

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

8 JUNE 2001, 76th YEAR / 8 JUIN 2001, 76^e ANNÉE

No. 23, 2001, 76, 173–180

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

Contents

- 173 Outbreak news
- 173 Leprosy
- 179 Influenza
- 180 Criteria used in compiling the infected area list
- 180 International Health Regulations

Sommaire

- 173 Le point sur les épidémies
- 173 Lèpre
- 179 Grippe
- 180 Critères appliqués pour la compilation de la liste des zones infectées
- 180 Règlement sanitaire international

★ OUTBREAK NEWS

Yellow fever, Côte d'Ivoire. The Ministry of Health has reported 4 cases (including 3 deaths) in Danané and Duekoué districts in the south-western part of the country. Yellow fever has been confirmed by IgM detection in a sample collected on 23 March from a 17-year-old woman who died on 24 March. Testing was performed by the *Institut Pasteur* (Abidjan and Paris). To date, no further cases have been reported.

The Ministry of Health is continuing its investigation of the outbreak and has begun an immunization campaign using existing vaccine stocks. To ensure that the campaign is successfully carried out, it has requested additional vaccine from WHO and its partners. ■

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Fièvre jaune, Côte d'Ivoire. Le Ministère de la santé a signalé 4 cas (dont 3 décès) dans les districts de Danané et Duekoué, au sud-ouest du pays. La fièvre jaune a été confirmée par dépistage IgM dans un échantillon recueilli le 23 mars chez une femme de 17 ans qui est décédée le 24 mars. Les tests ont été exécutés par l'Institut Pasteur (à Abidjan et à Paris). A ce jour, on ne signale aucun nouveau cas.

Le Ministère de la santé poursuit son enquête sur la flambée et a mis en œuvre une campagne de vaccination utilisant les stocks de vaccin existants. Afin de mener à bien la campagne, il a demandé à l'OMS et à ses partenaires des vaccins supplémentaires. ■

Leprosy

Among communicable diseases, leprosy is one of the leading causes of permanent physical disability in the world. The visible deformities of the advanced form of the disease contribute to intense social stigma resulting in discrimination of patients and their families. In addition, as leprosy commonly afflicts individuals in their most productive stage of life, it imposes a significant economic burden on the community. Early detection and cure using multidrug therapy (MDT) are the key elements of the strategy to eliminate leprosy as a public health problem (defined as a prevalence rate of less than 1 case per 10 000 population). In addition to reducing the prevalence of the disease to very low levels, this strategy aims at bringing about a "cure without disability", and thus is the most effective way of reducing the social and economic burden caused by the disease.

Lèpre

La lèpre est, parmi les maladies transmissibles, l'une des causes principales d'incapacités physiques permanentes. Les difformités visibles dues à la forme avancée de la maladie contribuent aux préjugés profonds à l'origine du rejet des malades et de leur famille par la société. De plus, la lèpre touche le plus souvent des personnes au stade le plus productif de leur vie, ce qui fait peser un énorme fardeau économique sur la collectivité. Le dépistage précoce et le traitement par la polychimiothérapie (PCT) sont les éléments clefs de la stratégie d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique (défini comme étant d'un taux de prévalence de moins de 1 cas pour 10 000 habitants). Cette stratégie, qui vise non seulement à ramener la prévalence de la maladie à des niveaux très bas mais également à assurer une «guérison sans incapacités», est donc le moyen le plus efficace de réduire le fardeau social et économique dû à la maladie.

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 230.–

6.500 1.2001

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

Global situation

Currently, the disease prevails mainly in a limited number of countries in Africa, Asia and South America. Over the past 35 years, the prevalence increased from 8.4 cases per 10 000 population in 1966 to a peak of 12 per 10 000 in 1985. Since then, there has been a steady decline, and at the beginning of 2001 the total number of registered cases stood at around 0.6 million.¹ Globally, this represents a reduction in the prevalence rate of more than 90% since 1985.

Table 1 shows the latest available information on prevalence and detection of leprosy by countries with more than 100 registered cases, grouped by WHO region.

Today, all leprosy patients registered for treatment are being treated with MDT, even in countries facing serious problems in implementing control programmes, and about 11 million patients have been cured, thanks to MDT. The significant achievements made towards eliminating leprosy over the past 2 decades are the result of 2 important events in the history of the fight against the disease. The first took place in 1981, when a WHO Study Group on Chemotherapy of Leprosy recommended the use of multidrug therapy as the standard treatment for leprosy. The success of MDT under field conditions led to the second event in 1991, when the Forty-fourth World Health Assembly adopted a resolution to eliminate leprosy as a public health problem by end of the year 2000.²

Today, diagnosis and treatment of leprosy are easy. Essential work is being carried out to integrate leprosy services into existing general health services. This is especially important for communities at risk for leprosy, which are often made up of the poorest of the poor and underserved. Leprosy is transmitted via droplets, from the nose and mouth, during close and frequent contacts with untreated, infected persons. Leprosy mainly affects the skin and nerves, and if untreated can cause progressive and permanent damage to the skin, nerves, limbs and eyes. Treatment with MDT is highly effective. It stops transmission of the disease starting with the first dose, and prevents disabilities. MDT consists of 3 drugs which need to be taken by the patient for 6 or 12 months, depending on the severity of the disease.

