



Contents

- 461 Global leprosy update, 2014: need for early case detection
- 474 Seasonal influenza vaccine composition for tropical and subtropical countries: WHO Expert group meeting, 23–24 April 2015

Sommaire

- 461 Situation de la lèpre dans le monde, 2014: nécessité d'un dépistage précoce des cas
- 474 Composition du vaccin contre la grippe saisonnière pour les pays tropicaux et sub-tropicaux: réunion du groupe d'experts de l'OMS, les 23 et 24 avril 2015

Global leprosy update, 2014: need for early case detection

Prevalence of leprosy globally decreased from >5 million cases in the mid-1980s to <200 000 by 2015 following introduction of multidrug therapy (MDT) as treatment for leprosy. Early diagnosis and complete treatment with MDT remain the key strategies for reducing disease burden due to leprosy. The dual effect of early detection of cases in breaking the chain of transmission and reduction of grade 2 disabilities (G2D cases) in a given community is highlighted in the enhanced global leprosy strategy for further reducing the disease burden due to leprosy (2011–2015)¹ which was adopted by national leprosy programmes and adapted to suit local conditions. The strategy includes interventions for provision of good quality leprosy services and sets a target of reduction of new G2D cases by 35%.

Ministers of Health from 17 highly endemic countries met in an International Leprosy Summit in July 2013, and discussed the challenges faced by the national leprosy programmes in reducing the disease burden; the Bangkok Declaration,² a landmark declaration calling for reaffirmed political commitment for leprosy control and involvement of persons affected by leprosy in strengthening leprosy services, was adopted at the Summit. This brought a renewed impetus in leprosy programmes, particularly at peripheral and district level.

Situation de la lèpre dans le monde, 2014: nécessité d'un dépistage précoce des cas

La prévalence de la lèpre dans le monde a chuté, passant de >5 millions de cas au milieu des années 1980 à <200 000 en 2015, après l'introduction de la polychimiothérapie (PCT) pour combattre cette maladie. Le diagnostic précoce et le traitement complet par la PCT restent les composantes stratégiques fondamentales pour réduire la charge de morbidité qu'elle entraîne. Dans la Stratégie mondiale renforcée pour réduire davantage la charge de morbidité de la lèpre (2011-2015),¹ adoptée par les programmes nationaux de lutte contre la lèpre et adaptée aux conditions locales, l'accent est mis sur le double effet du dépistage précoce des cas, qui à la fois rompt la chaîne de transmission et réduit la fréquence des incapacités de degré 2 (cas d'ID2). Cette stratégie prévoit des interventions destinées à la prestation de services de lutte contre la lèpre de grande qualité et fixe pour la réduction du nombre de nouveaux cas d'ID2 une cible de 35%.

Les ministres de la santé de 17 pays fortement endémiques se sont réunis dans le cadre d'un «Sommet international de la lèpre» en juillet 2013 et ont discuté des difficultés rencontrées par les programmes nationaux de lutte contre cette maladie pour réduire la charge de morbidité; la Déclaration de Bangkok,² une déclaration de référence appelant à un engagement politique réaffirmé en faveur de la lutte contre la lèpre et impliquant les personnes touchées par cette maladie dans le renforcement des services qui leur sont délivrés, a été adoptée lors de ce Sommet. Cette déclaration a donné un nouvel élan aux programmes de lutte contre la lèpre, notamment au niveau périphérique et à celui des districts.

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 346.–

09.2015
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ Enhanced global leprosy strategy for further reducing disease burden due to leprosy 2011-2015. WHO, SEARO New Delhi, SEA-GLP-2009.3

² See the "Bangkok declaration towards a leprosy-free world" (available from http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/bangkok_declaration/en/; accessed August 2015).

¹ Enhanced global leprosy strategy for further reducing disease burden due to leprosy 2011-2015. WHO, SEARO New Delhi, SEA-GLP-2009.3

² Voir «Bangkok declaration towards a leprosy-free world» (disponible uniquement en langue anglaise sur http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/bangkok_declaration/en/; consulté en août 2015).

Annual leprosy statistics were received from 121 countries for the reporting year 2014 from 5 WHO Regions. The data were received from 29 countries in the African Region (AFR), 31 countries from the Region of the Americas (AMR), 19 from the Eastern Mediterranean Region (EMR), 11 from the South-East Asia Region (SEAR) and 31 countries from the Western Pacific Region (WPR). No reports were received from the European Region (EUR). The annual statistics contained data pertaining to new cases reported during the year, number of cases registered for MDT at the end of the year, multibacillary cases (MB), paucibacillary cases (PB), women and children among new cases, and new G2D cases. Information drawn from cohort analysis on treatment completion of patients treated in previous years, i.e. PB cases registered in 2013 and MB cases registered in 2012, was reported. Information on the number of new child patients with G2D was also sought from all national programmes in order to provide baseline information for comparison in future years. The reporting year covers a period of 12 months; it ended on December 2014 for some countries and 31 March 2015 for others. The prevalence rate is calculated using number of registered patients on record at the end of the reporting year for every 10 000 population (point prevalence). The new case detection rate and new G2D case rate were calculated for every 100 000 population. Mid-year population estimates were drawn from the data published by the United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division.³

Table 1 shows global leprosy prevalence in each of the WHO Regions as on the last day of first quarter of 2015.⁴ The prevalence rate was recorded at 0.31 per 10 000 population, marginally less than that of 2014 (0.32 per 10 000 population). During the reporting year, 213 899 new cases were reported from 121 countries, which is also almost at the same level as in the previous year (215 656). The new case detection rate at global level is 3.78 per 100 000 population. Reports were received from 121 countries in 2015 compared to 102 in the previous year.

New cases reported annually from 2005 to 2014 are presented by WHO Region in Table 2. In all WHO Regions and at global level, the number of new cases reported during the reporting year was almost at the same level as in the previous year. AFR had a marginal decrease in number of new cases detected from 20 911 (in 2013) to 18 597 (in 2014). New case detection showed a marginal increase from 1 680 to 2 342 in EMR. However,

Des statistiques annuelles concernant la lèpre ont été reçues pour l'année de rapport 2014 en provenance de 121 pays, appartenant à 5 Régions de l'OMS. Ces données ont été fournies par 29 pays de la Région africaine (AFR), 31 pays de la Région des Amériques (AMR), 19 pays de la Région de la Méditerranée orientale (EMR), 11 pays de la Région de l'Asie du Sud-Est (SEAR) et 31 pays de la Région du Pacifique occidental (WPR). Aucun rapport n'a été reçu de la Région européenne (EUR). Ces statistiques annuelles renferment des données sur les nouveaux cas notifiés au cours de l'année, le nombre de cas enregistrés pour recevoir la PCT à la fin de l'année, les cas multibacillaires (MB), les cas paucibacillaires (PB), les femmes et les enfants parmi les nouveaux cas, et les nouveaux cas d'ID2. Des informations tirées d'une analyse de cohorte sur l'achèvement du traitement par les patients sous traitement au cours des années précédentes, c'est-à-dire les cas PB enregistrés en 2013 et les cas MB enregistrés en 2012, ont été rapportées. Des informations concernant le nombre de nouveaux patients pédiatriques présentant une ID2 ont été demandées à tous les programmes nationaux afin d'obtenir des données de référence pour les comparaisons dans les années ultérieures. L'année de rapport couvrirait 12 mois; elle s'est terminée en décembre 2014 pour certains pays et le 31 mars 2015 pour d'autres. Le taux de prévalence est calculé à partir du nombre de patients enregistrés dans les dossiers à la fin de l'année de rapport et pour 100 000 habitants (prévalence ponctuelle). Le taux de dépistage des nouveaux cas et le taux de nouveaux cas d'ID2 ont également été déterminés pour 100 000 habitants. Des estimations de la population en milieu d'année ont été tirées des données publiées par la Division de la population, Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies.³

Le Tableau 1 présente la prévalence de la lèpre dans chacune des Régions OMS, telle que déterminée le dernier jour du premier trimestre de 2015.⁴ On a enregistré un taux de prévalence de 0,31 pour 10 000 habitants, soit un chiffre marginalement plus bas que celui de 2014 (0,32 pour 10 000 habitants). Pendant l'année de rapport, 213 899 nouveaux cas ont été notifiés par 121 pays, soit un niveau pratiquement identique à celui de l'année précédente (215 656). Le taux de dépistage des nouveaux cas à l'échelle mondiale est de 3,78 pour 100 000 habitants. En 2015, 121 pays ont adressé des rapports, contre 102 en 2014.

Le Tableau 2 présente les nouveaux cas rapportés chaque année entre 2005 et 2014 par Région OMS. Dans l'ensemble de ces Régions et à l'échelle mondiale, le nombre de nouveaux cas notifiés pendant la période de rapport reste pratiquement au même niveau que l'année précédente. La Région AFR a enregistré une baisse marginale du nombre de nouveaux cas détectés, qui est passé de 20 911 (en 2013) à 18 597 (en 2014). Le nombre de nouveaux cas repérés a présenté une augmentation

³ World population prospects: the 2014 Revision, key findings and advance tables, (working paper No. ESA/P/WP.227 table 5.1, pp. 9–31), New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, (2013). Available from http://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf, accessed in July 2015.

⁴ The prevalence is reported as point prevalence and is the number of cases on record on the last day of the reporting year, i.e., 31 December 2014 for some countries and 31 March 2015 for some others. The point prevalence is used for presentations in the global update.

