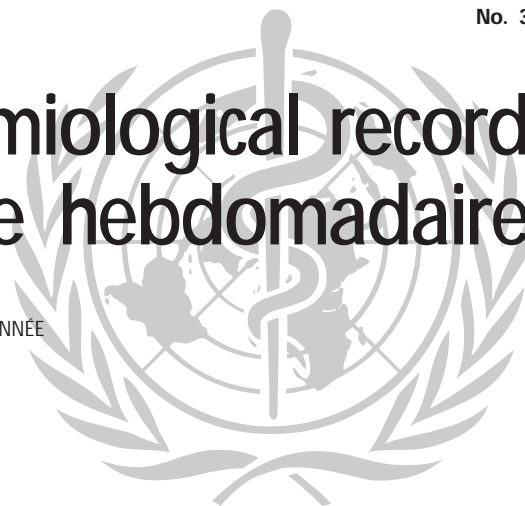


# Weekly epidemiological record

## Relevé épidémiologique hebdomadaire

17 JANUARY 2003, 78th YEAR / 17 JANVIER 2003, 78<sup>e</sup> ANNÉE

No. 3, 2003, 78, 9–16

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

### Contents

- 9 Leprosy elimination campaigns: impact on case detection
- 16 Influenza
- 16 International Health Regulations

### Sommaire

- 9 Campagnes pour l'élimination de la lèpre: effets sur le dépistage
- 16 Grippe
- 16 Règlement sanitaire international

## Leprosy elimination campaigns: impact on case detection

### Introduction

Leprosy elimination campaigns (LECs) are being conducted in highly endemic countries with the aim of improving peripheral-level health services to provide patients with easy access to diagnosis and treatment. The three main objectives of the campaigns are: to build capacity for local health workers; to increase public awareness of the disease and involve the community in various leprosy elimination activities; and to diagnose cases that, for various reasons, have remained undetected in the community, and provide free multidrug therapy (MDT) to ensure that patients are cured.

Most endemic countries carried out a single round of LECs. In some countries, however, LECs were repeated – particularly in areas where routine activities are weak – to further strengthen the integration of leprosy services and improve community awareness.

The three objectives of the LECs, initiated in 1995, were adapted by national programmes in the light of local needs and conditions. As a result of capacity-building and awareness-promotion activities, a large number of new cases were diagnosed during campaigns and MDT treatment was started promptly.

### Outcome of campaigns conducted during 2001

During 2001, large-scale campaigns were conducted in India, Myanmar, and Nepal. The LEC in Ethiopia focused mainly on capacity-building and expansion of leprosy services to existing health facilities.

## Campagnes pour l'élimination de la lèpre: effets sur le dépistage

### Introduction

Les campagnes pour l'élimination de la lèpre (CEL) sont organisées dans les pays à forte endémicité pour améliorer les services de santé périphériques et permettre aux malades d'accéder facilement au diagnostic et au traitement. Ces campagnes ont trois grands objectifs: renforcer la capacité des agents de santé locaux; sensibiliser davantage le public à la maladie et associer la communauté à diverses activités axées sur l'élimination de la lèpre; diagnostiquer les cas qui, pour diverses raisons, n'ont pas encore été dépistés, et fournir gratuitement la polychimiothérapie (PCT) afin d'assurer la guérison des malades.

La plupart des pays d'endémie ont organisé une seule tournée de CEL. Certains, cependant, ont répété les CEL – en particulier dans les zones où les activités systématiques sont insuffisantes – afin de renforcer l'intégration des services antiléproux et de mieux sensibiliser la communauté.

Les programmes nationaux ont adapté les trois objectifs des CEL, qui avaient débuté en 1995, à leur situation et à leurs besoins locaux. Les activités de renforcement des capacités et de sensibilisation ont permis de diagnostiquer un grand nombre de nouveaux cas pendant les campagnes et de commencer rapidement le traitement par la PCT.

### Résultat des campagnes organisées en 2001

Des campagnes de grande envergure ont été organisées en 2001 en Inde, au Myanmar et au Népal. En Ethiopie, la CEL a privilégié le renforcement des capacités et l'inclusion de services antiléproux dans les établissements de santé existants.

WORLD HEALTH  
ORGANIZATION  
Geneva

ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ  
Genève

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

6.8001.2003  
ISSN 0049-8114  
Printed in Switzerland

Campaigns carried out in 9 highly endemic states of India and 17 highly endemic districts of Nepal included house-to-house visits to identify individuals with suspicious skin lesions (except for some districts in the Indian states of Madhya Pradesh, Orissa, Tamil Nadu, and Uttaranchal Pradesh). Suspects were then advised to come forward for examination at the nearest health facility. In addition, various information, education, and communication (IEC) activities, including use of the mass media, were employed to encourage individuals with suspicious lesions to have themselves examined. Members of the community were provided with information about the early signs of leprosy and the availability of free treatment. In the remaining states and union territories of India, LECs focused principally on increasing community awareness through the use of area-specific information materials and mass media. Individuals with suspicious skin lesions were encouraged to report voluntarily to the nearest health facility for diagnosis and treatment. All the health facilities were already equipped with trained personnel and adequate stocks of MDT drugs to deliver services.

