 14	24.IV-28.V
Uganda / Ouganda	26.IV-9.V 1269 27
.....	152 7	