³ World population prospects: the 2014 Revision, key findings and advance tables, (document de travail N° ESA/P/WP.227 table 5.1, pp. 9–31), New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). Disponible à l'adresse: http://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf; consulté en juillet 2015.

⁴ La prévalence est notifiée sous forme de prévalence ponctuelle et correspond au nombre de cas enregistrés au dernier jour de la période de rapport, c'est-à-dire le 31 décembre 2014 pour certains pays et le 31 mars 2015 pour certains autres. C'est cette prévalence ponctuelle qui est utilisée pour présenter les données dans le Point sur la situation mondiale.

Table 1 **Registered prevalence of leprosy and number of new cases detected in 102 countries or territories, by WHO Region, 2014**
 Tableau 1 **Prévalence enregistrée de la lèpre et nombre de nouveaux cas dépistés dans 102 pays ou territoires, par Région OMS en 2014**

WHO Region ^a – Région OMS ^a	Number of cases registered (prevalence/10 000 population), first quarter of 2015 ^b – Nombre de cas enregistrés (prévalence/10 000 habitants), premier trimestre 2015 ^b	Number of new cases detected (new-case detection rate/100 000 population), 2014 ^c – Nombre de nouveaux cas dépistés (taux de dépistage des nouveaux cas/100 000 habitants), 2014 ^c
African – Afrique	19 968 (0.26)	18 597 (2.44)
Americas – Amériques	29 967 (0.33)	33 789 (3.75)
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	2212 (0.04)	2342 (0.38)
South-East Asia – Asie du Sud-Est	119 478 (0.63)	154 834 (8.12)
Western Pacific – Pacifique occidental	3929 (0.02)	4337 (0.24)
Total	175 554 (0.31)	213 899 (3.78)

^a Reports received from the European Region are not included. – Les rapports reçus de la Région européenne ne sont pas inclus.

^b The prevalence rate is the number of cases/10 000 population. – La prévalence est le nombre de cas pour 10 000 habitants.

^c The case-detection rate is the number of cases/100 000 population. – Le taux de dépistage est le nombre de cas pour 100 000 habitants.

over the past 10 years, globally the number of new cases has shown a noticeable decline from 299 036 in 2005 to 213 899 in 2014.

SEAR accounted for 72% of global new case load followed by AMR with 16% of new cases. AFR contributed 9% of new leprosy cases; 2% of new cases were reported from WPR and 1% from EMR.

During the reporting year, 13 countries reported >1000 new cases. Table 3 presents new case detection trends from the 13 national programmes from 2005 to 2014. These included 5 from AFR, 1 from AMR, 6 from SEAR and 1 from WPR. Marginal increases in number of new cases detected were observed in 4 of the 13 national programmes. These 13 countries together contributed 94% of all new leprosy cases worldwide.

marginale de 1680 à 2342 cas dans la Région EMR. Toutefois, à l'échelle mondiale, sur les 10 dernières années, le nombre de nouveaux cas a baissé de manière notable, passant de 299 036 en 2005 à 213 899 en 2014.

La Région SEAR accueille à elle seule 72% de la charge mondiale de nouveaux cas de lèpre, suivie de la Région AMR avec 16% des nouveaux cas et des Régions AFR, WPR et EMR, avec, respectivement, 9%, 2%, et 1% des nouveaux cas.

Pendant l'année de rapport, 13 pays ont notifié >1000 nouveaux cas. Le Tableau 3 présente les tendances du dépistage des nouveaux cas effectué par les 13 programmes nationaux de 2005 à 2014. Cinq de ces pays appartiennent à la Région AFR, 1 à la Région AMR, 6 à la Région SEAR et 1 à la Région WPR. On observe des augmentations marginales des nombres de nouveaux cas détectés dans le cadre de 4 des 13 programmes nationaux. Pris globalement, ces 13 pays totalisaient 94% de l'ensemble des nouveaux cas de lèpre apparus dans le monde.

Table 2 **Trends in the detection of new cases of leprosy, by WHO Region, 2005–2014**
 Tableau 2 **Tendances observées dans le dépistage de nouveaux cas de lèpre, par Région OMS, 2005-2014**

WHO Region ^a – Région OMS ^a	Number of new cases detected – Nombre de nouveaux cas dépistés									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
African – Afrique	45 179	34 480	34 468	29 814	28 935	25 345	20 213	20 599	20 911	18 597
Americas – Amériques	41 952	47 612	42 135	41 891	40 474	37 740	36 832	36 178	33 084	33 789
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	3 133	3 261	4 091	3 938	4 029	4 080	4 357	4 235	1 680	2 342
South-East Asia – Asie du Sud-Est	201 635	174 118	171 576	167 505	166 115	156 254	160 132	166 445	155 385	154 834
Western Pacific – Pacifique occidental	7 137	6 190	5 863	5 859	5 243	5 055	5 092	5 400	4 596	4 337
Total	299 036	265 661	258 133	249 007	244 796	228 474	226 626	232 857	215 656	213 899

^a No reports were received from the European Region. – Aucun rapport reçu de la Région européenne.

Table 3 **New case detection trends in countries that reported >1000 new cases in the past 5 years**Tableau 3 **Tendances observées pour le dépistage des nouveaux cas dans les pays ayant notifié >1000 nouveaux cas au cours des 5 dernières années**

Country – Pays	Number of new cases detected – Nombre de nouveaux cas dépistés									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bangladesh	7 882	6 280	5 357	5 249	5 239	3 848	3 970	3 688	3 141	3 622
Brazil – Brésil	38 410	44 436	39 125	38 914	37 610	34 894	33 955	33 303	31 044	31 064
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	10 369	8 257	8 820	6 114	5 062	5 049	3 949	3 607	3 744	3 272
Ethiopia – Éthiopie	4 698	4 092	4 187	4 170	4 417	4 430	NR	3 776	4 374	3 758
India – Inde	169 709	139 252	137 685	134 184	133 717	126 800	127 295	134 752	126 913	125 785
Indonesia – Indonésie	19 695	17 682	17 723	17 441	17 260	17 012	20 023	18 994	16 856	17 025
Madagascar	2 709	1 536	1 644	1 763	1 572	1 520	1 577	1 474	1 569	1 617
Myanmar	3 571	3 721	3 637	3 365	3 147	2 936	3 082	3 013	2 950	2 877
Nepal – Népal	6 150	4 235	4 436	4 708	4 394	3 118	3 184	3 492	3 225	3 046
Nigeria – Nigéria	5 024	3 544	4 665	4 899	4 219	3 913	3 623	3 805	3 385	2 983
Philippines	3 130	2 517	2 514	2 373	1 795	2 041	1 818	2 150	1 729	1 655
Sri Lanka	1 924	1 993	2 024	1 979	1 875	2 027	2 178	2 191	1 990	2 157
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	4 237	3 450	3 105	3 276	2 654	2 349	2 288	2 528	2 005	1 947
Total (%)	277 508	240 995	234 922	228 435	222 961	209 937	206 942	216 773	202 925	200 808
	93%	91%	91%	92%	91%	92%	91%	93%	94%	94%
Global Total – Total mondial	299 036	265 661	258 133	249 007	244 796	228 474	226 626	232 857	215 656	213 899

NR – Not reported. – NR – Pas de rapport.

New leprosy case load is not uniformly distributed among these 13 countries. To understand the global situation, particularly to identify where the leprosy problem persists, the national programmes data was further analysed according to the number of new cases detected. *Figure 1* presents the distribution of new cases in the following 3 sets or categories: (1) Brazil, India and Indonesia, which reported >10000 new cases and accounted for 81% of new leprosy cases globally; (2) Democratic Republic of Congo, Ethiopia, Madagascar, Nigeria and United Republic of Tanzania (AFR), Bangladesh, Myanmar, Nepal, Sri Lanka (SEAR) and the Philippines (WPR), which reported between 1000 and 10000 new cases and contributed 13% of the global total; (3) 108 other countries in the world which together contributed 6% of all new leprosy cases.

Table 4 shows the analysis of data pertaining to new MB cases, new leprosy cases among children, women and cases with G2D in each of the WHO Regions. The countries which reported 100 or more new cases were included for analysis. The highest and lowest proportions of MB cases, female cases, child cases and G2D cases among new cases detected were recorded for each of the 5 Regions.