### Profile of new cases detected during LECs

Rates of case detection in the campaigns carried out during 2001 ranged from 111 per 100 000 population in Central African Republic to 2.1 per 100 000 in Ethiopia (*Table 1*). The proportion of multibacillary (MB) cases among new cases ranged from 14% in Tamil Nadu (India) to 83% in Achham District (Nepal), and the proportion of Grade 2 disabilities ranged from 0.9% in the 17 states and union territories of India to 19% in Achham District.

Among newly detected cases in 17 districts of Nepal, the single skin lesion (SSL) proportion was 31.8 % and 4.8% in India. In the Mandalay Division of Myanmar, the SSL proportion was only 3%.

### Improving women's access to diagnosis

Among newly detected cases, the proportion of affected females has increased significantly during campaigns. Evidence that the gender gap in detection is reducing was especially apparent in Madhya Pradesh State of India. During the first campaign, the proportion of females among newly detected cases was 31.5%, which increased to 39.1% and 47.6% respectively during the second and third campaigns. In Nepal, the proportion of female cases detected during the two campaigns was approximately 40%. An increase in the proportion of females among new cases was also observed during campaigns conducted in the Western Region (3 districts) of Nepal; in 2001 the figure was 39%, which was higher than that observed in previous years (29% in 1996 and 32% in 2000).

### Improving service coverage

Campaigns conducted in Ethiopia were able to extend the geographical coverage of leprosy services to an additional 19 zones covering 650 health facilities. The number of health facilities providing MDT services in Ethiopia thus

Dans le cadre des campagnes organisées en Inde dans 9 états à forte endémicité et dans 17 districts à forte endémicité au Népal, les visites porte-à-porte ont permis de découvrir des personnes présentant des lésions cutanées suspectes (à l'exception de certains districts des états indiens suivants: Madhya Pradesh, Orissa, Tamil Nadu et Uttaranchal Pradesh). Les cas suspects ont ensuite été invités à se présenter pour un examen dans le service de santé le plus proche. De plus, pour encourager les personnes présentant des lésions suspectes à se faire examiner, on a recouru à diverses activités d'information, d'éducation et de communication (IEC), et on a notamment fait appel aux médias. Des informations sur les signes précoces de la lèpre et la possibilité de se faire soigner gratuitement ont été diffusées. Dans les autres états et territoires de l'Union en Inde, les CEL visaient principalement à mieux sensibiliser la communauté en diffusant des matériels d'information et en recourant à des médias locaux. Les personnes présentant des lésions cutanées suspectes ont été encouragées à se présenter d'elles-mêmes au service de santé le plus proche afin d'y être diagnostiquées et traitées. Tous les services de santé disposaient déjà du personnel qualifié et des stocks de médicaments PCT nécessaires.

### Caractéristiques des nouveaux cas dépistés pendant les CEL

Pendant les campagnes organisées en 2001, les taux de dépistage s'échelonnaient entre 111 pour 100 000 habitants en République centrafricaine et 2,1 pour 100 000 en Ethiopie (*Tableau 1*). Les cas multibacillaires (MB) représentaient de 14% des nouveaux cas au Tamil Nadu (Inde) à 83% dans le district d'Achham (Népal), et les incapacités de degré 2 de 0,9% dans les 17 états et territoires de l'Union en Inde à 19% dans le district d'Achham.

Parmi les nouveaux cas dépistés dans les 17 districts du Népal, la proportion des lésions cutanées uniques était de 31,8% et de 4,8% en Inde. Dans la Division de Mandalay au Myanmar, les lésions cutanées uniques ne représentaient que 3%.

### Améliorer l'accès des femmes au diagnostic

Parmi les nouveaux cas dépistés, la proportion des femmes a considérablement augmenté au fil des campagnes. La réduction de l'écart entre les sexes pour ce qui est du nombre des cas dépistés était particulièrement flagrante dans l'état du Madhya Pradesh en Inde. Pendant la première campagne, les femmes représentaient 31,5% des nouveaux cas dépistés, laquelle proportion est passée à 39,1% et 47,6% respectivement au cours de la deuxième et de la troisième campagne. Au Népal, les femmes représentaient 40% environ des cas dépistés pendant les deux campagnes. Lors des campagnes organisées dans la Région occidentale (3 districts) du Népal en 2001, on a également noté une augmentation du nombre des femmes (39%) parmi les nouveaux cas par rapport aux années précédentes (29% en 1996 et 32% en 2000).

