

Dracunculiasis

Global surveillance summary, 1993

For the first time, the struggle to eradicate dracunculiasis was under way in all known endemic countries in 1993. By March 1994, at least one intervention to prevent the disease was in place in 93% of the approximately 16 500 known endemic villages remaining (Fig. 1). Moreover, the number of remaining endemic villages itself had been reduced by 25% from the 22 000 endemic villages known at the beginning of 1993.¹ Despite the continuation of initial village-by-village searches for cases in a few countries during 1993, the global total of reported cases for the year (221 055) was reduced by 41% from the previous year (Fig. 2). Concomitant improvement in dracunculiasis surveillance is manifest in the submission of monthly reported incidence from 10 of the 18 endemic countries during the year (Table 1).

The sub-region of East Africa, the last endemic area to mobilize, became fully engaged in 1993: Kenya initiated its national case search, Sudan and Ethiopia almost completed their searches while beginning interventions in endemic villages, and Uganda is rapidly achieving full coverage with interventions while noting a significant decline in reported incidence. Former United States President Carter, the chairman of Global 2000, visited Ethiopia, Kenya, Sudan and Uganda in July-August to discuss the eradication programme with heads of state, appropriate ministers, representatives of external assistance agencies, and nongovernmental organizations (NGOs) in the 4 countries. In September, UNICEF established a sub-regional unit for providing technical assistance to the affected countries of East Africa. Plans were also made to begin identifying and assisting implementation of control measures in all uncontested endemic areas of Sudan.

The endemic sub-region of French-speaking West and Central Africa accelerated the mobilization begun there in 1992,¹ Chad and Côte d'Ivoire making particu-

¹ See No 18, 1993, pp. 125-131

Dracunculose

Bilan de la surveillance mondiale, 1993

Pour la première fois, des mesures de lutte en vue d'éradiquer la dracunculose ont été appliquées en 1993 dans tous les pays d'endémie connus. En mars 1994, au moins une intervention de prévention était en cours de réalisation dans 93% des quelque 16 500 villages où l'on sait que la maladie est encore endémique (Fig. 1). De plus, le nombre de ces villages a lui-même été réduit de 25% par rapport aux 22 000 villages d'endémie recensés au début de 1993.¹ Malgré la poursuite des premières campagnes de dépistage village par village dans quelques pays en 1993, le total mondial de cas déclarés pour l'année (221 055) a diminué de 41% par rapport à l'année précédente (Fig. 2). L'amélioration concomitante de la surveillance de la dracunculose ressort de façon manifeste des déclarations mensuelles de l'incidence faites au cours de l'année par 10 des 18 pays d'endémie (Tableau 1).

La sous-région de l'Afrique orientale, dernière zone d'endémie à se mobiliser, s'est totalement engagée dans cette lutte en 1993: le Kenya a entrepris une campagne nationale de dépistage, le Soudan et l'Éthiopie ont presque achevé leurs opérations de dépistage et sont passés à l'action dans les villages d'endémie, et l'Ouganda a presque achevé la mise en place d'interventions dans l'ensemble du pays tout en faisant état d'une baisse sensible de l'incidence déclarée. L'ex-Président des États-Unis d'Amérique, M. Carter, qui est président de Global 2000, s'est rendu en juillet-août en Éthiopie, au Kenya, en Ouganda et au Soudan pour débattre du programme d'éradication avec les chefs d'État, les ministres compétents, les représentants des organismes d'aide extérieure et les organisations non gouvernementales (ONG) établies dans les 4 pays. En septembre, l'UNICEF a créé une unité sous-régionale chargée d'apporter une assistance technique aux pays touchés d'Afrique orientale. Il a également été envisagé de commencer à recenser les mesures de lutte et d'en faciliter l'application dans toutes les zones incontestées d'endémie au Soudan.

