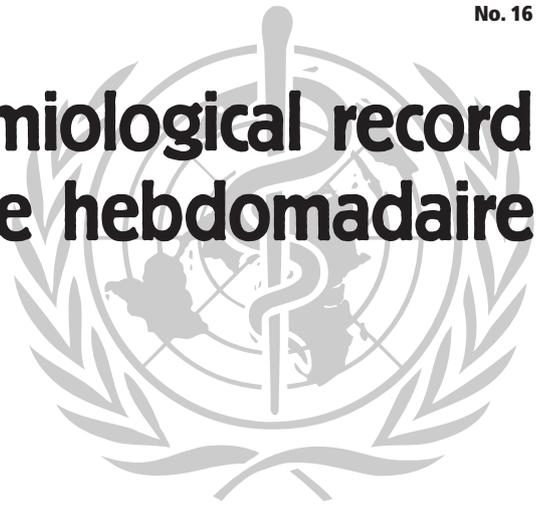


Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

21 APRIL 2006, 81st YEAR / 21 AVRIL 2006, 81^e ANNÉE

No. 16, 2006, 81, 145–164

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

Contents

- 145 Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections – preliminary estimates of the number of children treated with albendazole or mebendazole
- 164 WHO web sites on infectious diseases
- 164 International Health Regulations

Sommaire

- 145 Schistosomiase et géohelminthiases – estimations préliminaires du nombre d'enfants traités par l'albendazole ou le mébendazole
- 164 Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses
- 164 Règlement sanitaire international

Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections – preliminary estimates of the number of children treated with albendazole or mebendazole

1. Background

Burden of disease¹

The burden of disease caused by infection with schistosomiasis and soil-transmitted helminths (STH) remains enormous. About 2 billion people are affected worldwide, of whom 300 million suffer associated severe morbidity. In 1999, WHO estimated that these infections represented more than 40% of the disease burden caused by all tropical diseases, excluding malaria.

Hygiene and play habits make children especially vulnerable to schistosome and STH infections. The 400 million school-age children who are infected² are often physically and intellectually compromised by anaemia, leading to attention deficits, learning disabilities, school absenteeism and higher drop-out rates. The failure to treat school-age children therefore hampers child development, yields a generation of adults disadvantaged by the irreversible sequelae of infection, and compromises the economic development of communities and nations.³

Schistosomiase et géohelminthiases – estimations préliminaires du nombre d'enfants traités par l'albendazole ou le mébendazole

1. Situation générale

Charge de morbidité¹

La charge de morbidité due à par la schistosomiase et aux géohelminthiases reste énorme. Environ 2 milliards de personnes sont touchées dans le monde, dont 300 millions par une pathologie grave. En 1999, l'OMS a estimé que ces infections représentaient plus de 40% de la charge de morbidité liée à l'ensemble des maladies tropicales, à l'exclusion du paludisme.

L'enfant est particulièrement exposé pour des raisons comportementales – hygiène et jeux. Les 400 millions d'enfants d'âge scolaire infectés² subissent des atteintes physiques et intellectuelles fréquentes dues à l'anémie, ce qui se traduit par un déficit de l'attention et une incapacité à assimiler des connaissances et contribue à l'absentéisme et aux abandons scolaires. Faute d'un traitement à l'âge scolaire, le développement de l'enfant est entravé, ce qui conduit à une génération d'adultes désavantagés par des séquelles irréversibles et compromet le développement économique des communautés et des pays.³

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

04.2006
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ Savioli L et al. Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections: forging control efforts. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2002, 96:577–579. Erratum in: *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003, 97:90.

² *Control of schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections*. Report by the Secretariat. Executive Board 107th session. Provisional agenda item 3.3 (EB107/31). Geneva, World Health Organization, 2001.

³ The Partnership for Child Development. Better health, nutrition and education for the school-aged child. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1997, 91:1–2.

¹ Savioli L et al. Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections: forging control efforts. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2002, 96:577–579. Erratum in: *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003, 97:90.

² Lutte contre la schistosomiase et les géohelminthiases, rapport du Secrétariat. Cent septième session du Conseil exécutif. Point 3.3 de l'ordre du jour provisoire (EB107/31). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

³ The Partnership for Child Development. Better health, nutrition and education for the school-aged child. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1997, 91:1–2.

Of the 200 million people with schistosomiasis, 85% live in Africa,⁴ where the burden of disease caused by schistosome infection has recently been re-estimated:⁵ 70 million may have haematuria associated with *Schistosoma haematobium* infection, 18 million major bladder wall pathology and 10 million hydronephrosis. It is estimated that kidney failure due to *S. haematobium* causes 150 000 deaths each year and that portal hypertension due to *S. mansoni* produces 130 000 fatalities annually.

World Health Assembly

In 2001, the World Health Assembly adopted the Resolution 54.19, which sets a global target for all endemic countries for the year 2010:

- to regularly treat at least 75% of all school-age children at risk of morbidity due to schistosomiasis and STH infections by the year 2010.

In addition, countries should ensure that people living in endemic areas have access to deworming drugs at their local health facilities and that regular treatment is provided to other high-risk groups, for example fishermen who are at particular risk of schistosomiasis, pregnant women and preschool children.

A simple and doable control strategy was put forward. The message was clear: the price of the drugs has dropped; screening each individual child is unnecessary and now costs more than the treatment itself; large-scale control programmes are completely realistic. Moreover, given the safety of the drugs, schoolteachers can be trained to administer them and record the number of children treated in each round.

A partnership was established to bring together all those involved in worm control and to coordinate global control activities more effectively. The Partners for Parasite Control (PPC) was thus launched in 2001, with WHO as its Secretariat and lead technical agency.

A global tracking system

The PPC was asked to establish a system to track the progress of each endemic country towards the 2010 global target. WHO therefore created a databank to collect data on the number of children (preschool and school-age) who are treated each year for STH (using albendazole or mebendazole)⁶ and schistosomiasis (using praziquantel). The name of the organization delivering the drugs and the frequency of treatment per year are recorded. For example, where deworming is added to a vitamin A campaign with 2 annual rounds, data are recorded for both rounds where available. The strategy recommended by WHO for lymphatic filariasis (LF) also uses albendazole and has a direct bearing on STH control. If the country is endemic for LF, the number of

Sur les 200 millions de schistosomiens, 85% vivent en Afrique,⁴ où la charge de morbidité schistosomienne a récemment été réévaluée.⁵ On compte peut-être 70 millions de cas d'hématurie associée à l'infection par *Schistosoma haematobium*, ainsi que 10 millions de cas d'hydronephrose et 18 millions de cas d'atteinte majeure de la paroi vésicale. On estime en outre à 150 000 le nombre de décès annuels consécutifs à une insuffisance rénale provoquée par *S. haematobium* et à 130 000 celui des décès par hypertension portale provoquée par *S. mansoni*.

L'Assemblée mondiale de la Santé

En 2001, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA54.19 qui fixe pour tous les pays d'endémie un objectif mondial à atteindre en 2010:

- Traiter régulièrement au moins 75% de tous les enfants d'âge scolaire exposés au risque de schistosomiase et de géohelminthiases en 2010.

En outre, les pays doivent veiller à ce que les gens vivant dans les zones d'endémie aient accès à des produits de déparasitage dans les centres de santé locaux et à ce qu'un traitement soit régulièrement offert aux autres groupes à haut risque, par exemple les pêcheurs, particulièrement exposés au risque schistosomien, les femmes enceintes et les enfants d'âge préscolaire.

Une stratégie de lutte simple et facile à appliquer a été proposée. Le message était clair: le prix des médicaments a baissé; le dépistage individuel de chaque enfant n'est pas nécessaire et coûte désormais plus cher que le traitement lui-même; les programmes de lutte à grande échelle sont totalement réalistes. En outre, vu l'innocuité des médicaments, il est possible de former les enseignants pour qu'ils les administrent et notent le nombre d'enfants traités lors de chaque tournée.

Un partenariat a été mis sur pied afin d'associer de manière plus efficace tous ceux qui participent aux activités de déparasitage et à la coordination mondiale de la lutte. Le Partenariat de la lutte anti-parasitaire (PPC) a été lancé, dont le secrétariat et la direction technique sont assurés par l'OMS.

Système de suivi mondial

Le PPC a notamment été prié de mettre sur pied un système permettant de suivre les progrès accomplis par chaque pays d'endémie en vue d'atteindre l'objectif mondial de 2010. L'OMS a donc créé une banque de données regroupant les informations sur le nombre d'enfants (d'âge préscolaire et scolaire) bénéficiant chaque année d'un traitement anthelminthique (albendazole ou mébendazole),⁶ et antischistosomien (praziquantel). Le nom de l'organisation qui fournit les médicaments et la fréquence du traitement par année sont indiqués. Par exemple, lorsque la déparasitage se greffe sur une campagne de supplémentation en vitamine A prévoyant 2 tournées annuelles, on enregistre les données pour les 2 tournées lorsqu'elles sont disponibles. La stratégie recommandée par l'OMS pour la filariose lymphatique (FL), fondée elle aussi sur l'albendazole, a une incidence directe sur la lutte contre les géohelminthiase.

⁴ Chitsulu L et al. The Global Burden of Disease. *Acta Tropica*, 2000, 23, 77(1): 41-51.

⁵ van der Werf MJ et al. Quantification of clinical morbidity associated with schistosome infection in sub-Saharan Africa. *Acta Tropica*, 2003, 86:125-139.

⁶ WHO recommends 4 drugs for the treatment of STH: albendazole, mebendazole, pyrantel and levamisole. Most large-scale programmes use one of the benzimidazoles because the dose is simply 1/2 or 1 tablet per child.

⁴ Chitsulu L et al. The Global Burden of Disease. *Acta Tropica*, 2000, 23, 77(1):41-51.

⁵ van der Werf MJ et al. Quantification of clinical morbidity associated with schistosome infection in sub-Saharan Africa. *Acta Tropica*, 2003,86:125-139.

⁶ L'OMS recommande 4 médicaments pour le traitement des géohelminthiases: l'albendazole, le mébendazole, le pyrantel et le lévamisole. La plupart des programmes de grande échelle utilisent l'un des benzimidazoles, la dose étant simplement d'1/2 comprimé ou d'1 comprimé par enfant.

people treated during each round of mass drug administration (MDA) is recorded.

Number of children treated for STH

Preliminary estimates of the number of children (pre-school and school-age) treated with albendazole or mebendazole in 2003, 2004 and 2005 are presented in *Tables 1 and 6*. Data for 2005 are incomplete as information is still being collected but are reported where available. Data on the number of children treated for schistosomiasis are not reported at this time. Data for most endemic countries are presented, with the following exceptions:

- WHO Region of the Americas – data are not yet presented because collection is ongoing (except for Belize, Ecuador and Haiti).
- Data for India (WHO South-East Asia Region) and China (WHO Western Pacific Region) are not yet presented for the same reason.
- WHO Eastern Mediterranean Region – data are reported only for Afghanistan.

2. Data sources and methodology

(i) Data collection

Data were collected through questionnaires and simple data collection forms, which were sent through WHO regional offices to country programme managers and key staff in the ministry of health. In addition, extensive liaison took place with organizations working at the country and regional levels to collect information on their programmes.

SCI-supported programmes

The Schistosomiasis Control Initiative (SCI)⁷ currently supports 6 countries: Burkina Faso, Mali, Niger, Uganda, United Republic of Tanzania and Zambia. Coverage data were requested directly from the country programme managers and SCI/HQ staff in London, United Kingdom.

United Nations agencies

- The World Food Programme (WFP) has gradually added deworming to its school feeding programmes. These programmes reached almost 2 million children in 2002, nearly 3 million in 2003 and 7 million in 2004.⁸ WFP/HQ provides WHO/HQ with an annual tally of the number of children treated in each country.
- UNICEF immunization programmes. Countries are increasingly adding deworming to large-scale campaigns, including immunizations, vitamin A supplementation activities and child health days. Data were requested from UNICEF country-level staff as well as immunization programme managers.

En cas d'endémie de FL dans un pays, on enregistre le nombre de personnes traitées lors de chaque tournée du traitement médicamenteux de masse (TMM).

Nombre d'enfants traités contre les géohelminthiases

Les estimations préliminaires du nombre d'enfants (d'âge préscolaire et scolaire) traités par l'albendazole ou le mébendazole en 2003, 2004 et 2005 sont présentées dans les *Tableaux 1 et 6*. Toutes les données concernant 2005 n'ont pas encore été préparées, mais elles sont indiquées lorsqu'elles sont disponibles. Les données concernant le nombre d'enfants traités contre la schistosomiase ne sont pas indiquées pour l'instant. Les données sont présentées pour la plupart des pays d'endémie, moyennant les exceptions ci-après:

- Région OMS des Amériques – les données ne sont pas encore présentées car la collecte se poursuit (sauf au Belize, en Equateur et en Haïti).
- Les données concernant l'Inde (Région OMS de l'Asie du Sud-Est) et la Chine (Région OMS du Pacifique occidental), ne sont pas présentées pour la même raison.
- Région OMS de la Méditerranée orientale, seules sont indiquées les données concernant l'Afghanistan.