### Amélioration de la couverture des services

Les campagnes organisées en Ethiopie ont permis d'étendre la couverture géographique des services de lutte antilépreuse à 19 zones supplémentaires comprenant 650 services de santé. Le nombre des services de santé assurant la PCT en Ethiopie est ainsi passé de

Table 1. **Case detection rates during LECs conducted in 2001**  
 Tableau 1. **Taux de dépistage pendant les CEL organisées en 2001**

Area and country – Zone et pays	Population covered Couverture	Detection – Dépistage			
		Total	Detection rates (per 100 000) Taux de dépistage (pour 100 000 habitants)	Multibacillary (MB) Multibacillaires (MB) %	Grade 2 disabilities Incapacités de degré 2 (%)
Achham District, Nepal – District d'Achham, Népal	234 000	146	62.39	82.8	19.2
31 townships in Mandalay Division, Myanmar – 31 municipalités, Division de Mandalay, Myanmar	5 811 000	1 302	22.41	49.4	13.7
17 districts in Eastern, Central, Western, Mid-Western and Far-Western Regions, Nepal – 17 districts des régions orientale, centrale, occidentale, moyen-occidentale et extrême-orientale, Népal	10 058 000	5 803	57.70	31.8	3.8
32 zones, Ethiopia – 32 zones, Ethiopie	12 000 000	246	2.05	78.5	18.3
West Bengal state, India – Etat du Bengale occidental, Inde	82 275 000	12 653	15.38	30.4	1.7
Uttar Pradesh state, India – Etat de l'Uttar Pradesh, Inde	166 017 000	30 739	18.52	38.7	1.4
Uttaranchal Pradesh state, India – Etat de l'Uttaranchal Pradesh, Inde	8 629 000	493	5.71	41.0	5.3
Chhattisgarh state, India – Etat du Chhattisgarh, Inde	21 141 000	12 353	58.43	31.5	2.3
Madhya Pradesh state, India – Etat du Madhya Pradesh, Inde	61 702 000	3 181	5.16	43.1	3.7
Jharkhand state, India – Etat du Jharkhand, Inde	26 900 000	20 301	75.47	37.2	2.5
Bihar state, India – Etat du Bihar, Inde	82 879 000	40 630	49.02	31.3	3.3
Orissa state, India – Etat de l'Orissa, Inde	37 250 000	14 122	37.91	25.4	1.5
Tamil Nadu state, India – Etat du Tamil Nadu, Inde	62 769 000	11 252	17.93	14.3	1.2
17 states and Union Territories of India – 17 états et territoires de l'Union, Inde	429 756 000	9 361	2.18	19.6	0.9
Sangha Mbaere and Paoua Prefecture, Central African Republic – Préfecture de Mbaere et Paoua, République centrafricaine	27 000	30	111.11	40.0	NA/ND

NA = Not available. – ND = non disponible.

increased from 36% to 62% as a result of LEC activities. Similarly in Nepal, leprosy services were extended to sub-health post level during 2001 as a result of refresher training courses conducted as part of the capacity-building element of the campaigns.

### Trends in case detection

In areas where a single round of LECs was conducted, the annual rate of case detection increased significantly in the year of the LEC compared with previous year(s) (Table 2). This peak in annual case detection was followed by a decline in subsequent years. The decline can be attributed to LECs being able to effectively clear the backlog of cases by improving accessibility and increasing community awareness. However, no decline was observed in the 10 districts of Nepal (hilly and marshy areas).

In areas where LECs were repeated (Table 3), the total number of cases detected during the campaign period declined during each subsequent round. In India, compared

36% à 62% par suite des activités associées aux CEL. De même au Népal, les cours de perfectionnement donnés au titre du renforcement des capacités pendant les campagnes en 2001 ont permis d'étendre les services antilépreux à l'échelon au-dessous du poste de santé.

### Tendances du dépistage

Dans les zones où une seule tournée de CEL a été organisée, le taux annuel de dépistage a sensiblement augmenté pendant l'année de la CEL par rapport à l'année (ou aux années) précédente(s) (Tableau 2). Cette forte augmentation a fait place à un recul lors des années suivantes, peut-être sous l'effet des CEL qui, en améliorant l'accès au traitement et en sensibilisant davantage la communauté, ont permis de dépister les cas encore non découverts. Aucun recul n'a cependant été observé dans les 10 districts du Népal (zones vallonnées et marécageuses).

Dans les zones où on a répété les CEL (Tableau 3), le nombre total des cas dépistés pendant la campagne a baissé lors de chaque tournée ultérieure. En Inde, par rapport à la première tournée de la

with the first round of the campaign, the total number of new cases detected during the third round declined by 23% in Madhya Pradesh and Chhattisgarh states, by 46% in Uttar Pradesh and Uttaranchal Pradesh states, by 70% in Bihar and Jharkhand states, by 78% in Orissa, and by 68% in West Bengal. Similarly, detection declined by 37% in the Mandalay Division of Myanmar and by 43% in the 17 districts of the tarai areas in Nepal.

campagne, le nombre total des nouveaux cas dépistés pendant la troisième tournée a baissé de 23% dans les états du Madhya Pradesh et du Chhattisgarh, de 46% dans les états de l'Uttar Pradesh et de l'Uttaranchal Pradesh, de 70% dans les états du Bihar et du Jharkhand, de 78% dans l'état de l'Orissa et de 68% dans l'état du Bengale occidental. De même, le dépistage a reculé de 37% dans la Division de Mandalay au Myanmar et de 43% dans les 17 districts des zones marécageuses au Népal.