Dans la sous-région d'endémie correspondant aux pays francophones d'Afrique occidentale et centrale, la mobilisation commencée en 1992 s'est intensifiée,¹ la Côte d'Ivoire et le Tchad

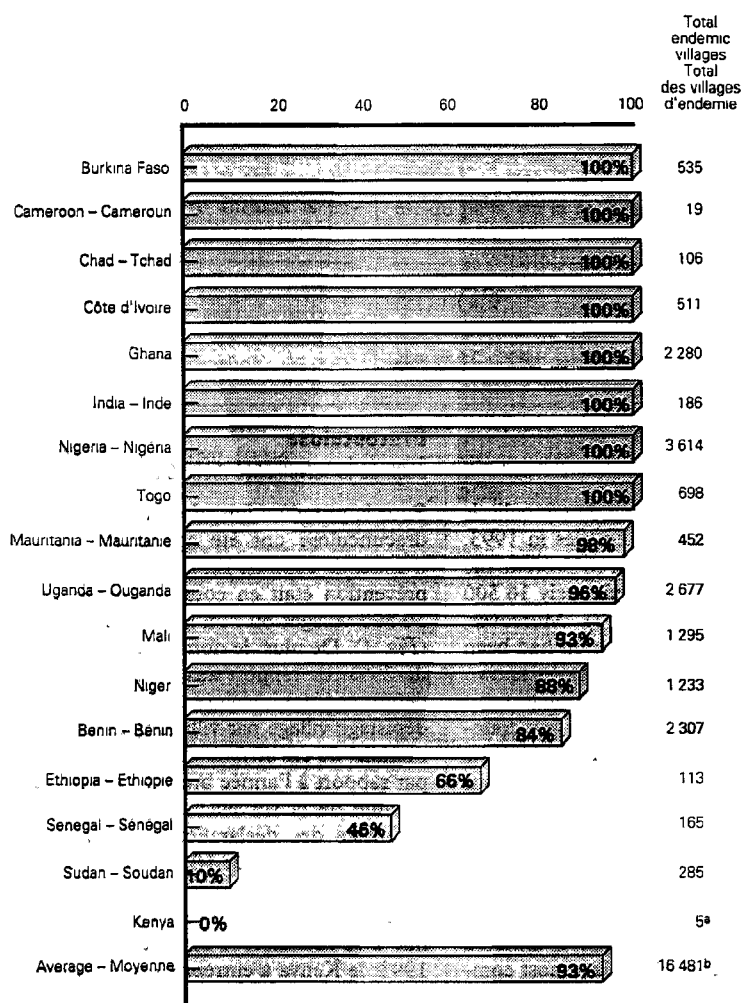
¹ Voir N° 18, 1993, pp. 125-131.

larly rapid progress (see below). Seven of the 10 countries celebrated a common National Guinea-Worm Eradication Day, on 30 April, an annual observance which began in 1992 at the initiative of the Organization for Cooperation and Coordination in the Control of Major Endemic Diseases (OCCGE). Former Malian head of state General A. T. Touré, President of that country's Intersectoral Committee for the Eradication of Dracunculiasis, visited Benin, Burkina Faso, and Côte d'Ivoire to discuss the eradication campaign with leaders of those countries, in addition to undertaking extensive tours of most of the endemic regions of Mali during the year. Global 2000 began providing direct assistance to the programme secretariats of Mali and Niger.¹

accomplissant des progrès à un rythme particulièrement rapide (voir plus loin). Sept des 10 pays ont célébré en commun, le 30 avril, une Journée nationale d'éradication de la dracunculose qui est appelée à avoir lieu chaque année depuis sa création en 1992 à l'initiative de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE). Le Général A. T. Touré, ex-chef d'Etat du Mali et président du Comité intersectoriel malien d'éradication de la dracunculose, s'est rendu au Bénin, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire pour discuter de la campagne d'éradication avec les dirigeants de ces pays; il a également entrepris au cours de l'année d'importants déplacements dans la plupart des régions d'endémie du Mali. Global 2000 a commencé à apporter une aide directe aux secrétariats des programmes du Mali et du Niger.¹

Fig. 1 Percentage of villages with endemic dracunculiasis having one or more control interventions, March 1994