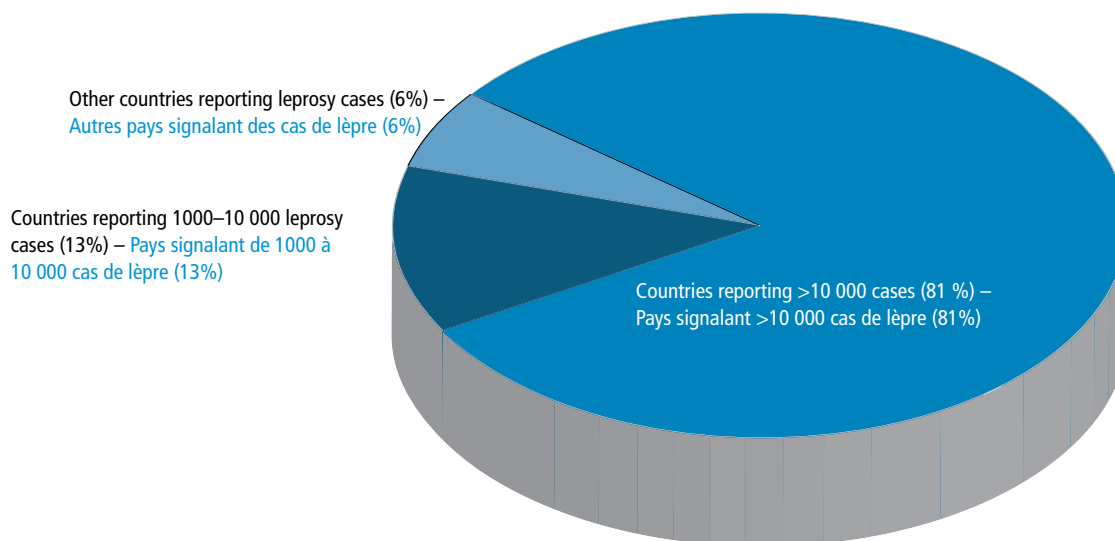
The number and proportion of MB cases indicate presence of advanced cases of leprosy and indirectly the

La charge de nouveaux cas de lèpre ne se répartit pas de manière uniforme entre les 13 pays considérés. Pour mieux comprendre la situation mondiale, et notamment identifier les lieux où la lèpre persiste en tant que problème de santé publique, les données des programmes nationaux ont été analysées de manière plus poussée, selon le nombre de nouveaux cas détectés. La *Figure 1* présente la répartition des nouveaux cas dans les 3 catégories suivantes: 1) Brésil, Inde et Indonésie, pays qui ont notifié >10000 nouveaux cas et totalisent 81% des nouveaux cas de lèpre apparus dans le monde; 2) République démocratique du Congo, Éthiopie, Madagascar, Nigéria et République-Unie de Tanzanie (AFR), Bangladesh, Myanmar, Népal, Sri Lanka (SEAR) et Philippines (WPR), pays qui ont signalé entre 1000 et 10000 nouveaux cas et contribuent pour 13% au total mondial; et 3) 108 autres pays dans le monde contribuant globalement pour 6% à l'ensemble des nouveaux cas de lèpre.

Le *Tableau 4* présente l'analyse des données relatives aux nouveaux cas MB, aux nouveaux cas de lèpre apparus chez des enfants ou des femmes et aux cas présentant une ID2, dans chacune des Régions OMS. Les pourcentages les plus élevés et les plus bas de cas MB, de cas féminins, de cas pédiatriques et d'ID2 parmi les nouveaux cas détectés ont été enregistrés pour chacune de ces Régions.

Le nombre et le pourcentage de cas MB indiquent la présence de cas avancés de lèpre et indirectement l'ampleur de l'infection

Figure 1 **Distribution of new cases reported in 121 countries, 2014**
 Figure 1 **Répartition des nouveaux cas notifiés dans 121 pays, 2014**



magnitude of infection in the community. The proportion of MB cases globally is 60.6%. The range of the MB proportion among new cases was between 94.7% in Burkina Faso and 47.2% in Comoros (AFR); 87.9% in Argentina and 32.9% in Dominican Republic (AMR); 91.1% in Egypt and 55.4% in Yemen (EMR); 83.4% in Indonesia and 46.1% in Bangladesh (SEAR); and between 91.7% in the Philippines and 34.1% in Kiribati (WPR).

The proportion of new female cases was analysed to understand gender sensitivity, access to services for women and possible effects of discrimination against women with leprosy. Globally 37.7% of new patients are women. The range was between 62.0% in Comoros and 16.2% in Mali (AFR); 46.1% in Cuba and 18.9% in Dominican Republic (AMR); 50.1% in Pakistan to 30.7% in Sudan (EMR); 43.2% in Thailand and 33.5% in Myanmar (SEAR); and between 46.3% in Kiribati and 27.9% in Malaysia (WPR).

Child cases indicate early and continued transmission of infection in the community. The proportion of children among new cases globally is 8.8%. The range of child case proportions in the WHO Regions ranged between 34.5% in Comoros and 1.4% in Niger (AFR); 7.5% in Brazil and 1.2% in Argentina (AMR); 13.3% in Yemen and 3.2% in Sudan (EMR); 11.1% in Indonesia and 4.1% in Myanmar (SEAR); and between 39.8% in the Federated States of Micronesia and 1.7% in People's Republic of China (WPR).

New G2D cases are an indicator of delayed detection of leprosy. The proportion of new G2D cases globally is 6.6%. The proportion of G2D in WHO Regions ranged between 28.0% in Uganda and 0.0% in Kenya (AFR); 12.2% in Colombia and 2.3% in Cuba (AMR); 17.6% in Pakistan and 7.0% in Yemen (EMR); 14.9% in Thailand

dans la collectivité. Le pourcentage de cas MB à l'échelle mondiale est de 60,6%. Celui des cas MB parmi les nouveaux cas atteint 94,7% au Burkina Faso et 47,2% aux Comores (AFR); 87,9% en Argentine et 32,9% en République dominicaine (AMR); 91,1% en Égypte et 55,4% au Yémen (EMR); 83,4% en Indonésie et 46,1% au Bangladesh (SEAR); et 91,7% aux Philippines et 34,1% à Kiribati (WPR).

Le pourcentage de nouveaux cas féminins a été analysé pour en savoir davantage sur la sensibilité au genre de la situation des malades, l'accès aux services des femmes et les effets possibles des discriminations à l'encontre des lépreuses. À l'échelle mondiale, 37,7% des nouveaux malades sont des femmes. Ce pourcentage est variable: 62,0% aux Comores et 16,2% au Mali (AFR); 46,1% à Cuba et 18,9% en République dominicaine (AMR); 50,1% au Pakistan et 30,7% au Soudan (EMR); 43,2% en Thaïlande et 33,5% au Myanmar (SEAR); et 46,3% à Kiribati et 27,9% en Malaisie (WPR).

Les cas pédiatriques signalent une transmission précoce et continue de l'infection dans les collectivités. Le pourcentage d'enfants parmi les nouveaux cas atteint 8,8% à l'échelle mondiale. Il est très variable à l'intérieur des Régions OMS: 34,5% aux Comores et 1,4% au Niger (AFR); 7,5% au Brésil et 1,2% en Argentine (AMR); 13,3% au Yémen et 3,2% au Soudan (EMR); 11,1% en Indonésie et 4,1% au Myanmar (SEAR); 39,8% dans les États fédérés de Micronésie et 1,7% en République populaire de Chine (WPR).

Les nouveaux cas d'ID2 constituent un indicateur du retard dans la détection de la lèpre. Le pourcentage de nouveaux cas d'ID2 dans le monde est de 6,6%. Dans les Régions OMS, ce pourcentage varie: 28,0% en Ouganda et 0,0% au Kenya (AFR); 12,2% en Colombie et 2,3% à Cuba (AMR); 17,6% au Pakistan et 7,0% au Yémen (EMR); 14,9% en Thaïlande et 4,0% au Népal

and 4.0% in Nepal (SEAR); and between 31.7% in Lao People's Democratic Republic and 1.6% in Malaysia (WPR).

G2D cases are indicative of lack of awareness about early signs of leprosy and the health seeking response in the community. New G2D cases also illustrate the capacity of health system to recognize and treat leprosy early enough and before the development of disabilities. Information about new G2D cases is collected as absolute numbers, proportion of new G2D cases among new cases, and rate of new G2D cases per 100 000 population. At global and WHO region levels, the new G2D rate per million population is also calculated. Reduction of G2D cases in the community is also measured by reduction of disease burden due to leprosy.⁵

The enhanced global strategy for further reducing disease burden due to leprosy set a target of reduction of new G2D cases by 35%, taking 2010 data on new G2D cases as baseline. Monitoring of G2D cases informs programme managers on corrective steps to be taken for improving awareness about early signs and early detection of cases.

(SEAR); 31,7% en République démocratique populaire lao et 1,6% en Malaisie (WPR).

Les cas d'ID2 signalent un manque de sensibilisation aux signes précoces de la lèpre et de réponse aux demandes de soins dans les collectivités. Les nouveaux cas d'ID2 illustrent aussi la capacité du système de santé à reconnaître et à traiter la lèpre suffisamment tôt et avant l'apparition des incapacités. Les informations sur ces nouveaux cas sont recueillies sous forme de nombres absolus, de pourcentages de nouveaux cas d'ID2 parmi les nouveaux cas et de taux de nouveaux cas d'ID2 pour 100 000 habitants. Le taux de nouveaux cas d'ID2 par million d'habitants est également calculé à l'échelle mondiale et au niveau des Régions OMS. La réduction des cas d'ID2 dans la collectivité se mesure aussi à travers la diminution de la charge de morbidité due à la lèpre.⁵

La Stratégie mondiale renforcée pour réduire davantage la charge de morbidité de la lèpre fixe comme cible une réduction du nombre de nouveaux cas d'ID2 de 35%, en prenant comme référence les données sur les nouveaux cas d'ID2 de 2010. Le suivi des cas d'ID2 informe les administrateurs de programme sur les mesures à prendre pour sensibiliser davantage celle-ci aux signes précoces de la lèpre et au dépistage sans délai des cas.