Table 2. Annual case detection trends in some areas where only a single round of LECs was conducted  
Tableau 2. Evolution du dépistage annuel dans certaines zones où une seule tournée de CEL a été organisée

Area and country (year LEC conducted) Zone et pays (année de la CEL)	Annual detection in LEC areas – Taux de dépistage annuel dans les zones couvertes par des CEL						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Parbat District, Nepal (1996) – District de Parbat, Népal	24	73	34	23	24	20	22
Dalanj Province, Sudan (1997) – Province de Dalanj, Soudan	180	110	180	181	154	19	8
Kosti Province, Sudan (1997) – Province de Kosti, Soudan	250	288	920	691	140	76	33
Kadugli Province, Sudan (1997) – Province de Kadugli, Soudan	184	122	330	148	102	20	56
Basse, Forestière, Haute and Moyenne Guinée, Guinea (1997) – Basse Guinée, Guinée forestière, Haute et Moyenne Guinée, Guinée	3 194	3 326	6 117	3 648	2 475	1 986	1 689
Benue state, Nigeria (1997) – Etat du Benue, Nigeria	906	932	1 018	519	348	325	347
Kampong Chhnang and Takeo, Cambodia (1997) – Kampong Chhnang et Takeo, Cambodge	261	242	320	50	59	46	58
Kampot and Kep City, Cambodia (1997) – Villes de Kampot et Kep, Cambodge	39	73	87	13	19	31	10
10 districts in hilly and tarai areas, Nepal (1998) – 10 districts des zones vallonnées et marécageuses, Népal	—	330	286	1 794	388	400	407
Binh Thuan Province, Viet Nam (1998) – Province de Binh Thuan, Viet Nam	203	214	270	308	161	134	148
Hodeidah Governorate, Yemen (1998) – Gouvernorat de Hodeidah, Yémen	—	—	105	298	93	74	52
East New Britain District, Papua New Guinea (1998) – District de East New Britain, Papouasie-Nouvelle-Guinée	—	—	61	97	21	21	12
El Fasher and Kutom Province, Sudan (1998) – Province de El Fasher et Kutom, Soudan	112	117	170	386	179	109	47

The decline in case detection observed during subsequent rounds is probably due to the success of campaigns in clearing backlog (hidden) cases. The profile of newly detected cases during subsequent campaigns has also changed. Although the proportion of MB cases among new cases did not change greatly, the proportion of Grade 2 disabilities declined significantly as the delay in detection was reduced. Under these conditions, repeating the campaigns on a routine basis will no longer be cost-effective because the yield in terms of newly detected cases will be low. If campaigns are to be repeated in order to improve services further, it is important that the underlying reasons for any past poor performance be carefully analysed and corrective measures taken to improve effectiveness.

In areas where campaigns were repeated, the annual rate of case detection increased significantly during the year the

Le recul du dépistage observé lors des tournées ultérieures est probablement dû au dépistage pendant les campagnes des cas encore non découverts. Les caractéristiques des nouveaux cas dépistés pendant les campagnes ultérieures ont également changé. Bien que la proportion des cas multibacillaires parmi les nouveaux cas n'ait pas beaucoup évolué, la proportion des incapacités de degré 2 a nettement reculé suite à l'accélération du dépistage. Dans ces conditions, la répétition systématique des campagnes ne sera plus efficace financièrement, en raison du petit nombre de nouveaux cas qui seront dépistés. Si on répète les campagnes pour améliorer les services, il est important d'analyser soigneusement les raisons des échecs antérieurs et de prendre des mesures pour améliorer l'efficacité.

Dans les zones où les campagnes ont été répétées, le taux annuel du dépistage a augmenté de façon significative pendant l'année où la

Table 3. Case detection trends during campaigns in areas where LECs were repeated

Tableau 3. Evolution du dépistage pendant les campagnes organisées dans les zones où les CEL ont été répétées

Area and country – Zone et pays	Detection during LEC – Dépistage pendant les CEL								
	First series Premières tournées			Second series Deuxièmes tournées			Third series Troisièmes tournées		
	Total	MB%	G2D% Incapacités de degré 2 %	Total	MB%	G2D% Incapacités de degré 2 %	Total	MB%	G2D% Incapacités de degré 2 %
West Bengal state, India – Etat du Bengale occidental, Inde	39 275	32.9	3.8	17 167	33.4	2.7	12 653	30.4	1.7
Uttar Pradesh state including Uttaranchal Pradesh, India – Etat de l'Uttar Pradesh, Uttaranchal Pradesh compris, Inde	57 817	36.8	3.9	41 016	43.5	3.6	31 232	38.8	1.5
Madhya Pradesh state including Chhattisgarh state, India – Etat du Madhya Pradesh, Chhattisgarh compris, Inde	20 248	31.8	6.1	17 176	37.7	5.1	15 534	33.9	2.6
Orissa state, India – Etat de l'Orissa, Inde	62 844	24.4	2.5	27 197	23.6	2.2	14 122	25.4	1.5
Bihar state including Jharkhand state, India – Etat du Bihar, Jharkhand compris, Inde	206 495	37.2	5.5	80 496	37.9	4.4	60 931	33.3	3.0
Mandalay Division, Myanmar – Division de Mandalay, Myanmar	2 081	49.1	14.0	1 302	49.4	13.7	ND	—	—
17 districts (tarai areas), Nepal – 17 districts (zones marécageuses), Népal	10 219	23.9	9.0	5 803	31.8	3.8	ND	—	—
Chin, Kachin, Kayin, Kayah, Shan South & North, Mon, Tanintharyi, Upper Sagaing, & Rakhine states, Myanmar – Etats de Chin, Kachin, Kayin, Kayah, Shan sud et nord, Mon, Tanintharyi, Haut Sagaing, et Rakhine, Myanmar	2 916	59.8	8.7	852	49.4	21.4	ND	—	—
Rupandehi District, Nepal – District de Rupandehi, Népal	353	58.6	16.4	435	53.8	18.4	343	35.0	6.7

