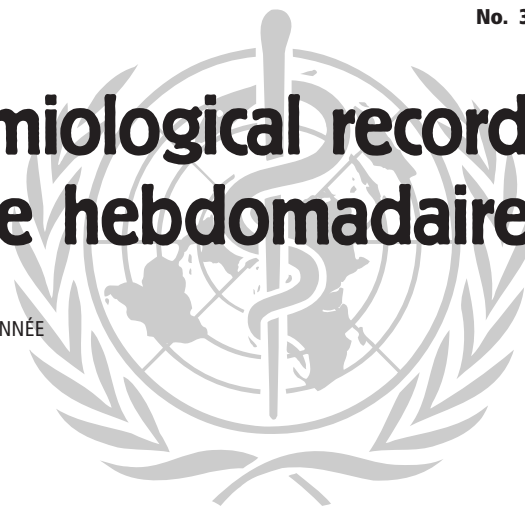


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

18 JANUARY 2002, 77th YEAR / 18 JANVIER 2002, 77^e ANNÉE

No. 3, 2002, 77, 17–24

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

Contents

- 17 Outbreak news
- 17 Leprosy elimination campaigns
- 20 Influenza
- 21 Progress towards interrupting indigenous measles transmission, WHO Region of the Americas
- 24 International Health Regulations

Sommaire

- 17 Le point sur les épidémies
- 17 Campagnes pour l'élimination de la lèpre
- 20 Grippe
- 21 Progrès vers l'interruption de la transmission de la rougeole autochtone, Région OMS des Amériques
- 24 Règlement sanitaire international

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 230.–

6.500 1.2002
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

★ OUTBREAK NEWS

Leishmaniasis, Pakistan. The health department of the Northwest Frontier province has reported 738 cases of cutaneous leishmaniasis in the Kurram area. The majority of these cases, in children aged < 15, are in addition to 1 500 cases reported in refugee camps in Pakistan. ■

Leprosy elimination campaigns

National programmes in all the top endemic countries have been carrying out leprosy elimination campaigns (LECs) since 1995, with the aim of intensifying elimination activities at the grass-roots level. These campaigns are usually carried out in countries where endemicity is high, targeting areas where the disease burden is estimated to be high and where routine programme activities are found to be weak. The main objectives of the LECs are to: increase community awareness and participation; improve the capacity of general health workers in diagnosis and treatment; and detect cases that have remained undetected in the community and cure them by providing free access to multidrug therapy (MDT).

Since their introduction, LECs have been very successful in obtaining the involvement of various local organizations and community leaders in leprosy elimination activities in their respective communities. Local organizations have helped by contributing funds for various promotional activities aimed at raising community awareness, such as posters and banners. The campaigns have generally increased awareness of the disease at the community level, and have encouraged early self-reporting of the disease at local health centres by a large number of

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Leishmaniose, Pakistan. Les autorités sanitaires de la province de Northern Frontier ont signalé 738 cas de leishmaniose cutanée dans la zone de Kurram. La majorité de ces cas, chez des enfants âgés de < 15 ans, sont supplémentaires aux 1 500 cas signalés dans les camps de réfugiés au Pakistan. ■

Campagnes pour l'élimination de la lèpre

Les programmes nationaux de tous les principaux pays d'endémie ont entrepris des campagnes pour l'élimination de la lèpre (CEL) depuis 1995 afin d'intensifier les activités d'élimination à la base. Ces campagnes, qui intéressent généralement les pays à forte endémicité, sont ciblées sur les zones où la charge de morbidité est jugée élevée et le niveau des activités du programme systématique insuffisant. Les principaux objectifs des CEL sont les suivants: améliorer la sensibilisation et la participation communautaires; améliorer la capacité des agents de santé généraux en matière de diagnostic et de traitement; et détecter les cas qui restent méconnus dans la communauté et les guérir en assurant un accès gratuit à la polychimiothérapie (PCT).

Depuis leur introduction, les CEL ont permis d'obtenir de très bons résultats du point de vue de la participation des différentes organisations locales et des responsables communautaires aux activités d'élimination de la lèpre dans les différentes communautés intéressées. Les organisations locales ont apporté des fonds en faveur de différentes activités de promotion visant à améliorer la sensibilisation communautaire, par exemple des affiches et des banderoles. Les campagnes ont généralement amélioré la sensibilisation à la maladie au niveau communautaire et encouragé un grand nombre de malades à

patients. Public information has been mainly focused on the availability of free treatment.

Volunteers from communities and their leaders have helped in carrying out awareness-generating activities in the villages and districts. Their participation, along with that of community leaders, has helped to dispel misconceptions about the disease that currently prevail in the community. These activities have helped to a great extent in reducing the stigma associated with leprosy, and made the public aware of the availability of treatment for the disease.

The capacity-building component of the LECs has also helped to strengthen the integration of leprosy services within the general health care system, by providing training and refresher courses for general health workers. As a result, the ability of the primary health care system to deliver diagnostic and treatment services for leprosy patients as part of their routine activities has improved significantly. This has greatly increased the geographical coverage during most of the campaigns, and has ultimately enabled patients to obtain their treatment at a health facility nearer to their homes.

The various awareness and promotion activities, along with improved accessibility to MDT services, have encouraged a large number of people with suspect skin lesions to come forward for screening at a nearby health facility. Those who were diagnosed with leprosy were promptly provided free treatment with MDT.

Results

Table 1 shows the results of the LECs that were successfully completed during the year 2000. The 5 states with the highest endemicity in India, namely: Madhya Pradesh (including the newly formed Chhattisgarh state), Uttar Pradesh (including Uttaranchal Pradesh), Bihar (including Jharkhand), Orissa and West Bengal carried out LECs covering an estimated population of 423 million. In the 5 above-mentioned states, various promotion activities for increasing community awareness were carried out at the village and district levels using both print and electronic media. Through the use of mass media, people with suspect skin lesions were encouraged to come forward to be examined. The general public was also informed of the existence of a cure for leprosy, and of the availability of the treatment free of charge at the nearest health facility.