It is estimated, using information from national leprosy elimination programmes, that the current prevalence of people with disability due to leprosy is 2-3 million. Most studies show that the risk of disability is higher for men and for patients with the multibacillary form of the disease, and the risk increases with age and duration of the disease. The risk of disability has been significantly reduced following the implementation of MDT, due to its efficacy, early case detection, and the reduced frequency and severity of leprosy reactions.

Situation mondiale

Actuellement, la maladie est surtout présente dans un petit nombre de pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Sud. Au cours de ces 35 dernières années, la prévalence est passée de 8,4 cas pour 10 000 habitants en 1966 à un maximum de 12 pour 10 000 en 1985. Depuis, elle a régulièrement régressé et, au début de 2001, le nombre total des cas enregistrés avoisinait 0,6 million.¹ Au niveau mondial, cela représente une réduction de plus de 90% du taux de prévalence par rapport à 1985.

Le *Tableau 1* contient les données les plus récentes sur la prévalence et le dépistage de la lèpre pour les pays ayant plus de 100 cas enregistrés, par région OMS.

Aujourd'hui, tous les malades enregistrés auprès des services de soins sont soignés par la PCT, même dans les pays où la mise en œuvre des programmes de lutte se heurte à de graves problèmes, et, grâce à la PCT, quelque 11 millions de malades ont été guéris. Les importants progrès réalisés en vue d'éliminer la lèpre au cours de ces 2 dernières décennies sont le fruit de 2 faits qui ont marqué l'histoire de la lutte contre la maladie. Le premier a eu lieu en 1981, lorsqu'un Groupe d'étude de l'OMS sur la chimiothérapie de la lèpre a recommandé l'utilisation de la polychimiothérapie comme traitement usuel de la lèpre. Le succès de la PCT en conditions de terrain a donné lieu au deuxième événement, l'adoption par la Quarante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 1991 d'une résolution visant à éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique avant la fin de l'an 2000.²

Aujourd'hui, la lèpre est facile à diagnostiquer et à soigner. Un travail essentiel a été entrepris pour intégrer les services de lutte antiléprouse dans les services de santé généraux. Cette intégration est particulièrement importante pour les communautés exposées, qui sont souvent les plus pauvres des pauvres et des laissés-pour-compte. La lèpre se transmet par des gouttelettes provenant du nez ou de la bouche, lors de contacts étroits et fréquents avec des personnes infectées non traitées. La lèpre touche principalement la peau et les nerfs et, en l'absence de traitement, elle peut provoquer une détérioration progressive et permanente de la peau, des nerfs, des membres et des yeux. Le traitement par la PCT est très efficace. Il arrête la transmission dès la première dose et prévient les incapacités. La PCT est composée de 3 médicaments à prendre pendant 6 à 12 mois, selon la gravité de la maladie.

Sur la base des données issues des programmes nationaux d'élimination de la lèpre, on estime à 2-3 millions la prévalence actuelle des personnes atteintes d'incapacités dues à la lèpre. La plupart des études montrent que le risque d'incapacité est supérieur chez les hommes et chez les malades présentant la forme multibacillaire de la maladie, et que le risque augmente avec l'âge et la durée de la maladie. Le risque d'incapacité est sensiblement réduit depuis l'application de la PCT, grâce à son efficacité, au dépistage précoce et à la fréquence et à la gravité moindres des réactions lépreuses.

¹ Detailed analysis by WHO region, focusing on major endemic countries, is under preparation and will be published in a forthcoming issue.

² Resolution WHA44.9.

¹ L'analyse détaillée par région OMS, centrée sur les principaux pays d'endémie, est en préparation et paraîtra dans un prochain numéro.

² Résolution WHA44.9.

