



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

20 MAY 1994 • 69th YEAR

69^e ANNÉE • 20 MAI 1994

CONTENTS		SOMMAIRE	
Progress towards eliminating leprosy as a public health problem	145	Progrès de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique	145
Influenza	152	Grippe	152
Diseases subject to the Regulations	152	Maladies soumises au Règlement	152

Progress towards eliminating leprosy as a public health problem

Part I¹

The adoption in May 1991 of the World Health Assembly resolution WHA44.9 to eliminate leprosy as a public health problem (prevalence rate of below 1 case per 10 000 population) has allowed leprosy elimination strategies to be developed at country, regional and global levels with the elaboration of time-bound action plans for several countries.

Considerable progress has been made since the resolution, resulting in a 55% reduction in the number of registered cases since 1990 (the reduction since 1985 is 68%), improvement in programme coverage, as shown by the increased number of cases detected, and a steady increase in cumulative coverage² with multidrug therapy (MDT) reaching 89%.

This report is an update on the progress made since the last report published in June 1993.³

Leprosy situation in the world

As a result of the elimination strategy being implemented at various levels, information collected on the magnitude of the leprosy problem has improved significantly. The endemic countries have been able to revise their estimates through a standardized and systematic process. Statistical information on cases has improved through the extensive use of standardized operational definitions. The leprosy situation is evolving rapidly with the increasing implementation of MDT, and there is a need to update available information and estimates more frequently than in the past. In some endemic countries, leprosy patients are still under-registered and under-reported; efforts are being made to improve programme coverage and to reach difficult-to-access areas. In countries where leprosy is not a public health problem, available information is very often not accurate and out of date, but this has negligible influence on the global figures.

¹ Part II will appear in No. 21 of 27 May.

² See No. 21, 1992, p. 155.

³ See No. 25, 1993, pp. 181-186.

Progrès de l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique

Partie I¹

L'adoption, en mai 1991, par l'Assemblée mondiale de la Santé, de la résolution WHA44.9 relative à l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique (taux de prévalence inférieur à 1 cas pour 10 000 habitants) a permis d'élaborer des stratégies d'élimination de la lèpre aux niveaux national, régional et mondial, plusieurs pays ayant adopté des plans d'action assortis de délais d'exécution.

Des progrès considérables ont été réalisés depuis l'adoption de cette résolution: on constate en effet une réduction de 55% du nombre des cas enregistrés depuis 1990 (de 68% depuis 1985), une amélioration de la couverture du programme ainsi qu'en témoigne l'augmentation du nombre de cas décelés, et une extension régulière de la couverture cumulée² par la polychimiothérapie (PCT), qui atteint 89%.

Le présent rapport fait le point de l'évolution de la situation depuis le dernier rapport publié en juin 1993.³

Situation de la lèpre dans le monde

La mise en œuvre de la stratégie d'élimination à divers niveaux a permis d'améliorer considérablement l'information recueillie au sujet de l'ampleur du problème de la lèpre. Les pays d'endémie ont été en mesure de revoir leurs estimations en les soumettant à un processus de vérification normalisé et systématique. L'information statistique sur les cas s'est améliorée grâce à une large utilisation de définitions pratiques normalisées. Du fait de l'instauration progressive de la PCT, la situation de la lèpre évolue rapidement et il est donc nécessaire de mettre à jour les informations et estimations disponibles plus fréquemment que par le passé. Dans certains pays d'endémie, les malades de la lèpre sont encore sous-enregistrés et sous-notifiés, mais des efforts sont faits pour améliorer la couverture du programme et atteindre les zones difficiles d'accès. Dans les pays où la lèpre ne constitue pas un problème de santé publique, les informations disponibles sont très souvent inexactes et dépassées, sans que cela ait une influence notable sur les chiffres mondiaux.

¹ La Partie II paraîtra dans le N° 21 du 27 mai.

² Voir N° 21, 1992, p. 155.

³ Voir N° 25, 1993, pp. 181-186.

Estimated prevalence

The rapid change in the leprosy situation has necessitated frequent revisions of the global estimate. The estimate for 1994, as detailed by WHO Region in *Table 1*, is about 2.4 million cases in the world. This reflects a reduction of 23% compared with the estimate of 3.1 million for 1993, and 56% compared with the estimate of 5.5 million in 1991.

Prévalence estimée

L'évolution rapide de la situation de la lèpre a obligé à réviser fréquemment l'estimation de la prévalence mondiale. Pour 1994, cette dernière, dont le détail par Région OMS est donné au *Tableau 1*, est d'environ 2,4 millions de cas pour l'ensemble du monde, soit une réduction de 23% par rapport aux 3,1 millions de cas de 1993, et de 56% par rapport aux 5,5 millions de cas de 1991.