Care was also taken to create a positive image concerning the disease in the media campaigns, in order to reduce the stigma associated with the disease in the community. In addition, in some selected areas and communities, household surveys were conducted. As part of the capacity-building activities of the campaigns, over 135 000 health workers from the general health services were trained.

The campaigns detected more than 177 148 new cases, the majority of them in the states of Bihar and Uttar Pradesh. The proportion of multibacillary (MB) cases among the newly-detected cases ranged from 24% to 44%, and the proportion of grade-2 disabilities from 2.2% to 5.1%. The proportion of single skin lesion ranged from 5.2% to 21.8%. Orissa state reported the highest number of cases of single skin lesion.

se présenter spontanément dans les centres de santé locaux pour signaler leur maladie. La formation a été centrée principalement sur la disponibilité d'un traitement gratuit.

Les volontaires des communautés et les responsables communautaires ont participé aux activités de sensibilisation dans les villages et les districts. Leur participation a contribué à dissiper les idées fausses concernant la maladie qui ont cours dans la communauté. Ces activités ont aidé dans une large mesure à réduire la stigmatisation associée à la lèpre et permis au public de prendre conscience de l'existence d'un traitement contre la maladie.

L'aspect renforcement des capacités a également contribué à améliorer l'intégration des services de lutte antilépreuse aux systèmes de soins de santé généraux par le biais de cours de formation et de recyclage offerts aux agents de santé généraux. Ainsi, la capacité du système de soins de santé primaires de fournir des services diagnostiques et thérapeutiques aux malades de la lèpre dans le cadre de leurs activités systématiques a été sensiblement améliorée. On a pu de cette manière accroître notablement la couverture géographique pendant la plus grande partie des campagnes, ce qui en fin de compte a permis aux malades d'obtenir leur traitement dans un centre de santé plus près de chez eux.

Les diverses activités de sensibilisation et de promotion ainsi que l'amélioration de l'accès aux services de PCT ont encouragé un grand nombre de personnes présentant des lésions cutanées suspectes à se présenter spontanément aux fins d'un dépistage dans un centre de santé près de chez eux. Ceux chez qui la lèpre a été diagnostiquée ont rapidement reçu un traitement gratuit par la PCT.

Résultats

Le Tableau 1 indique les résultats des CEL qui ont été menées à bien pendant l'an 2000. Les 5 états ayant la plus forte endémicité en Inde, à savoir le Madhya Pradesh (y compris l'état nouvellement constitué du Chhattisgarh), l'Uttar Pradesh (y compris l'Uttaranchal Pradesh), le Bihar (y compris le Jharkhand), l'Orissa et le Bengale occidental ont entrepris des CEL couvrant une population estimée à 423 millions d'habitants. Dans les 5 états susmentionnés, différentes activités de promotion visant à améliorer la sensibilisation communautaire ont été entreprises au niveau des villages et des districts en utilisant des moyens imprimés et électroniques. Dans les médias, on a encouragé les personnes présentant des lésions cutanées suspectes à se présenter spontanément en vue d'un examen. Le public a également été informé de l'existence de moyens de guérir la lèpre et de la possibilité d'obtenir un traitement gratuit au centre de santé le plus proche.

On a également veillé à créer une image positive concernant la maladie dans les campagnes et les médias afin de réduire le phénomène de stigmatisation associé à la maladie dans la communauté. En outre, dans certaines zones et communautés, on a procédé à des enquêtes porte-à-porte. Dans le cadre des activités de renforcement des capacités pour les campagnes, plus de 135 000 agents de santé des services de santé généraux ont été formés.

Les campagnes ont permis de détecter plus de 177 148 nouveaux cas, la majorité dans les états du Bihar et de l'Uttar Pradesh. La proportion de cas multibacillaires (MB) parmi les nouveaux cas détectés s'établissait entre 24% et 44% et la proportion des incapacités de degré 2 de 2,2% à 5,1%. La proportion des lésions cutanées uniques se situait entre 5,2% et 21,8%. C'est l'état de l'Orissa qui signalait le nombre le plus élevé de cas de lésions cutanées uniques.

In the remaining states and union territories of India, voluntary reporting centres were established, especially during the campaign period where individuals with suspect skin lesion(s) could be examined. Over 500 000 individuals reported to the voluntary centres, of which 34 734 cases were diagnosed as having leprosy. The proportion of MB cases among the newly-detected cases was 19.3%, and the proportion of grade-2 disabilities was 1.97%.

En Inde, dans les autres états et territoires de l'Union, des centres de notification volontaire ont été créés, surtout pendant la période de la campagne où il était possible d'examiner des sujets présentant des lésions cutanées suspectes. Sur plus de 500 000 personnes qui se sont présentées au centre de notification volontaire, 34 734 cas de lèpre ont été diagnostiqués. La proportion des cas multibacillaires parmi les nouveaux cas détectés était de 19,3% et la proportion des incapacités de degré 2 de 1,97%.