MB% = Multibacillary proportion among newly detected cases. – MB % = proportion des infections multibacillaires parmi les cas nouvellement dépistés.

G2D% = Proportion of Grade 2 disabilities among newly detected cases. – Incapacités de degré 2 % = proportion des incapacités de degré 2 parmi les cas nouvellement dépistés.

ND = not done. – ND = tournées non effectuées.

LEC was conducted (Table 4). Over time, annual detection in some areas dropped to a level well below that observed before the start of the campaign. This impact was not observed uniformly in all areas where LECs were conducted. However, there is concern about those areas where the annual detection, even after two or more rounds of campaigns, was still around the same level as, or higher than, that before the start of the campaign, despite the significant decline in new case detection during each round.

This could be due to a combination of several factors. One possible reason is that campaigns were not properly conducted and were unable to clear up the large number of backlog cases present in the area during each campaign round. Routine services were thus left to detect, at a later date, cases missed during the campaign. Another reason is that increased community awareness, as well as improved service coverage, may have encouraged patients to self-report for treatment after the campaign period. However, other operational factors, such as the practice of meeting annual targets for detection, over (wrong) diagnosis and reregistration of old cured cases as new, could also explain this paradoxical situation. Continued high transmission and high incidence rates may also be a factor contributing to high annual detection in the campaign area. However, since there are at present no tools to measure transmission, and annual incidence cannot be measured easily (sensitivity and specificity of diagnosis and long incubation period), it is difficult to estimate the contribution of incidence cases to the overall annual new case detection, especially in campaign areas.

CEL a été organisée (Tableau 4). Dans certaines zones, le dépistage annuel a été progressivement ramené à un niveau inférieur à celui qui avait été observé avant le début de la campagne. Les effets n'étaient pas uniformes dans toutes les zones où des CEL ont été organisées. On s'inquiète néanmoins au sujet des zones où, après deux tournées ou plus, le dépistage annuel est resté le même ou a progressé par rapport au niveau précédant le début de la campagne, et ce, malgré le recul sensible du dépistage de nouveaux cas pendant chaque tournée.

Plusieurs facteurs pourraient être incriminés. D'une part, les campagnes, peut-être mal organisées, n'ont pas permis de dépister les nombreux cas encore non découverts dans la zone pendant chaque tournée. Les services habituels ont donc été contraints de dépister par la suite les cas non découverts pendant la campagne. D'autre part, la sensibilisation accrue de la communauté, jointe à l'amélioration de la couverture des services, a pu encourager les malades à se présenter d'eux-mêmes pour un traitement après la campagne. D'autres facteurs opérationnels tels que l'établissement de cibles annuelles de dépistage à atteindre, un diagnostic excessif (erroné) et le réenregistrement d'anciens cas guéris comme des nouveaux cas, peuvent également expliquer cette situation paradoxale. La persistance de taux de transmission et d'incidence élevés peut aussi contribuer au dépistage annuel important dans la zone couverte par la campagne. Toutefois, vu l'absence actuelle d'instruments pour mesurer la transmission, et les difficultés que pose la mesure de l'incidence annuelle (sensibilité et spécificité du diagnostic et longueur de la période d'incubation), il est difficile d'estimer le rôle des cas incidents dans le dépistage global annuel des nouveaux cas, spécialement dans les zones couvertes par les campagnes.