Table 1. **Registered prevalence of leprosy and detection rate, latest available information, by WHO region^a**Tableau 1. **Lèpre: taux de prévalence et de dépistage enregistrés, données les plus récentes, par région OMS^a**

Country/Pays	Registered cases Cas enregistrés	Prevalence rate (per 10 000) Taux de prévalence (pour 10 000)	New cases reported Nouveaux cas déclarés	Detection rate (per 100 000) Taux de dépistage (pour 100 000)
Africa – Afrique				
Angola	3 732	2.9	2 306	17.9
Benin – Bénin	489	0.8	645	10.6
Burkina Faso	942	0.8	913	7.6
Burundi	161	0.2	121	1.8
Cameroon – Cameroun	1 299	0.9	643	4.3
Central African Republic ^b – République centrafricaine ^b	472	1.3	196	5.4
Chad – Tchad	591	0.8	856	11.2
Congo	577	2.0	389	13.2
Côte d'Ivoire ^b	1 677	1.1	2 019	13.7
Democratic Republic of the Congo ^c – République démocratique du Congo ^c	5 150	1.0	3 103	6.2
Ethiopia – Éthiopie	5 427	0.9	4 931	7.9
Ghana	1 427	0.7	1 427	7.1
Guinea – Guinée	1 329	1.8	1 986	26.7
Guinea-Bissau ^c – Guinée-Bissau ^c	144	1.2	53	4.5
Kenya	209	0.1	161	0.5
Liberia ^c – Libéria	398	1.4	185	6.3
Madagascar ^b	9 555	6.0	7 689	48.2
Malawi	465	0.4	474	4.3
Mali	1 032	0.9	1 147	10.2
Mozambique	6 048	3.1	6 617	33.6
Niger ^b	1 998	1.9	1 760	16.4
Nigeria ^c – Nigéria	7 707	0.7	7 918	7.3
Senegal – Sénégal	457	0.5	464	4.9
Sierra Leone ^c	357	0.8	250	5.3
South Africa – Afrique du Sud	184	0.0	56	0.1
United Republic of Tanzania ^b – République-Unie de Tanzanie ^b	4 785	1.4	4 640	13.8
Togo	109	0.2	292	6.3
Uganda ^c – Ouganda ^c	1 180	0.6	888	4.2
Zambia ^{b,c} – Zambie ^{b,c}	1 794	2.0	215	2.4
Americas – Amériques				
Argentina ^{b,c} – Argentine ^{b,c}	2 427	0.7	544	1.5
Bolivia – Bolivie	116	0.1	73	0.9
Brazil ^c – Brésil ^c	62 385	3.7	43 175	25.4
Colombia ^b – Colombie ^b	2 095	0.5	613	1.4
Costa Rica ^b	142	0.4	13	0.4
Cuba	529	0.5	278	2.5
Dominican Republic – République dominicaine	352	0.4	241	2.8
Ecuador ^{b,c} – Équateur ^{b,c}	233	0.2	73	0.6
Mexico ^{b,c} – Mexique ^{b,c}	1 850	0.2	282	0.3
Paraguay	606	1.1	427	7.8
Peru ^{b,c} – Pérou ^{b,c}	180	0.1	7	0.0
Suriname	102	2.3	64	14.6
United States of America – États-Unis d'Amérique	200	0.0	112	0.0
Venezuela	1 350	0.6	831	3.4
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale				
Afghanistan ^{b,c}	128	0.1	22	0.1
Egypt – Égypte	2 986	0.4	1 567	2.3
Iran (Islamic Republic of) ^c – République islamique d'Iran ^c	588	0.1	99	0.1
Pakistan	2 221	0.1	1 044	0.7
Somalia ^{b,c} – Somalie ^{b,c}	286	0.3	37	0.4
Sudan – Soudan	1 859	0.6	2 045	6.9
Yemen – Yémen	560	0.3	554	3.1
South-East Asia – Asie du Sud-Est				
Bangladesh	8 499	0.7	12 135	9.4
India ^b – Inde ^b	420 647	4.1	474 286	46.8
Indonesia – Indonésie	17 994	0.8	13 539	6.4
Myanmar	11 419	2.5	10 262	22.5

Country/Pays	Registered cases Cas enregistrés	Prevalence rate (per 10 000) Taux de prévalence (pour 10 000)	New cases reported Nouveaux cas déclarés	Detection rate (per 100 000) Taux de dépistage (pour 100 000)
Nepal – Népal	8 259	3.5	6 661	27.8
Sri Lanka	1 144	0.6	1 700	9.0
Thailand ^b – Thaïlande ^b	2 391	0.4	1 037	1.7
Western Pacific – Pacifique occidental				
Cambodia – Cambodge	582	0.5	747	6.7
China ^b – Chine ^b	6 384	0.0	1 595	0.1
Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	286	0.5	304	5.6
Malaysia – Malaisie	631	0.3	207	0.9
Papua New Guinea – Papaouisie-Nouvelle-Guinée	371	0.8	338	7.0
Philippines	3 248	0.4	2 596	3.4
Republic of Korea ^b – République de Corée ^b	535	0.1	35	0.1
Viet Nam – Vietnam	2 077	0.3	1 446	1.8
Europe				
Russian Federation ^d – Fédération de Russie ^d	711	–	1	–
Spain ^d – Espagne ^d	185	–	7	–
Turkmenistan ^d – Turkménistan ^d	120	0.3	1	–

^a Countries with more than 100 cases. – Information available on request for countries not listed. – Pays comptant plus de 100 cas. Les données concernant les pays ne figurant pas sur la liste peuvent être obtenues sur demande.