Table 1. Population coverage and type of cases detected by leprosy elimination campaigns, 2000

Tableau 1. Couverture de la population et type de cas détectés par les campagnes d'élimination de la lèpre, 2000

Country/area Pays/zone	Population covered Couverture	Detection/détection			
		Total	Detection rates (per 100 000) Taux de détection pour 100 000	Proportion of MB Proportion de cas MB (%)	Proportion of grade-2 disabilities Proportion d'incapacités de degré 2 (%)
Brazil (Acailandia and Imperatriz municipalities in Maranhão state) – Brésil (municipalités d'Acailandia et d'Imperatriz dans l'état de Maranhão)	394 000	383	97.21	31	4.7
Ghana (Upper East and Upper West regions / Régions de Upper East et Upper West)	1 840 000	184	10.00	NA/ND	NA/ND
India (Bihar state) – Inde (état du Bihar)	93 438 097	80 496	86.15	38	4.4
India (Madhya Pradesh state) – Inde (état du Madhya Pradesh)	71 784 330	17 176	23.93	38	5.1
India (Orissa state) – Inde (état de l'Orissa)	33 582 478	27 197	80.99	24	2.2
India (Uttar Pradesh state) – Inde (état de l'Uttar Pradesh)	153 867 980	41 016	26.66	44	3.6
India (West Bengal state) – Inde (état du Bengale occidental)	70 821 226	17 167	24.24	33	2.7
Madagascar (14 districts in the East Coast / 14 districts de la Côte orientale)	2 270 000	263	11.59	NA/ND	NA/ND
Mozambique (Nampula, Zambezia, Niassa and Cabo Delgado Provinces / provinces de Nampula, Zambezia, Niassa et Cabo Delgado)	6 970 000	1 457	20.9	47	14.0

NA = Not available. – ND = Non disponible.

Brazil (2 municipalities of Maranhão state), Ghana (2 regions), Madagascar (14 districts) and Mozambique (4 provinces) carried out LECs during 2000. The new case-detection rate was high in the 2 municipalities of Maranhão state of Brazil (97.21 per 100 000 population), compared to the campaigns in Ghana, Madagascar and Mozambique where the detection was 10-20 per 100 000 population. Over 560 health workers were also trained in the 2 municipalities of Maranhão state.

En 2000, des CEL ont été menées au Brésil (2 municipalités de l'état de Maranhão), au Ghana (2 régions), à Madagascar (14 districts) et au Mozambique (4 provinces). Le nouveau taux de détection était élevé dans les 2 municipalités de l'état de Maranhão au Brésil (97,21 pour 100 000) comparé aux campagnes du Ghana, de Madagascar et du Mozambique où le taux de détection était de 10 à 20 pour 100 000. Plus de 560 agents de santé ont également été formés dans les 2 municipalités de l'état de Maranhão.

Evaluation of LECs in India

An independent validation was carried out 2 months after the end of the campaigns to review the outcome in the 5 states with the highest endemicity (Bihar, Madhya Pradesh, Orissa, Uttar Pradesh and West Bengal). This evaluation found that household coverage with regard to the search activity varied from 51% in Uttar Pradesh to 79% in Orissa. Among the new cases detected during the campaigns, overdiagnosis was reported to be around 6%-13% and recycling of cases (cured or defaulter cases reregistered as a newly-detected case) varied from 36% to 82%.

Evaluation des CEL en Inde

On a procédé à une évaluation indépendante 2 mois après la fin des campagnes pour examiner les résultats dans les 5 états indiens où l'endémicité était la plus forte (Bengale occidental, Bihar, Madhya Pradesh, Orissa et Uttar Pradesh). Cette évaluation a permis de constater que la couverture des ménages variait entre 51% en Uttar Pradesh et 79% en Orissa. Parmi les nouveaux cas détectés au cours des campagnes, on a signalé un surdiagnostic situé entre 6% et 13% et un recyclage des cas (cas guéris ou abandons réenregistrés comme cas nouvellement détectés) situé entre 36% et 82%.

In a sample of districts evaluated in the state of Bihar, out of 7 921 suspected cases that were identified by the house-to-house search teams during the campaigns, the health services were not able to screen 37% owing to various problems. A re-examination of these unscreened cases revealed that 11% of them had leprosy. Among 2 127 cases that were screened and confirmed as having leprosy by the local health worker upon re-examination, around 5% were

Dans un échantillon de districts évalués de l'état du Bihar, sur 7 921 cas présumés identifiés par les équipes de recherche porte-à-porte au cours des campagnes, les services n'ont pas été en mesure de dépister 37% d'entre eux pour diverses raisons. Un nouvel examen de ces cas non dépistés a révélé que 11% étaient des cas de lèpre. Parmi les 2 127 cas soumis à un dépistage chez qui la lèpre a été confirmée par l'agent de santé local lors du réexamen, on a constaté des erreurs de diagnostic dans 5% environ des cas. Un

found to be wrongly diagnosed. Upon re-examination of 2 249 individuals who were screened and declared to be not a case of leprosy, 3% were found to have leprosy.

With regard to the impact of the community awareness and promotion activities, it was found that around 60% of community members had either seen, read or listened to the leprosy messages. After the campaigns, 91% of respondents considered leprosy to be a curable disease, which was an increase of 7 percentage points compared to the baseline.

In comparison with the first round of campaigns carried out in 1998, the number of newly-detected cases has decreased significantly during the second round in all the 5 states where the same strategy for promoting community awareness and case detection was applied. In Bihar, the detection declined by 61%, in the state of Madhya Pradesh by 44%, in Orissa by 57%, in Uttar Pradesh by 26% and in West Bengal by 56%. This shows that the first round of campaigns was able to clear most of the backlog of cases.

Conclusion

Campaigns have covered most of the problem areas in the top endemic countries and proved to be an important exercise. They have strengthened many weak programmes through capacity building, improving community awareness and participation, and strengthening integration with the general health services. They were also successful in mobilizing the general health services and the community for leprosy elimination. However, in some countries, because of the continued weakness of the programme, a second round of campaigns had to be conducted.

Proper evaluation of the outcome of the campaigns can help to identify the strengths and weaknesses of a programme in an area. At the same time, the success of the campaigns should not be judged solely on the total number of cases detected. Other equally important factors such as improving accessibility to MDT, population coverage, cure rates of patients detected, capacity-building measures for general health workers, and effectiveness of various community awareness and promotion activities, should be evaluated.