Table 4. **Annual case detection trends in areas where LECs were repeated**  
 Tableau 4. **Evolution du dépistage annuel dans les zones où les CEL ont été répétées**

Area and country (year LEC conducted) Zone et pays (année de la CEL)	Annual case detection – Dépistage annuel						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
West Bengal state, India(1998, 1999 and 2001) – Etat du Bengale occidental, Inde	34 000	27 907	38 134	71 728	54 934	35 666	46 620
Uttar Pradesh state including Uttaranchal Pradesh, India (1998, 1999 and 2001) – Etat de l'Uttar Pradesh, Uttaranchal Pradesh compris, Inde	59 016	64 640	55 859	107 632	111 436	88 198	114 630
Madhya Pradesh state including Chhattisgarh State, India (1998, 1999 and 2001) – Etat du Madhya Pradesh, Chhattisgarh compris, Inde	34 538	36 300	31 449	56 319	47 832	41 599	47 072
Orissa state, India(1997, 1999 and 2001) – Etat de l'Orissa, Inde	45 865	42 252	99 341	41 534	65 329	45 216	48 144
Bihar state including Jharkhand State, India(1997, 1998, 1999 and 2001) – Etat du Bihar, Jharkhand compris, Inde	51 265	99 599	104 478	277 336	172 449	137 172	165 682
Mandalay Division, Myanmar (1998, 1999 and 2001) – Division de Mandalay, Myanmar	1 443	1 288	1 585	2 330	5 099	2 301	2 552
17 Districts (tarai areas), Nepal (1998 and 2001) – 17 districts (zones marécageuses), Népal	—	4 354	3 791	14 952	5 646	5 751	5 803
Bago District, Myanmar (1997 and 1999) – District de Bago, Myanmar	227	228	532	113	372	163	91
Pyay District, Myanmar (1997, 1999 and 2001) – District de Pyay, Myanmar	276	298	754	146	478	181	149
Hmawbi District, Myanmar (1997 and 1999) – District de Hmawbi, Myanmar	167	128	361	100	399	58	50
Shwebo and Wetlet townships, Myanmar (1998, 1999 and 2001) – Municipalités de Shwebo et Wetlet, Myanmar	147	223	142	492	244	188	282
Minbu District, Myanmar (1998, 1999 and 2001) – District de Minbu, Myanmar	449	351	268	674	560	255	298
Rupandehi District, Nepal (1996, 1998 and 2001) – District de Rupandehi, Népal	220	612	262	788	282	329	735

### Post-LEC evaluation

Campaigns have incorporated immediate post-LEC evaluation to assess the quality of diagnosis and registration practices. Such evaluation has been useful in improving the capacity of health workers and in managing MDT services.

**India.** The outcome of the campaign carried out in Jharkhand state was evaluated in 6 randomly selected districts, covering 8 blocks, within 4 weeks of completion of the LEC. It was reported that health workers were able to examine 47% of the suspected cases identified by search teams. Upon re-examination of individuals with suspicious skin lesions who were not screened, 21% were found to have leprosy. Among a sample of 267 newly detected paucibacillary (PB) cases reported during the campaigns, 12% were found to be wrongly diagnosed (i.e. not cases of leprosy), and 5% were “recycled cases” (old cases who had already completed treatment, or defaulters being re-registered as newly detected cases).

Similarly, among 126 newly detected MB cases that were re-examined, 8% were wrongly diagnosed and 9% were found to be recycled cases. Among 2440 randomly interviewed community members, 67% were aware of activities related to the campaign conducted in their villages and 78% knew that drugs to treat leprosy patients could be obtained from their nearest health centre.

### Evaluation post-CEL

Les campagnes ont intégré une évaluation post-CEL immédiate afin de déterminer la qualité des pratiques de diagnostic et d'enregistrement. Ces évaluations ont permis d'améliorer les capacités des agents de santé et de gérer les services PCT.

**Inde.** Les résultats de la campagne organisée dans l'état du Jharkhand ont été évalués dans 6 districts choisis au hasard, couvrant 8 quartiers, et ce, dans les 4 semaines suivant la fin de la CEL. Les agents de santé avaient pu examiner 47% des cas suspects découverts par les équipes de dépistage. Un réexamen des personnes présentant des lésions cutanées suspectes qui n'avaient pas été dépistées a établi que 21% d'entre elles étaient atteintes de lèpre. Sur un échantillon de 267 nouveaux cas paucibacillaires dépistés et déclarés pendant les campagnes, 12% se sont révélés diagnostiqués à tort (faux cas de lèpre), et 5% étaient des «cas recyclés» (anciens cas ayant déjà achevé leur traitement ou malades ayant abandonné leur traitement et ou ayant été réenregistrés comme des nouveaux cas dépistés).

De même, parmi les 126 nouveaux cas multibacillaires dépistés qui ont été réexaminés, 8% avaient été diagnostiqués à tort et 9% étaient en fait des cas recyclés. Sur les 2440 membres de la communauté interrogés au hasard, 67% étaient informés des activités liées à la campagne qui étaient organisées dans leur village et 78% savaient que les médicaments pour soigner les malades étaient disponibles dans le centre de santé le plus proche.

**Myanmar.** The national programme evaluated the campaign conducted in the Mandalay Division during 2001. As part of the evaluation, 1307 newly detected cases were re-examined, of which 20% proved to have been wrongly diagnosed.

**Nepal.** A similar evaluation was also conducted in Dhanusha, Kailali, Mahottari, and Parsa districts. In Kailali District, of 265 newly detected cases that were re-examined, 7.7% were found to be wrongly diagnosed and 2% were recycled cases. In Parsa District, of 74 new cases re-examined, 23% were found to be wrongly diagnosed and 6.8% were recycled cases. In Dhanusha and Mahottari districts, the proportions of newly detected cases wrongly diagnosed were 10.1% and 21.9% respectively; for recycled cases, the proportions were 9.6% and 15.2% respectively.