2. Sources de données et méthodologie

i) Collecte des données

Les données ont été recueillies au moyen de questionnaires et de formulaires simples envoyés par l'intermédiaire des bureaux régionaux de l'OMS aux responsables des programmes nationaux et aux principaux collaborateurs des ministères de la santé. En outre, des liens étroits ont été établis avec les organisations intervenant aux niveaux national et régional pour obtenir des informations sur leurs programmes.

Programmes appuyés par l'Initiative de lutte contre la schistosomiase (SCI)

L'Initiative de lutte contre la schistosomiase (SCI)⁷ apporte actuellement un appui à 6 pays – le Burkina Faso, le Mali, le Niger, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie. Les données sur la couverture ont été directement demandées aux responsables des programmes nationaux et au personnel du siège de l'Initiative à Londres, Royaume-Uni.

Système des Nations Unies

- Le Programme alimentaire mondial (PAM) a progressivement ajouté le déparasitage à ses programmes de cantines scolaires. Ces programmes touchaient près de 2 millions d'enfants en 2002, près de 3 millions en 2003 et 7 millions en 2004.⁸ Le Siège du PAM informe annuellement le Siège de l'OMS du nombre total d'enfants traités dans chaque pays.
- Programmes de vaccination de l'UNICEF. De plus en plus de pays ajoutent le déparasitage à des campagnes de grande échelle, notamment de vaccination, ainsi qu'aux activités de supplémentation en vitamine A et aux journées de la santé de l'enfant. Les données ont été demandées aux responsables de l'UNICEF dans les pays ainsi qu'aux responsables des programmes de vaccination.

⁷ <http://www.schisto.org>

⁸ *Deworming for health and development*. Geneva, World Health Organization, 2005.

⁷ Voir <http://www.schisto.org>

⁸ *Deworming for health and development*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Nongovernmental organizations

Data from nongovernmental organizations, notably Save the Children-United States programmes, were requested from national programme managers using simple coverage forms, supplemented by information from HQ offices.

Despite efforts to assemble a comprehensive set of data, there is undoubtedly more activity at the country level than has been captured. The figures are therefore likely to underestimate the true number of children treated each year.

(ii) *Country population.* Unless a reliable government source of demographic data was available, the total population of the country was taken from the United Nations Population Division.⁹

(iii) *School-age population (aged ~6–14 years).* Unless a reliable government source of data was available, the number of school-age children was taken from the United Nations Population Division.

(iv) *Preschool population (aged ~1–5 years).* Unless a reliable government source of demographic data was available, the number of preschool children in each country was calculated as 80% of the 0–4-year olds or, where these data were unavailable, as 18% of the total population.¹⁰

(v) LF calculations

The MDAs under the Global Programme to Eliminate LF (GPELF) began in 2000 and rely on an approach that treats the entire population at risk for 5 consecutive years. The number of people treated is documented in the 2001, 2002 and 2003 annual reports.

The LF strategy uses 2 drug combinations:

1. Where diethylcarbamazine citrate (DEC) + albendazole is given, everyone aged above 2 years is treated. The number of preschool and school-age children treated was calculated by multiplying the estimated proportion of the total population eligible for treatment in each of these age groups⁹ by the total number of people reported to have ingested the drugs.
2. Where ivermectin + albendazole is given, everyone aged above 5 years is treated. No preschool children figure was therefore calculated. The number of school-age children treated was calculated by multiplying the estimated proportion of the total population eligible for treatment in this age group by the total number of people reported to have ingested the drugs.

Organisations non gouvernementales

Les données provenant d'organisations non gouvernementales, en particulier les programmes de Save the Children – Etats-Unis ont été demandées aux responsables des programmes nationaux au moyen de formulaires simples, des informations complémentaires étant fournies par le siège des organisations concernées.

Malgré tous les efforts pour obtenir des données complètes, certaines activités au niveau des pays n'ont pas été reflétées dans les données obtenues. Le nombre annuel d'enfants traités est donc probablement plus élevé que celui qui a été indiqué.

ii) *Population des pays.* En l'absence d'une source officielle fiable de données démographiques, on a utilisé les données fournies par la Division de la population des Nations Unies.⁹

iii) *Nombre d'enfants d'âge scolaire (environ 6 à 14 ans).* En l'absence d'une source de données officielles fiables, on a utilisé le nombre d'enfants d'âge scolaire indiqué par la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies.

iv) *Nombre d'enfants d'âge préscolaire (environ 1 à 5 ans).* En l'absence d'une source de données démographiques officielles fiables, le nombre d'enfants d'âge préscolaire dans chaque pays utilisé correspondait à 80% du nombre d'enfants de 0 à 4 ans, ou si ce chiffre n'était pas disponible, le chiffre retenu correspondait à 18% de la population totale.¹⁰

v) Nombre de cas de FL

Le TMM dans le cadre du Programme mondial d'élimination de la filariose lymphatique (GPELF) a commencé en 2000 sur la base d'une approche qui consiste à traiter l'ensemble de la population à risque pendant 5 années consécutives. Le nombre de personnes traitées est indiqué dans les rapports annuels pour 2001, 2002 et 2003.

La stratégie pour la filariose lymphatique utilise 2 associations médicamenteuses:

1. En cas d'administration de citrate de diéthylcarbamazine (DEC) et d'albendazole, le traitement est administré à toute personne de plus de 2 ans. Le nombre d'enfants d'âge préscolaire et scolaire traités a été calculé en multipliant la proportion estimée du nombre d'enfants pouvant prétendre à un traitement dans chacun de ces groupes d'âge⁹ par le nombre total de personnes signalées comme ayant pris les médicaments.
2. En cas d'association ivermectine + albendazole, le traitement s'étend à toutes les personnes de plus de 5 ans. Aucun chiffre n'a donc été calculé pour les enfants d'âge préscolaire. Le nombre d'enfants d'âge scolaire traités a été calculé en multipliant la proportion estimée du nombre d'enfants pouvant prétendre à un traitement dans ce groupe d'âge par le nombre total de personnes signalées comme ayant pris les médicaments.

⁹ *World population prospects: the 2002 Revision.* New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2003 (POP/DB/WPP/Rev.2002/4).

¹⁰ In an average population where schistosomiasis and STH are endemic, preschool children comprise 18% of the total population.

⁹ *World population prospects: the 2002 Revision.* New York, Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, (POP/DB/WPP/Rev.2002/4).

¹⁰ Dans une population moyenne touchée par la schistosomiase et les géohelminthiases, les enfants d'âge préscolaire représentent 18% de la population totale.

(vi) *Overlap with LF MDA*

Double-counting of children may occur if they have been treated under both an LF MDA and another large-scale programme in the same district.

(vii) *Numbers at risk*

Given the paucity of recent epidemiological data in many countries and the lack of district-level population data, which together would allow for an estimation of the *number of people at risk of STH*, the following crude assumptions have been made:

- *African Region.* In view of the ecological and human determinants of STH transmission, the *total* pre-school and school-age population in the WHO African Region were considered to be at risk of STH infection. In countries in the Sahelian belt (Burkina Faso, Chad, Gambia, Mali, Mauritania, Niger and Senegal), the drier and hotter climate means that only certain areas of the country are conducive to STH transmission. However until a thorough analysis of the numbers in these areas is carried out, the whole population is assumed to be at risk.
- *South-East Asia and Western Pacific regions.* For the ecological reasons outlined above, and because large areas of some of the Asian and Pacific countries are well developed with high numbers living in urban areas, the whole population cannot be assumed to be at risk of STH. Where calculations have been made on the number of people at risk, these numbers have been used.¹¹
- *Region of the Americas.* Data for 3 countries (Belize, Ecuador and Haiti) are reported. The whole pre-school and school-age populations were assumed to be at risk.
- *Region of the Eastern Mediterranean.* Data for Afghanistan are reported. The whole school-age population was considered to be at risk.

(viii) *“Adequate” treatment*

In certain countries, the prevalence and intensity of infection require that the whole school-age population is treated either once or twice annually (see WHO recommended cut-offs for action).¹² In other countries, local differences in transmission mean that some areas require no treatment at all while others require treatment once or twice annually. The data presented here simply indicate the number of children treated once per year. An analysis of whether they were adequately treated is not presented at this time.

(ix) *“No data” countries*

Countries for which no data are available may have activities but the data are unclear or confirmation/clarification is needed. Where it is reasonably clear that the data are correct, they have been included. For example, in Burundi, it was reported that all children (aged 1–15 years) were dewormed during the Mother and Child Health Week in 2005 (approximately 3 million). It is now

(vi) *Problèmes de double comptabilisation avec le TMM contre la FL*

Dans certains cas, il se peut que les enfants traités dans le cadre du TMM contre la FL et dans le cadre d'un autre programme à grande échelle intervenant dans le même district aient été comptabilisés 2 fois.

(vii) *Nombre de sujets à risque*

Faute de données épidémiologiques récentes dans de nombreux pays et de données démographiques au niveau du district permettant d'arriver à une estimation du nombre de sujets exposés au risque de géohelminthiases, on a utilisé les hypothèses de travail suivantes:

- *Région africaine.* Vu les déterminants écologiques et humains de la transmission des géohelminthiases, on a estimé que l'ensemble des enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire de la Région africaine de l'OMS étaient exposés au risque d'infection. Dans les pays de la ceinture sahélienne (Burkina Faso, Gambie, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Tchad), en raison du climat plus chaud et plus sec, seules certaines zones du pays sont exposées à la transmission, mais tant qu'une analyse approfondie du nombre des enfants dans ces zones n'aura pas été effectuée, on considère que l'ensemble de la population des enfants est à risque.
- *Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental.* Pour les raisons écologiques susmentionnées, et vu le niveau de développement de certains pays d'Asie et du Pacifique, avec une population urbaine importante, on ne peut considérer que l'ensemble de la population est exposé au risque de géohelminthiases. Lorsque des évaluations existent concernant le nombre de personnes à risque, elles ont été utilisées.¹¹
- *Région des Amériques.* Les données concernant 3 pays sont indiquées (Belize, Equateur et Haïti). On a supposé que l'ensemble des enfants d'âges préscolaire et scolaire était exposé au risque de géohelminthiases.
- *Région de la Méditerranée orientale.* Des données sont indiquées pour l'Afghanistan. On a considéré l'ensemble des enfants d'âge scolaire comme étant à risque.

(viii) *Traitement «adéquat»*

Dans certains pays, l'ensemble de la population des enfants d'âge scolaire est traité 1 ou 2 fois par an selon la prévalence et l'intensité des infections (voir les recommandations de l'OMS).¹² Dans d'autres pays, en raison des différences locales concernant la transmission, aucun traitement n'est nécessaire dans certaines zones alors qu'ailleurs, 1 ou 2 traitements annuels s'imposent. Les données présentées ici indiquent simplement le nombre d'enfants traités une fois par année, indépendamment de la question de savoir si ce traitement est adéquat.

(ix) *Pays pour lesquels on ne dispose pas de données*

Dans certains pays pour lesquels on a indiqué qu'il n'existait pas de données, des activités se déroulent parfois, mais les données ne sont pas claires ou doivent encore être confirmées ou clarifiées. Lorsqu'il est assez clair que les données sont fiables, elles sont indiquées. C'est le cas par exemple du Burundi où l'on a indiqué que tous les enfants (âgés de 1 à 15 ans) ont bénéficié d'un traitement anthelminthique au cours de la Semaine de la santé de la mère et de

¹¹ For example: Nepal, Sri Lanka, Thailand.

¹² *Prevention and control of schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis. Report of a WHO Expert Committee.* Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO Technical Report Series, No. 912).

¹¹ Par exemple pour le Népal, Sri Lanka et la Thaïlande.

¹³ *Schistosomiase et géohelminthiases: prévention et lutte. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (OMS, Série de rapports techniques, N° 912)

national policy to treat all schoolchildren annually through this channel.

Children treated through routine health service channels, for example IMCI, are not included, predominantly because of the difficulty in accessing routine health data.

(x) Age disaggregated data

For a few countries, the data have been given for an age range that spans preschool and school-age children. For example, "2-14 year olds were treated". Until these data are disaggregated, they have been classified as "school age", which slightly inflates the coverage. The Philippines 2003 data are a case in point.

Interestingly, although the 2010 global target relates to school-age children because they have the highest prevalence and intensity of infection, the number of countries that are adding deworming to large-scale campaigns that reach *pre-schoolers* is rapidly escalating. Invariably these campaigns (commonly measles, polio national immunization days and especially vitamin A supplementation programmes) also have strong monitoring systems and therefore the data on the under-5-year olds are often more complete and clearer than those from school-delivery programmes.

3. Results

Tables 1-6 summarize the key data that have been collected by WHO to date.

Conclusions

Collecting data on the *number of people treated* by a public health intervention is one of the most basic and fundamental aspects of monitoring. It is essential for the effective and efficient operation of the programme; it allows impact to be measured, informs current practice allows coverages to be compared and guides future applications. Disseminating the results back to communities, relevant government ministries and donor agencies also means the importance of collecting such data is better understood.¹³

Unlike some large-scale control programmes for which the drugs are donated by international pharmaceutical companies and where funding is provided to operationally support programme, STH control is invariably carried out on an ad hoc basis when and where funds permit. For many countries, there is no official national control plan or designated programme manager. Unlike the annual report form, which is required for the LF programme, and similar tally sheets used to report on the number of children treated with vitamin A, there is no systematic and routine form to collect data on the number of children treated for STH, and little incentive to record or report such data. Further, no established mechanism is available to serve as an incentive for systematic collection and presentation of data, e.g. regular meetings of intercountry managers.

l'enfant en 2005 (c'est-à-dire environ 3 millions). La politique nationale consiste désormais à traiter tous les enfants d'âge scolaire chaque année au cours de cette semaine.