Table 4 **Profile of newly detected cases reported by countries with ≥ 100 new cases, by countries with highest and lowest proportions, by WHO Region, 2014**

Tableau 4 **Profil des nouveaux cas dépistés dans les pays ayant notifié ≥ 100 nouveaux cas, par pays ayant les plus fortes et les plus faibles proportions, par Région OMS, 2014**

WHO Region ^a – Région OMS ^a	% cases of multi-bacillary among new leprosy cases ^b – % cas de lèpre multibacillaire parmi les nouveaux cas ^b	% of females among new leprosy cases ^b – % de femmes parmi les nouveaux cas ^b	% of children among new leprosy cases ^b – % d'enfants parmi les nouveaux cas ^b	% of new leprosy cases with grade-2 disabilities ^b – % de nouveaux cas de lèpre présentant une incapacité de degré 2 ^b
African – Afrique	Burkina Faso – 94.7% Comoros – Comores: 47.2%	Comoros – Comores: 62.0% Ethiopia – Ethiopie: 0.00%	Comoros – Comores: 34.5% Niger: 1.4%	Uganda – Ouganda: 28.0% Kenya: 0.00%
Americas – Amériques	Argentina – Argentine: 87.9% Dominican Republic – République dominicaine: 32.9%	Cuba: 46.1% Dominican Republic – République dominicaine: 18.9%	Brazil – Brésil: 7.5% Argentina – Argentine: 1.2%	Colombia – Colombie: 12.2% Cuba: 2.3%
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	Egypt – Egypte: 91.1% Yemen – Yémen: 55.4%	Pakistan: 50.1% Sudan – Soudan: 30.7%	Yemen – Yémen: 13.3% Sudan – Soudan: 3.2%	Pakistan: 17.9% Yemen – Yémen: 7.0%
South-East Asia – Asie du Sud-Est	Indonesia – Indonésie: 83.4% Bangladesh: 46.1%	Thailand – Thaïlande: 43.2% Myanmar: 33.5%	Indonesia – Indonésie: 11.1% Myanmar: 4.1%	Thailand – Thaïlande: 14.9% Nepal – Népal: 4.0%
Western Pacific – Pacifique occidental	Philippines: 91.7% Kiribati: 34.1%	Kiribati: 46.3% Malaysia – Malaisie: 27.9%	Micronesia (Federated States of) – Micronésie (Etats fédérés de): 39.8% China – Chine: 1.7%	Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire Lao: 31.7% Malaysia – Malaisie: 1.6%

^a Reports from the European Region are not included. – Aucun rapport reçu de la Région européenne.

^b By countries with highest and lowest proportions, and for each Region. – Par pays ayant la plus forte ou la plus faible proportion dans chaque Région.

Table 5 contains information on trends of new G2D cases across all Regions and at global level. The data is presented from 2005 to 2014 in absolute numbers of

Le Tableau 5 contient des informations sur les tendances des nouveaux cas d'ID2 dans l'ensemble des Régions et à l'échelle mondiale. Les données sont présentées pour les années 2005 à

⁵ Enhanced global strategy for further reducing disease burden due to leprosy, Question and Answers, WHO, Regional Office of South-East Asia, pp 4-5, SEA-GLP.2012.01.

⁵ Enhanced global strategy for further reducing disease burden due to leprosy, Question and Answers, WHO, Regional Office for South-East Asia, pp 4-5, SEA-GLP.2012.01.

G2D cases and rate per 100 000 population. The numbers of new G2D cases have been found to be higher than in the previous year at global level in all WHO Regions except WPR. The number of new G2D cases was found to be constant in the range of 13 000 to 14 000 for the past 10 years. The new global G2D case rate is 2.5 per million populations. The WHO expert committee called for a target of reduction of new G2D cases to >1 case per million population by end of 2020. The trend in new G2D cases shows definite levelling and warrants improved active case finding to detect new leprosy cases before disabilities develop.

The rate of relapse measures the success of treatment in a national leprosy programme. Relapse is usually the result of inadequate treatment and/or incomplete treatment. During the reporting year 106 countries reported relapses, with a total of 1312 relapse cases reported.

2014, sous forme de nombres absolus de cas d'ID2 et de taux pour 100 000 habitants. On constate que le nombre de nouveaux cas d'ID2 est plus élevé que l'année précédente à l'échelle mondiale, et dans toutes les Régions OMS, sauf WPR. On avait observé que ce nombre se situait constamment entre 13 000 et 14 000 au cours des 10 dernières années. Le taux mondial de nouveaux cas d'ID2 est de 2,5 par million d'habitants. Le Comité d'experts de l'OMS a appelé à définir pour cible la réduction des nouveaux cas d'ID2 à >1 cas par million d'habitants d'ici à la fin de 2020. La tendance suivie par les nouveaux cas d'ID2 montre clairement un nivellement et justifie un renforcement de la recherche active des cas pour détecter les nouvelles atteintes lépreuses avant que des incapacités ne se développent.

Le taux de rechute mesure le succès thérapeutique pour un programme de lutte contre la lèpre. Une rechute résulte généralement d'un traitement inadapté et/ou incomplet. Pendant l'année de rapport, 106 pays ont signalé des rechutes, avec 1312 cas de rechute rapportés au total.

Table 5 **Number of cases of leprosy (rate/100 000 population) with grade-2 disabilities detected among new cases, by WHO region, 2005–2014**

Tableau 5 **Nombre de cas de lèpre (taux pour 100 000 habitants) présentant une incapacité de degré 2 dépistés parmi les nouveaux cas, par Région OMS, 2007-2014**

WHO Region ^a – Région OMS ^a	Year ^b – Année ^b									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
African – Afrique	4 562 (0.62)	3 244 (0.46)	3 570 (0.51)	3 458 (0.51)	3 146 (0.41)	2 685 (0.40)	2 300 (0.26)	2 709 (0.40)	2 552 (0.43)	2 726 (0.36)
Americas – Amériques	2 107 (0.25)	2 302 (0.27)	3 431 (0.42)	2 512 (0.29)	2 645 (0.30)	2 423 (0.27)	2 382 (0.27)	2 420 (0.28)	2 168 (0.25)	2 222 (0.23)
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	335 (0.07)	384 (0.08)	466 (0.10)	687 (0.14)	608 (0.11)	729 (0.12)	753 (0.12)	700 (0.12)	191 (0.05)	300 (0.05)
South-East Asia – Asie du Sud-Est	6 209 (0.37)	5 791 (0.35)	6 332 (0.37)	6 891 (0.39)	7 286 (0.41)	6 912 (0.39)	7 095 (0.39)	8 012 (0.43)	7 964 (0.43)	8 525 (0.45)
Western Pacific – Pacifique occidental	673 (0.04)	671 (0.04)	604 (0.03)	592 (0.03)	635 (0.04)	526 (0.03)	549 (0.03)	568 (0.03)	386 (0.02)	337 (0.02)
Total	13 886 (0.25)	12 392 (0.23)	14 403 (0.26)	14 140 (0.25)	14 320 (0.25)	13 275 (0.23)	13 079 (0.22)	14 409 (0.25)	13 289 (0.23)	14 110 (0.25)

^a Reports from the European Region are not included. – Aucun rapport reçu de la Région européenne.

^b Values are numbers (rate/100 000 population). – Valeurs en nombre (taux pour 100 000 habitants).

The distribution of new leprosy cases at national level by Region is presented in Table 6. During the reporting year, 26 countries reported zero cases and 13 countries reported >1000 cases. Table 7 presents data from 121 countries giving the details of new cases detected during the year, information about MB cases, women and children and new patients with G2D. The country-specific data also show information received on treatment completion rate generated from cohort analysis of PB registered cases in 2013 and MB registered cases in 2012. The treatment completion rate is one of the most important outcome indicators of case holding activity and reflects efficiency in patient management; the rate should be ≥85%.⁶ Of 121 countries, including 69 countries for PB and 40 for MB, 108 reported >85% treatment completion.

Le Tableau 6 présente la répartition des nouveaux cas de lèpre au niveau national, par Région OMS. Pendant l'année de rapport, 26 pays ont notifié 0 cas et 13 pays >1000 cas. Le Tableau 7 contient des données provenant de 121 pays et donnant des informations sur les nouveaux cas détectés pendant l'année, les cas MB, les femmes et les enfants parmi les nouveaux cas, et les nouveaux malades présentant une ID2. Les données par pays fournissent aussi des informations sur le taux d'achèvement des traitements, générées par une analyse de cohorte des cas PB enregistrés en 2013 et des cas MB enregistrés en 2012. Le taux d'achèvement des traitements est l'un des indicateurs de résultats les plus importants de l'activité de maintien sous traitement des cas et reflète l'efficacité de la prise en charge des malades; ce taux devrait être ≥85%.⁶ Sur 121 pays, dont 69 traitent des cas PB et 40 des cas MB, 108 ont signalé un taux d'achèvement des traitements >85%.

⁶ Monitoring enhanced global leprosy strategy, p-6; WHO, Regional office for South East Asia, SEA-GLP2012.02.

⁶ Monitoring enhanced global leprosy strategy, p-6; WHO, Regional Office for South-East Asia, SEA GLP2012.02.