Table 1 **Estimated number of leprosy cases, by WHO Region, 1994**Tableau 1 **Nombre estimé de cas de lèpre, par Région OMS, 1994**

WHO Region – Région OMS	Estimated number of cases Nombre estimé de cas	Estimated prevalence ^a per 10 000 Prévalence estimée ^a pour 10 000 habitants
Africa – Afrique	283 000	5.3
Americas – Amériques	346 000	4.6
South-East Asia – Asie du Sud-Est	1 600 000	11.6
Europe	9 000	0.1
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	88 000	2.1
Western Pacific – Pacifique occidental	101 000	0.6
Total	2 427 000	4.4

^a Calculated using the 1993 mid-year population from *Demographic Data for Health Situation Assessment and Projections (WHO/HST/GSP/93.2)*.

Calculée d'après les données démographiques à la mi-1993 publiées dans *Demographic Data for Health Situation Assessment and Projections (WHO/HST/GSP/93.2)*.

Registered prevalence

The distribution of the registered prevalence by WHO Region is shown in *Table 2*. There has been a steady reduction in the number of registered cases from 1990 to 1994. This reduction is observed in all endemic regions and there are strong indications that this reduction is the result of intensified MDT implementation and improved case management. The global prevalence of registered cases has decreased from 7 to 3 per 10 000 population in 4 years, indicating that eliminating leprosy as a public health problem is well under way.

Prévalence enregistrée

La distribution par Région OMS de la prévalence enregistrée est indiquée au *Tableau 2*. Entre 1990 et 1994, une réduction progressive du nombre de cas enregistrés a été observée. Cette réduction s'observe dans toutes les régions d'endémie et l'on a de bonnes raisons de penser qu'elle résulte de l'intensification de la PCT et d'une meilleure prise en charge des cas. La prévalence mondiale des cas enregistrés s'est abaissée de 7 à 3 pour 10 000 habitants en 4 ans, ce qui montre que l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique est bien engagée.

Table 2 **Registered cases of leprosy, by WHO Region, and percentage change between 1990 and 1994**Tableau 2 **Cas de lèpre enregistrés, par Région OMS, et changement en pourcentage entre 1990 et 1994**

WHO Region – Région OMS	Number of registered cases – Nombre de cas enregistrés			Percentage change Changement en pourcentage
	1990	1992	1994	1990-1994
Africa – Afrique	482 669	352 222	149 212	(-) 69.1
Americas – Amériques	301 704	335 490	267 196	(-) 11.4
South-East Asia – Asie du Sud-Est	2 693 104	2 190 324	1 170 763	(-) 56.5
Europe	7 246	7 021	4 927	(-) 32.0
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	99 913	92 606	22 575	(-) 77.4
Western Pacific – Pacifique occidental	152 739	110 125	56 824	(-) 62.8
Total	3 737 375	3 087 788	1 671 497	(-) 55.3

MDT implementation and coverage

The global coverage of multidrug therapy is currently about 54%. During the last few years the main difficulty has been to either increase or maintain high MDT coverage. *Table 3* gives a clear idea of the implementation of MDT at global and regional levels. Although the current MDT coverage is not as high as desired, the cumulative MDT coverage, which takes into account the number of individuals who have been cured with MDT in the past, is now 89.6%.

Mise en œuvre et couverture par la PCT

La couverture mondiale par la PCT est actuellement d'environ 54%. Au cours de ces dernières années, la principale difficulté a consisté à accroître cette couverture ou à maintenir une couverture élevée. Le *Tableau 3* donne une idée claire de la mise en œuvre de la PCT aux niveaux mondial et régional. Si la couverture actuelle par la PCT n'est pas aussi élevée qu'on le souhaiterait, la couverture cumulée, qui prend en compte le nombre de personnes guéries dans le passé par cette technique, s'élève maintenant à 89,6%.

Table 3 Registered cases of leprosy and coverage with multidrug therapy (MDT), by WHO Region, 1994

WHO Region – Région OMS	Registered cases Cas enregistrés	Prevalence per 10 000 Prévalence pour 10 000 habitants	MDT coverage (%) Couverture par la PCT (%)	Cured with MDT Guérisons par la PCT	Cumulative coverage (%) Couverture cumulée (%)
Africa – Afrique	149 212	2.78	67.22	262 859	88.13
Americas – Amériques	267 196	3.55	39.15	55 251	49.58
South-East Asia – Asie du Sud-Est	1 170 763	8.47	53.95	5 137 485	91.45
Europe	4 927	0.06	47.49	2 133	63.36
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	22 575	0.53	90.43	29 907	95.88
Western Pacific – Pacifique occidental	56 824	0.35	92.34	171 354	98.09
Total	1 671 497	3.01	54.55	5 658 989	89.64

Tableau 3 Cas de lèpre enregistrés et couverture par la polychimiothérapie (PCT), par Région OMS, 1994

Despite the considerable progress that has been made towards elimination, the current situation is characterized by emerging difficulties faced by several endemic countries. The main problems include inadequacies in terms of political commitment, programme coverage, drug supply at different levels, relative priority for leprosy, geographical accessibility and availability of trained personnel. Because leprosy is a very unevenly distributed disease, it is important to collect detailed information on community accessibility to leprosy services and to MDT.