The main challenge for future campaigns will be to target certain districts or areas where elimination cannot be achieved because the routine programme is performing poorly. In these cases, LECs are to be used to strengthen the integrated services and improve geographical coverage. It is important that the campaign not only detect cases but also ensure that the services are maintained, so that all cases undergoing treatment are able to complete their treatment. ■

Influenza

Belgium (5 January 2001).¹ During the first week of January, the number of consultations for acute respiratory infection and influenza-like illness has been above the epidemic threshold and influenza activity was reported to be at regional level. The majority of viruses isolated or identified were influenza A. Only 2 influenza B viruses were reported.

¹ See No. 2, 2002, p. 16.

nouvel examen de 2 249 sujets soumis à un dépistage et déclarés exempts de lèpre a permis de détecter 3% de cas de lèpre.

En ce qui concerne l'impact de la sensibilisation communautaire et des activités de promotion, on a constaté que 60% environ des membres de la communauté avaient vu, lu ou entendu des messages concernant la lèpre. Après la campagne, 91% des enquêtés ont considéré la lèpre comme une maladie guérissable, c'est-à-dire 7% de plus qu'auparavant.

Comparativement à la première série de campagnes en 1998, le nombre de nouveaux cas détectés a sensiblement diminué dans l'ensemble des 5 états où la même stratégie de sensibilisation communautaire et de dépistage des cas a été appliquée. Au Bengale occidental, le taux de détection a diminué de 56%, au Bihar de 61%, dans l'état du Madhya Pradesh de 44%, en Orissa de 57% et en Uttar Pradesh de 26%. Cette diminution démontre que la première série de campagnes a permis de mettre en évidence la plupart des cas méconnus.

Conclusion

Les campagnes ont couvert la plus grande partie des zones touchées dans les principaux pays d'endémie et ont constitué une activité importante. Elles ont renforcé de nombreux programmes qui laissaient à désirer, grâce au renforcement des capacités, à l'amélioration de la sensibilisation et de la participation communautaire et à une meilleure intégration aux services de santé généraux. Elles ont également permis de mobiliser les services de santé généraux et la communauté en faveur de l'élimination de la lèpre. Toutefois, dans certains pays, en raison de la faiblesse persistante du programme, une deuxième série de campagnes a dû être organisée.

Une bonne évaluation des résultats des campagnes peut contribuer à cerner les points forts et les points faibles d'un programme dans une zone déterminée. Cela dit, le succès des campagnes ne doit pas être seulement jugé en fonction du nombre total de cas détectés. D'autres facteurs tout aussi importants comme une meilleure accessibilité à la PCT, la couverture de la population, les taux de guérison des patients détectés, les mesures de renforcement des capacités pour les agents de santé généraux, et l'efficacité des diverses activités de sensibilisation et de promotion communautaire, doivent également être évalués.

Le principal défi au cours des futures campagnes consistera à cibler certaines zones ou certains districts où l'élimination n'est pas possible car les résultats du programme systématique laissent à désirer. Dans ces cas, les CEL doivent servir à renforcer les services intégrés et à améliorer la couverture géographique. Il est important non seulement que la campagne détecte des cas mais aussi qu'elle assure le maintien des services pour que tous les sujets traités puissent suivre leur traitement jusqu'au bout. ■

Grippe

Belgique (5 janvier 2001).¹ Au cours de la première semaine de janvier, le nombre de consultations pour infections respiratoires et syndromes grippaux a dépassé le seuil épidémique et on a signalé une activité grippale au niveau régional. La majorité des virus isolés ou identifiés étaient de type A. Seuls 2 virus grippaux de type B ont été signalés.

¹ Voir N° 2, 2002, p. 16.

France (5 January 2001).¹ As of the first week of January, local outbreaks had been reported for 2 weeks. Influenza A and B viruses were isolated. The influenza A(H3N2) viruses reported during the previous weeks were A/Panama/2007/99-like strains and the B viruses were B/Sichuan/379/99-like strains.

Spain (5 January 2001).¹ Influenza activity has continued for the third consecutive week. Influenza A viruses were identified from a child and an elderly man by immunofluorescence tests. ■

France (5 janvier 2001).¹ A la première semaine de janvier, cela faisait 2 semaines que des flambées locales étaient signalées. Des virus grippaux A et B ont été isolés. Des virus grippaux de type A(H3N2) et de souche analogue à A/Panama/2007/99 ainsi que des virus grippaux de type B et de souche analogue à B/Sichuan/379/99 ont été signalés au cours des semaines précédentes.

Espagne (5 janvier 2001).¹ L'activité grippale se poursuit pour la troisième semaine consécutive. Des virus grippaux de type A ont été identifiés chez un enfant et un homme âgé suite à des tests d'immunofluorescence. ■

Progress towards interrupting indigenous measles transmission, WHO Region of the Americas¹

January-November 2001

In 1994, countries in the WHO Region of the Americas set a goal of interrupting indigenous measles transmission by the end of 2000. From 1990 to 2000, measles cases declined by more than 99%, from approximately 250 000 to 1 755 (Fig. 1). During 2000, endemic transmission occurred in only Argentina, Brazil, Bolivia, the Dominican Republic and Haiti, and only 16 (<1%) of 12 010 municipalities in the region reported confirmed measles cases. During 2001, ongoing transmission of measles occurred in 3 countries: Dominican Republic, Haiti and Venezuela; no measles outbreaks have been reported from Argentina, Bolivia or Brazil since 2000. This article summarizes progress in reaching the goal of interrupting measles transmission in the region during 2001.