Les enfants traités dans le cadre de services de santé systématiques, par exemple de la PCIME, ne sont pas comptabilisés, avant tout en raison de la difficulté d'évaluer les données systématiques.

x) Données ventilées selon l'âge

Dans quelques pays, les données indiquées regroupent les enfants d'âge préscolaire et scolaire. Par exemple, «*les enfants âgés de 2 à 14 ans ont reçu un traitement*». Tant que ces données ne sont pas ventilées, on considère qu'elles se rapportent à des enfants d'âge scolaire, ce qui gonfle quelque peu le taux de couverture. C'est par exemple le cas pour les données de 2003 concernant les Philippines.

Il est intéressant de constater que si la cible mondiale pour 2010 concerne les enfants d'âge scolaire chez qui la prévalence et l'intensité de l'infection sont les plus importantes, le nombre de pays qui ont ajouté le déparasitage à des campagnes de grande échelle touchant les enfants d'âge préscolaire augmente rapidement. Ces campagnes – il s'agit le plus souvent de campagnes contre la rougeole, de journées nationales de vaccination antipoliomyélitique et surtout de programmes de supplémentation en vitamine A – disposent aussi de systèmes de surveillance bien développés et les données concernant les enfants de moins de 5 ans sont souvent plus complètes et claires que les données issues de programmes d'administration en milieu scolaire.

3. Résultats

Les Tableaux 1 à 6 résument les données principales réunies jusqu'ici par l'OMS.

Conclusions

La collecte de données sur le *nombre de sujets traités* par une intervention de santé publique est l'un des aspects les plus fondamentaux de la surveillance. Elle est indispensable pour garantir le fonctionnement efficient et efficace d'un programme et permet d'en mesurer les effets, de préciser la pratique actuelle et de servir d'orientation pour l'avenir. La diffusion des résultats aux communautés, aux ministères et aux organismes donateurs concernés permet également de mieux comprendre l'importance de la collecte de ce type de données.¹³

Pour certains programmes de lutte à grande échelle, les médicaments sont fournis gratuitement par des firmes pharmaceutiques, et un financement est apporté pour l'appui opérationnel. Dans le cas de la lutte contre les géohelminthiases, les activités se déroulent sur une base ad hoc lorsque les fonds sont disponibles. Dans bien des pays, il n'existe aucun plan national de lutte officiel, ni aucun responsable désigné du programme. Alors que pour le programme de lutte contre la filariose lymphatique un formulaire doit être complété annuellement et que des formulaires analogues sont utilisés pour indiquer le nombre d'enfants bénéficiant d'une supplémentation en vitamine A, il n'existe aucun formulaire permettant de réunir systématiquement les données sur le nombre d'enfants bénéficiant d'un traitement contre les géohelminthiases et il n'y a guère d'incitation à recueillir ni à notifier de telles données. D'autre part, il n'existe aucun mécanisme établi pouvant inciter à la collecte et à la présentation systématique des données, comme par exemple des réunions régulières entre responsables inter pays.

¹³ Montresor A et al. *Helminth control in school-age children. A guide for managers of control programmes*. Geneva, World Health Organization, 2002.

¹³ Montresor A et al. *Helminth control in school-age children. A guide for managers of control programmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

Some of the difficulties encountered in collecting the data presented here are as follows:

- In any one country, multiple organizations carry out deworming activities. They target different age-groups, use different delivery channels and carry out their programmes at different times of the year. To assess the number of children (of any age) treated annually in any one country therefore requires tracking several different programmes run by different organizations, all observing their own schedules.
- Each organization reports its data (if at all) to its own country office, which is where it often remains. There is no collation of this data at the national level in most countries.
- Each organization reports the data slightly differently. Some provide a *percentage of children treated*, others report *the number of tablets distributed to communities*, which can differ greatly from the number of children treated. Some report the number treated by district, which is ideal, others use administrative boundaries and some provide data by ecological area. In order to make any comparisons within or between countries, all the data need to be standardized and requested by the *number of children (by age) treated in each district on each round using drug x*.
- Different organizations may be working in the same region whose activities are uncoordinated and who are thus treating the same children. Given the safety of deworming drugs, this is not an issue from a clinical standpoint, but it is problematic from a monitoring perspective.
- Data are often reported without specification of which drugs were delivered. It is therefore difficult to ascertain if schistosomiasis or STH or both were treated.
- WHA54.19 requires monitoring of the number of children treated who are “at risk of morbidity” from schistosomiasis and STH. The denominator for each infection is very different because schistosomiasis is found only around water bodies, while STH is more ubiquitous. Calculating either denominator requires an up-to-date mapping of the prevalence coupled with population densities of the affected areas. Both pieces of information are lacking in most countries.

In conclusion, deworming activities are indisputably expanding in terms of both the number of children reached and the number of countries implementing programmes. A system clearly needs to be established in each endemic country whereby the key data are collated at national level by a responsible party and then reported annually to WHO so that progress towards the 2010 target can be measured more effectively. One prospect for a more systematic data collection process is offered through WHO's current work towards a broader approach to preventive chemotherapy against helminthic infections. This will revolve around the delivery of several drugs (including albendazole, mebendazole and praziquantel) either alone or in combination. Such an approach implies the implementation of large-scale programmes. The opportunity to build in efficient data-collection systems should therefore be seized. ■

Les difficultés rencontrées en matière de collecte de données sont notamment les suivantes:

- Dans un pays donné, les organisations qui s'occupent du déparasitage sont nombreuses. Elles s'intéressent à différents groupes d'âge, utilisent différents moyens de distribution et interviennent à différentes périodes de l'année. Pour évaluer le nombre d'enfants traités annuellement dans un pays déterminé (quel que soit leur âge), il faut donc suivre plusieurs programmes distincts relevant d'organisations différentes, obéissant à leur propre calendrier.
- Chaque organisation communique des données (à supposer qu'elle en communique) à son propre bureau de pays; souvent les données ne vont pas plus loin et ne sont donc pas regroupées au niveau national dans la plupart des pays.
- Chaque organisation communique les données de manière légèrement différente. Certaines indiquent un *pourcentage des enfants traités*, d'autres le *nombre de comprimés distribués à la communauté*, qui peut être très différent du nombre d'enfants traités. Certaines indiquent le nombre traité par district, ce qui est la situation idéale, d'autres par zone administrative et d'autres encore, par zone écologique. Pour établir des comparaisons à l'intérieur des pays ou entre les pays, toutes les données doivent être standardisées et obtenues pour le *nombre d'enfants (par âge) traités dans chaque district lors de chaque tournée au moyen du médicament x*.
- Il peut y avoir différentes organisations travaillant dans la même région, dont les activités ne sont pas coordonnées, et qui traitent par conséquent les mêmes enfants. En raison de l'innocuité des médicaments utilisés, cela n'est pas important du point de vue clinique, mais pose un problème du point de vue de la surveillance.
- Les données sont souvent communiquées sans précision sur les médicaments utilisés. Il est donc difficile de déterminer si le traitement a concerné la schistosomiase et/ou les géohelminthiases.
- La résolution WHA54.19 prévoit la surveillance du nombre d'enfants traités exposés au risque de schistosomiase et de géohelminthiases. Le dénominateur pour chaque infection est très différent, la schistosomiase ne sévissant qu'à proximité des corps d'eau alors que les géohelminthiases sont plus dispersées. Pour calculer l'un ou l'autre dénominateur, il faut disposer d'une cartographie à jour de la prévalence et des densités de populations des zones touchées. Ces deux types d'informations font défaut dans la plupart des pays.

En conclusion, il apparaît clairement que les activités de déparasitage s'intensifient aussi bien du point de vue du nombre d'enfants traités que du nombre de pays appliquant des programmes. Il faut clairement mettre en place un système dans chaque pays d'endémie permettant de réunir les données fondamentales au niveau national sous l'autorité d'un responsable puis de les communiquer annuellement à l'OMS de façon à mieux pouvoir mesurer les progrès accomplis en vue de l'objectif de 2010. Les efforts actuels de l'OMS en vue d'appliquer une approche plus large pour la chimiothérapie anthelminthique préventive offrent la perspective d'une collecte de données plus systématique. Cette chimiothérapie consistera à fournir plusieurs médicaments (notamment l'albendazole, le mebendazole et le praziquantel), seuls ou en association. Une telle approche implique la mise en œuvre de programmes à grande échelle et il convient donc de saisir l'occasion de mettre en place des systèmes efficaces de collecte de données. ■

Table 1 **Estimated number of children treated with albendazole or mebendazole in countries where no mass drug administrations (LFMDAs) are in place**

Tableau 1 **Nombre estimatif d'enfants traités au moyen d'albendazole ou de mébendazole dans les pays ne pratiquant pas le traitement médicamenteux de masse (TMM) contre la filariose lymphatique (FL)**

WHO region and country/area – Régions de l'OMS et pays/territoire	Preschool-age children (PAC) – Enfants d'âge préscolaire (EAP)			Schoolage children (SAC) – Enfants d'âge scolaire (EAS)		
	Total PAC population – Nombre total de EAP ^a (000)	PAC treated – EAP traités ^b	PAC – EAP (%)	Total SAC population – Nombre total de EAS ^c (000)	SAC treated – EAS traités ^b	SAC – EAS (%)
African Region – Région africaine						
Non-LF endemic countries – Pays exempts de l'endémie de FL						
Lesotho	2003	195		471	16 728	
	2004	195		467		
	2005	194		463	90 719	20%
Mauritania – Mauritanie	2003	399		748	41 508	6%
	2004	410		770	39 378	5%
	2005	421		794		
South Africa – Afrique du Sud	2003	3 822		10 036		
	2004	3 796	229 963	9 978		6%
	2005	3 764		9 895		
Swaziland	2003	132		304		
	2004	131		305		
	2005	129		305	196 000	64%
LF endemic countries: data for both PAC and SAC – Pays d'endémie de FL. Données concernant les EAP et les EAS						
Ethiopia – Ethiopie	2003	9 962		19 729	3 000	0.02%
	2004	10 139	188 981	20 172	30 819	0.2%
	2005	10 319	245 727	20 612	19 200	0.1%
Mozambique	2003	2 510		5 138	53 895	1%
	2004	2 547		5 208	105 085	2%
	2005	2 577		5 277		
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	2003	8 176		14 521		
	2004	8 510		14 915	4 997	0.03%
	2005	8 817	7 785 986	15 356		
Zambia – Zambie	2003	1 535	1 537 583	3 124		100%
	2004	1 542	1 174 919	3 178		76%
	2005	1 549	1 198 122	3 227	138 555	77%
LF endemic countries: data for SAC only – Pays d'endémie de FL. Données concernant uniquement les EAS						
Burundi	2003			1 948		
	2004			1 967		
	2005			1 992	3 000 000	151%
Cameroon – Cameroun	2003			4 304		
	2004			4 352	6 200	0.1%
	2005			4 393		
Central African Republic – République centrafricaine	2003			1 045		
	2004			1 061	25 536	2%
	2005			1 075		
Chad – Tchad	2003			2 381	27 000	1%
	2004			2 456		
	2005			2 535		
Côte d'Ivoire	2003			4 374		
	2004			4 382	37 657	1%
	2005			4 396	37 657	1%
Gambia – Gambie	2003			358	47 000	13%
	2004			367	45 274	12%
	2005			376		
Guinea – Guinée	2003			2 256		
	2004			2 303	29 894	1%
	2005			2 354	24 504	1%

Guinea Bissau – Guinée-Bissau	2003	413	69 000	17%
	2004	427	124 537	29%
	2005	442		
Malawi	2003	3 370	161 397	5%
	2004	3 486	389 996	11%
	2005	3 594	133 240	4%
Mali	2003	3 831	206 644	5%
	2004	3 951	153 754	4%
	2005	4 077	1 922 370	47%
Senegal – Sénégal	2003	2 722	218 320	8%
	2004	2 760	218 320	8%
	2005	2 801		
Sierra Leone	2003	1 296	142 768	11%
	2004	1 352	242 047	18%
	2005	1 403		

LF endemic countries: data for PAC only – Pays d'endémie de FL. Données concernant uniquement les EAP

Angola	2003	2 165		
	2004	2 242		
	2005	2 315	1 681 516	73%
Madagascar	2003	2 443		
	2004	2 489	2 000 000	80%
	2005	2 535		
Rwanda	2003	1 207		
	2004	1 221		
	2005	1 236	883 283	71%

Total number of children treated – Nombre total d'enfants traités

		PAC – EAP	SAC – EAS	PAC/SAC – EAP/EAS
	2003	1 537 583	970 532	2 508 115
	2004	3 593 863	1 470 222	5 064 085
	2005*	11 794 634	5 562 245	17 356 879

* Note: (1) Data for 2005 are incomplete; (2) Given the lack of routine reporting, data for all years are likely to underestimate the true scale of deworming activities. – Note: 1) Les données pour 2005 sont incomplètes. 2) En l'absence de notifications systématiques, les données concernant toutes les années sont probablement en-deçà de la réalité.