Detection of leprosy cases

The number of new cases detected by WHO Region is shown in Table 4. Although the leprosy burden has reduced considerably, and there are indications that the true incidence of the disease has decreased in many parts of the world, improved programme coverage, together with the upgrading of leprosy services and improved case-detection in the areas where MDT had been introduced, had led to a global increase in the number of new cases detected up until 1992. However, in 1993, 590 933 cases were diagnosed as compared with 653 354 in 1992, a reduction of 9.6%. These variations in detection do not always reflect the incidence of leprosy: they may reflect variations in the intensity of control activities in different countries and extension of leprosy control services to previously uncovered areas. With the increasing extension of leprosy services, the gap between estimated and registered cases is narrowing gradually.

En dépit des progrès considérables réalisés dans le voie de l'élimination, la situation actuelle est caractérisée par de nouvelles difficultés auxquelles font face plusieurs pays d'endémie. Les principaux problèmes sont dus à l'insuffisance de l'engagement politique, de la couverture du programme, de l'approvisionnement en médicaments à divers niveaux, de la priorité attribuée à la lutte contre la lèpre, de l'accessibilité géographique des services, et de l'effectif des personnels qualifiés. Étant donné que la lèpre est une maladie très irrégulièrement répartie, il importe de recueillir des informations détaillées sur l'accessibilité des services antiléproux et de la PCT à la population.

Détection des cas de lèpre

Le nombre de cas nouveaux décelés par Région OMS est indiqué au Tableau 4. Si le poids de la morbidité s'est considérablement réduit et si l'on a des raisons de penser que l'incidence réelle de la maladie a diminué dans de nombreuses régions du monde, l'extension de la couverture du programme ainsi que l'amélioration des services antiléproux et de la détection des cas dans les zones où l'on a introduit la PCT ont entraîné une augmentation mondiale du nombre de cas nouveaux décelés jusqu'en 1992. En 1993 toutefois, on a diagnostiqué 590 933 cas contre 653 354 en 1992, soit une réduction de 9,6%. Ces variations de la détection ne reflètent pas toujours l'incidence de la lèpre, mais peuvent résulter de différences d'intensité des activités de lutte selon les pays et de l'extension des services de lutte antiléprouse dans des zones précédemment négligées. À mesure que les services antiléproux étendent leurs activités, la différence entre le nombre de cas estimés et le nombre de cas enregistrés diminue.

Table 4 Detection of leprosy, by WHO Region, 1993

WHO Region – Région OMS	Number of new cases Nombre de cas nouveaux	Detection rate per 100 000 Taux de détection pour 100 000 habitants
Africa – Afrique	39 654	7.38
Americas – Amériques	38 364	5.10
South-East Asia – Asie du Sud-Est	495 344	35.84
Europe	74	0.01
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	5 168	1.22
Western Pacific – Pacifique occidental	12 329	0.77
Total	590 933	10.63

Tableau 4 Détection de la lèpre, par Région OMS, 1993

One important impact of MDT implementation has been the reduction of the disease burden and of the workload, enabling health workers to spend more time on case-finding activities. As a result of this, the detection figures in a number of countries have increased significantly. Intensified case-finding activities have led to the detection of old cases who had remained untreated, and to some new cases with clear early evidence of leprosy; unfortunately, in some countries these activities have resulted in the detection of cases with low levels of specificity for diagnosis.

La réduction du poids de la morbidité et du volume de travail correspondant, qui permet aux agents de santé de consacrer plus de temps au dépistage des cas, est une conséquence importante de la mise en œuvre de la PCT. De ce fait, les chiffres du dépistage dans un certain nombre de pays se sont notablement accrus. L'intensification des activités de dépistage a permis de déceler des cas anciens qui étaient demeurés non traités et certains cas nouveaux présentant des signes précoces manifestes de la maladie; malheureusement, dans certains pays, ces activités ont aussi entraîné la détection de cas avec un diagnostic de lèpre peu spécifique.