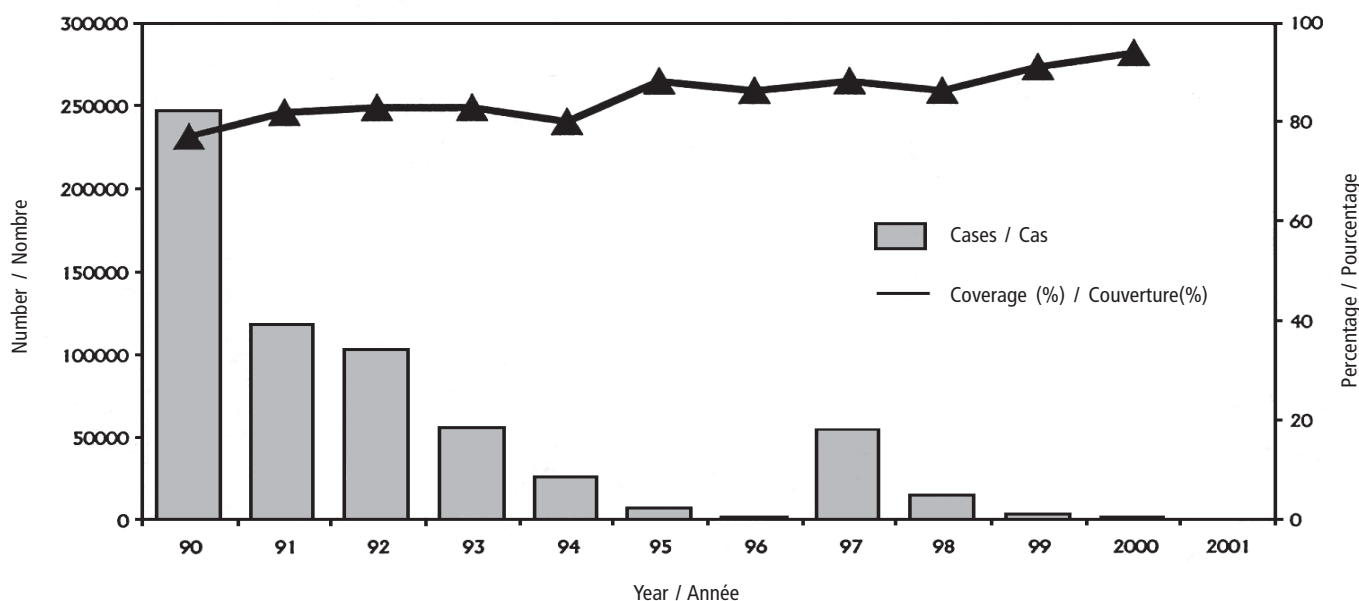
Progrès vers l'interruption de la transmission de la rougeole autochtone, Région OMS des Amériques¹

Janvier-novembre 2001

En 1994, les pays de la Région OMS des Amériques se sont fixé comme but d'interrompre la transmission de la rougeole autochtone d'ici fin 2000. Entre 1990 et 2000, le nombre de cas de rougeole a diminué de plus de 99%, passant d'environ 250 000 à 1 755 (Fig. 1). En 2000, il n'y avait plus de transmission endémique de la maladie qu'en Argentine, en Bolivie, au Brésil, en Haïti et en République dominicaine, et seuls 16 (<1%) des 12 010 communes de la région notifiaient des cas de rougeole confirmés. En 2001, la transmission de la rougeole a été limitée à 3 pays: Haïti, République dominicaine et Venezuela; aucune flambée de rougeole n'a été signalée en Argentine, en Bolivie ou au Brésil depuis 2000. Le présent article récapitule les progrès accomplis sur la voie de l'interruption de la transmission de la rougeole dans la région en 2001.

Fig. 1 Confirmed measles cases and percentage of routine measles vaccination coverage among infants, WHO Region of the Americas, 1990-2001^a

Fig. 1. Nombre de cas confirmés de rougeole et pourcentage de couverture systématique par la vaccination antirougeoleuse chez les nourrissons, Région OMS des Amériques, 1990-2001^a



^a As of 26 November 2001 (423 confirmed cases from 9 countries). – Au 26 novembre 2001 (423 cas confirmés par 9 pays).

¹ Reported by the Pan American Health Organization; the ministries of health of Dominican Republic and Venezuela; the Caribbean Epidemiology Center, Trinidad and Tobago; the National Center for Infectious Diseases (United States); and the Centers for Disease Control and Prevention (United States).

¹ Données notifiées par: l'Organisation panaméricaine de la Santé; les Ministères de la santé des pays suivants: Haïti, République dominicaine et Venezuela; le Centre d'épidémiologie des Caraïbes, Trinité-et-Tobago; le *National Center for Infectious Diseases* (Etats-Unis d'Amérique) et les *Centers for Disease Control and Prevention* (Etats-Unis d'Amérique).

The measles vaccination strategy recommended by the Pan American Health Organization (PAHO) includes a one-time national "catch-up" campaign for all children aged 1-4 years, regardless of measles vaccination history. Thirty-nine (95%) of the 41 countries that report to PAHO conducted catch-up campaigns during 1989-1995 and follow-up campaigns since 1994. Routine coverage increased from 80% in 1994 to 94% in 2000, but varied by country from 75% to 99%; coverage was lowest in Colombia (75%), Haiti (80%), Belize (82%), Venezuela and Costa Rica (84%), Guyana (86%), Jamaica (88%), and the Dominican Republic (88%). Vaccination efforts have also been focused on populations at high risk for measles transmission (e.g. health-care workers, military personnel, teachers, university students, workers in the tourist industry, persons living or working in prisons and large factories, and young adults from rural areas who have moved to cities (in Argentina, Bolivia, Chile, the Dominican Republic, Haiti, Peru, Uruguay and Venezuela).