Lesotho	The 2005 figure of 10 467 is reported from a World Food Programme (WFP). Le chiffre de 10 467 pour 2005 est indiqué par le Programme alimentaire mondial (PAM).
Mauritania	The 2003 and 2004 data are reported from WFP programmes, which carried out 2 rounds of treatment each year. Les données pour 2003 et 2004 sont fournies par des programmes du PAM – 2 tournées de traitement annuel.
South Africa	The PAC data are reported from the MRC in 2004. Other programmes are ongoing, although on a smaller scale.
Afrique du Sud	Les données concernant les EAP sont signalées par le MRC en 2004. D'autres programmes sont en cours mais sur une échelle plus réduite.
Swaziland	The PAC covered during a national campaign aimed at reaching all enrolled and non-enrolled children. The coverage is likely to be higher since nearly all schools were involved but approximately 1/3 did not report their results. – La campagne nationale avait pour objectif d'atteindre les enfants enregistrés et non enregistrés d'âge préscolaire. Il est probable que la couverture soit plus élevée puisque pratiquement toutes les écoles ont participé mais 1/3 d'entre elles n'ont pas encore soumis leurs résultats.
Ethiopia	Preschool coverage in 2005 was through a measles campaign.
Ethiopia	La couverture préscolaire en 2005 est liée à une campagne antirougeoleuse.
Mozambique	The MoH planned to treat a total of 71 8249 SAC in 2005 (data to be confirmed), which would represent a coverage of 14%.
Mozambique	Le Ministère de la Santé a l'intention de traiter au total 718 249 EAS en 2005 (données à confirmer) ce qui représenterait une couverture de 14%.
Democratic Republic of the Congo	The pre-school coverage of >7million originates from the vitamin A + mebendazole campaign.
République démocratique du Congo	La couverture EAP de >7 millions est liée à la campagne associant la supplémentation en vitamine A et la distribution de mébendazole.
Zambia	The PAC reached through a variety of channels including "child health weeks", vitamin A supplementation and measles campaigns. The SCI-supported programme started in December 2005. No data are available at this time.
Zambia	Les EAP ont pu être atteints par divers moyens, notamment lors des semaines de «La santé de l'enfant», de campagnes de supplémentation en vitamine A ou de campagnes antirougeoleuse. Le programme appuyé par l'Initiative de lutte contre la schistosomiase (SCI) a commencé en décembre 2005. Aucune donnée n'est disponible pour le moment.
Burundi	The possible reason for >100% coverage may be due to returnees and in-country population movements. Le fait que la couverture soit >100% est peut-être dû aux rapatriements et aux mouvements de populations à l'intérieur du pays.
Cameroon	The SAC who were scheduled to receive treatment in 2005 were treated in 2006 (n = 155 000).
Cameroon	Les écoliers qu'il était prévu de traiter en 2005 l'ont été en 2006 (n = 155 000).
Central African Republic	The 2004 data for CAR are reported from a WFP programme.
République centrafricaine	Les données de 2004 ont été fournies par un programme du PAM.
Chad	The data for 2003 are reported from a WFP programme.
Tchad	Les données pour 2003 ont été fournies par un programme du PAM.
Côte d'Ivoire	The figure provided by WFP for both 2004 and 2005 is the same. Les chiffres fournis par le PAM pour 2004 et 2005 sont les mêmes.
Gambia	The SAC treated in 2003 were under a WFP programme that covered 150 school feeding centres and 20 day-care centres. Those treated in 2004 were under a multiagency programme.
Gambie	Les écoliers traités en 2003 l'ont été dans le cadre d'un programme du PAM couvrant 150 cantines scolaires et 20 crèches. Les enfants traités en 2004 l'ont été dans le cadre d'un programme interinstitutions.
Guinea	The data shown originate from a WFP school feeding programme.
Guinée	Les données proviennent d'un programme de cantines scolaires du PAM.
Guinea-Bissau	The data shown originate from a WFP school feeding programme.
Guinée-Bissau	Les données proviennent d'un programme de cantines scolaires du PAM.
Malawi	The 2003 and 2004 data are extracted from a number of different programmes, including the national control programme, WFP and SCF. The 2005 data originate from a SCF-US programme in Mangochi and Balaka districts. Les chiffres pour 2003 et 2004 sont tirés de plusieurs programmes distincts notamment le programme de lutte national, le PAM et Save The Children Fund. Les données pour 2005 proviennent d'un programme Save The Children Fund – Etats-Unis dans les districts de Mangochi et Balaka.
Mali	Mali is assisted by SCI, which started deworming in 2005. The 2005 data are reported from from the SCF programme. The 2003 and 2004 coverage is the total of WFP and SCF programmes. Le Mali bénéficie de l'aide de SCI et le traitement anthelminitique a commencé en 2005. Les données pour 2005 ont été fournies par le programme de Save The Children Fund. La couverture en 2003 et 2004 représente le total du programme PAM et du programme de Save The Children Fund.

Senegal Sénégal	The 2003 and 2004 data both originate from WFP programmes. Les données pour 2003 et 2004 proviennent des programmes du PAM.
Sierra Leone	The 2003 and 2004 data both originate from WFP programmes. Les données pour 2003 et 2004 proviennent des programmes du PAM.
Angola	In March 2005, nationwide child health days were carried out to reach children aged <5 years for immunization, vitamin A and deworming. En mars 2005, des journées nationales de santé de l'enfant ont été organisées à l'intention des enfants < 5 ans pour la vaccination, la supplémentation en vitamine A et le traitement antihelminthique.
Madagascar	The preschool coverage was through a measles campaign. La couverture EAP était liée à une campagne antirougeoleuse.
Rwanda	The preschool coverage was through a vitamin A + deworming campaign. La couverture EAP était liée à une campagne associant la supplémentation en vitamine A et le traitement anthelmintique.

Eastern Mediterranean Region – Région méditerranéenne orientale

Non-LF endemic countries – Pays exempts de l'endémie de FL

Afghanistan	2003	3 346	6 185		
	2004	3 492	6 445	5 471 058	85%
	2005	3 637	6 713	5 424 022	81%
TOTAL	2004			5 471 058	
	2005			5 424 022	

Table 2 **Countries with no data,^a by WHO region**

Tableau 2 **Pays pour lesquels on ne dispose pas de données,^a par Région de l'OMS**

WHO region – Région OMS	No. of countries with no data on the number of children treated for soil-transmitted helminthiasis – Nombre de pays pour lesquels on ne dispose pas de données sur le nombre d'enfants ayant bénéficié d'un traitement contre les géohelminthiases
African (11) – Afrique (11)	Botswana, Cape Verde, Congo (Brazzaville), Eritrea, Equatorial Guinea, Gabon, Liberia, Mauritius, Namibia, Sao Tome & Principe, Zimbabwe – Botswana, Cap-Vert, Congo (Brazzaville), Érythrée, Gabon, Guinée équatoriale, Libéria, Maurice, Namibie, Sao Tomé-et-Principe, Zimbabwe
South-East Asia (1) – Asie du Sud-Est (1)	India – Inde
Western Pacific (1) – Pacifique occidental (1)	China – Chine

^a No data does not necessarily mean that there are no activities ongoing. However no data may have been reported, or the data provided were unclear and clarification is still awaited. – L'absence de données n'équivaut pas nécessairement à une absence d'activités. Mais il est possible que des données n'aient pas été communiquées ou que les données communiquées ne soient pas claires, auquel cas des éclaircissements sont attendus.

Table 3 **Summary of data status, by WHO region^a**

Tableau 3 **Résumé des données, par région de l'OMS^a**

WHO region – Région OMS	No. of countries with soil-transmitted helminthiasis coverage data – Nombre de pays pour lesquels on dispose de données sur la couverture du traitement contre les géohelminthiases	
	2003	2004
Americas – Amériques	2	2
African – Afrique	14	25
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		1
South-East Asia – Asie du Sud-Est	7	7
Western Pacific – Pacifique occidental	4	4

^a Not including those treated via lymphatic filariasis programmes. Includes data for both preschool and school-age children. – Ne comprend pas les enfants qui ont été traités dans le cadre des programmes de lutte contre la filariose lymphatique. Données concernant les enfants d'âges préscolaire et scolaire.

Table 4 **Summary of number of preschool children treated,^a by WHO region**

Tableau 4 **Résumé du nombre d'enfants d'âge préscolaire traités,^a par Région de l'OMS**

WHO region – Région OMS	2003	2004	2005 ^b
Americas – Amériques	59 262	325 453	819 185
African – Afrique	1 918 576	12 841 619	11 794 634
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale			
South-East Asia – Asie du Sud-Est	3 944 000	19 834 800	19 015 960
Western Pacific	1 386 000	892 541	958 167
Total	7 307 838	33 894 413	32 587 946

^a Not including those treated via lymphatic filariasis programmes. – Ne comprend pas les enfants qui ont été traités dans le cadre de programmes de lutte contre la filariose lymphatique.

^b 2005 data are incomplete. – Données pour 2005 incomplètes.

Table 5 **Summary of number of school-age children treated,^a by WHO region**

Tableau 5 **Résumé du nombre d'enfants d'âge scolaire traités, par Région de l'OMS**

WHO region – Région OMS	2003	2004	2005 ^b
Americas – Amériques	311 374	1 450 897	2 329 761
African – Afrique	8 139 457	7 164 822	17 839 771
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		5 471 058	5 424 022
South-East Asia – Asie du Sud-Est	827 645	1 914 522	1 943 934
Western Pacific – Pacifique occidental	2 945 838	4 934 944	5 464 227
Total	12 224 314	20 936 243	33 064 715

^a Not including those treated via lymphatic filariasis programmes. – Ne comprend pas les enfants qui ont été traités dans le cadre de programmes de lutte contre la filariose lymphatique.

^b 2005 data are incomplete. – Données pour 2005 incomplètes.

Table 6 **Estimated number of children administered with albendazole or mebendazole in countries where lymphatic filariasis mass drug administrations (LF MDAs) are in place**
 Tableau 6 **Nombre estimé d'enfants traités au moyen d'albendazole ou de mébendazole dans les pays pratiquant le traitement médicamenteux de masse (TMM) contre la filariose lymphatique (FL) par Région de l'OMS**

WHO region and country/area – Régions de l'OMS et pays/territoires	Preschool-age children (PAC) – Enfants d'âge préscolaire (EAP)						School-age children (SAC) – Enfants d'âge scolaire (EAS)					Total SAC coverage – Couverture totale EAS (%)
	Total PAC population – Population totale (EAP) ^a (000)	PAC treated via LF MDAs – EAP traités par TMM contre la FL ^b	PAC treated via LF MDAs (%) – EAP traités par TMM ^c (%)	PAC treated (other programmes) – EAP traités (autres programmes) ^d	PAC treated (other pro- grammes) (%) – EAP traités (autres programmes) ^e (%)	Total preschool-age coverage – Couverture totale (%)	Total SAC population Population totale EAS ^f (000)	SAC treated via LF MDAs – EAS traités par le TMM contre la FL ^b	SAC treated via LF MDAs (%) – EAS traités par le TMM contre la FL (%)	SAC treated (other programmes) – EAS traités (autres program- mes) ^d	SAC treated (other pro- grammes) (%) – EAS traités (autres programmes) (%)	
African Region – Région africaine												
Countries with data for LF programme activities only – Pays disposant de données uniquement pour les activités du programme FL												
Benin – Bénin	2003	935	NA – ND		0.0%	1 880	229 134	12.2%		0%	12.2%	
	2004	954	NA – ND		0.0%	1 918	371 633	19.4%		0%	19.4%	
	2005	974	NA – ND		0.0%	1 975		0.0%		0%	0.0%	
Comoros – Comores	2003	99	38 726	39%	39.1%	187	104 276	55.8%		0%	55.8%	
	2004	101	40 715	40%	40.3%	205	110 276	53.8%		0%	53.8%	
	2005	103	No data Pas de données	NA – ND		0.0%	211		0.0%	0%	0.0%	
Countries with data for LF and other programme activities – Pays disposant de données pour les activités de programmes FL et pour d'autres programmes												
Burkina Faso	2003	2 048	NA – ND		0.0%	3 793	1 999 384	52.7%	44 941	1%	53.9%	
	2004	2 102	NA – ND		0.0%	3 912	2 267 166	58.0%	1 109 982	28%	86.3%	
	2005	2 158	NA – ND		0.0%	4 035		0.0%	2 295 557	57%	56.9%	
Ghana	2003	2 382	NA – ND	380 993	16%	16.0%	5 326	795 910	14.9%	0%	14.9%	
	2004	2 414	NA – ND	194 364	8%	8.1%	5 378	1 163 406	21.6%	0%	21.6%	
	2005	2 442	NA – ND		0.0%	5 430		0.0%		0%	0.0%	
Kenya	2003	3 715	106 663	2.9%	2.9%	8 612	329 709	3.8%		0%	3.8%	
	2004	3 724	No MDA – Pas de TMM	No MDA – Pas de TMM		8 588		0.0%		0%	0.0%	
	2005	3 731	No data – Pas de données	NA – ND		0.0%	8 577		0.0%	155 773	2%	1.8%
Niger	2003	2 039	NA – ND		0.0%	3 449	4 544	0.1%		0%	0.1%	
	2004	2 117	NA – ND		0.0%	3 584		0.0%	56 976	2%	1.6%	
	2005	2 192	NA – ND		0.0%	3 727		0.0%	1 226 196	33%	32.9%	

^a Defined as 1–4-year-olds; calculated as 80% of 0–4 year olds (source: United Nations Population Division or government). – Enfants de 1 à 4 ans; nombre estimé à 80% du nombre des enfants de 0 à 4 ans (source: Division de la population des Nations Unies ou gouvernement).