Incidence of leprosy

The special characteristics of the epidemiology of leprosy make it very difficult to collect information on its incidence. However, from information available in some selected areas, it appears that the incidence of leprosy is declining in many parts of the world, as shown in *Table 5*. The annual average decline in these areas varies from 7% to 18%. It is difficult to evaluate information on incidence, even that coming from well-organized programmes. Many factors contribute to incidence reductions and many possible biases have to be considered. Only one country, Brazil, has reported an increase in leprosy incidence. MDT is not fully implemented in this country, and it is still not clear if the increased number of newly detected cases over the past decade is due to epidemiological or operational factors, or a combination of the two.

Incidence de la lèpre

Les caractéristiques particulières de l'épidémiologie de la lèpre rendent très difficile la collecte d'informations sur son incidence. Toutefois, les informations disponibles dans certaines régions font apparaître que l'incidence de la lèpre diminue dans de nombreuses parties du monde, ainsi qu'il ressort du *Tableau 5*. La diminution annuelle moyenne dans ces régions oscille entre 7% et 18%. Il est difficile d'évaluer les informations relatives à l'incidence, même si elles émanent de programmes bien organisés. Bien des facteurs contribuent en effet à réduire l'incidence, et les biais éventuels à prendre en considération sont nombreux. Un seul pays, le Brésil, a signalé une augmentation de l'incidence de la lèpre. La PCT n'y est pas pleinement appliquée et l'on n'a pas encore clairement établi si l'augmentation du nombre de cas nouveaux détectés au cours des 10 dernières années est due à des facteurs épidémiologiques ou opérationnels, ou à une conjugaison des deux.

Table 5 Changes in incidence of leprosy in selected areas, 1994

Tableau 5 Modifications de l'incidence de la lèpre dans certaines régions, 1994

Countries/projects Pays/projets	Annual incidence per 100 000 population – Incidence annuelle pour 100 000 habitants		
	Before multidrug therapy (MDT) Avant la polychimiothérapie (PCT)	4 to 9 years after MDT De 4 à 9 ans après la PCT	Annual reduction in incidence Réduction annuelle de l'incidence
Ethiopia – Ethiopie	22	10	11.0%
French Polynesia – Polynésie française	8	4	8.5%
India/Baroda District – Inde/district de Baroda	110	54	11.0%
Malawi/Karonga District – Malawi/district de Karonga	20	7	12.0%
Thailand – Thaïlande	7	3	14.0%
Thailand/3 provinces – Thaïlande/3 provinces	20	6	18.2%
Zambia – Zambie	13	7	7.6%

Apart from variations in incidence, there is some evidence that the epidemiological pattern of leprosy has changed in many countries. For instance, in some countries an increasing proportion of new cases present single skin lesions (up to 70% in some districts in India). The classical American, African and Asian profile of leprosy is no longer valid. In Africa, the proportion of multibacillary (MB) leprosy among new cases has increased significantly (up to 45% in some countries). In the Americas and in Asia, paucibacillary (PB) cases are more frequent than before. The extent to which these phenomena reflect operational or epidemiological changes needs to be evaluated.

Disabilities

There is very little information on the prevalence of disabilities due to leprosy in the community. It is estimated that, globally, 2 to 3 million individuals have disabilities attributable to leprosy. However, MDT programmes are bound to have an impact on the global incidence of disabilities in the community by facilitating early diagnosis, by reducing the duration of the disease and by decreasing the frequency and seriousness of reactions. In many countries the proportion of patients presenting with disabilities (grade 2) at the time of diagnosis has decreased significantly. There is already sufficient indirect evidence to indicate that MDT implementation over the past 10 years has prevented the occurrence of hundreds of thousands of deformities.

Relapses and resistance

Information available from special projects as well as from well-organized control programmes shows that with MDT:

- the annual relapse risk, for both PB and MB patients, is about 0.1%;
- the risk of selecting resistant mutants is negligible (no confirmed cases reported).

Outre les variations de l'incidence, il semblerait que le tableau épidémiologique de la lèpre ait aussi changé dans de nombreux pays. Dans certains pays, par exemple, une proportion croissante de cas nouveaux présentent une lésion cutanée unique (jusqu'à 70% dans certains districts de l'Inde). Le profil classique de la lèpre en Amérique, en Afrique et en Asie n'est plus d'actualité. En Afrique, la proportion des formes multibacillaires chez les cas nouveaux s'est considérablement accrue (jusqu'à 45% dans certains pays) alors que dans les Amériques et en Asie les cas paucibacillaires sont plus fréquents qu'auparavant. Il convient de déterminer dans quelle mesure ces phénomènes reflètent des changements opérationnels ou épidémiologiques.