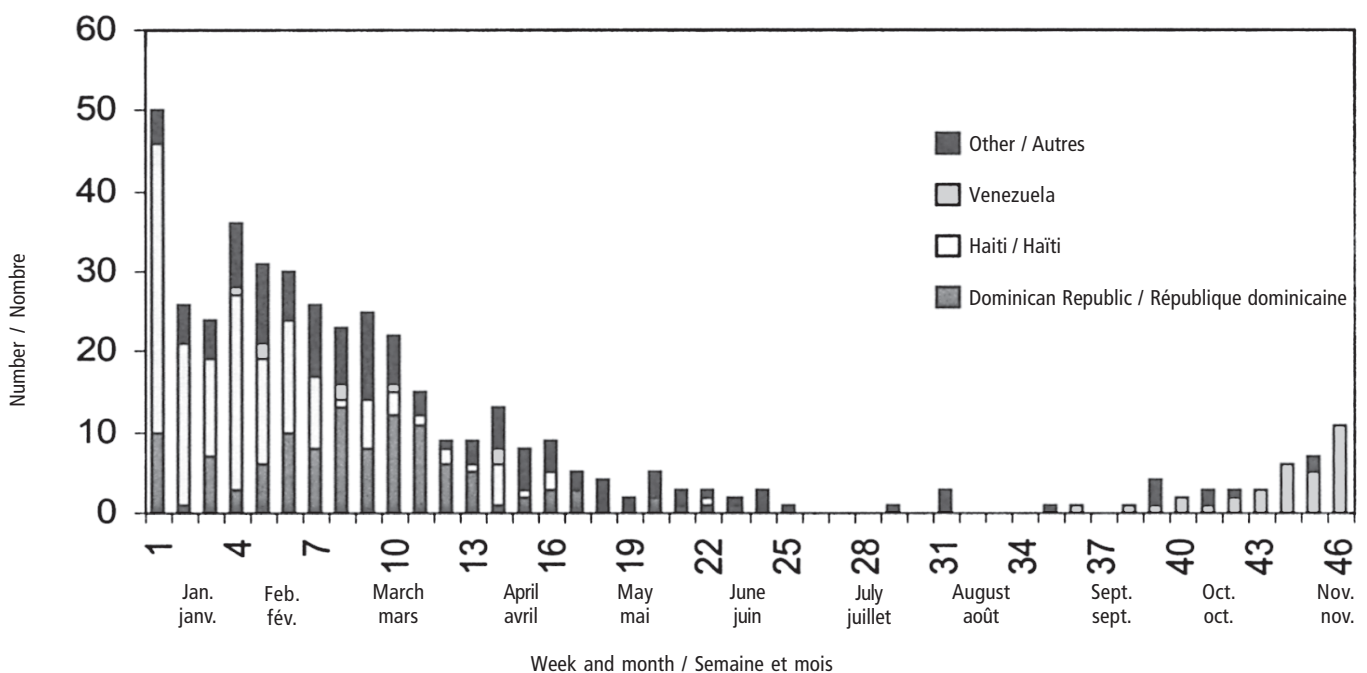
During January to mid-November 2001, a total of 423 confirmed measles cases were reported in the Americas, the lowest number of cases for the first 46 weeks of any year since the implementation of the eradication programme in 1996, and a 65% decrease compared with the 1 202 cases reported during the same period in 2000 (Fig. 2). The number of cases reported annually has decreased substantially since the resurgence that occurred in Argentina and Brazil during 1997. In 1998, a total of 14 332 confirmed cases were reported from 17 (41%) of the 41 countries reporting to PAHO. In 1999, a total of 3 209 confirmed cases were reported from 11 countries – 78% fewer cases than in 1998 and 94% fewer than in 1997. The 1 754 cases reported during 2000 represented the lowest number since the goal to interrupt measles transmission was set in 1994.

La stratégie de vaccination antirougeoleuse recommandée par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) prévoit une campagne nationale unique de «rattrapage» pour tous les enfants âgés de 1 à 4 ans, quels que soient leurs antécédents de vaccination antirougeoleuse. Trente-neuf (95%) des 41 pays qui notifient des données à l'OPS ont organisé des campagnes de rattrapage entre 1989 et 1995, et des campagnes de suivi depuis 1994. La couverture systématique est passée de 80% en 1994 à 94% en 2000, mais pouvait aller, selon les pays, de 75% à 99%; la couverture était la plus faible en Colombie (75%), en Haïti (80%), au Belize (82%), au Venezuela et au Costa Rica (84%), au Guyana (86%), en Jamaïque (88%), et en République dominicaine (88%). Les efforts de vaccination ont également été concentrés sur les populations à haut risque de transmission de la rougeole (agents de santé, membres des forces armées, enseignants, étudiants, travailleurs de l'industrie du tourisme, personnes vivant ou travaillant dans des établissements pénitentiaires ou de grandes entreprises, jeunes adultes de milieu rural ayant émigré vers les villes, par exemple, en Argentine, en Bolivie, au Chili, en Haïti, au Pérou, en République dominicaine, en Uruguay et au Venezuela).

De janvier à mi-novembre 2001, 423 cas de rougeole confirmés ont été notifiés au total dans les Amériques, le plus faible chiffre pour les 46 premières semaines d'une année depuis la mise en œuvre du programme d'éradication en 1996, et ce qui représentait une diminution de 65% par rapport aux 1 202 cas notifiés pendant la même période en 2000 (Fig. 2). Le nombre de cas notifiés annuellement a sensiblement diminué depuis la résurgence survenue en Argentine et au Brésil en 1997. En 1998, un total de 14 332 cas confirmés ont été notifiés dans 17 (41%) des 41 pays communiquant des données à l'OPS. En 1999, le nombre total de 3 209 cas confirmés a été signalé par 11 pays, soit 78% de moins qu'en 1998 et 94% de moins qu'en 1997. Les 1 754 cas notifiés en 2000 représentaient le nombre le plus bas depuis que le but de l'interruption de la transmission de la rougeole a été fixé en 1994.

Fig. 2 Measles cases, distribution by country, WHO Region of the Americas, January-November 2001^a

Fig. 2 Cas de rougeole, répartition par pays, Région OMS des Amériques, janvier-novembre 2001^a



^a As of 17 November 2001. – Au 17 novembre 2001.