Table 6 **Distribution of countries based on number of newly detected cases, by WHO Region, 2014**
 Tableau 6 **Répartition des pays sur la base du nombre des nouveaux cas dépistés, par Région OMS, 2014**

WHO Region ^a – Région OMS ^a	Number of countries reported – Nombre de pays notifiant				
	Zero new cases – Zéro nouveau cas	1 to 9 new cases – 1 à 9 nouveaux cas	10 to 99 new cases – 10 à 99 nouveaux cas	100 to 999 new cases – 100 à 999 nouveaux cas	≥1 000 + new cases – ≥1 000 + nouveaux cas
African – Afrique	2	3	5	14	5
Americas – Amériques	13	4	6	7	1
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	4	4	7	4	0
South-East Asia – Asie du Sud-Est	1	1	2	1	6
Western Pacific – Pacifique occidental	6	13	3	8	1
Total	26	25	22	35	13

^a Reports from the European Region are not included. – Aucun rapport reçu de la Région européenne.

* 14 countries with zero cases in 2012 and 13 countries with zero cases in 2013. – 14 pays ont notifiés 0 cas en 2012 et 13 pays ont notifiés 0 cas en 2013.

Table 7 **Global leprosy situation by WHO region and country or territory, 2014**
 Tableau 7 **Situation de la lèpre au niveau mondial, par Région OMS et par pays ou territoire, 2014**

Region and country or territory ^a – Région et pays ou territoire ^a	Registered prevalence ^b – Prévalence enregistrée ^b	No. of new cases detected (2014) – Nombre de nouveaux cas dépistés (2014)	No. of new cases of MB leprosy – Nombre de nouveaux cas de lèpre MB	No. of females among new cases – Nombre de femmes parmi les nouveaux cas	No. of new cases among children – Nombre d'enfants parmi les nouveaux cas	No. of new cases with grade-2 disabilities – Nombre de nouveaux cas ayant une incapacité de degré 2	No. of relapses (2014) – Nombre de rechutes (2014)	Cure rate (%) – Taux de guérison (%)	
								PB ^c	MB ^d
African – Afrique									
Algeria – Algérie	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
Angola	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Benin – Bénin	158	192	142	92	22	45	0	96.0	NR
Botswana	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Burkina Faso	199	208	197	109	6	49	0	34.0	93.0
Burundi	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Cameroon – Cameroun	423	317	277	136	58	22	0	89.0	100.0
Cape Verde – Cap-Vert	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Central African Republic – République centrafricaine	178	68	57	31	14	9	0	NR	NR
Chad – Tchad	240	258	206	88	18	65	NR	100.0	NR
Comoros – Comores	239	324	153	201	112	6	4	95.8	96.7
Congo	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Cote d'Ivoire	709	910	663	407	75	218	NR	86.0	81.0
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	3 231	3 272	2 097	1 514	407	469	1	100.0	92.0
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Eritrea – Érythrée	1	1	1	0	0	1	1	0.0	60.0
Ethiopia – Éthiopie	3 758	3 758	2 770	NR	482	384	NR	76.0	94.0
Gabon	NR	16	12	8	3	4	0	NR	NR
Gambia – Gambie	12	15	12	3	3	0	0	NR	100.0
Ghana	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Guinea	313	241	184	113	17	38	0	95.0	99.0
Guinea Bissau – Guinée-Bissau	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Kenya	32	116	103	NR	8	NR	NR	NR	NR
Lesotho	3	2	2	1	0	0	1	0.0	NR
Liberia – Libéria	525	355	193	170	49	5	NR	48.0	78.0
Madagascar	1 817	1 617	1 427	395	148	265	27	77.0	76.0

Region and country or territory ^a – Région et pays ou territoire ^a	Registered prevalence ^b – Prévalence enregistrée ^b	No. of new cases detected (2014) – Nombre de nouveaux cas détectés (2014)	No. of new cases of MB leprosy – Nombre de nouveaux cas de lèpre MB	No. of females among new cases – Nombre de femmes parmi les nouveaux cas	No. of new cases among children – Nombre d'enfants parmi les nouveaux cas	No. of new cases with grade-2 disabilities – Nombre de nouveaux cas ayant une incapacité de degré 2	No. of relapses (2014) – Nombre de rechutes (2013)	Cure rate (%) – Taux de guérison (%)	
								PB ^c	MB ^d
Malawi	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Mali	228	259	220	42	9	13	0	76.0	NR
Mauritania – Mauritanie	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Mauritius – Maurice	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Mozambique	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Namibia – Namibie	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Niger	774	403	332	172	6	101	0	98.8	91.3
Nigeria – Nigéria	3 147	2 983	2 770	1 277	273	411	61	100.0	97.0
Rwanda	43	38	18	29	2	8	2	100.0	80.0
Sao Tome and Principe – Sao Tomé-et-Principe	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Senegal – Sénégal	853	233	193	83	32	29	9	35.3	28.9
Seychelles	1	1	1	0	0	0	0	NR	NR
Sierra Leone	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
South Africa – Afrique du Sud	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
South Sudan – Soudan du Sud	728	691	613	322	69	155	43	93.0	58.0
Swaziland	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Togo	97	97	73	42	0	21	0	100.0	100.0
Uganda – Ouganda	361	275	247	139	17	77	9	93.0	91.0
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	1 893	1 947	1 517	701	90	331	70	95.0	93.0
Zambia – Zambie	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Zimbabwe	5	0	0	0	0	0	0	100.0	100.0
TOTAL	19 968	18 597	14 480	6 075	1 920	2 726	228		
Americas – Amériques									
Anguilla	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
Antigua and Barbuda – Antigua-et-Barbuda	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
Argentina – Argentine	511	314	276	117	4	27	9	100.0	59.0
Aruba	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
Bahamas	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
Barbados – Barbade	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Belize	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
Bermuda – Bermudes	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
Bolivia (Plurinational State of) – Bolivie (État plurinational de)	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Brazil – Brésil	25 738	31 064	20 474	14 109	2 341	2 034	0	83.0	83.0
British Virgin Islands – Îles Vierges britanniques	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
Canada	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Cayman Islands – Îles Caïmans	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Chile – Chili	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
Colombia – Colombie	587	423	310	154	7	52	30	82.0	0.0
Costa Rica	53	12	12	3	0		4	25.0	6.0
Cuba	232	210	180	97	8	5	5	100.0	100.0
Dominica – Dominique	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
Dominican Republic – République dominicaine	159	370	122	70	14	14	2	80.5	54.0
Ecuador – Équateur	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Falkland Islands – Îles Falkland	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
French Guiana – Guyane française	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Greenland – Groënland	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Grenada – Grenade	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Guadeloupe	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR

Region and country or territory ^a – Région et pays ou territoire ^a	Registered prevalence ^b – Prévalence enregistrée ^b	No. of new cases detected (2014) – Nombre de nouveaux cas déplorés (2014)	No. of new cases of MB leprosy – Nombre de nouveaux cas de lèpre MB	No. of females among new cases – Nombre de femmes parmi les nouveaux cas	No. of new cases among children – Nombre d'enfants parmi les nouveaux cas	No. of new cases with grade-2 disabilities – Nombre de nouveaux cas ayant une incapacité de degré 2	No. of relapses (2014) – Nombre de rechutes (2013)	Cure rate (%) – Taux de guérison (%)	
								PB ^c	MB ^d
Guatemala	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
Guyana – Guyane	58	28	23	9	2	3	1	100.0	100.0
Haiti – Haïti	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Honduras	2	2	0	2	2	0	0	0.0	0.0
Jamaica – Jamaïque	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Martinique	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Mexico – Mexique	454	208	142	84	7	11	5	90.0	68.0
Montserrat	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Netherlands Antilles – Antilles néerlandaises	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Nicaragua	7	15	4	5	3	0	0	NR	NR
Panama	4	2	2	1	0	1	0	100.0	67.0
Paraguay	426	378	306	121	13	37	48	90.0	78.0
Peru – Pérou	30	22	20	1	0	4	0	100.0	87.0
Puerto Rico – Porto Rico	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Saint Kitts and Nevis – Saint-Kitts-et-Nevis	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Saint Lucia – Sainte-Lucie	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Saint Pierre and Miquelon – Saint-Pierre-et-Miquelon	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Saint Vincent and the Grenadines – Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0	0	0	0	0	0	0	NR	NR
San Salvador (El Salvador)	5	5	4	2	0	0	0	100.0	50.0
Suriname	17	22	9	7	3	0	1	85.0	74.0
Trinidad and Tobago – Trinité-et-Tobago	55	22	7	12	2	2	5	15.0	7.0
Turks and Caicos Islands – Îles Turks et Caicos	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
United States of America – États-Unis d'Amérique	293	175	100	48	0	0	0	NR	NR
United States Virgin Islands – Îles Vierges américaines	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Uruguay	14	4	2	2	0	0	10	100.0	100.0
Venezuela (Bolivarian Republic of) – Venezuela (République bolivarienne de)	1 322	513	390	174	35	32		72.0	55.0
TOTAL	29 967	33 789	22 383	15 018	2 441	2 222	120		
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale									
Afghanistan	38	38	21	11	3	1	0	100.0	100.0
Bahrain – Bahreïn	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Djibouti	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Egypt – Égypte	538	564	514	210	22	47	9	91.0	90.0
Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	21	22	22	8	1	8	0	100.0	94.0
Iraq	3	3	3	0	0	0	0	0.0	0.0
Jordan – Jordanie	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Kuwait – Koweït	0	10	7	2	0	0	0	NR	NR
Lebanon – Liban	3	0	0	0	0	0	1	NR	60.0
Libya – Libye	6	7	5	1	0	0	0	100.0	100.0
Morocco – Maroc	30	25	20	9	2	2	3	100.0	89.0
Oman	6	6	3	1	0	0	0	0.0	100.0
Pakistan	586	501	367	251	35	90	11	99.0	97.0
Qatar	24	48	25	0	0	0	0	NR	NR
Saudi Arabia – Arabie saoudite	2	7	3	0	0	0	0	100.0	100.0
Somalia – Somalie	14	14	14	5	2	5	1	0.0	0.0
Sudan – Soudan	451	684	590	210	22	118	0	98.0	84.0