Incapacités

On possède très peu d'informations sur la prévalence des incapacités dues à la lèpre dans la population. Il est estimé que dans l'ensemble du monde, 2 à 3 millions de personnes ont des incapacités imputables à la lèpre. Toutefois, les programmes de PCT auront nécessairement un impact sur l'incidence mondiale des incapacités dans la population en facilitant un diagnostic précoce, en réduisant la durée de la maladie et en diminuant la fréquence et la gravité des réactions. Dans de nombreux pays, la proportion de malades présentant des incapacités (degré 2) au moment du diagnostic a considérablement diminué. On dispose déjà de preuves indirectes suffisantes pour estimer que la PCT, au cours de ces 10 dernières années, a empêché l'apparition de centaines de milliers de déformations.

Rechutes et résistance

Les informations tirées de projets particuliers ainsi que de programmes de lutte bien organisés montrent que grâce à la PCT:

- le risque de rechute annuel, pour les malades paucibacillaires et multibacillaires, est d'environ 0,1%;
- le risque de sélection de mutants résistants est négligeable (aucun cas confirmé n'a été signalé).

When leprosy control was based on dapsone monotherapy, the annual relapse risk was 1% and the incidence of resistance was about 5% a year. It is estimated that with the introduction of MDT about 500 000 relapses have been averted.

Lorsque la lutte contre la lèpre était basée sur une monothérapie par la dapsonne, le risque annuel de rechute était de 1% et l'incidence de la résistance d'environ 5% par an. On estime qu'avec l'introduction de la PCT, 500 000 rechutes environ ont été évitées.

Progress towards elimination of leprosy. Detailed situation in the major endemic countries

Progrès de l'élimination de la lèpre. Situation détaillée dans les principaux pays d'endémie

Leprosy remains a public health problem in 79 countries or areas, but 25 countries contribute nearly 93% of the leprosy cases in the world. Table 6 shows the number of estimated and registered cases, and achievements with MDT in these countries. For detailed information on all endemic countries, see Map 1 and Table 7.

La lèpre demeure un problème de santé publique dans 79 pays ou territoires, mais près de 93% des cas de lèpre dans le monde surviennent dans 25 pays seulement. Le Tableau 6 montre les nombres de cas estimatifs et enregistrés et les résultats obtenus dans ces pays avec la PCT. Des informations détaillées sur tous les pays d'endémie figurent à la Carte 1 et au Tableau 7.

Table 6 Estimated number of leprosy cases, prevalence per 10 000 population, coverage with multidrug therapy (MDT), and detection rate in the major endemic countries, ^{a, b} 1994

Tableau 6 Nombre estimé de cas de lèpre, prévalence pour 10 000 habitants, couverture par la polychimiothérapie (PCT) et taux de détection dans les principaux pays d'endémie, ^{a, b} 1994

Country Pays	Estimated cases Cas estimés	Registered cases Cas enregistrés	Prevalence per 10 000 Prévalence pour 10 000 habitants	Cases on MDT Cas sous PCT	Cumulative MDT coverage (%) Couverture cumulée par la PCT (%)	New cases Cas nouveaux	Detection rate per 100 000 Taux de détection pour 100 000 habitants
India - Inde	1 167 900	995 285	11.10	516 413	91.77	456 000	50.86
Brazil - Brésil	283 800	223 539	14.28	72 694	38.82	34 235	21.86
Bangladesh	136 000	22 334	1.83	15 079	88.90	6 943	5.68
Indonesia - Indonésie	130 000	70 961	3.65	45 831	83.12	12 638	6.49
Myanmar	120 000	56 410	12.64	31 646	84.37	12 018	26.94
Nigeria - Nigéria	63 000	33 196	3.75	20 887	65.27	4 381	4.95
Philippines	30 000	15 441	2.32	15 441	100.00	3 442	5.17
Nepal - Népal	29 000	17 756	8.42	14 700	93.07	6 152	29.18
Sudan - Soudan	28 000	4 579	1.67	4 579	100.00	1 489	5.43
Zaire - Zaïre	25 000	8 190	1.99	5 460	94.56	3 927	9.54
Ethiopia - Éthiopie	20 000	15 673	2.87	12 059	94.54	4 090	7.49
Mozambique	15 100	12 838	8.38	5 413	44.47	1 930	12.60
Guinea - Guinée	15 000	4 811	7.63	4 811	100.00	4 038	64.03
Colombia - Colombie	15 000	6 628	1.95	6 628	100.00	645	1.90
Côte d'Ivoire	15 000	3 762	2.81	3 602	99.20	2 186	16.32
Viet Nam	15 000	8 018	1.13	6 979	96.68	2 620	3.70
Mali	15 000	8 000	7.89	4 800	71.63	2 000	19.73
Madagascar	12 000	5 369	4.05	5 369	100.00	740	5.58
Chad - Tchad	11 000	7 468	12.43	3 967	67.80	516	8.59
Mexico - Mexique	10 000	8 938	0.99	6 187	79.40	335	0.37
Cambodia - Cambodge	10 000	2 038	2.27	2 038	100.00	945	10.53
Niger	10 000	6 563	7.69	1 690	40.75	768	9.00
Thailand - Thaïlande	10 000	5 917	1.04	5 905	99.97	543	0.95
Egypt - Égypte	10 000	3 338	0.60	3 338	100.00	1 042	1.86
Iran (Islamic Republic of) - Iran (République islamique d')	10 000	2 627	0.42	2 627	...	127	0.20
Total	2 205 800	1 549 679	7.15	818 143	89.48	563 750	26.02

... = Data not available - Données non disponibles.