During 1999-2000, a total of 528 confirmed measles cases was reported in the Dominican Republic. During January to mid-November 2001, a total of 113 (27%) of the 423 confirmed cases in the region were reported from 18 provinces. The highest attack rates occurred among: children aged <5 years (range: from 2 cases per 100 000 children aged 1-4 years to 18 cases per 100 000 children aged 6-11 months); children aged 5-9 years (1 case per 100 000), and adults aged 20-29 years (2 cases per 100 000). As of 17 November 2001, a total of 1 097 suspected cases of measles have been investigated. The last patient with a confirmed case of illness had onset of symptom during May 2001.

In Haiti, no confirmed cases were reported during 1998-1999. In 2000, an outbreak probably caused by measles imported from the Dominican Republic began in Artibonite; 992 (57%) of 1 754 confirmed cases in the region were reported. From January 2000 to April 2001, fixed-post vaccination campaigns for all vaccines were conducted nationwide; coverage ranged from 45% to 65%. A house-to-house vaccination campaign was conducted in the most affected neighbourhood of the country, Delmas, Port au Prince, interrupting transmission in that municipality. During January to mid-November 2001, Haiti reported 158 (37%) of the 423 confirmed cases in the region; 49% of the cases occurred among children aged <5 years. A nationwide house-to-house poliomyelitis and measles vaccination campaign began in September 2001. Active case-finding is under way, including house-to-house surveillance in all municipalities, and a US \$100 reward for identifying laboratory-confirmed cases. No confirmed measles cases have been reported since the end of September 2001.

In Venezuela during 2000, an outbreak of 22 confirmed cases among preschool and school-aged children occurred in Zulia, the most populous state, which borders on Colombia. During January-June 2001, 8 cases were classified as clinically confirmed, and during August to mid-November, 30 confirmed cases linked to an importation from Europe were confirmed. Of these 30 cases, 19 occurred in 2 municipalities in Falcon and 11 occurred in 2 municipalities in Zulia. Seventeen (57%) occurred among children aged <5 years, 12 (40%) among persons aged 22-45 years, and 1 in a child aged 8 years. Among children aged <5 years, 2 (12%) had received measles vaccine.

Following the recommendations of a PAHO-sponsored evaluation of Venezuela's national immunization programme, the government is implementing a nationwide, house-to-house, follow-up measles and rubella vaccination campaign among children aged 1-4 years. The campaign started in November 2001 and will end in January 2002. In the first week of the campaign, 878 000 children (39% of the target population of approximately 2.3 million) were vaccinated.

Editorial note. WHO has estimated that 777 000 children died as a result of measles during 2000. During 1997-1998, approximately 100 measles-related deaths were reported in Argentina and Brazil, mostly among unvaccinated infants and preschool-age children. Vaccinating poor children against measles substantially improves their long-term chances for survival. During 1990-2000, implementa-

En 1999-2000, un nombre total de 528 cas de rougeole confirmés a été notifié en République dominicaine. Entre janvier et mi-novembre 2001, un total de 113 (27%) des 423 cas confirmés dans la région ont été signalés par 18 provinces. Les taux d'atteinte les plus élevés ont été observés parmi les enfants de < 5 ans (fourchette: de 2 cas pour 100 000 enfants de 1 à 4 ans à 18 cas pour 100 000 enfants de 6 à 11 mois), les enfants de 5 à 9 ans (1 cas pour 100 000), et les adultes de 20 à 29 ans (2 cas pour 100 000). Au 17 novembre 2001, 1 097 cas suspects de rougeole avaient fait l'objet d'investigations au total. Le dernier patient confirmé avait vu apparaître les symptômes en mai 2001.

En Haïti, aucun cas confirmé n'a été signalé en 1998-1999. En 2000, une flambée probablement due à la rougeole importée de République dominicaine s'est déclarée à Artibonite; 992 cas (57%) sur les 1 754 cas confirmés dans la région ont alors été signalés. De janvier 2000 à avril 2001, des campagnes de vaccination en postes fixes par l'ensemble des vaccins ont été organisées au niveau national; la couverture s'est échelonnée entre 45% et 65%. Une campagne de vaccination porte-à-porte a été organisée dans le quartier le plus touché du pays, Delmas, à Port-au-Prince, interrompant la transmission dans cette commune. Entre janvier et mi-novembre 2001, Haïti a signalé 158 (37%) des 423 cas confirmés dans la région; 49% des cas sont survenus chez des enfants de < 5 ans. Une campagne de vaccination antirougeoleuse et antipoliomyélitique porte-à-porte a démarré au niveau national en septembre 2001. On procède actuellement à un dépistage actif des cas, ce qui suppose une surveillance maison par maison dans toutes les communes, et une récompense de US \$100 est proposée pour l'identification de cas confirmés en laboratoire. Aucun cas de rougeole confirmé n'a été signalé depuis la fin septembre 2001.

Au Venezuela, en 2000, une flambée de 22 cas confirmés chez des enfants d'âge scolaire et préscolaire est survenue dans l'état de Zulia, le plus peuplé, limitrophe avec la Colombie. De janvier à juin 2001, 8 cas ont été classés comme confirmés cliniquement, et entre août et mi-novembre, 30 cas confirmés liés à un cas importé d'Europe ont été confirmés. Sur ces 30 cas, 19 sont survenus dans 2 municipalités de Falcon et 11 dans 2 municipalités de Zulia. Dix-sept (57%) sont survenus chez des enfants de < 5 ans, 12 (40%) chez des personnes de 22 à 45 ans, et 1 chez un enfant âgé de 8 ans. Parmi les enfants de < 5 ans, 2 (12%) avaient été vaccinés contre la rougeole.