Region and country or territory ^a – Région et pays ou territoire ^a	Registered prevalence ^b – Prévalence enregistrée ^b	No. of new cases detected (2014) – Nombre de nouveaux cas dépistés (2014)	No. of new cases of MB leprosy – Nombre de nouveaux cas de lèpre MB	No. of females among new cases – Nombre de femmes parmi les nouveaux cas	No. of new cases among children – Nombre d'enfants parmi les nouveaux cas	No. of new cases with grade-2 disabilities – Nombre de nouveaux cas ayant une incapacité de degré 2	No. of relapses (2014) – Nombre de rechutes (2013)	Cure rate (%) – Taux de guérison (%)	
								PB ^c	MB ^d
Syria – Syrie	34	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Tunisia – Tunisie	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
United Arab Emirates – Émirats arabes unis	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Yemen – Yémen	456	413	229	140	55	29	6	95.0	90.0
West Bank and Gaza Strip – Cisjordanie et bande de Gaza									
TOTAL	2 212	2 342	1 823	848	142	300	31		
South-East Asia – Asie du Sud-Est									
Bangladesh	3 310	3 622	1 671	1 374	197	409	21	97.0	94.5
Bhutan – Bhoutan	18	16	16	0	1	2	0	100.0	86.4
Democratic People's Republic of Korea – République populaire démocratique de Corée	0	0	0	0	0	0	NR	NR	NR
India – Inde	88 833	125 785	66 436	46 379	1 1365	5 794	671	95.9	90.4
Indonesia – Indonésie	19 949	17 025	14 213	6 370	1 894	1 596	0	75.7	83.9
Maldives	9	9	7	1	0	0	0	50.0	33.0
Myanmar	2 687	2 877	2 209	964	119	415	7	97.6	96.3
Nepal – Népal	2 382	3 046	1 597	1 115	169	123	17	94.0	98.0
Sri Lanka	1 631	2 157	1 014	859	213	147	60	70.0	65.8
Thailand – Thaïlande	570	208	165	90	9	31	12	77.1	63.8
Timor-Leste	89	89	77	24	10	8	0	81.5	93.1
TOTAL	119 478	154 834	87 405	57 176	13 977	8 525	788		
Western Pacific – Pacifique occidental									
American Samoa – Samoa américaines	6	4	4	2	1	0	0	100.0	12.0
Australia – Australie	NR	9	7	4	0	1	1	0.0	0.0
Brunei Darussalam	0	1	1	0	0	0	0	100.0	0.0
Cambodia – Cambodge	183	210	120	80	19	7	0	100.0	100.0
China – Chine	1 601	823	728	263	14	165	53	89.0	81.0
China, Hong Kong Special Administrative Region ⁶ – Chine, Région administrative spéciale de Hong Kong ⁶	16	7	7	3	0	1	1	0.0	50.0
China, Macao Special Administrative Region ⁷ – Chine, Région administrative spéciale de Macao ⁷	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Cook Islands – Îles Cook	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Fiji – Fidji	7	5	3	2	0	1	0	0.0	0.0
French Polynesia – Polynésie française	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0.0	0.0
Guam	30	19	18	3	3	2	0	0.0	88.0
Japan – Japon	3	5	3	3	0	2	1	0.0	100.0
Kiribati	84	123	42	57	42	2	0	88.0	81.0
Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	94	104	79	43	13	33	0	0.0	0.0
Malaysia – Malaisie	360	308	220	86	22	5	5	65.0	71.0
Marshall Islands – Îles Marshall	91	81	38	28	23	0	1	85.0	86.0
Micronesia (Federated States of) – Micronésie (États fédérés de)	126	178	72	65	71	4	10	100.0	100.0
Mongolia – Mongolie	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Nauru	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0

Region and country or territory ^a – Région et pays ou territoire ^a	Registered prevalence ^b – Prévalence enregistrée ^b	No. of new cases detected (2014) – Nombre de nouveaux cas dépistés (2014)	No. of new cases of MB leprosy – Nombre de nouveaux cas de lèpre MB	No. of females among new cases – Nombre de femmes parmi les nouveaux cas	No. of new cases among children – Nombre d'enfants parmi les nouveaux cas	No. of new cases with grade-2 disabilities – Nombre de nouveaux cas ayant une incapacité de degré 2	No. of relapses (2014) – Nombre de rechutes (2014)	Cure rate (%) – Taux de guérison (%)	
								PB ^c	MB ^d
New Caledonia – Nouvelle-Calédonie	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0.0	0.0
New Zealand – Nouvelle-Zélande	NR	4	3	0	NR	NR	NR	0.0	0.0
Niue – Nioué	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0.0	0.0
Northern Mariana Islands – Îles Mariannes du Nord	2	1	1	0	0	0	1	100.0	0.0
Palau – Palaos	4	2	2	2	0	0	0	0.0	75.0
Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	381	540	436	189	26	28		55.0	0.0
Philippines	508	1655	1518	508	126	56	57	0.0	0.0
Pitcairn Islands – Îles Pitcairn	0	0	0	0	0	0		0.0	0.0
Republic of Korea – République de Corée	199	6	5	2	0	2	1	0.0	0.0
Samoa	12	8	8	1	1	1	3	100.0	100.0
Singapore – Singapour	0	4	3	2	0	0	0	100.0	100.0
Solomon Islands – Îles Salomon	41	48	25	15	12	7	0	0.0	28.0
Tokelau – Tokélaou	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0.0	0.0
Tonga	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0.0	0.0
Tuvalu	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
Vanuatu	0	5	5	1	1	0	0	0.0	100.0
Viet Nam	181	187	153	68	7	20	11	0.0	0.0
Wallis and Futuna – Wallis-et-Futuna								0.0	0.0
TOTAL	3 929	4 337	3 501	1 427	381	337	145		

MB: multibacillary leprosy; PB: paucibacillary leprosy; NR: no report available; NAR: no available data in the report submitted; NA: not applicable. – MB: lèpre multibacillaire; PB: lèpre paucibacillaire; NR: aucun rapport disponible; NAR: pas de données fournies dans le rapport transmis; NA: non applicable.

^a Reports from the European Region are not included. – Aucun rapport reçu de la Région européenne.

^b Prevalence at the end of first quarter 2015. – Prévalence à la fin du premier trimestre 2015.

^c Cure rate for 2013 cohort. – Taux de guérison pour la cohorte 2013.

^d Cure rate for 2012 cohort. – Taux de guérison pour la cohorte 2012.

* Latest available cure rate. – Dernier taux de guérison disponible.

Editorial note

Leprosy control programmes have shown impressive achievements in the fight against the disease during the past 3 decades. The political commitment of countries in implementing leprosy programmes, coordination with all partners working towards elimination of leprosy, contribution of MDT by donor agencies and technical assistance from WHO have all contributed to this success. More than 16 million patients have been treated. The number of patients requiring treatment stands at <200 000 in 2015. Early detection and ensuring complete treatment of all patients with MDT remains the cornerstone of leprosy control.

The annual leprosy statistics received from 121 countries indicate that leprosy still exists at least in small numbers of cases in many countries. In 2014, 213 899 new cases were reported in the world; 94% of these were

Note de la rédaction

Les programmes de lutte contre la lèpre ont obtenu des résultats impressionnants dans leur combat contre cette maladie au cours des 3 dernières décennies. L'engagement politique des pays dans la mise en œuvre de ces programmes, la coordination avec l'ensemble des partenaires œuvrant à l'élimination de la lèpre, la contribution à la PCT des organismes donateurs et l'assistance technique apportée par l'OMS ont participé globalement à ce succès. Plus de 16 millions de malades ont été traités. Le nombre de malades nécessitant un traitement est de <200 000 en 2015. Dépister précocement tous les malades et assurer leur traitement complet par la PCT restent les fondements de la lutte contre la lèpre.

Les statistiques annuelles concernant la lèpre reçues de 121 pays indiquent que cette maladie se manifeste encore par un petit nombre de cas au moins dans de nombreux pays. En 2014, 213 899 nouveaux cas ont été notifiés dans le monde, parmi

from 13 high endemic countries, with the remaining 6% of new cases from 108 other countries. The need now is to focus on the 13 most highly endemic countries in order to achieve the targets of the leprosy programme.

The trends in numbers of new cases and new G2D cases detected indicates stagnation in leprosy control, warranting special action projects to detect all cases in the high endemic countries and high endemic pockets in each of these countries. The new G2D case rate globally is 2.5 per million population (0.25 per 100 000 population). With the current trends in new G2D case detection, achievement of the target set by the enhanced global strategy of reduction of disease burden due to leprosy (2011–2015) is not feasible. To address issues related to stagnation in leprosy control, the International Leprosy Summit was organized in 2013. The Bangkok Declaration, adopted at the summit, called for improved political commitment, reduction of G2D cases and inclusion of persons affected by leprosy. It provides a mandate and stimulus for scaling up and improving leprosy services, notably for improving case detection and treatment completion for all patients through Bangkok Declaration special projects.