^a A country is considered a major endemic country when - Un pays est considéré comme principal pays d'endémie lorsque

(1) the estimated prevalence rate is 1 per 10 000 population and above, - le taux de prévalence estimée est d'au moins 1 cas pour 10 000 habitants,
(2) the estimated number of leprosy cases is 10 000 and above - le nombre estimé de cas de lèpre est d'au moins 10 000.

^b Ranking of endemic countries is based on the number of estimated cases. - Le classement des pays endémiques s'effectue d'après le nombre des cas estimés.

Conclusion

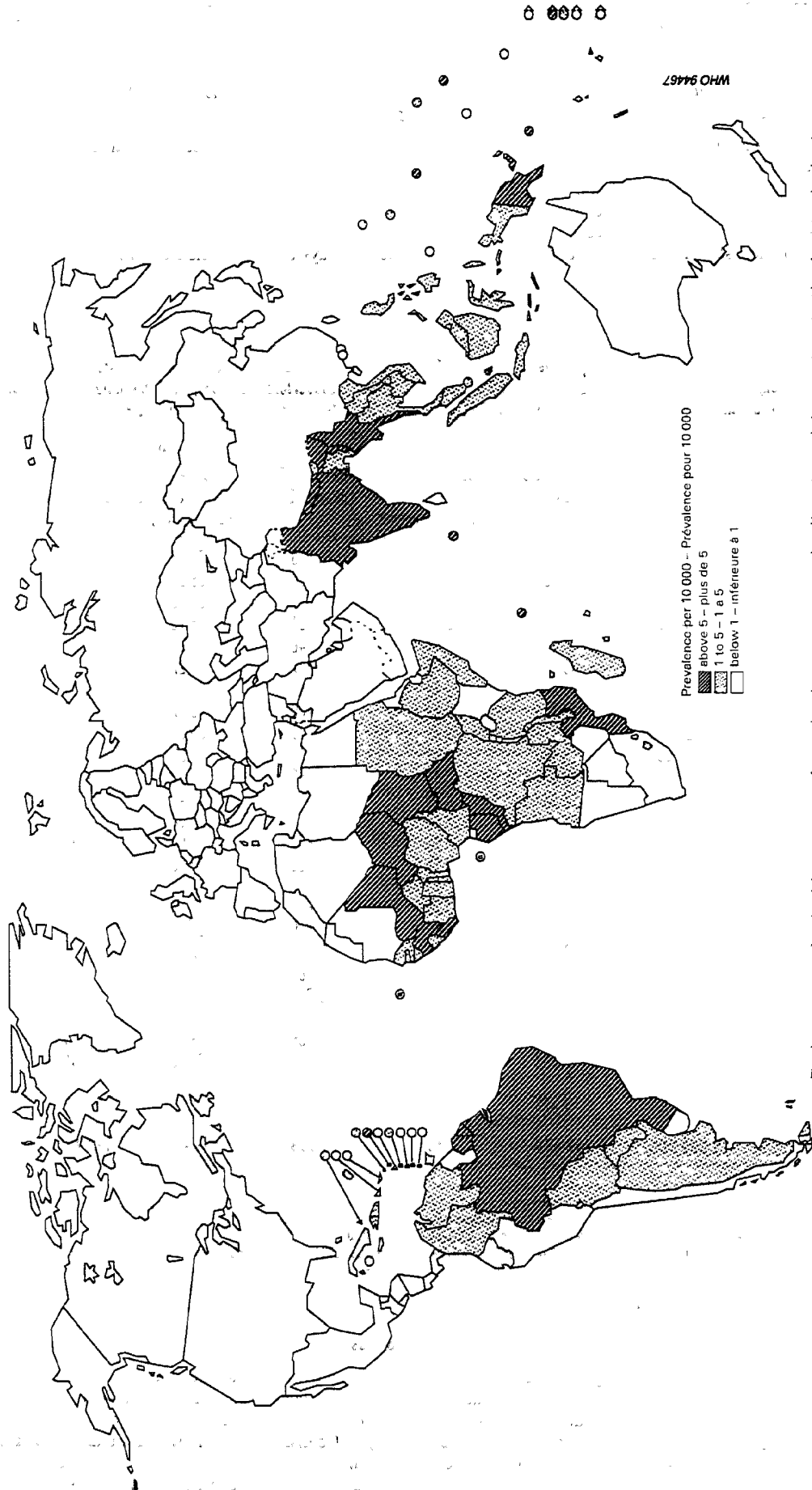
It is now essential that the major leprosy endemic countries further intensify and maintain leprosy control activities, including MDT coverage, in order to achieve the elimination target. While large reductions in prevalence can be achieved very quickly, major reductions in incidence are expected to occur over a span of several years because of the long incubation period of the disease and because of a delay in ensuring full MDT coverage.