^b Data to be consolidated (work in progress). – Rassemblement des données en cours.

^c Latest available information. – Données les plus récentes.

^d Case definition not applied, leading to inflated reported prevalence. – Prévalence gonflée du fait de la non-application de la définition des cas.

Strategy for eliminating leprosy as a public health problem

The strategy for the elimination of leprosy as a public health problem is based on early case detection and cure with MDT. The target was defined as reducing the global prevalence to less than 1 case per 10 000 population and was based on certain assumptions:

- treatment with MDT, together with early case-finding, is the only available tool to control leprosy and its consequences;
- reducing the disease burden in terms of prevalence to very low levels will lead to a reduction in the source of infection and, in the course of time, to a reduction in transmission of infection and reduction of disease incidence;
- it is very difficult to measure incidence in leprosy, as it is a chronic disease with an insidious onset, and has a very strong self-healing component.

Experience over the past 15 years in many previously highly endemic countries has established that these assumptions are largely valid. It is important to realize, however, that the elimination of leprosy as a public health problem is a more modest goal than eradication, as eradication means zero disease and zero transmission, for which we have no tools as yet.

Elements of the intensified strategy for the remaining endemic countries

Ensuring that MDT services are available and readily accessible to patients at the nearest health facility is the most critical element in the elimination strategy, without which all the efforts of case-finding, diagnosis, classification and drug supply are rendered meaningless. The strategy aims at focusing activities at the district level in countries at risk of not achieving elimination.

Stratégie d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique

La stratégie d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique se base sur le dépistage précoce et le traitement par la PCT. La cible, définie comme la réduction de la prévalence mondiale à moins de 1 cas pour 10 000 habitants, repose sur certaines hypothèses:

- le traitement par la PCT, associé au dépistage précoce, est le seul instrument existant pour lutter contre la lèpre et ses conséquences;
- la réduction de la charge de morbidité en ramenant la prévalence à des niveaux très bas réduira la source d'infection et, progressivement, la transmission de l'infection et l'incidence de la maladie;
- l'incidence de la lèpre est très difficile à mesurer car il s'agit d'une maladie chronique qui débute de façon insidieuse et a un fort potentiel d'auto-guérison.

Dans de nombreux pays où le degré d'endémicité de la maladie était précédemment très élevé, l'expérience de ces 15 dernières années a largement accrédité ces hypothèses. Il faut néanmoins savoir que l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique est un objectif plus modeste que l'éradication, niveau zéro de morbidité et de transmission, pour laquelle nous ne disposons pas encore des outils nécessaires.

Éléments de la stratégie intensifiée pour les pays d'endémie restants

Veiller à ce que des services PCT soient disponibles et d'un accès facile pour les malades dans l'établissement de santé le plus proche est l'élément le plus déterminant de la stratégie d'élimination, sans lequel tous les efforts de dépistage, de diagnostic, de classification et d'approvisionnement en médicaments n'ont plus de sens. La stratégie vise à centrer les activités au niveau du district dans les pays qui risquent de ne pas mener à bien l'élimination.

Identification of endemic districts. The situation at the district level is gradually becoming clearer. Endemic countries naturally exhibit regional differences in terms of the disease burden, health service coverage and efficiency of the programme. There are many reasons for this, including the availability of trained health staff, difficult terrain or poor security, lack of logistic support for distribution of MDT drugs, and limited participation of the general health services and community in the programme activities. For similar reasons, there can also be wide disparities within individual regions of endemic countries. In order to fully interpret and manage both these interregional and intra-regional disparities, countries where leprosy is still endemic are implementing an information system focused at a more microlevel.

MDT services integrated into general health facilities. It is important that MDT services should be available and accessible at the nearest health centre so that patients can get their treatment easily. The integration of MDT services within the general health services is regarded as the key to achieving and sustaining elimination. The rationale behind this approach is that the general health services are relatively more widely distributed, and have closer and more frequent contact with the local community. Involving the general health services will improve case-finding, case-holding activities, as well as the cost-effectiveness of the programme. In addition, such integration will help to reduce stigma and increase awareness about the disease in the community.

The process of integration should be simple and practical. The tasks assigned to the workers from the general health services should be clear and in line with their daily routine activities, including the information systems. With integration, more health centres are expected to be providing treatment, and the case load in each centre will be relatively low in comparison to the attendance at leprosy clinics run by the specialized/vertical programmes. Several national programmes, even in countries with very high prevalence, have chosen to integrate their leprosy services, mainly because of the urgent need to rapidly expand MDT coverage.