### Lessons learned

The projections that are being made claim that there is still a substantial hidden case-load and interpret the current rates of case detection as a failure of the elimination strategy itself. The evidence given often points to the high numbers of new cases emerging, even after repeated campaigns. The fact remains, however, that one or more successful campaigns should be able to detect most of the hidden cases in the community. If the programme continues to detect high numbers of new cases, despite the LECs, there is clearly something seriously wrong with the way in which campaigns are conducted. A more in-depth analysis of the situation is called for, to identify the underlying epidemiological and operational reasons for this.

### Conclusion

As a result of the successful implementation of LECs in over 25 endemic countries, more than one million new cases of leprosy have been detected and treated since 1995. LECs are one of the main reasons for the observed increase in annual rates of case detection. In addition, LECs have also promoted and strengthened the integration of leprosy services within the general health care system. As a result of this effort, the geographical coverage of leprosy services has increased significantly in many countries, with services at the peripheral level being sustained.

Various public information activities carried out during the campaigns have also increased awareness of the disease, particularly in the villages and districts. This has encouraged individuals with suspicious skin conditions to self-report for diagnosis and treatment. The active involvement of the community leaders and administrative authorities has also helped to increase political commitment, especially in the campaign areas.

All cases detected during the campaigns were immediately treated with MDT. The active involvement of general health services during LECs made it possible for patients to collect their MDT drugs free of charge at a nearby health facility, saving them the effort of travelling to a special centre, which could be some distance from the homes of most patients.

However, the alarming increase in the number of new cases detected in some major endemic countries is a serious

**Myanmar.** Les responsables du programme national ont évalué la campagne organisée en 2001 dans la Division de Mandalay. Dans le cadre de l'évaluation, 1307 nouveaux cas dépistés ont été réexaminés, et il est apparu que 20% d'entre eux avaient été diagnostiqués à tort.

**Népal.** Une évaluation analogue a également été effectuée dans les districts de Dhanusha, Kailali, Mahottari et Parsa. Dans le District de Kailali, sur les 265 nouveaux cas dépistés qui ont été réexaminés, 7,7% se sont révélés diagnostiqués à tort et 2% étaient des cas recyclés. Dans le District de Parsa, sur les 74 nouveaux cas réexaminés, 23% se sont révélés diagnostiqués à tort et 6,8% étaient des cas recyclés. Dans les districts de Dhanusha et de Mahottari, les nouveaux cas dépistés qui avaient été diagnostiqués à tort représentaient 10,1% et 21,9% respectivement; les cas recyclés représentaient 9,6% et 15,2% respectivement.

### Enseignements retirés

Selon les projections en cours, il resterait un nombre important de cas encore non découverts et les taux de dépistage actuels témoigneraient de l'échec de la stratégie de l'élimination. Les données fournies font souvent état de nombreux nouveaux cas, même après des campagnes ayant été répétées. Il n'en reste pas moins, cependant, qu'au moins une campagne réussie devrait permettre de dépister la plupart des cas encore non découverts dans la communauté. Si le programme continue de dépister un nombre élevé de nouveaux cas, et ce, malgré les CEL, il est évident que l'organisation des campagnes est sérieusement déficiente. Une analyse plus approfondie, qui permettrait de dégager les raisons épidémiologiques et opérationnelles de cette situation, s'impose.

### Conclusion

Le succès des CEL dans plus de 25 pays d'endémie a permis de dépister et de traiter plus d'un million de nouveaux cas de lèpre depuis 1995. L'augmentation des taux annuels de dépistage qui a été observée est due pour une large part aux CEL. Les CEL ont également permis de promouvoir et de renforcer l'intégration des services de lutte antilépreuse dans le système général des soins de santé. Par suite de ces activités, la couverture géographique des services antilépreux a sensiblement progressé dans de nombreux pays, parallèlement au maintien des services au niveau périphérique.

Les diverses activités d'information du public déployées pendant les campagnes ont aussi renforcé la sensibilisation à la maladie, en particulier dans les villages et les districts. Elles ont notamment encouragé les personnes présentant des lésions cutanées suspectes à se présenter d'elles-mêmes pour le diagnostic et le traitement. La participation active des responsables communautaires et des autorités administratives a également aidé à renforcer l'engagement des responsables politiques, en particulier dans les zones couvertes par les campagnes.

Tous les cas dépistés pendant les campagnes ont été soignés immédiatement par la PCT. La participation active des services de santé généraux pendant les CEL a permis aux malades de se procurer gratuitement les médicaments PCT dans le service de santé le plus proche, leur évitant de devoir se rendre dans un centre spécial, souvent très éloigné de leur domicile.