^b See notes. – Voir les notes.

^c PAC treated via LF MDAs per total PAC population. – EAP traités par TMM contre la FL/population totale EAP

^d Source: WHO global database. – Source: base de données mondiales de l'OMS.

^e PAC treated via other programmes/total PAC population (%). – EAP traités par d'autres programmes/ population EAP totale (%).

^f Children aged 5–14 years (source: United Nations Population Division or government). – Enfants âgés de 5 à 14 ans (source: Division de la population des Nations Unies ou gouvernement).

Nigeria – Nigéria	2003	16 698		NA – ND			0.0%	34 187	1 031 837	3.0%	0%	3.0%	
	2004	16 945		NA – ND			0.0%	34 960	1 068 002	3.1%	0%	3.1%	
	2005	17 184		NA – ND			0.0%	35 712		0.0%	0%	0.0%	
Togo	2003	649		NA – ND			0.0%	1 334	278 372	20.9%	0%	20.9%	
	2004	657	879 673	NA – ND	134%	133.9%	0.0%	1 360	288 275	21.2%	0%	21.2%	
	2005	666		NA – ND			0.0%	1 386		0.0%	0%	0.0%	
Uganda – Ouganda	2003	4 286		NA – ND			0.0%	7 605		0.0%	7 123 984	94%	93.7%
	2004	4 442	3 211 114	NA – ND	72%	72.3%	0.0%	7 871	431 270	5.5%	4 452 642	57%	62.0%
	2005	4 597		NA – ND			0.0%	8 158		0.0%	3 600 000	44%	44.1%
UR Tanzania – République-Unie de Tanzanie Mainland – Métropole	2003	6 023		NA – ND			0.0%	10 455	497 362	4.8%		0%	4.8%
	2004	6 023	4 908 605	NA – ND	81%	81.5%	0.0%	10 616	1 130 873	10.7%		0%	10.7%
	2005	6 023		NA – ND			0.0%	10 765		0.0%	5 000 000	46%	46.4%
UR Tanzania – République-Unie de Tanzanie Zanzibar	2003	176 716		NA – ND			0.0%	245 439	266 183	0.1%		0%	0.1%
	2004	176 716	54 000	NA – ND	0.03%	0.0%	0.0%	245 439	274 309	0.1%	75 000	0.03%	0.1%
	2005	176 716		NA – ND			0.0%	245 439		0.0%		0%	0.0%
Total	2003	215 589	145 390	0%	380 993	0%	0.2%	322 267	5 536 712	1.7%	7 168 925	2.2%	3.9%
	2004	216 194	40 715	0%	9 247 756	4%	4.3%	323 831	7 105 209	2.2%	5 694 600	1.8%	4.0%
	2005	216 786	0	0%	0	0%	0.0%	325 415	0	0.0%	12 277 526	3.8%	3.8%

Benin – Bénin	There is currently no dedicated national schistosomiasis or STH control unit or specified budget for control activities. A situational analysis has begun and requires completion. Similarly, the baseline survey and final report need to be completed and a subsequent plan of action developed. There are no recorded activities to deliver albendazole or mebendazole, other than those through the LF programme. – Il n'existe pas actuellement d'unité spéciale nationale de lutte contre la schistosomiase ou les géohelminthiases ni de budget consacré aux activités de lutte. Une analyse de la situation est en cours et doit être menée à bien. De même, l'enquête de base et le rapport final doivent être achevés et déboucher sur un plan d'action. Aucune activité répertoriée d'administration d'albendazole ou de mébendazole autre que dans le cadre du programme FL.												
Burkina Faso	Surveys have found that the prevalence and intensity of STH are usually low but that isolated areas of intense transmission exist. For this reason, albendazole has been delivered with praziquantel as part of the national control programme (Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Vers Intestinaux, PNLSc), which was established in June 2002 by the Ministry of Health with support from SCI. – Les enquêtes ont permis de constater que la prévalence et l'intensité des géohelminthiases sont généralement faibles mais que des zones isolées de transmission intense existent. L'albendazole a donc été fourni avec le praziquantel dans le cadre du Programme national de lutte contre la schistosomiase et les vers intestinaux (PNLSc) mis en place en juin 2002 par le Ministère de la Santé avec l'appui de SCI.												
Comoros – Comores	Following a request for information and data from WHO (2004), Comoros indicated there is no deworming programme. However, there is a LF elimination programme in place, which means the whole population is covered with albendazole. – En réponse à une demande d'information et de données de l'OMS (2004), les Comores ont indiqué qu'il n'existe pas de programme de déparasitage. Toutefois, un programme d'élimination de la FL est en place ce qui signifie que la couverture par l'albendazole est assurée à l'ensemble de la population.												
Ghana	There is no information on nationwide control activities. However, anthelmintic treatment was added to polio national immunization days in 2004 and 2005 in the Upper East Region and the Northern Region and during child health days. – Pas d'informations sur des activités de lutte à l'échelle nationale. Un traitement anthelminthique a toutefois été ajouté dans le cadre des Journées nationales de vaccination antipoliomyélitique en 2004 et 2005 dans l'Upper East Region et la Northern Region.												
Kenya	A survey in Busia District (1998) found an overall STH infection rate of 89.6%, ranging from 70–100% in different schools. Anthelmintics were added to child health and nutrition activities in certain districts in 2005 and reached >80% of children. There is no record of nationwide control activities at present. – Une enquête dans le district de Busia (1998) a révélé un taux d'infection global par les géohelminthiases de 89,6 % - éventail de 70-100 % selon les écoles. Les anthelminthiques ajoutés aux activités de santé et nutrition de l'enfant dans certains districts en 2005 ont permis de traiter plus de 80% des enfants. Il n'existe pas actuellement de données sur des activités de lutte à l'échelle nationale.												
Niger	A national schistosomiasis and STH control programme (Programme National de Lutte contre la Bilharziose et les Géohelminthes (PNLBG) was launched in Niger in October 2004 with the assistance of SCI. Through this programme, the Ministry of Health aims to treat with praziquantel and albendazole all endemic areas of the country by 2006. Drug distribution activities started in November 2004 in some districts in the Tillabéri and Dosso regions, and in the CUN (Communauté Urbaine de Niamey). In April 2005, the Maradi and Tahoua regions were targeted. By the end of 2005, all the remaining districts of Tillabéri and Dosso regions will be targeted; in 2006, national geographical coverage will be completed with Agadez, Diffa and Zinder regions. – Le Programme national de lutte contre la filariose et les géohelminthes (PNLBG) a été lancé au Niger en octobre 2004 avec l'aide de SCI. Grâce à ce programme, le Ministère de la Santé a l'intention de traiter au moyen de praziquantel et d'albendazole toutes les zones d'endémie du pays en 2006. Les activités de distribution des médicaments ont commencé en novembre 2004 dans certains districts des régions de Tillabéri et de Dosso ainsi que dans la communauté urbaine de Niamey. En avril 2005, elles ont été étendues aux régions de Maradi et de Tahoua. A fin 2005, tous les districts restants des régions de Tillabéri et de Dosso seront ciblés; en 2006, la couverture géographique nationale sera assurée avec une extension aux régions d'Agadez, de Diffa et de Zinder.												

Nigeria – Nigéria	It appears that STH control is carried out mostly on an ad hoc basis. There is no STH control activity formalized at government level. – Il apparaît que la lutte contre les géohelminthiases est menée le plus souvent sur une base <i>ad hoc</i> . Il n'existe pas de programme national officiel de lutte contre les géohelminthiases.
Togo	In December 2004, Togo carried out a national integrated vaccination campaign against measles and poliomyelitis that included the distribution of impregnated mosquito nets and mebendazole to children aged 9–59 months. The campaign which initially targeted 866 725 children, reached more than 875 000 children with the 4 interventions and 879 673 with mebendazole. – En décembre 2004, le Togo a entrepris une campagne nationale intégrée de vaccination contre la rougeole et la poliomyélite englobant la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et celle de mébendazole aux enfants âgés de 9 à 59 mois. La campagne portant dans un premier temps sur 866 725 enfants a permis de faire bénéficier 875 000 enfants des 4 interventions et 879 673 enfants de la distribution de mébendazole.
Uganda – Ouganda	The National Ugandan Bilharzia and Worm Control Programme was officially launched on 4 March 2003, with SCI support. In 2003, a pilot phase treated 432 736 people. This figure includes schoolchildren. No age breakdown was given, but 64.8% were aged above 14 years. The third MDA took place in 2005 in the original 18 districts and expanded to an additional 9 districts. The 2005 figure of 3.6 million people is an estimate and includes adults and schoolchildren. – Le Programme national ougandais de lutte contre la schistosomiase et les géohelminthiases a été officiellement lancé le 4 mars 2003 avec l'aide de SCI. En 2003, une phase pilote a permis de traiter 432 736 personnes, y compris des enfants. Aucune ventilation par âge n'a été précisée mais on sait que 64,8 % des sujets traités étaient âgés de plus de 14 ans. Le troisième TMM a eu lieu en 2005 dans les 18 districts initiaux et il a été étendu à 9 nouveaux districts. Le chiffre de 3,6 millions pour 2005 est une estimation et comprend aussi bien des adultes que des enfants d'âge scolaire.
United Republic of Tanzania <i>mainland</i> – République-Unie de Tanzanie <i>Métropole</i>	The National Schistosomiasis and Soil-transmitted Helminth Control Programme (NSSCP), with SCI support, has started drug distribution for schoolchildren on mainland Tanzania. The campaign is expected to reach 5 million school-age children in the areas with the highest burden of disease throughout November and December 2005, each child receiving an appropriate dosage of praziquantel for schistosomiasis and a single dose of albendazole for STH. In June 2004, on the "Day of the African Child", deworming was integrated with vitamin A supplementation for preschool children in a pilot programme in 7/121 districts that are implementing early child development programmes. About 80% of the targeted 334 254 children (aged 12–59 months) received a mebendazole tablet. The 5 000 000 coverage data for 2005 are an estimate. The population data for 2002 are used for 2003, 2004 and 2005 (MoH data source). The number of 0–4-year-olds was unavailable: 18% of the total population was used to estimate the number of preschool children. – Le Programme national de lutte contre la schistosomiase et les géo-helminthiases (NSSCP) a commencé, avec l'appui de SCI, la distribution de médicaments aux écoliers en métropole. La campagne devrait atteindre 5 millions d'enfants d'âge scolaire dans les zones les plus touchées en novembre et décembre 2005, chaque enfant recevant une dose appropriée de praziquantel contre la schistosomiase et une dose unique d'albendazole contre les géohelminthiases. En juin 2004, à l'occasion de la Journée de l'enfant africain, le déparasitage a été intégré à la supplémentation en vitamine A donnée aux enfants d'âge préscolaire dans le cadre d'un programme pilote dans 7 des 121 districts qui appliquent des programmes de développement du jeune enfant. Environ 80% des 334 254 enfants cibles (âgés de 12 à 59 mois) ont reçu un comprimé de mébendazole. Le chiffre de 5 millions indiqué pour 2005 est une estimation. Les données de la population pour 2002 sont utilisées pour 2003, 2004 et 2005 (données fournies par le Ministère de la Santé). Le nombre des enfants de 0 à 4 ans n'était pas disponible : pour estimer le nombre des enfants d'âge préscolaire on a pris 18% de la population totale.
United Republic of Tanzania <i>Zanzibar</i> – République-Unie de Tanzanie (<i>Zanzibar</i>)	The Kichocho (Bilharzia) Control Campaign was officially launched in January 2004. A national committee was formed to develop policy guidelines for treatment in Zanzibar, for both Pemba Island and Unguja Island. Treatment started on Pemba Island using a mass community drug distribution approach to deliver praziquantel and albendazole in May and June 2004. The population data for 2002 are used for all 3 years (MoH data source). The 54 000 preschool children and 75,000 schoolchildren recorded in 2004 were on Pemba Island only. The number of 0–4 year olds was unavailable: 18% of the total population was used to estimate the number of preschool children. – La campagne de lutte contre la schistosomiase (Kichocho) a été officiellement lancée en janvier 2004. Un comité national a été constitué pour élaborer des principes directeurs pour le traitement à Zanzibar ainsi que dans l'île de Pemba et dans l'île d'Unguja. Le traitement a commencé à Pemba au moyen de la distribution médicamenteuse communautaire de masse pour le praziquantel et l'albendazole, en mai et juin 2004. Les données de la population pour 2004 sont utilisées pour les 3 années (données fournies par le Ministère de la Santé). Les 54 000 enfants d'âge préscolaire et 75 000 écoliers indiqués pour 2004 ne concernaient que l'île de Pemba. Le nombre d'enfants de 0 à 4 ans n'était pas disponible: pour estimer le nombre d'enfants d'âge préscolaire, on a pris 18 % de la population totale.