The annual statistics received indicate inadequacy in many areas. Many countries have more cases on treatment than the number detected during the year. Where the prevalence and detection ratio is recorded as greater than one, it shows that treatment completion is delayed in a number of patients. The treatment completion rates reported are sub-optimal in most of the leprosy programmes. This highlights the risk of antimicrobial resistance in leprosy, which cannot be ignored. Though the annual leprosy statistics do not inform directly about the level of stigma, increased G2D cases indirectly suggest that stigma continues. Effective stigma reduction initiatives need to be taken up to improve all departments of leprosy services including community-based rehabilitation of the persons affected. There are many unknowns in leprosy, including mode of transmission, diagnostic tests, and preventive measures; research in all these areas needs to be continued to facilitate improvement of leprosy control and services to the affected.

Prioritizing and grouping countries according to the disease burden and development of a specific strategy for each group is a logical step towards accelerating the implementation of the disease control interventions set out in the global leprosy strategy (2016–2020). Focusing on 13 high-burden countries that report 94% of global leprosy cases is the obvious choice to achieve immediate and demonstrable results. Introducing digitalized data management systems, stakeholder mapping and defining the role of all partners in each of the highly endemic countries, would strengthen national leprosy programmes. At the same time the low burden countries must not be neglected in the global surveillance and

lesquels 94% vivaient dans des pays fortement endémiques et les 6% restants dans 108 autres pays. Il est maintenant nécessaire de se concentrer sur les 13 pays les plus fortement endémiques pour atteindre les cibles du programme de lutte contre la lèpre.

Les tendances suivies par les nombres de nouveaux cas et de nouveaux cas d'ID2 détectés indiquent une stagnation de la lutte contre la lèpre, ce qui justifie la mise en place de projets d'action spéciaux pour dépister tous les cas dans les pays fortement endémiques et dans les poches de forte endémie de ces autres pays. À l'échelle mondiale, le taux de nouveaux cas d'ID2 est de 2,5 par million d'habitants (0,25 pour 100 000 habitants). Compte tenu des tendances actuellement observées dans la détection de nouveaux cas d'ID2, atteindre la cible fixée par la Stratégie mondiale renforcée pour réduire davantage la charge de morbidité de la lèpre (2011-2015) n'est pas chose faisable. Pour répondre aux problèmes liés à la stagnation de la lutte contre cette maladie, le Sommet international de la lèpre a été organisé en 2013. La Déclaration de Bangkok, adoptée lors de ce Sommet, appelle à un renforcement de l'engagement politique, à une réduction du nombre de cas d'ID2 et à l'intégration des personnes touchées par la lèpre. Elle fournit un mandat et une impulsion pour étendre et améliorer les services liés à la lèpre, et notamment faire progresser le dépistage des cas et l'achèvement des traitements pour l'ensemble des malades, grâce à des projets spéciaux de la Déclaration de Bangkok.

Les statistiques annuelles reçues indiquent des insuffisances dans de nombreux domaines. Beaucoup de pays ont plus de cas sous traitement que le nombre détecté au cours de l'année. Si les taux de prévalence et de dépistage enregistrés sont supérieurs à 1, cela montre que l'achèvement du traitement a été différé chez de nombreux patients. Les taux d'achèvement des traitements rapportés sont sous-optimaux pour la plupart des programmes de lutte contre la lèpre. Cette observation attire l'attention sur le risque de résistance aux antimicrobiens pour cette maladie, qui ne peut être ignoré. Si les statistiques annuelles concernant la lèpre ne renseignent pas directement sur le niveau de stigmatisation, l'augmentation du nombre de cas d'ID2 laisse supposer indirectement que la stigmatisation se poursuit. Des initiatives efficaces pour réduire ce phénomène doivent être prises en vue d'améliorer tous les aspects des services liés à la lèpre, y compris la réhabilitation dans les collectivités des personnes touchées. On manque encore de connaissances concernant cette maladie, notamment sur le mode de transmission, les tests diagnostiques et les mesures préventives; les recherches dans tous ces domaines doivent donc être poursuivies pour faciliter l'amélioration de la lutte antilépreuse et les services à l'intention des personnes touchées.

Une étape logique serait de regrouper les pays en fonction de la charge de morbidité, ce qui permettrait de définir des priorités et d'élaborer des stratégies spécifiques à chaque groupe pour accélérer les interventions de lutte dans le cadre de la stratégie mondiale contre la lèpre. Le choix le plus évident pour obtenir des résultats immédiats et tangibles dans la lutte contre cette maladie est de se concentrer sur les 13 pays dont la charge de morbidité est élevée et qui signalent 94% des cas de lèpre dans le monde. Un système de gestion numérisée des données, le recensement des parties prenantes et la définition du rôle de tous les partenaires dans chacun des pays de forte endémicité entraîneraient un renforcement des programmes nationaux de lutte. D'autre part, et sans pour autant négliger

control efforts. The global leprosy strategy therefore needs to include the development of effective surveillance systems within general health services.

In the absence of an effective preventive chemotherapeutic agent or a vaccine, early detection and treatment of all cases before disabilities develop still remains the key strategy. This will gradually reduce the disease burden due to leprosy and interrupt the chain of transmission. The leprosy strategies of all stakeholders need to focus on 3 key areas, i.e. early case detection (for preventing disabilities and reduce transmission), improving patient management, and community mobilization for the next 5 years.

With the commitment of national leprosy programmes, together with support from partner agencies and active involvement of the persons affected, the goal of a world without leprosy can be achieved. ■

les pays dans lesquels la charge de morbidité est faible, cette stratégie mondiale doit développer des systèmes de surveillance solides et efficaces aux niveaux des services de santé généraux.

En l'absence d'un agent assurant une chimiothérapie préventive efficace ou d'un vaccin, le dépistage et le traitement précoces de tous les cas avant que des incapacités n'apparaissent, demeurent encore la stratégie fondamentale. Cette stratégie permettra de réduire progressivement la charge de morbidité due à la lèpre et d'interrompre la chaîne de transmission. Pour toutes les parties prenantes, les stratégies pour affronter la lèpre doivent se focaliser sur 3 points, à savoir le dépistage précoce des cas (pour prévenir les incapacités et réduire la transmission), l'amélioration de la prise en charge des malades et la mobilisation des collectivités sur les 5 prochaines années.

Avec l'engagement des programmes nationaux de lutte contre la lèpre, le soutien des organismes partenaires et l'implication active des personnes touchées, l'objectif d'un monde libéré de la lèpre pourra être atteint. ■

Seasonal influenza vaccine composition for tropical and subtropical countries: WHO Expert group meeting, 23–24 April 2015

Meeting report summary

The first WHO meeting on seasonal influenza vaccine composition for tropical and subtropical countries was held in Geneva on 23–24 April 2015. The objectives of the meeting were (i) to review evidence of influenza seasonality and evolution of influenza viruses in the tropics and subtropics, (ii) to initiate the development of practical guidance on timing of vaccination and choice of vaccine composition for countries that plan to introduce or revise influenza immunization practice. This report summarises the discussions and conclusions. The full report of the meeting can be accessed at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183954/1/WHO_HSE_PED_GIP_EPI_2015.1_eng.pdf

Main challenges

The continuing antigenic drift of influenza virus necessitates biannual reviews of the influenza vaccine composition by WHO to ensure vaccine effectiveness against the currently circulating viruses in the northern and southern hemispheres. In the tropics and subtropics, influenza activity is variable and complex with multiple peaks and identifiable year-round activity. Therefore countries in the tropics and subtropics have been advised to decide on the vaccine formulation and vaccination timing based on local influenza epidemiology and virological surveillance, which is not fully established in many countries. In recent years, a new challenge is to ensure influenza vaccine availability throughout the year in countries planning to introduce maternal influenza immunization. Current vaccines have a shelf-life of one year from the release date and typically

Composition du vaccin contre la grippe saisonnière pour les pays tropicaux et subtropicaux: réunion du groupe d'experts de l'OMS, les 23 et 24 avril 2015

Rapport sommaire de la réunion

La première réunion de l'OMS sur la composition du vaccin contre la grippe saisonnière pour les pays tropicaux et subtropicaux s'est tenue à Genève les 23 et 24 avril 2015. Les objectifs de cette réunion étaient i) d'examiner les données factuelles sur la saisonnalité de la grippe et l'évolution des virus grippaux dans ces pays, ii) d'élaborer des orientations pratiques sur le moment de la vaccination et le choix de la composition des vaccins à l'intention des pays prévoyant d'introduire ou de réviser la pratique de la vaccination antigrippale. Le présent rapport résume les discussions et les conclusions. Le rapport complet de cette réunion est disponible à l'adresse suivante: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183954/1/WHO_HSE_PED_GIP_EPI_2015.1_eng.pdf

Principaux défis

La dérive antigénique continue des virus grippaux nécessite pour l'OMS de revoir 2 fois par an la composition des vaccins antigrippaux pour les hémisphères Nord et Sud, afin d'en garantir l'efficacité contre les virus actuellement en circulation. Dans les pays tropicaux et subtropicaux, l'activité grippale est variable et complexe, avec de multiples pics, et une présence continue et repérable toute l'année. Il a donc été conseillé aux pays de ces régions de décider de la formulation du vaccin et du moment de la vaccination en fonction de l'épidémiologie locale de la grippe et de la surveillance virologique, qui ne sont pas pleinement établies dans nombre d'entre eux. Au cours de ces dernières années, un nouveau défi a été de faire en sorte que le vaccin antigrippal soit disponible toute l'année dans les pays planifiant l'introduction de la vaccination maternelle contre la grippe. Les vaccins actuels ont une durée de conservation d'un an à partir de la date où ils sortent des laboratoires avec une

expire by June for those with northern hemisphere formulation and January for those with southern hemisphere formulation. This leads to a gap of 2–3 months between the expiration of the current vaccine and the distribution of vaccine with the next updated formulation during which no usable vaccine is available.