Toutefois, l'augmentation sensible du nombre des nouveaux cas dépistés dans certains des principaux pays d'endémie est très pré-

concern. The global leprosy detection trend is indeed paradoxical, as information coming from some endemic countries clearly shows a significant decline in detection trends after repeated leprosy elimination campaigns. Such paradoxical trends in some of the major endemic countries could be a result of several operational and administrative shortcomings. Concerned national authorities should urgently undertake a critical analysis of the situation. Programmes at all levels should strictly follow the definition of a new case of leprosy and establish mechanisms to validate data on case detection. Setting targets for case detection and case discharge, as practised in some countries, should be discontinued. Efforts should instead focus on increasing programme coverage and cure rates. ■

occupante. L'évolution mondiale du dépistage de la lèpre est effectivement paradoxale, les informations provenant de certains pays d'endémie faisant clairement apparaître un recul significatif du dépistage après la répétition des campagnes pour l'élimination de la lèpre. Cette évolution paradoxale dans certains des principaux pays d'endémie pourrait résulter de plusieurs insuffisances opérationnelles et administratives. Les autorités nationales concernées devraient procéder d'urgence à une analyse critique de la situation. Les programmes à tous les niveaux devraient respecter rigoureusement la définition d'un nouveau cas de lèpre et établir des mécanismes pour valider les données relatives au dépistage. La pratique en cours dans certains pays et qui consiste à fixer des cibles pour le dépistage devrait être abandonnée. Tous les efforts devraient plutôt porter sur l'augmentation de la couverture des programmes et des taux de guérison. ■

## Influenza

**Finland** (11 January 2003). Local outbreaks of influenza B virus have been detected during the first two weeks of January. An outbreak occurred during the first week of the month among military recruits in the north-east of the country.

**France** (4 January 2003). The level of influenza-like illness increased during the third week of December in the Midi-Pyrénées and Rhône-Alpes regions while remaining at low level in other regions with only sporadic cases of influenza A(H1N1) reported. During the first week of January, a local outbreak of influenza A and B was reported among hospitalized patients. Influenza A virus was identified as being A(H1N1) subtype.

**Israel** (4 January 2003). Spread of influenza virus was first detected during the early days of January when a local outbreak of influenza B was reported. Influenza activity was sporadic in December. Of the 111 clinical specimens collected and examined thus far, 8 were positive for influenza B. To date, all virus isolates are related to B/Hong Kong/330/01, a vaccine strain.

**Other reports.** During the first two weeks of January, influenza activity remained sporadic in Hong Kong Special Administrative Region of China, Latvia and Portugal. The number of influenza virus isolates then continued to increase in Hong Kong Special Administrative Region of China and Portugal, with a predominance of influenza B. ■

## Grippe

**Finlande** (11 janvier 2003). Des flambées locales de virus grippal B ont été détectées au cours des deux premières semaines de janvier. Une flambée a eu lieu au cours de la première semaine du mois parmi des recrues militaires, au nord-est du pays.

**France** (4 janvier 2003). Le taux de syndromes grippaux a augmenté au cours de la troisième semaine de décembre dans les régions Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes alors qu'il est resté faible dans les autres régions, avec seulement quelques cas sporadiques de grippe A(H1N1) signalés. Une flambée locale de grippe A et B a été signalée parmi des patients hospitalisés au cours de la première semaine de janvier. Le virus grippal A a été identifié comme étant de sous-type A(H1N1).

**Israël** (4 janvier 2003). La propagation du virus grippal a tout d'abord été détectée pendant les premiers jours de janvier, lorsqu'une flambée de grippe B a été signalée. L'activité grippale a été sporadique au cours du mois de décembre. A ce jour, 8 des 111 spécimens cliniques prélevés et examinés se sont avérés positifs à la grippe B. Jusqu'à présent, tous les isolements de virus sont apparentés à B/Hong Kong/330/01, une souche vaccinale.

**Autres rapports.** L'activité grippale est restée sporadique au cours des deux premières semaines de janvier à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine, en Lettonie et au Portugal. Le nombre d'isolements de virus grippaux a continué à augmenter à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine et au Portugal, avec une prédominance des virus de type B. ■

### INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

#### Notifications of diseases received from 10 to 16 January 2003 / Notifications de maladies reçues du 10 au 16 janvier 2003

Cholera / Choléra		Plague / Peste		Yellow fever / Fièvre jaune	
	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
<b>Africa / Afrique</b>					
Côte d'Ivoire	22-31.XII. 2002	<b>Americas / Amériques</b>		<b>Africa / Afrique</b>	
.....	65 10	United States of America/ Etats-Unis d'Amérique	6.I	Guinea / Guinée	31.XII. 2002
Guinea / Guinée	21.X-15.XII. 2002	.....	1 0	.....	11 6
.....	45 11	<b>Americas / Amériques</b>		<b>Americas / Amériques</b>	
		Brazil / Brésil		15.I	
		.....		24 0	

WWW access • <http://www.who.int/wer>

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

Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: [wantzc@who.int](mailto:wantzc@who.int)

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message [subscribe\\_wer-reh to majordomo@who.int](mailto:subscribe_wer-reh_to_majordomo@who.int)

Fax: (+41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: [wantzc@who.int](mailto:wantzc@who.int)