South-East Asia Region – Région de l'Asie du Sud-Est

Bangladesh	2003	146 736	15 526	516 848	3%	2 500 000	16.1%	19.4%	36 198	1 606 657	4.4%	19 500	0%	4.5%
	2004	149 664	15 532	153 509	1%	15 000 000	96.6%	97.6%	36 912	482 459	1.3%	103 659	0%	1.6%
	2005	152 593	15 544		No data – Pas de données	16 000 000	102.9%		36 964		0.0%	159 238	0%	0.4%
Bhutan – Bhoutan	2003	752 700	276		NA – ND			0.0%	141		0.0%	124 529	88%	88.3%
	2004	752 700	282		NA – ND			0.0%	141		0.0%	110 218	78%	78.2%
	2005	752 700	289		NA – ND			0.0%	141		0.0%	113 110	80%	80.2%
Democratic People's Republic of Korea – République populaire démocratique de Corée	2003	22 664	1 458		NA – ND			0.0%	3 100		0.0%	14 180	0%	0.5%
	2004	22 776	1 429		NA – ND	2 000 000	139.93%	139.9%	3 100		0.0%		0%	0.0%
	2005	22 876	1 401		NA – ND			0.0%	3 100		0.0%	0	0%	0.0%
Indonesia – Indonésie	2003	219 883	17 309	39 027	0%			0.2%	43 256	130 040	0.3%		0%	0.3%
	2004	222 611	17 281	75 473	0%			0.4%	43 162	251 345	0.6%		0%	0.6%
	2005	225 313	17 251		No data – Pas de données				43 077		0.0%	0	0%	0.0%
Maldives	2003	285 066	41		No data – Pas de données				73		0.0%	60 590	0%	0.1%
	2004	289 480	42	162	0%			0.4%	73	438	0.6%	58 400	0%	0.7%
	2005	293 746	43		No data – Pas de données				71		0.0%	58 220	0%	0.1%
Myanmar	2003	49 485	4 260	517 311	12%			12.1%	5 735	1 696 159	29.6%	115 600	2%	31.6%
	2004	50 101	4 245	1 050 989	25%			24.8%	5 735	3 463 638	60.4%	1 100 000	19%	79.6%
	2005	50 696	4 223		No data – Pas de données				5 735		0.0%	1 613 366	28%	28.1%
Nepal – Népal	2003	25 164	1 520	38 570	3%	1 444 000	95%	97.5%	6 378	111 173	1.7%	460 746	7%	9.0%
	2004	25 725	3 065	133 984	4%	2 819 800	92%	96.4%	6 495	389 123	6.0%	467 167	7%	13.2%
	2005	26 289	3 141		No data – Pas de données	3 015 960	96%	96%	6 610		0.0%		0%	0.0%
Sri Lanka	2003	19 065	1 210	421 989	35%			34.9%	3 183	1 480 201	46.5%		0%	46.5%
	2004	19 218	1 214	419 546	35%			34.6%	3 147	1 450 056	46.1%		0%	46.1%
	2005	19 366	1 215		No data – Pas de données				3 113		0.0%		0%	0.0%
Thailand – Thaïlande	2003	62 833	4 231	6 465	0%			0.2%	80	21 577	27.0%	32 500	41%	67.6%
	2004	63 465	4 239	6 732	0%	15 000	0.35%	0.5%	80	22 340	27.9%	75 078	94%	121.8%
	2005	64 081	4 235		No data – Pas de données				80		0.0%	0	0%	0.0%
Timor Leste	2003	778	63		No data – Pas de données				205		0.0%		0%	0.0%

	2004	820	64		No data – Pas de données				198		0.0%	0%	0.0%	
	2005	857	67	13 429	20%		20.2%		191	51 457	26.9%	0%	26.9%	
Total	2003	1 584 374	45 893	1 540 211	3%	3 944 000	8.6%	11.9%	98 349	5 045 807	5.1%	827 645	0.8%	6.0%
	2004	1 596 560	47 394	1 840 396	4%	19 834 800	41.9%	45.7%	99 043	6 059 400	6.1%	1 914 522	1.9%	8.1%
	2005	1 608 519	47 410	13 429	0%	19 015 960	40.1%	40.1%	99' 082	51 457	0.1%	1 943 934	2%	2.0%

Bangladesh	The entire pre-SAC and SAC population is considered to be at risk of STH infection. In 2005, with WHO support, the MoH carried out a national STH baseline survey. The plains area was the first to be assessed and the results found some of the highest infection rates in the region: 96.8% of children were infected, 60.4% and 23.2% had moderate-to-heavy intensities of <i>Ascaris</i> and <i>Trichuris</i> infections respectively. The other 2 areas will be surveyed before the end of 2005. The pre-SAC coverage is through a UNICEF-supported vitamin A + deworming campaign. – On considère que l'ensemble de la population des EAP et EAS est exposé aux risques de géohelminthiases. En 2005, avec l'aide de l'OMS, le Ministère de la Santé a procédé à une enquête nationale de base sur les géohelminthiases. L'évaluation a d'abord porté sur la zone des plaines et certains des taux d'infection les plus élevés de la Région ont été enregistrés: 96,8 % des enfants étaient infectés, avec une ascariadiase et une trichocéphalose modérée à forte chez respectivement 60,4% et 23,2% des enfants. L'enquête sur les 2 autres zones devait être menée à bien avant la fin de 2005. La couverture des EAP est assurée dans le cadre d'une campagne de supplémentation en vitamine A et de déparasitage appuyée par l'UNICEF.
Bhutan – Bhoutan	Bhutan has had a school deworming policy in place for approximately 15 years. In 2003, the MoH requested WHO technical assistance to assess the programme. In May 2003, a STH survey in the Western Region was carried out. An overall prevalence of 16.5% was found despite the fact that children in 2/5 schools had recently been dewormed, i.e. reinfection rates in the environment remain relatively high. The MoH has made concerted efforts to strengthen the programme and monitoring has been greatly strengthened. The MoH reports the total population for Bhutan (2004) to be 752 700. This figure is used for 2003, 2004 and 2005. The MoH reports the total SAC population to be 141,388 (2005). This figure is used for 2003, 2004 and 2005. The whole SAC population is considered at risk. – Le Bhoutan mène une politique scolaire de déparasitage en milieu scolaire depuis une quinzaine d'années. En 2003, le Ministère de la Santé a demandé l'assistance technique de l'OMS pour réévaluer le programme. En mai 2003, une enquête sur les géohelminthiases a été effectuée dans la région occidentale. On a constaté un taux de prévalence globale de 16,5 %, alors même que les enfants dans 40 % des écoles avaient récemment bénéficiés d'un traitement anthelminthique, les taux de réinfection dans l'environnement restant relativement élevés. Le Ministère de la Santé a fait des efforts concertés pour renforcer le programme, et la surveillance a été considérablement renforcée. Le Ministère de la Santé indique une population totale du pays de 752 722 pour 2004. Le même chiffre est utilisé pour 2003, 2004 et 2005. Le Ministère de la Santé indique une population totale des EAS de 141 388 en 2005. Ce chiffre est utilisé pour 2003, 2004 et 2005. On considère que l'ensemble de la population EAS est exposé.
Democratic People's Republic of Korea – République populaire démocratique de Corée	DPR Korea carried out a national STH baseline survey in 2004. With WHO assistance, 4 ecological areas were selected and training was carried out. The overall prevalence was found to be 42.6%. Of the 4 ecological areas, 3 (middle, coastal and plains) require regular deworming. The children living in these areas and therefore at risk number 3.1 million. This figure has been used for 2003, 2004 and 2005. Only the mountainous area requires health education. In 2002, deworming was added to a package of products delivered during a "Child Health Day". Children aged 2–5 years now receive a single mebendazole tablet that is crushed and given with a glass of water and vitamin A. The 2 000 000 figure originates from this campaign. – La RPD de Corée a entrepris une enquête nationale de base sur les géohelminthiases en 2004. Avec l'aide de l'OMS, 4 zones écologiques ont été choisies et des activités de formation se sont déroulées. Le taux de prévalence globale constaté a été de 42,6%. Le déparasitage régulier s'impose dans 3 des 4 zones écologiques (zones moyenne et côtière et zone des plaines). On compte 3,1 millions d'enfants vivant dans ces zones et par conséquent exposés au risque. Ce chiffre a été utilisé pour 2003, 2004 et 2005. Des activités d'éducation pour la santé sont nécessaires dans la zone montagneuse. En 2002, des activités déparasitage ont été ajoutées à un ensemble d'interventions fournies au cours d'une journée de la santé de l'enfant. Les enfants de 2 à 5 ans reçoivent désormais un seul comprimé de mebendazole qui est pulvérisé et administré avec un verre d'eau et de la vitamine A. Le chiffre de 2 millions concerne cette campagne.
Indonesia – Indonésie	The country has 4 major ecological areas for STH transmission: hilly, plains, dry and wet. Within the larger islands, there is also likely to be differences in transmission patterns; certain areas, e.g. the urban slums, are likely to need specific attention. Data from various surveys in different parts of Indonesia indicate that STH is a problem throughout the country, ranging from 15–100%. In 1999–2001, Indonesia's health system was decentralized and procurement was carried out by local government units. Coverage data are unavailable for these years. A national plan of action does exist. The figure of 521 530 for PAC and 1 158 955 SAC treated under the LF programme was provided by WHO Indonesia, which also confirmed coverage as <1%. – Le pays compte 4 zones écologiques principales de lutte contre la transmission des géohelminthiases: collines, plaines, zone sèche et zone humide. Dans les îles plus importantes, les modes de transmission varient; certaines zones, par exemple les bidonvilles, doivent particulièrement retenir l'attention. Les données provenant de différentes enquêtes de diverses parties de l'Indonésie font apparaître que les géohelminthiases concernent l'ensemble du pays, le taux d'infestation se situant entre 15 et 100%. En 1999-2001, le système de santé national a été décentralisé, les achats relevant depuis des autorités locales. La couverture n'est pas disponible pour ces années. Un plan national d'action existe. Le chiffre de 521 530 EAP et de 1 158 955 EAS traités par le programme FL a été fourni par OMS Indonésie qui a également confirmé que la couverture était <1%.
Maldives	With UNICEF support, the Maldives was one of the first countries to implement a large-scale STH chemotherapy programme, which began in 2000 and treats the whole primary-school population (PAC are not treated) twice a year. The coverage is consistently >70%. The entire population is considered to be at risk. The total SAC population is given as 73 961 and 71 328 for 2004 and 2005 by the MoH. The 2004 figure has been used for 2003. The number of SAC treated for 2003, 2004 and 2005 is given in percentages as follows: 83%, 80% and 82%. The figures have therefore been calculated. – Avec l'appui de l'UNICEF, les Maldives ont été l'un des premiers pays à mettre en place un programme de chimiothérapie à grande échelle contre les géohelminthiases à partir de 2000 couvrant l'ensemble des enfants à l'école primaire (les EAP ne sont pas traités) deux fois par année. La couverture est toujours >70 %. On estime que l'ensemble de la population est exposé au risque. La population totale EAS indiquée est de 73 961 pour 2004 et 71 328 pour 2005 (chiffre du Ministère de la Santé). Les chiffres pour 2004 ont été utilisés pour 2003. Le nombre indiqué des enfants traités en 2003, 2004 et 2005 en pourcentage a été respectivement de: 83, 80 et 82%. Les chiffres ont donc été calculés.