Conclusion

Il est maintenant essentiel que les principaux pays d'endémie intensifient encore et maintiennent leurs activités de lutte anti-lépreuse, y compris la couverture par la PCT, afin d'atteindre l'objectif consistant à éliminer la maladie. Si d'importantes réductions de la prévalence peuvent être obtenues très rapidement, on s'attend à ce que plusieurs années soient nécessaires pour réaliser des réductions majeures de l'incidence en raison de la longue période d'incubation de la maladie et du délai requis pour obtenir une couverture complète par la PCT.

Map 1 Global leprosy prevalence, 1994 (registered cases)

Carte 1 Prévalence de la lèpre dans le monde, 1994 (cas enregistrés)



The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Table 7¹ Registered prevalence of leprosy, detection and coverage with multidrug therapy (MDT), by WHO Region and by country, 1994Tableau 7¹ Prévalence enregistrée de la lèpre, détection et couverture par la polychimiothérapie (PCT), par Région OMS et par pays, 1994

Africa – Afrique

Country/Area Pays/Territoire	Registered cases Cas enregistrés	Prevalence per 10 000 Prévalence pour 10 000 habitants	Patients on MDT Malades sous PCT	MDT coverage Couverture par la PCT (%)	Completed MDT PCT menée à terme	Cumulative MDT coverage Couverture cumulée par la PCT (%)	New cases Cas nouveaux
Algeria – Algérie	18	0.01	10	55.56	...	...	...
Angola	3 600	3.50	3 410	94.72	42	94.78	339
Benin – Bénin	1 431	2.82	1 431	100.00	7 084	100.00	936
Botswana	33	0.24	33	100.00	25	100.00	10
Burkina Faso	2 092	2.14	2 092	100.00	5 911	100.00	851
Burundi	63	0.11	63	100.00	2 156	100.00	182
Cameroon – Cameroun	4 616	3.68	3 261	70.65	8 988	90.04	320
Cape Verde – Cap-Vert	46	1.16	45	97.83	1	97.87	12
Central African Republic – République centrafricaine	3 756	11.53	2 134	56.82	2 069	72.15	416
Chad – Tchad	7 468	12.43	3 967	53.12	3 405	67.80	516
Comoros – Comores	83	1.37	83	100.00	1 032	100.00	90
Congo	2 444	10.01	761	31.14	1 524	57.59	345
Côte d'Ivoire	3 762	2.81	3 602	95.75	16 163	99.20	2 186
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	33	0.87	33	100.00	...	...	33
Eritrea – Érythrée	...	...	...	...	...	...	...
Ethiopia – Éthiopie	15 673	2.87	12 059	76.94	50 578	94.54	4 090
Gabon	2 363	18.48	644	27.25	1 000	48.88	158
Gambia – Gambie	440	4.72	440	100.00	1 694	100.00	200
Ghana	2 731	1.66	2 731	100.00	11 126	100.00	1 648
Guinea – Guinée	4 811	7.63	4 811	100.00	22 510	100.00	4 038
Guinea Bissau – Guinée Bissau	398	3.87	398	100.00	709	100.00	159
Kenya	1 149	0.44	1 149	100.00	1 179	100.00	418
Lesotho	218	1.16	142	65.14	343	86.45	9
Liberia – Libéria	4 589	16.13	1 773	38.64	444	44.05	482
Madagascar	5 369	4.05	5 369	100.00	9 118	100.00	740
Malawi	1 125	1.05	1 125	100.00	14 369	100.00	638
Mali	8 000	7.89	4 800	60.00	3 279	71.63	2 000
Mauritania – Mauritanie	157	0.71	71	45.22	...	...	76
Mauritius – Maurice	25	0.23	25	100.00	60	100.00	7
Mayotte	...	...	...	...	...	...	...
Mozambique	12 838	8.38	5 413	42.16	533	44.47	1 930
Namibia – Namibie	26	0.16	...	...	...	...	26
Niger	6 563	7.69	1 690	25.75	1 662	40.75	768
Nigeria – Nigéria	33 196	3.75	20 887	62.92	2 251	65.27	4 381
Réunion	155	2.51	28	18.06	96	49.40	2
Rwanda	62	0.08	61	98.39	376	99.77	22
Saint Helena – Sainte-Hélène	...	...	...	...	...	...	...
Sao Tome and Principe – Sao Tomé-et-Principe	4	0.31	...	...	...	...	...
Senegal – Sénégal	1 200	1.51	1 090	90.83	1 087	95.19	512
Seychelles	41	5.69	19	46.34	22	65.08	3
Sierra Leone	706	1.57	706	100.00	8 733	100.00	953
South Africa – Afrique du Sud	367	0.09	367	100.00	7 056	100.00	280
Swaziland	20	0.25	20	100.00	241	100.00	3
Togo	1 131	2.91	963	85.15	2 699	95.61	412
Uganda – Ouganda	2 127	1.11	1 063	49.98	6 796	88.08	1 872
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	3 674	1.28	3 674	100.00	15 732	100.00	2 731
Zaire – Zaïre	8 190	1.99	5 460	66.67	41 957	94.56	3 927
Zambia – Zambie	2 169	2.44	2 146	98.94	6 000	99.72	862
Zimbabwe	250	0.23	250	100.00	2 809	100.00	71
Total	149 212	2.78	100 299	67.22	262 859	88.13	39 654