Promoting community action. The participation of the community in elimination activities needs to be increased in order to positively change the image of leprosy and reduce the stigma attached to the disease. This will require identifying obstacles to community participation and developing strategies for promoting community action. The main difficulties are ignorance about the symptoms/signs and curability of the disease. The local community and its leaders should play a key role in improving public awareness of the disease and the availability of free and effective treatment. In some situations, they may be the only option in supporting MDT services in case-finding and ensuring that patients complete their treatment, particularly in areas where routine general health services either are not available or do not function properly. The elimination strategy cannot depend on the health services alone and therefore the involvement of other sectors in this process will be crucial to achieving the goal.

Recensement des districts d'endémie. La situation dans les districts s'éclaircit progressivement. Les pays d'endémie présentent naturellement des différences régionales, qu'il s'agisse de la charge de morbidité, de la couverture assurée par les services de santé ou de la performance du programme. Il y a de nombreuses raisons à cela, y compris la disponibilité de personnel de santé qualifié, les difficultés dues au terrain ou l'insécurité, l'absence de soutien logistique pour la distribution des médicaments PCT, et la participation limitée des services de santé généraux et de la communauté aux activités du programme. Pour des raisons analogues, il peut aussi exister des disparités sensibles entre plusieurs régions d'un pays d'endémie. Afin de pouvoir interpréter et surmonter ces disparités entre régions et à l'intérieur d'une même région, les pays où la lèpre est encore endémique mettent en œuvre un système d'information axé sur un champ plus restreint.

Services PCT intégrés dans les services de santé généraux. Il est important que les services PCT soient disponibles et accessibles dans le centre de santé le plus proche pour que les patients puissent se faire soigner facilement. L'intégration des services PCT dans les services de santé généraux est considérée comme la clef de l'élimination et de son maintien. Cette approche se justifie du fait que les services de santé généraux sont relativement plus répandus et qu'ils ont des contacts plus étroits et plus fréquents avec la communauté locale. L'association des services de santé généraux améliorera le dépistage, le suivi des malades ainsi que l'efficacité économique du programme. Cette intégration aidera en outre à réduire les préjugés et à sensibiliser davantage la communauté à la maladie.

L'intégration doit se faire de façon simple et pratique. Les tâches confiées aux agents des services de santé généraux doivent être claires et adaptées à leurs activités quotidiennes, y compris les systèmes d'information. Du fait de l'intégration, davantage de centres de santé devraient assurer le traitement et le nombre des cas soignés dans chaque centre sera relativement faible par rapport à la fréquentation des dispensaires pour lépreux gérés par les programmes spécialisés/verticaux. Plusieurs programmes nationaux, même dans les pays à très forte prévalence, ont choisi d'intégrer leurs services de lutte antilépreuse, principalement en raison de la nécessité d'étendre rapidement la couverture par la PCT.

Encourager l'action communautaire. Il est nécessaire d'associer davantage la communauté aux activités d'élimination afin d'améliorer l'image de la lèpre et de réduire les préjugés attachés à la maladie. Il faudra pour cela recenser les obstacles qui freinent la participation de la communauté et élaborer des stratégies en vue de promouvoir l'action communautaire. Les principales difficultés sont l'ignorance des symptômes/signes et le fait que la maladie soit guérissable. La collectivité locale et ses responsables doivent aider à mieux sensibiliser le public à la maladie et à la disponibilité d'un traitement gratuit et efficace. Dans certaines situations, ils pourront être les seuls à pouvoir soutenir les services PCT pour le dépistage et veiller à ce que les malades aillent au bout de leur traitement, en particulier dans les zones où les services de santé généraux sont soit inexistantes soit peu opérationnels. La stratégie d'élimination ne peut dépendre des seuls services de santé et la réalisation de l'objectif dépendra donc de la participation d'autres secteurs.

Prevention of disabilities and rehabilitation. There is a need for incorporating simple disability prevention and management components within leprosy programmes. The most cost-effective approach will be to strengthen collaboration with other relevant services and organizations working in this field, starting with a good assessment of the problem, and implementation of integrated projects. It will facilitate the development of national integrated projects for rehabilitation of individuals with severe physical disabilities due to various causes in the community.

Advocacy. Leprosy has always had certain very special features, as a disease affecting mainly underserved populations and generating intense emotions linked with the age-old stigma against those affected by it. As a result, the fight against leprosy has traditionally been undertaken by a relatively small group of people, highly dedicated but often reluctant to share the responsibility for the disease and its control with a wider group. This phenomenon is encountered at various levels, notably among groups of health specialists, programme managers and charitable agencies raising funds in the name of leprosy, and explains to some extent why the tremendous achievements in leprosy control during the last half of the 20th century are not well known, or are even underplayed. Today we know leprosy to be curable, but making it interesting to the public, the scientific community, decision-makers and politicians is not easy. The major approaches to creating awareness and support in the community are through information, education and communication. The mass media can be very helpful in improving community awareness, but may also have a negative impact through biased stories often concentrating on the physical manifestations of the disease. The issues here are how to improve communication and collaboration for advocacy between the programme and the media, how to make leprosy elimination attractive to the public and how to generate support for these activities.