- Myanmar** Between June 2002 and June 2003, WHO supported the MoH to conduct a country-wide survey to evaluate the prevalence and intensity of STH and plan of interventions. Of the children surveyed, 70% were positive for at least 1 STH, 18% of the infections were of moderate-to-severe intensity. A school deworming programme began in June 2002. Based on the 2002–2003 survey, children in 3/4 ecological areas (plains, coastal, delta) require deworming twice a year. The hilly area requires only health education. Thus, children living in the 3 at-risk areas number 5 735 167, which has been used for 2003, 2004 and 2005. – Entre juin 2002 et juin 2003, l'OMS a aidé le Ministère de la Santé à entreprendre une enquête nationale afin d'évaluer la prévalence et l'intensité des géohelminthiases et de planifier des interventions. Parmi les enfants visés par l'enquête, 70% étaient touchés au moins par une géohelminthiase, avec une infestation modérée à grave dans 18% des cas. Un programme de déparasitage en milieu scolaire a commencé en juin 2002. Sur la base de l'enquête de 2002-2003, des activités de lutte s'imposent dans 3 zones écologiques sur 4 (plaines, zone côtière et delta). L'éducation pour la santé suffit dans la zone des collines. Ainsi le nombre des enfants vivant dans les 3 zones à risque est de 5 735 167 et c'est ce chiffre qui a été utilisé pour 2003, 2004 et 2005.
- Nepal – Népal** In June 1996, WHO, WFP and the MoH carried out a survey to measure the prevalence of STH infections in SAC: 74% of the children were infected, 9.3% presented with heavy intensities of infection. In October 1999, deworming was added to the vitamin A distribution campaign in 12 districts. By October 2004, all 75 districts were covered. In April 2006, Nepal will carry out its fourteenth round of treatment to reach >90% of all PAC; 2 rounds are carried out annually (the October round is shown). Official MoH figures for the total number of 1–5-year-olds are used for 2003, 2004 and 2005. – En juin 1996, l'OMS, le PAM et le Ministère de la Santé ont entrepris une enquête pour mesurer la prévalence des géohelminthiases chez les enfants d'âge scolaire: 74% des enfants étaient infestés, avec une forte infestation dans 9,3% des cas. En octobre 1999, une campagne associant déparasitage et distribution de vitamine A a eu lieu dans 12 districts. En octobre 2004, les 75 districts étaient tous couverts. En avril 2006, le Népal va effectuer sa quatorzième tournée afin de traiter >90% de tous les enfants d'âge préscolaire; 2 tournées ont lieu chaque année (c'est celle d'octobre qui est présentée). Les chiffres officiels fournis par le Ministère de la Santé concernant le nombre total d'enfants âgés de 1 à 5 ans ont été utilisés pour 2003, 2004 et 2005.
- Sri Lanka** Sri Lanka has ideal climatic conditions for STH transmission. However, after decades of deworming, a national survey in 2003 found the cumulative STH prevalence to be 6.9%, ranging from 0% in private schools to 12.3% in the Eastern Province. This figure masks a few pockets with higher transmission rates, particularly in the plantation sector where approximately 1 million people live. In ~1995, a state-run STH control programme was launched in this sector. No data are available on the numbers treated in these areas. Deworming is included in the school health programme on a selective treatment basis whereby any child with suspected symptoms found during school health inspections is treated. Declining prevalence rates in previously high transmission areas have occurred in the absence of a national STH control programme and may be the result of parents regularly treating their children with inexpensive, broad-spectrum anthelmintics such as mebendazole, which is easily available. Sri Lanka is one of the few countries with an official policy of deworming pregnant women after their first trimester. Routine administration of mebendazole to pregnant women after the first trimester became common practice in the 1980s. – Les conditions climatiques exposent particulièrement le Sri Lanka à la transmission des géohelminthiases. Toutefois, après des décennies de lutte, selon une enquête nationale menée en 2003, il ressort que la prévalence des géohelminthiases cumulatives était de 6,9%, alors qu'elle variait de 0 % dans les écoles privées à 12,3% dans la province orientale. Ce chiffre masque l'existence de quelques poches de transmission plus élevée, notamment dans le secteur des plantations, où vivent environ 1 million de personnes. En 1995, un programme officiel de lutte contre les géohelminthiases a été lancé dans ce secteur par l'Etat. On ne dispose pas de données sur le nombre de personnes traitées dans ces zones. Le déparasitage fait partie du programme de santé scolaire sur la base d'un traitement sélectif, le traitement étant prescrit à tous les enfants chez qui des symptômes suspects sont constatés lors d'un examen médical à l'école. Des taux de prévalence en baisse dans des zones précédemment à forte transmission ont été relevés en l'absence d'un programme de lutte nationale et sont peut-être le résultat d'un traitement régulièrement assuré par les parents au moyen d'anthelmintiques peu coûteux à large spectre tel que le mébendazole qui peut être facilement obtenu. Sri Lanka est l'un des rares pays à offrir un programme officiel de traitement anthelminthique à la femme enceinte après le premier trimestre de grossesse. L'administration systématique de mébendazole à la femme enceinte après le premier trimestre de la grossesse est devenue une pratique généralisée au cours des années 80.
- Thailand – Thaïlande** In 2001, a national survey found an overall prevalence of infection of 22.3%. This figure is calculated on several species (not only STH); it also masks the findings of numerous smaller-scale surveys that have found the prevalence and intensity of STH to be high in specific locations (62% in the hilly zone, 60% in Nan Province). The MoH estimates that only 80 000 of SAC in the border areas require regular deworming. These data are therefore used as the denominator for 2003, 2004 and 2005. – En 2001, une enquête nationale a constaté une prévalence globale de 22,3%. Ce chiffre concerne différentes pathologies (et pas seulement les géohelminthiases); il masque aussi les résultats de plusieurs enquêtes à échelle plus réduite qui ont abouti à des chiffres élevés pour la prévalence et l'intensité des géo-helminthiases dans certaines zones spécifiques (62% dans la zone des collines, 60% dans la province de Nan). Le Ministère de la Santé estime que seulement 80 000 écoliers vivant dans les zones frontalières ont besoin d'un déparasitage régulier. Ces données sont donc utilisées comme dénominateur pour 2003, 2004 et 2005.
- Timor Leste** The Democratic Republic of Timor Leste is among the 10 poorest countries in the world. During the August 1999 crisis, more than 80% of the existing health facilities and infrastructure were destroyed. The majority of the population does not have access to safe drinking-water or sanitary facilities. An estimated 415 000 Timorese rely on unsafe water. Existing systems for solid and liquid waste disposal are inadequate, all of which would predispose the population to STH infections. In 2002, The MoH and WHO conducted a prevalence survey to assess the level of LF and STH infections in order to plan an integrated programme. The results found that both infections are prevalent in all territories: 8–10% of the general population are estimated to be LF carriers; 80–90% of children have STH. The entire population is considered to be at risk of STH. WHO Dili provided the data on the numbers covered by the LF MDA in 2005. – La République démocratique du Timor Leste figure parmi les 10 pays les plus pauvres de la planète. Au cours de la crise d'août 1999, plus de 80% des installations sanitaires et de l'infrastructure existantes ont été détruites. La majorité de la population n'a pas accès à l'eau potable ni à des moyens d'assainissement adéquats. On estime que 415 000 habitants du Timor Leste n'ont pas accès à une eau sûre. Les systèmes actuels d'évacuation des déchets solides et liquides sont insuffisants ce qui fait que la population est exposée aux géohelminthiases. En 2002, le Ministère de la Santé et l'OMS ont procédé à une enquête de prévalence pour évaluer le niveau de la FL et des géo-helminthiases afin de mettre sur pied un programme intégré. Les résultats ont permis de constater que ces deux infections sont prévalentes sur l'ensemble du territoire national: on estime que 8 à 10% de la population est porteuse de FL et que 80 à 90% des enfants sont touchés par des géohelminthiases. On considère que l'ensemble de la population est exposé aux risques de géohelminthiases. Le bureau de l'OMS basé à Dili a fourni les données sur les nombres de personnes bénéficiant du TMM contre la FL en 2005.

Western Pacific Region – Région du Pacifique occidental

Cambodia – Cambodge	2003	14 144	1 294	No MDA – Pas de TMM		905 958	70.0%	70.0%	2 880		0.0%	2 186 483	76%	75.9%
	2004	14 820	1 294	No MDA – Pas de TMM		388 268	30.0%		2 880		0.0%	2 332 400	81%	81.0%
	2005	14 825	1 294	No MDA – Pas de TMM		452 976	35.0%		2 880		0.0%	2 549 672	89%	88.5%
Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	2003	5 657	694	No MDA – Pas de TMM			0.0%		1 100		0.0%	135 000	12%	12.3%
	2004	5 787	702	No MDA – Pas de TMM			0.0%		1 100		0.0%	135 000	12%	12.3%
	2005	5 918	710	No MDA – Pas de TMM			0.0%		1 100		0.0%	74 000	7%	6.7%
Philippines	2003	79 999	7 806	699 605	9%	480 042	6.1%	15.1%	19 113	2 283 916	11.9%	499 355	3%	14.6%
	2004	81 408	7 780	662 498	9%	504 273	6.5%	15%	19 228	2 183 024	11.4%	467 544	2%	13.8%
	2005	82 809	7 758		No data – Pas de données	505 191	6.5%	6.5%	19 310		0.0%	340 555	2%	1.8%
Viet Nam	2003	81 377	6 148	6 187	0%		0.0%	0.1%	16 000	23 478	0.1%	125 000	1%	0.9%
	2004	82 481	6 215	39 932	1%		0.0%	0.6%	16 000	146 508	0.9%	2 000 000	13%	13.4%
	2005	83 585	6 273	39 765	1%		0.0%	0.6%	16 000	141 352	0.9%	2 500 000	16%	16.5%
American Samoa – Samoa américaines	2003	65	12	7 238	62%		0.0%	61.9%	16	10 053	61.9%		0%	61.9%
	2004	65	12	6 675	57%		0.0%	57.0%	16	9 270	57.0%		0%	57.0%
	2005	65	12		0%		0.0%	0.0%	16		0.0%		0%	0.0%
Cook Islands – Iles Cook	2003	18	3	2 349	72%		0.0%	72.5%	5	3 262	72.5%		0%	72.5%
	2004	18	3	2 322	72%		0.0%	71.7%	5	3 225	71.7%		0%	71.7%
	2005	18	3		0%		0.0%	0.0%	5		0.0%		0%	0.0%
Fiji – Fidji	2003	839	151	87 117	58%		0.0%	57.7%	210	120 996	57.7%		0%	57.7%
	2004	847	152	96 747	63%		0.0%	63.5%	212	134 371	63.5%		0%	63.5%
	2005	854	154		0%		0.0%	0.0%	214		0.0%		0%	0.0%
Kiribati	2003	88	16	6 614	42%		0.0%	41.8%	22	9 186	41.8%		0%	41.8%
	2004	88	16	12 013	76%		0.0%	75.8%	22	16 685	75.8%		0%	75.8%
	2005	88	16		0%		0.0%	0.0%	22		0.0%		0%	0.0%
Marshall Islands – Iles Marshall	2003	53	10	168	2%		0.0%	1.8%	13	233	1.8%		0%	1.8%
	2004	53	10		0%		0.0%	0.0%	13		0.0%		0%	0.0%
	2005	53	10		0%		0.0%	0.0%	13		0.0%		0%	0.0%
Micronesia – Micronésie	2003	526	95	136	0%		0.0%	0.1%	132	189	0.1%		0%	0.1%
	2004	535	96		0%		0.0%	0.0%	134		0.0%		0%	0.0%
	2005	544	98		0%		0.0%	0.0%	136		0.0%		0%	0.0%
Niue – Nioué	2003	2	0	249	69%		0.0%	69.3%	1	347	69.3%		0%	69.3%
	2004	2	0	251	70%		0.0%	69.9%	1	349	69.9%		0%	69.9%
	2005	2	0		0%		0.0%	0.0%	1		0.0%		0%	0.0%
Samoa	2003	178	32	25 354	79%		0.0%	79.1%	45	35 214	79.1%		0%	79.1%
	2004	180	32		0%		0.0%	0.0%	45		0.0%		0%	0.0%
	2005	182	33		0%		0.0%	0.0%	46		0.0%		0%	0.0%

Tonga	2003	104	19	15 975	86%		0.0%	85.6%	26	22 188	85.6%	0%	85.6%	
	2004	105	19	15 069	80%		0.0%	79.9%	26	20 930	79.9%	0%	79.9%	
	2005	106	19		0%		0.0%	0.0%	26			0%	0.0%	
Tuvalu	2003	11	2	1 421	72%		0.0%	71.8%	3	1 974	71.8%	0%	71.8%	
	2004	11	2	1 440	73%		0.0%	72.7%	3	2 000	72.7%	0%	72.7%	
	2005	11	2		0%		0.0%	0.0%	3			0%	0.0%	
Vanuatu	2003	212	38	29 389	77%		0.0%	77.0%	53	40 818	77.0%	0%	77.0%	
	2004	217	39	28 576	73%		0.0%	73.1%	54	39 690	73.1%	0%	73.1%	
	2005	222	40		0%		0.0%	0.0%	56			0%	0.0%	
Wallis and Futuna – Wallis et Futuna	2003	15	3	1 665	62%		0.0%	61.7%	4	2 313	61.7%	0%	61.7%	
	2004	15	3	1 785	66%		0.0%	66.1%	4	2 480	66.1%	0%	66.1%	
	2005	15	3		0%		0.0%	0.0%	4			0%	0.0%	
Total	2003		16 321	883 468	5%	1 386 000	8%	13.9%	39 620	2 554 165	6.4%	2 945 838	7.4%	13.9%
	2004		16 376	867 310	5%	892 541	5%	10.7%	39 742	2 558 532	6.4%	4 934 944	12.4%	18.9%
	2005		16 423	39 765	0%	958 167	6%	6.1%	39 831	141 352	0.4%	5 464 227	13.7%	14.1%

Cambodia – Cambodge In 2004, Cambodia became the first country to reach the WHO global target to regularly treat at least 75% of all SAC at risk of morbidity due to schistosomes and STH infections by the year 2010. In 2004, reports from 6500 schools showed that nearly 3 million SAC had been treated. The programme has progressively expanded and now involves a twice-yearly campaign in all 24 provinces. Mebendazole is also delivered alongside the measles supplementary immunization activities, which target the under-5- and under-14-year olds. The MoH reported that the number of SAC was 2 800 000 for 2003, 2004 and 2005; the number of PAC was 1 294 227 for 2003, 2004 and 2005. – En 2004, le Cambodge est devenu le premier pays à atteindre la cible mondiale de l'OMS concernant le traitement régulier d'au moins 75% des enfants d'âge scolaire exposés au risque de schistosomiase et de géohelminthiases. En 2004, les informations provenant de 6500 écoles ont montré que près de 3 millions d'EAS avaient bénéficié d'un traitement. Le programme a été progressivement étendu et se déroule actuellement sous la forme d'une campagne 2 fois par an dans l'ensemble des 24 provinces du pays. On procède aussi à la distribution de mébendazole à l'occasion des activités supplémentaires de vaccination antirougeoleuse axées sur les moins de 5 ans et les moins de 14 ans. Selon le Ministère de la Santé il y avait 2 800 000 EAS en 2003, 2004 et 2005; le nombre d'EAP était de 1 294 227 en 2003, 2004 et 2005.