= Data not available – Données non disponibles

¹ The data for the Regions of the Americas, South-East Asia, Europe, the Eastern Mediterranean and the Western Pacific will appear in Part II (No. 21 of 27 May)¹ Les données pour les Régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental paraîtront dans la Partie II (N° 21 du 27 mai.)

Influenza

Japan (2 May 1994).¹ The mild influenza season of 1993-1994 was over in early April. However, 29 strains of influenza A(H3N2) and 3 of influenza B viruses have since been isolated in 5 prefectures and cities.

New Zealand. Influenza A(H3N2) virus was isolated from 1 sporadic case in February and influenza A(H1N1) from 1 in April. Both isolates were from young children in the Wellington region.

¹ See No. 15, 1994, p. 112.

Grippe

Japon (2 mai 1994).¹ La saison grippale de faible intensité en 1993-1994 s'est terminée au début avril. Toutefois, 29 souches de virus grippal A(H3N2) et 3 souches de virus B ont été isolées depuis dans 5 préfectures et villes.

Nouvelle-Zélande. Le virus grippal A(H3N2) a été isolé d'un cas sporadique en février et le virus grippal A(H1N1) d'un cas en avril. Les deux isollements provenaient de jeunes enfants dans la région de Wellington.

¹ Voir N° 15, 1994, p. 112.

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

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

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS**MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT****Notifications received from 13 to 19 May 1994**

C - cases, D - deaths, ... - data not yet received,
i - imported, r - revised, s - suspect

Cholera • Choléra

America Amérique

	C	D
El Salvador	1-7 V	0
..... 78	0	
United States of America	22.III	
Etats-Unis d'Amérique	22.III	
..... 1i	0	

Notifications reçues du 13 au 19 mai 1994

C - cas, D - décès, ... - données non encore disponibles,
i - importé, r - révisé, s - suspect

Asia • Asie

	C	D
Hong Kong	10.V	0
..... 1	0	
India - Inde	1-31.III	0
..... 20	0	
Lao People's Dem. Rep.	1-30 IV	
Rép. dém. populaire lao	1-30 IV	
..... 69	6	

Newly infected areas as at 19 May 1994

For criteria used in compiling this list, see No. 3, p. 20.

Zones nouvellement infectées au 19 mai 1994

Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 3, p. 20.

Cholera • Choléra

Asia - Asie

Lao People's Dem. Rep.
Rép. dém. populaire lao
Bokeo Province

Areas removed from the infected area list between 13 and 19 May 1994

For criteria used in compiling this list, see No. 3, p. 20.

Zones supprimées de la liste des zones infectées entre le 13 et 19 mai 1994

Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 3, p. 20.

Cholera • Choléra

Africa • Afrique

Zimbabwe

Mashonaland Province
Mashonaland Central Province
Mashonaland East Province
Mashonaland West Province
Masvingo Province
Midlands Province

Telex: 415416 Fax: 788 00 11

(Attention EPIDNATIONS for notifications of diseases subject to the Regulations)

Automatic telex reply service:

Telex 415768 Geneva followed by ZCZC ENGL for reply in English

Price of the *Weekly Epidemiological Record*

Annual subscription Sw. fr. 190.-

Telex: 415416 Fax: 788 00 11

(À l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au Règlement)

Service automatique de réponse par télex:

Télex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français

Prix du *Relevé épidémiologique hebdomadaire*

Abonnement annuel Fr. s. 190.-