Surveillance. All endemic countries are currently using well-standardized leprosy information systems. The essential indicators used are prevalence, case detection, coverage with MDT services, relapses and newly detected cases with grade 2 disabilities and impairments. These indicators should be analysed at the district level through the development of an integrated district-level database for other activities related to health. The internal validity of the indicators should be continuously assessed by independent monitors in collaboration with the national programmes. The main objective of such monitoring will be to collect indicators that reflect the performance of MDT services, especially the availability of drugs, cure rates and the quality of patient care at the district level.

Remotivating the research community. Taking into account that our scientific knowledge and arsenal against leprosy are limited, it appears fully justified to focus more closely on leprosy research activities, in order to develop new diagnostic, prophylactic and even therapeutic tools. Optimal methods for the early detection and treatment of reactions and neuritis need to be developed and new approaches to their prevention explored. A common regimen for both multibacillary and paucibacillary leprosy would be an advantage. The recently completed sequencing of *Mycobacterium leprae* is a major breakthrough. This

Prévention des incapacités et réadaptation. Il est indispensable d'inclure dans les programmes de lutte antilépreuse des éléments simples de prévention et de prise en charge des incapacités. L'approche la plus économique consistera à renforcer la collaboration avec d'autres services et organisations œuvrant dans ce domaine, en commençant par une bonne évaluation du problème et la mise en œuvre de projets intégrés. Cela facilitera l'élaboration de projets nationaux intégrés de réadaptation des personnes présentant de graves incapacités physiques consécutives à différentes causes dans la communauté.

Sensibilisation. La lèpre a toujours revêtu des caractéristiques très particulières en tant que maladie affectant principalement les populations insuffisamment desservies et suscitant des sentiments intenses liés aux préjugés ancestraux à l'égard des personnes touchées. De ce fait, la lutte contre la lèpre a toujours été assurée par un groupe relativement restreint, très dévoué mais souvent peu enclin à partager la responsabilité concernant cette maladie et les activités de lutte. Ce phénomène s'observe à divers niveaux, notamment dans des groupes de personnels de santé spécialisés, d'administrateurs de programme et d'organisations caritatives qui collectent des fonds pour la lèpre, et il explique dans une certaine mesure pourquoi les immenses progrès de la lutte antilépreuse pendant la deuxième moitié du XX^e siècle sont méconnus, voire minimisés. Nous savons aujourd'hui que la lèpre est guérissable mais il n'est pas facile d'y intéresser le public, la communauté scientifique, les décideurs et les responsables politiques. L'information, l'éducation et la communication sont les principaux moyens disponibles pour sensibiliser l'opinion et mobiliser le soutien de la communauté. Les médias peuvent être très utiles pour ce qui est de mieux sensibiliser la communauté mais ils peuvent aussi avoir un impact négatif en publiant des récits subjectifs souvent centrés sur les manifestations physiques de la maladie. L'important est de trouver comment améliorer la communication et la collaboration en faveur de la sensibilisation entre le programme et les médias, comment intéresser le public à l'élimination de la lèpre et comment mobiliser un soutien en faveur de ces activités.

Surveillance. Tous les pays d'endémie utilisent maintenant des systèmes normalisés d'information sur la lèpre. Les indicateurs essentiels utilisés sont la prévalence, le dépistage, la couverture par les services PCT, les rechutes et les cas nouvellement dépistés présentant des incapacités et des handicaps de niveau 2. Pour analyser ces indicateurs au niveau du district, une base de données intégrée concernant d'autres activités liées à la santé doit être mise en place à ce niveau. La validité interne des indicateurs doit être évaluée en permanence par des contrôleurs indépendants en collaboration avec les programmes nationaux. Cette surveillance visera principalement à recueillir des indicateurs reflétant la performance des services PCT, spécialement la disponibilité des médicaments, les taux de guérison et la qualité des soins dispensés au niveau du district.

Remotiver la communauté des chercheurs. Compte tenu des limites de nos connaissances scientifiques et de notre arsenal pour lutter contre la lèpre, il apparaît pleinement justifié de centrer davantage l'attention sur les activités de recherche sur la lèpre afin d'élaborer de nouveaux instruments diagnostiques, prophylactiques, voire thérapeutiques. Il convient de mettre au point des méthodes optimales de dépistage précoce et de traitement des réactions et des névrites et de rechercher de nouvelles méthodes de prévention. Il serait utile de trouver un schéma thérapeutique commun pour la lèpre multibacillaire et pour la lèpre paucibacillaire. Le séquençage de *Mycobacterium leprae* qui a été achevé récem-

has opened promising avenues for developing diagnostic tests, so that treatment can be applied earlier, thus reducing contagion and the limiting neurological complications commonly associated with the delayed diagnosis and treatment of the disease.