Lao People's Democratic Republic In 2000–2002, a national STH survey was carried out in children, which found an overall prevalence of 61.9%. The MoH has indicated that the number of SAC (at risk) is 1110 and has reported that 135 000 children were treated in 2003 and 2004.

République démocratique populaire lao De 2000 à 2002 une enquête nationale sur les géohelminthiases a révélé un taux global de prévalence de 61,9% chez l'enfant. Selon le Ministère de la Santé, le nombre de d'EAP (à risque) est de 1110 et 135 000 enfants ont été traités en 2003 et 2004.

Philippines A national STH survey in PAC (aged 12–71 months) and KAP survey among the caregivers was carried out in 2004–2005. It was funded by UNICEF and technically supported by WHO. A prevalence of 66.4% was found; 13.9% and 3.5% were heavily infected with *Ascaris* and *Trichuris* respectively. In 2000, a national STH deworming day was launched and was to entail deworming all children aged 3–5-years; in the same year 5 888 300 million children were dewormed. Given financial constraints, deworming has continued but at a lower coverage. There are plans to implement an STH campaign in the Mindanao area in 2006. – Une enquête nationale sur les géohelminthiases chez les EAP (âgés de 12 à 71 mois) a été effectuée en 2004-2005. Financée par l'UNICEF, elle a bénéficié du soutien technique de l'OMS. Elle a révélé un taux de prévalence de 66,4 % et un taux d'infestation grave de 13,9% pour l'ascaridiase et de 3,5% pour la trichocéphalose. En 2000, une journée nationale de déparasitage a été lancée et devait viser l'ensemble des enfants de 3 à 5 ans. La même année, 5 888 300 enfants ont bénéficié d'un traitement. En raison de contraintes financières, les activités se poursuivent avec une couverture plus faible. Il est prévu de mettre en place une campagne de lutte contre les géohelminthiases à Mindanao en 2006.

Viet Nam A review of data from 47 provinces in 1984–2004 revealed prevalence (under-5-year olds and SAC) of 52.9% for *Ascaris*, 23.9% for *Trichuris* and 26.7% for Hookworm. The programme is gradually expanding, with >2 million children currently treated annually.

1. The total population treated via the LF MDA in 2004 was estimated to be 680 000.

2. As a result of the one child per family policy, the proportion of PAC in the Vietnamese population is estimated to be 15% (rather than the standard 18%) by the MoH. Therefore, 15% of the LF MDA is taken to cover PAC.

3. The figure of 102 722 given as the PAC treated via LF in 2005 was provided the MoH.

4. The figure of 16 000 SAC at risk is provided by the MoH. –

L'examen des données de 47 provinces au cours de la période 1984-2004 a mis en lumière chez les moins de 5 ans et les EAS une prévalence de 52,9% pour l'ascaridiase, de 23,9% pour la trichocéphalose et de 26,7% pour l'ankylostomiase. Le programme s'est progressivement élargi et plus de 2 millions d'enfants sont actuellement traités chaque année.

1. Le nombre total traité par le TMM contre la FL en 2004 a été estimé à 680 000.

2. A la suite de la politique de l'enfant unique, la proportion des EAP dans la population vietnamienne est estimée à 15% (au lieu du niveau habituel de 18%) par le Ministère de la Santé. On a donc pris 15% du nombre total traité par TMM contre la FL pour les EAP.

3. Le chiffre de 102 722 donné pour le nombre d'EAP traités contre la FL en 2005 a été fourni par le Ministère de la Santé.

For the island groups in the Western Pacific, DEC + albendazole are administered during the LF MDA rounds. Because coverage is often >60%, separate STH control programmes have not been established. For all island groups, data on the number of 0–4-year olds were often unavailable. Therefore, 18% of the total population was used to estimate the total number of PAC and the number covered through the LF programme. – Pour les archipels du Pacifique occidental, au cours des tournées de TMM contre la FL on a administré l'association DEC + albendazole. La couverture étant souvent >60%, des programmes distincts de lutte contre les géohelminthiases n'ont pas été mis en place. Souvent, les données concernant le nombre d'enfants de 0 à 4 ans n'étaient pas disponibles dans tous les archipels. Pour le nombre total de d'EAP et le nombre d'enfants couverts par le programme FL, on a alors utilisé 18% de la population totale.

American Samoa Samoa américaines	Population data taken from the UNDESA Population Division web site: 65 000 is used for 2003, 2004, 2005. – Données démographiques tirées du site web de la Division de la population des Nations Unies: on a utilisé 65 000 pour 2003, 2004 et 2005.
Cook Islands Iles Cook	Population data taken from WHO web site: 18 000 is used for 2003, 2004, 2005. – Données démographiques tirées du site web de l'OMS: on a utilisé 18 000 pour 2003, 2004 et 2005.
Kiribati	Population data taken from WHO web site: 88 000 is used for 2003, 2004, 2005. – Données démographiques tirées du site web de l'OMS: on a utilisé 88 000 pour 2003, 2004 et 2005.
Marshall Islands Iles Marshall	Population data taken from WHO web site: 53 000 is used for 2003, 2004, 2005. – Données démographiques tirées du site web de l'OMS: on a utilisé 53 000 pour 2003, 2004 et 2005.
Niue Nioué	Population data taken from WHO web site: 2 000 is used for 2003, 2004, 2005. – Données démographiques tirées du site web de l'OMS: on a utilisé 2000 pour 2003, 2004 et 2005.
Tuvalu	Population data taken from WHO web site: 11 000 is used for 2003, 2004, 2005. – Données démographiques tirées du site web de l'OMS: on a utilisé 11 000 pour 2003, 2004 et 2005.
Wallis & Futuna	Population data taken from the UNDESA Population Division web site: 15 000 (2000 and 2005) is used for 2003, 2004, 2005. – Données démographiques tirées du site web de la Division de la population des Nations Unies: on a utilisé 15 000 (2000 et 2005) pour 2003, 2004 et 2005.

Americas Region – Région des Amériques

Belize	2003	256	26	0%		0.0%	64	0.0%	0%	0.0%				
	2004	261	26	0%		0.0%	65	0.0%	0%	0.0%				
	2005	266	26	0%		0.0%	67	0.0%	4 737	7%	7.1%			
Ecuador – Equateur	2003	13 003	1 137	0%	59 262	5.2%	5.2%	3 251	0.0%	311 374	10%	9.6%		
	2004	13 192	1 133	0%	118 265	10.4%	10.4%	3 298	0.0%	1 162 486	35%	35.2%		
	2005	13 379	1 128	0%	520 703	46.2%	46.2%	3 345	0.0%	1 763 823	53%	52.7%		
Haiti – Haïti	2003	8 326	902	50 115	6%		5.6%	2 082	153 797	7.4%	0%	7.4%		
	2004	8 437	908	91 100	10%	207 188	22.8%	32.9%	2 109	275 740	13.1%	288 411	14%	26.7%
	2005	8 549	914		0%	298 482	32.6%	32.6%	2 137		0.0%	624 201	29%	29.2%
Total	2003	21 585	2 065	50 115	2%	59 262	2.9%	5.3%	5 396	153 797	28.5%	311 374	5.8%	8.6%
	2004	21 890	2 067	91 100	4%	325 453	15.7%	20.2%	5 476	275 740	50.4%	1 450 897	26.5%	83.5%
	2005	22 194	2 069		0%	819 185	39.6%	39.6%	5 549	0	0.0%	2 392 761	43.1%	115.7%

Belize	Coverage data are extracted from a pilot project, which was recently completed. There are plans to expand this project. – Les données sur la couverture sont tirées d'un projet pilote récemment mené à bien. Il est question d'étendre ce projet.
Ecuador – Equateur	Coverage data are supplied by WFP/Ecuador and include several programmes: INNFA (a government-funded NGO), PAE (Programme de Alimentacion Escolar), AE (Alimentate Ecuador) and CP (Concejo Provincial de Pichincha). The figures (for "pills distributed") have been taken to reflect the number of children treated. There is no national monitoring system to track the number of children treated. Some programmes deworm twice a year (INNFA) and others once a year (AE). There could also be overlap in the number of children treated under the CP and the PAE programme. The figures may therefore be slightly inflated. – Les données ont été fournies par le PAM/Equateur et concernent plusieurs programmes: INNFA (une ONG financée par le Gouvernement), PAE (Programme de Alimentacion Escolar), AE (Alimentate Ecuador) et CP (Concejo Provincial de Pichincha). Pour indiquer le nombre d'enfants traités, on a utilisé les chiffres concernant le nombre de « comprimés distribués ». On ne dispose pas de système de surveillance national permettant de suivre le nombre d'enfants traités. Certains programmes interviennent 2 fois par an (INNFA) et d'autres 1 seule fois (AE). Les enfants traités dans le cadre du CP et du programme PAE ont pu être comptabilisés 2 fois. Une légère surestimation du nombre réel des enfants traités est donc possible.
Haiti – Haïti	Coverage data are a combination of MoH and SCF-US data. – Les données combinent celles fournies par le Ministère de la Santé et Save The Children fund – Etats-Unis.

WHO web sites on infectious diseases – updated on 21 April 2006*
Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses – mis à jour le 21 avril 2006*

Antimicrobial resistance information bank	http://oms2.b3e.jussieu.fr/arinfobank/	Banque de données sur la pharmacorésistance
Avian influenza	http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/index.html	Grippe aviaire
Buruli ulcer	http://www.who.int/gtb-buruli	Ulcère de Buruli
Cholera	http://www.who.int/topics/cholera/en/index.html	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/csr/delibepidemics/	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Dengue (DengueNet)	http://who.int/denguenet	Dengue (DengueNet)
Eradication/elimination programmes	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Programmes d'éradication/élimination
Filariasis	http://www.filaria.org	Filariose
Geographical information systems (GIS)	http://www.who.int/csr/mapping/	Systèmes d'information géographique
Global atlas of infectious diseases	http://globalatlas.who.int	Atlas mondial des maladies infectieuses
WHO Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)	http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/	Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)
Health topics	http://www.who.int/topics	La santé de A à Z
Influenza	http://www.who.int/csr/disease/influenza/en/	Grippe
Influenza network (FluNet)	http://who.int/flunet	Réseau grippe (FluNet)
Integrated management of childhood illnesses	http://www.who.int/chd/	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
International Health Regulations <i>International travel and health</i>	http://www.who.int/csr/ihr/en/ http://www.who.int/ith/	Règlement sanitaire international <i>Voyages internationaux et santé</i>
Intestinal parasites	http://www.who.int/wormcontrol/	Parasites intestinaux
Leishmaniasis	http://www.who.int/leishmaniasis	Leishmaniose
Leprosy	http://www.who.int/lep/	Lèpre
Malaria	http://www.who.int/malaria	Paludisme
Outbreaks	http://www.who.int/csr/don	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	http://www.who.int/gpv/	Poliomyélite
Rabies network (RABNET)	http://www.who.int/rabies	Réseau rage (RABNET)
<i>Report on infectious diseases</i>	http://www.who.int/infectious-disease-report/	<i>Rapport sur les maladies infectieuses</i>
Salmonella surveillance network	http://www.who.int/salmsurv	Réseau de surveillance de la salmonellose
*Schistosomiasis	http://www.schisto.org	Schistosomiase
Smallpox	http://www.who.int/csr/disease/smallpox/	Variole
Surveillance and response	http://www.who.int/csr/	Surveillance et action
Tropical disease research	http://www.who.int/tdr/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	http://www.who.int/tb/ <i>and/et</i> http://www.stoptb.org	Tuberculose
Vaccines	http://www.who.int/gpv/	Vaccins
<i>Weekly Epidemiological Record</i>	http://www.who.int/wer/	<i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i>
WHO Office in Lyon	http://www.who.int/csr/labepidemiology	Bureau de l'OMS à Lyon
WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)	http://www.who.int/whopes	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre, Tunis	http://wmc.who.int	Centre méditerranéen de l'OMS, Tunis
Yellow fever	http://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en/index.html	Fièvre jaune

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 14 to 21 April 2006 / Notifications de maladies reçues du 14 au 21 avril 2006

Cholera / Choléra

Africa / Afrique	Cases / Deaths Cas / Décès		Mozambique	Cases / Deaths Cas / Décès	
Angola	05-13.IV			31.III-16.IV	
.....	5348	224	740	1
Malawi	27.III-03.IV				
.....	104	2			