Conformément aux recommandations d'une évaluation du programme national vénézuélien de vaccination parrainée par l'OPS, le gouvernement met en œuvre une campagne de vaccination nationale porte-à-porte de suivi pour la rougeole et la rubéole chez les enfants de 1 à 4 ans. Celle-ci a démarré en novembre 2001 et se terminera en janvier 2002. Lors de la première semaine de la campagne, 878 000 enfants (39% de la population visée d'environ 2,3 millions de personnes) ont été vaccinés.

Note de la rédaction. L'OMS a estimé que 770 000 enfants étaient morts de la rougeole en 2000. En 1997-1998, une centaine de décès liés à la rougeole ont été signalés en Argentine et au Brésil, la plupart chez des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire non vaccinés. La vaccination des enfants pauvres améliore sensiblement leurs chances de survie à long terme. En 1990-2000, la mise en œuvre de programmes nationaux de surveillance et de vaccination a per-

tion of national vaccination and surveillance programmes reduced measles incidence by 99%. Haiti and Venezuela are the last countries in the Americas where measles is endemic.

Surveillance data and results of molecular testing by PAHO's measles laboratory network demonstrate that measles can be imported to measles-free countries from countries where measles is endemic; therefore, all countries in the region must continue to implement vaccination and surveillance strategies. All countries in the Americas must maintain the highest possible population immunity (i.e. $\geq 95\%$ among infants and children) and must strengthen surveillance to detect importations. In addition, countries must target vaccination efforts to susceptible adolescents and young adults who are at risk of exposure to measles.

In all countries of the Americas, the elimination of measles will require improving technical and managerial capabilities, e.g. maintaining the cold chain and the local capacity to plan and conduct vaccination campaigns on a regular basis (once every 3-5 years). In countries that report adequate routine coverage, local data need to be verified to identify areas where coverage persists at low levels. Even so, ongoing transmission of measles probably would be detected in the Americas as a result of intense surveillance and active case-finding at health-care centres in high-risk communities. PAHO is implementing standard supervisory instruments for monitoring vaccination coverage, investigating measles outbreaks, and validating routine surveillance. In addition, experience in the Americas has demonstrated that house-to-house vaccination is the most efficient method of vaccinating persons living in high-risk and hard-to-reach areas. During measles outbreaks in Bolivia and Haiti, door-to-door vaccination was essential in reaching target coverage levels.

The importations of measles virus in the Americas during 2001 underscore the importance of controlling measles in other regions of the world; therefore, PAHO has encouraged other WHO regions to accelerate their measles control programmes. In March 2001, WHO and UNICEF announced a joint initiative to decrease by 50% the number of global measles deaths by 2005. This is an important step towards a concerted effort to accelerate global control. ■

mis de réduire l'incidence de la rougeole de 99%. Haïti et le Venezuela sont les 2 derniers pays des Amériques où la rougeole sévit à l'état endémique.

Les données de surveillance et les résultats des analyses moléculaires réalisées par le réseau de laboratoires de la rougeole de l'OPS montrent que la rougeole peut être importée dans des pays indemnes de pays où la rougeole est endémique; c'est pourquoi tous les pays de la région doivent continuer d'appliquer les stratégies de surveillance et de vaccination. Tous les pays des Amériques doivent maintenir le niveau d'immunité le plus élevé possible dans la population (c'est-à-dire $\geq 95\%$ chez les nourrissons et les enfants) et renforcer la surveillance afin de déceler les importations. De plus, les pays doivent cibler les efforts de vaccination et viser les adolescents et les jeunes adultes vulnérables risquant d'être exposés à la rougeole.

Dans tous les pays des Amériques, l'élimination de la rougeole exigera une amélioration des moyens techniques et gestionnaires, par exemple le maintien de la chaîne du froid et des capacités locales de planification et la conduite de campagnes de vaccination régulières (une fois tous les 3 à 5 ans). Dans les pays qui font état d'une couverture systématique suffisante, les données locales doivent être vérifiées afin de repérer les zones où le taux de couverture demeure faible. Même dans ces conditions, on décèlera probablement une poursuite de la transmission de la rougeole dans les Amériques en raison d'une surveillance intense et d'un dépistage actif des cas au niveau des centres de santé dans les communautés à haut risque. L'OPS est en train d'appliquer des méthodes types de supervision afin de contrôler la couverture vaccinale, d'étudier les flambées de rougeole et de valider la surveillance systématique. En outre, l'expérience des Amériques a montré que la vaccination porte-à-porte était la méthode la plus efficace pour vacciner les personnes vivant dans des zones à haut risque et difficiles à atteindre. Au cours des flambées de rougeole de Bolivie et d'Haïti, la vaccination porte-à-porte a été essentielle pour atteindre les niveaux de couverture visés.

Les importations de virus rougeoleux dans les Amériques en 2001 soulignent l'importance qu'il y a à lutter contre la maladie dans les autres régions du monde; c'est pourquoi l'OPS a encouragé les autres régions de l'OMS à accélérer leur programme de lutte contre la rougeole. En mars 2001, l'OMS et l'UNICEF ont annoncé une initiative conjointe visant à réduire de 50% le nombre de décès par rougeole dans le monde d'ici 2005. C'est une étape importante vers un effort concerté pour accélérer la lutte à l'échelle mondiale. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 11 to 17 January 2002 / Notifications de maladies reçues du 11 au 17 janvier 2002

Cholera / Choléra		Cases / Deaths Cas / Décès	Cases / Deaths Cas / Décès	
Africa / Afrique			Asia / Asie	
Comoros / Comores		31.XII 2001	Japan / Japon	
.....	7	0	30.XI-14.XII	
Zanzibar		20.XII 2001	3 (i)
.....	490	24	Singapore / Singapour	
			25.XII 2001	
			1

i = imported.

WWW access • <http://www.who.int/wer>

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

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

Rédactrice: vallanjonm@who.int