Conclusion

Prospects for further progress are good. The determination of the international community remains strong. Generous support continues, and countries are responding with vigour, refining control strategies and reaching greater numbers with the uplifting message that leprosy can be cured.

More than ever, control activities are becoming ideally suited for integration into the general health services. With a minimum of training, the disease is easily diagnosed on the basis of clinical signs alone, without the need for sophisticated and expensive laboratory equipment and support. The signs of early leprosy are distinctly visible, and the cardinal diagnostic feature – loss of sensation in the affected skin – is unique to the disease. All health workers can be trained in simple procedures for diagnosing the disease and prescribing the appropriate treatment, which is now dispensed in convenient monthly calendar blister packs, supplied free by WHO, that simplify treatment and encourage full compliance.

Relapse is rare. After completion of treatment, virtually no patients experience a recurrence of disease. No resistance of the causative organism to the multidrug combination has been recorded. Moreover, intensive research conducted in countries having a heavy dual burden of leprosy and HIV/AIDS has failed to detect any interaction between the two diseases.

The rapid progress now being made in eliminating leprosy clearly demonstrates the decisive power of commitment and determination to bring victory, even under circumstances that are far from ideal. With the support of governments, well-trained and motivated health staff, generous donors, and dedicated voluntary groups, leprosy can be completely and effectively reduced to very low levels. Leprosy is closely linked with poverty and typically affects young adults, particularly among the poorest of the poor. A strategy of early detection and treatment will not only stop the transmission of leprosy, but also prevent disabilities and thereby halt the downward spiral towards social exclusion and destitution. ■

ment représente un progrès majeur. Il est désormais possible d'envisager la mise au point de tests diagnostiques qui permettront d'appliquer le traitement plus tôt, et par conséquent de réduire la contagion et les complications neurologiques limitatives couramment associées au diagnostic et au traitement différés de la maladie.

Conclusion

Les chances de voir réaliser de nouveaux progrès sont bonnes. La communauté internationale demeure fermement déterminée. Il y a toujours un fort soutien et les pays réagissent de façon dynamique, affinant leurs stratégies de lutte et propageant le message positif selon lequel la lèpre est guérissable.

Plus que jamais, les activités de lutte se prêtent idéalement à une intégration dans les services de santé généraux. Un minimum de formation suffit pour diagnostiquer la maladie d'après les seuls signes cliniques, sans qu'il soit nécessaire de disposer de matériel ni de services de laboratoire complexes et coûteux. Les signes précoces de la lèpre sont clairement visibles et la perte de la sensibilité de la peau affectée – élément clef du diagnostic – est spécifique à cette maladie. Tous les agents de santé peuvent être formés aux méthodes simples de diagnostic de la maladie et de prescription du traitement approprié, désormais distribué dans des plaquettes calendrier thermoformées mensuelles fournies gratuitement par l'OMS, qui simplifient le traitement et encouragent une observance complète.

Les rechutes sont rares, voire quasi nulles une fois le traitement terminé. Aucune résistance du germe pathogène à l'association médicamenteuse n'a été enregistrée. De plus, les recherches intensives faites dans les pays en butte à une double charge de morbidité due à la lèpre et au VIH/SIDA n'ont permis de détecter aucune interaction entre les deux maladies.

Les progrès rapides visant à l'élimination de la lèpre témoignent clairement du pouvoir décisif de l'engagement et de la détermination à remporter la victoire, même dans des circonstances qui sont loin d'être idéales. Avec le soutien des gouvernements, des personnels de santé qualifiés et motivés, des donateurs généreux et des groupes bénévoles dévoués, la lèpre peut être ramenée partout, et de façon effective, à des niveaux très bas. La lèpre est étroitement liée à la pauvreté et elle affecte en règle générale les jeunes adultes, en particulier parmi les plus pauvres des pauvres. Une stratégie de dépistage précoce et de traitement permettra non seulement d'interrompre la transmission de la lèpre mais aussi de prévenir les incapacités, et donc de rompre le cercle vicieux de l'exclusion et de la grande pauvreté. ■

Influenza

Mauritius (27 May 2001).¹ A local outbreak associated with influenza B was detected during the last week of May. Young children were most affected.

Uruguay (27 May 2001). Influenza-like illness activity was reported to be sporadic but no influenza virus was isolated.

¹ See No. 22, 2001, p. 172.

Grippe

Maurice (27 mai 2001).¹ Une flambée locale associée au virus grippal B a été dépistée au cours de la dernière semaine de mai. Ce sont les jeunes enfants qui ont été les plus touchés.

Uruguay (27 mai 2001). L'activité des syndromes grippaux a été sporadique mais aucun virus grippal n'a été isolé.

¹ Voir N° 22, 2001, p. 172.