Current evidence on influenza seasonality, virus evolution, vaccine policy, use and effectiveness for the tropics and subtropics

A systematic review of evidence suggests that countries in the tropics and subtropics show varied patterns of influenza activity. Most tropical and subtropical countries have a distinct seasonality pattern though countries near the equator often have time-varying multiple peaks and/or year-round activity. Furthermore, countries with large latitudinal spread exhibit subnational variability. Current evidence also suggests that the genetic and antigenic evolutionary pattern of influenza viruses in the tropics and subtropics is similar to that in the temperate regions. There is no unusual evolution of viruses in tropics and subtropics that would require a separate WHO review on the composition of influenza vaccines other than the February and September reviews for the northern and southern hemisphere influenza season.

In most of Asia and Africa an influenza immunization policy has not yet been introduced. Influenza vaccination coverage is low (<5 per 1000 population) in most countries in the tropics and subtropics. Moreover, vaccine effectiveness varies widely in different risk groups and there are inherent challenges in assessing and comparing vaccine effectiveness across populations and seasons.

Practical guidance for countries in the tropics and subtropics

Geographically contiguous “influenza vaccination zones” based on similarity in seasonality and virus evolution patterns are proposed in order to provide practical guidance for choice of vaccination timing and vaccine formulation. Overall vaccination timing should be guided by the local seasonality pattern and countries should use the most recent vaccine formulation. Current scientific evidence does not indicate a need for a third formulation for the tropics and subtropics, nor would a third formulation be operationally feasible due to the inherent constraints of the influenza vaccine production cycle.

Next steps

An operational framework for implementation of the recommendations for seasonal influenza vaccine compositions and vaccination timings for countries in the tropics and subtropics needs to be developed. The next step will then be the development of an influenza vaccination action plan for these countries, setting out with details of the measures to be implemented. A meeting was planned to take place in July 2015 with the following objectives: to review the recently developed recommendations for influenza vaccination timing and

date de péremption arrivant en général en juin pour les formulations prévues pour l'hémisphère Nord et en janvier pour celles destinées à l'hémisphère Sud. Cela entraîne un vide de 2 à 3 mois entre la péremption des vaccins en cours et la distribution de la formulation actualisée suivante, période au cours de laquelle aucun vaccin utilisable n'est disponible.

Données actuelles sur la saisonnalité de la grippe, l'évolution des virus, la politique, l'utilisation et l'efficacité des vaccins dans les régions tropicales et subtropicales

Il ressort d'un examen systématique des données factuelles que l'activité grippale est variable dans les pays tropicaux et subtropicaux. Dans la plupart d'entre eux, une saisonnalité distinctive apparaît, même si dans les pays près de l'Équateur, on observe de multiples pics à divers moments et/ou une activité tout au long de l'année. De plus, on met en évidence une variabilité infranationale dans les pays s'étendant sur un grand nombre de degrés de latitude. Il ressort aussi des données actuelles que le schéma d'évolution génétique et antigénique des virus grippaux dans les régions tropicales et subtropicales ressemble à celui des régions tempérées. Il n'y a pas d'évolution inhabituelle des virus dans ces régions qui nécessiterait un examen distinct par l'OMS de la composition des vaccins contre la grippe, autres que ceux effectués en février et en septembre pour la saison grippale dans l'hémisphère Nord et l'hémisphère Sud.

Dans la plupart des pays d'Asie et d'Afrique, une politique de la vaccination antigrippale n'a pas encore été introduite. La couverture de celle-ci est faible (<5 pour 1000 habitants) dans la plupart des pays des pays tropicaux et subtropicaux. De plus, l'efficacité des vaccins varie beaucoup selon les groupes à risque et il y a des difficultés inhérentes à l'évaluation et à la comparaison de l'efficacité vaccinale entre les populations et les saisons.

Orientations pratiques pour les pays tropicaux et subtropicaux

Des «zones de vaccination antigrippale» géographiquement contiguës, basées sur la ressemblance de la saisonnalité et de l'évolution des virus sont proposées pour donner des orientations pratiques sur le choix du moment de la vaccination et la formulation des vaccins. Globalement, le moment retenu pour la vaccination devra se fonder sur la saisonnalité locale et les pays devraient utiliser la formulation du vaccin la plus récente. Les données scientifiques actuelles n'indiquent pas la nécessité d'une troisième formulation pour les pays tropicaux et subtropicaux, ce qui ne serait pas non plus faisable sur le plan opérationnel en raison des difficultés inhérentes au cycle de production des vaccins antigrippaux.

Prochaines étapes

Un cadre opérationnel pour la mise en œuvre des recommandations sur la composition des vaccins contre la grippe saisonnière et le moment de la vaccination dans les pays tropicaux et subtropicaux devra être élaboré. La prochaine étape sera alors de développer à l'intention des pays une feuille de route détaillant les mesures devant être établies. Une réunion était prévue en juillet 2015 et avait pour but d'examiner les recommandations élaborées récemment sur le moment de la vaccination antigrippale et le choix de la formulation; de partager les expériences et les enseignements à retenir des pays tropicaux et

choice of vaccine formulation; share experiences and lessons learnt from countries in the tropics and subtropics that have recently introduced or revised their guidelines; better understand the needs, priorities and challenges faced by countries which plan to introduce or revise influenza immunization guidelines; and explore how WHO can support these countries to make informed decisions on vaccination timing and choice of vaccine formulation. ■

subtropicaux ayant récemment introduit ou révisé leurs directives pour mieux comprendre les besoins, les priorités et les difficultés rencontrés par les pays planifiant d'introduire ou de réviser les directives sur la vaccination antigrippale; et enfin, d'examiner comment l'OMS peut aider ces pays à prendre des décisions en toute connaissance de cause sur le moment de la vaccination et la formulation des vaccins. ■

Renewal of paid subscriptions

For 90 years, the *Weekly Epidemiological Record* has served as an essential instrument for collecting and disseminating epidemiological data useful in disease surveillance on a global level. Priority is given to diseases or risk factors known to threaten international public health.

To ensure that you continue to receive the *Weekly Epidemiological Record* without interruption, please remember to renew your subscription for 2016, or place a new one. This can be done through your sales agent. For countries without appointed sales agents, please write to:

World Health Organization, WHO Press, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax: (+41 22) 791 48 57; e-mail: bookorders@who.int. For existing subscribers, please include your subscriber identification number from the mailing label.

For online subscriptions, please use <http://apps.who.int/bookorders/anglais/subscription1.jsp?sesslan=1>

Please find below the annual subscription rates:

Standard rate

Sw.fr. 346.-/US\$ 415.20 Economy mail
Sw.fr. 356.-/US\$ 427.20 Priority mail

Developing country price

Sw.fr. 196.-/US\$ 235.20 Economy mail
Sw.fr. 206.-/US\$ 247.20 Priority mail

Renouvellement des abonnements payants

Depuis 90 ans, le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* est un instrument essentiel pour la collecte et la diffusion de données épidémiologiques utiles pour la surveillance des maladies sur le plan mondial. La priorité est donnée aux maladies ou facteurs de risque qui menacent la santé publique sur le plan international.

Pour continuer de recevoir sans interruption le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* en 2016, merci de ne pas oublier de renouveler votre abonnement ou de souscrire pour la première fois. Cela peut être fait par votre dépositaire. Pour les pays où aucun dépositaire n'a été désigné, veuillez écrire à:

Organisation mondiale de la Santé, Editions OMS, 1211 Genève 27, Suisse. Fax : (+41 22) 791 48 57; courriel: bookorders@who.int. Pour les personnes déjà abonnées, merci de ne pas oublier de préciser le numéro d'abonnement figurant sur l'étiquette d'expédition.

Enfin, pour les abonnements en ligne, merci de vous rendre sur <http://apps.who.int/bookorders/francais/subscription2.jsp?sesslan=2>

Veuillez trouver ci-dessous les prix des abonnements annuels:

Prix standard

Sw.fr. 346.-/US\$ 415.20 Envoi économique
Sw.fr. 356.-/US\$ 427.20 Envoi prioritaire

Prix pour les pays en développement

Sw.fr. 196.-/US\$ 235.20 Envoi économique
Sw.fr. 206.-/US\$ 247.20 Envoi prioritaire

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to listserv@who.int. The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply.

Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à listserv@who.int en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

www.who.int/wer

Email • send message **subscribe wer-reh** to listserv@who.int
Content management & production • wantzc@who.int or werreh@who.int

www.who.int/wer

Email • envoyer message **subscribe wer-reh** à listserv@who.int
Gestion du contenu & production • wantzc@who.int or werreh@who.int