Note on geographical areas

The form of presentation in the *Weekly epidemiological record* does not imply official endorsement or acceptance by the World Health Organization of the status or boundaries of the territories as listed or described. It has been adopted solely for the purpose of providing a convenient geographical basis for the information herein. The same qualification applies to all notes and explanations concerning the geographical units for which data are provided.

Note sur les unités géographiques

Il ne faudrait pas conclure de la présentation adoptée dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* que l'Organisation mondiale de la Santé admet ou reconnaît officiellement le statut ou les limites des territoires mentionnés. Ce mode de présentation n'a d'autre objet que de donner un cadre géographique aux renseignements publiés. La même réserve vaut également pour toutes les notes et explications relatives aux pays et territoires qui figurent dans les tableaux.

Criteria used in compiling the infected area list

Based on the *International Health Regulations* the following criteria are used in compiling and maintaining the infected area list (only official governmental information is used):

- I. An area is entered in the list on receipt of information of:
 - (i) a declaration of infection under Article 3;
 - (ii) the first case of plague, cholera or yellow fever that is neither an imported case nor a transferred case;
 - (iii) plague infection among domestic or wild rodents;
 - (iv) activity of yellow-fever virus in vertebrates other than man using one of the following criteria:
 - (a) the discovery of the specific lesions of yellow fever in the liver of vertebrates indigenous to the area; or
 - (b) the isolation of yellow fever virus from any indigenous vertebrates.
- II. An area is deleted from the list on receipt of information as follows:
 - (i) if the area was declared infected (Article 3), it is deleted from the list on receipt of a declaration under Article 7 that the area is free from infection. If information is available which indicates that the area has not been free from infection during the time intervals stated in Article 7, the Article 7 declaration is not published, the area remains on the list and the health administration concerned is queried as to the true situation;
 - (ii) if the area entered the list for reasons other than a declaration under Article 3 (see I, (ii) to (iv) above), it is deleted from the list on receipt of negative weekly reports of the time intervals stated in Article 7. In the absence of such reports, the area is deleted from the list on receipt of notification of freedom from infection (Article 7) when at least the time period given in Article 7 has elapsed since the last notified case.

Critères appliqués pour la compilation de la liste des zones infectées

Conformément au *Règlement sanitaire international* les critères suivants sont appliqués pour la compilation et la mise à jour de la liste des zones infectées (seules sont utilisées les informations officielles émanant des gouvernements).

- I. Une zone est portée sur la liste lorsque l'Organisation a reçu:
 - (i) une déclaration d'infection, au terme de l'article 3;
 - (ii) notification du premier cas de peste, de choléra ou de fièvre jaune qui n'est ni un cas importé ni un cas transféré;
 - (iii) notification de la présence de la peste chez les rongeurs domestiques et chez les rongeurs sauvages;
 - (iv) notification de l'activité du virus amaril chez les vertébrés autres que l'homme, déterminée par l'application de l'un des critères suivants:
 - a) découverte des lésions spécifiques de la fièvre jaune dans le foie de vertébrés de la faune indigène du territoire ou de la circonscription; ou
 - b) isolement du virus de la fièvre jaune chez n'importe quel vertébré de la faune indigène.
- II. Les zones sont radiées de la liste dans les conditions suivantes:
 - i) si la zone a été déclarée infectée (article 3), elle est radiée de la liste lorsque l'Organisation reçoit une notification faite en application de l'article 7, suivant laquelle la zone est indemne d'infection. Si l'on dispose de renseignements indiquant que la zone n'a pas été indemne d'infection pendant une période correspondant à la durée indiquée dans l'article 7, la notification prévue par l'article 7 n'est pas publiée, la zone reste sur la liste et l'administration sanitaire intéressée est priée de donner des éclaircissements quant à la situation exacte;
 - ii) si la zone a été portée sur la liste pour des raisons autres que la réception de la notification prévue par l'article 3 (voir I, (ii) à (iv) ci-dessus), elle est radiée de la liste lorsque des rapports hebdomadaires négatifs ont été reçus pendant une période dont la durée est indiquée à l'article 7. A défaut de tels rapports, la zone est radiée de la liste lorsque, au terme de la période indiquée à l'article 7, l'Organisation reçoit une notification d'exemption d'infection (article 7).

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 1 to 7 June 2001 / Notifications de maladies reçues du 1^{er} au 7 juin 2001

Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès
Mayotte ¹	1.16.I
..... li	0

¹ French territorial collectivity. / Collectivité territoriale française.

i = imported.

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message [subscribe_wer-reh](mailto:subscribe_wer-reh@majordomo@who.int) to majordomo@who.int

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

Editor: vallanjonm@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message [subscribe_wer-reh](mailto:subscribe_wer-reh@majordomo@who.int) à majordomo@who.int

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

Rédactrice: vallanjonm@who.int