Fig. 1 Pourcentage de villages d'endémie ayant eu une ou plusieurs interventions de lutte contre la dracunculose, mars 1994



^a Provisional results, national case search under way
Résultats provisoires, campagne nationale de dépistage en cours
^b Only one village with endemic dracunculiasis (2 cases) remained in Pakistan in 1993.
En 1993, il ne subsiste au Pakistan qu'un seul village d'endémie (2 cas)

The 2 other endemic sub-regions, where eradication efforts are more advanced, also reported progress. India and Pakistan, the only confirmed endemic countries of Asia, reduced progressively their total of reported cases. However, a WHO consultation in Yemen yielded strong indications that transmission of dracunculiasis may still be occurring in that country, which prepared to conduct a national search for cases in 1994. In English-speaking West Africa, Ghana and Nigeria reduced their combined total of reported cases by 57%, from 216 633 cases in 1992 to 93 670 cases in 1993.

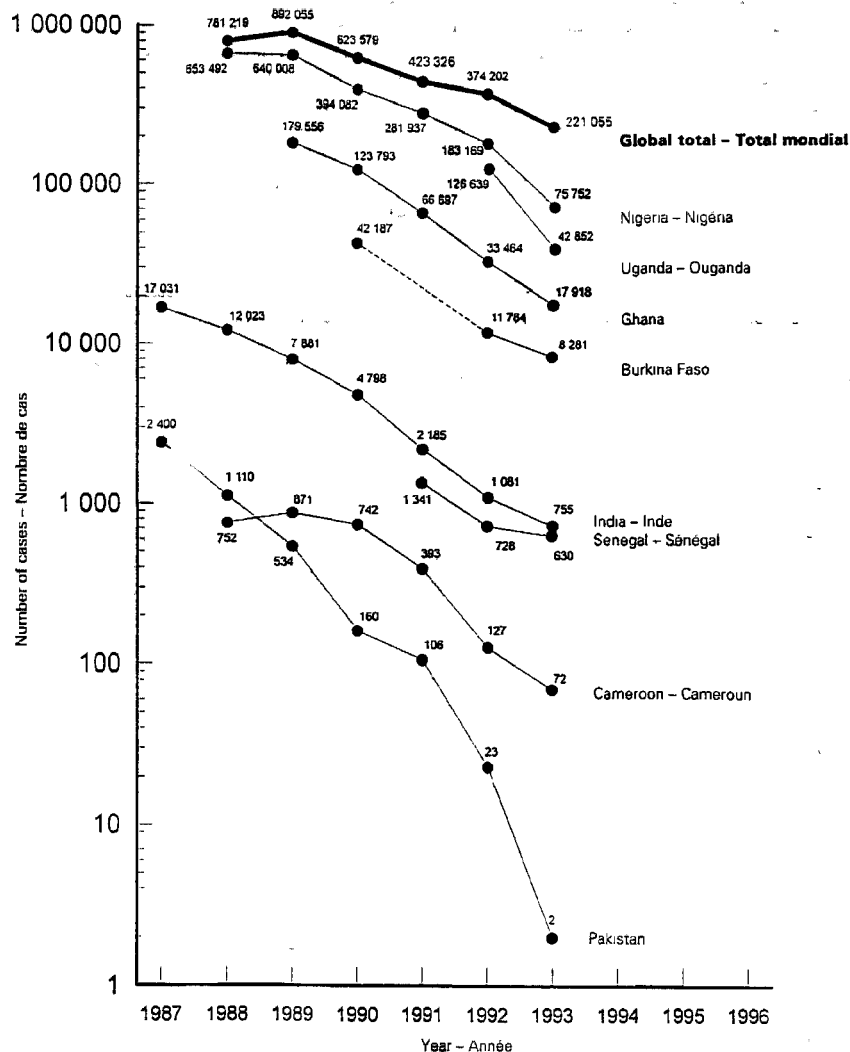
Les 2 autres sous-régions d'endémie, où les efforts d'éradication sont plus avancés, ont, elles aussi, fait état de progrès. L'Inde et le Pakistan, seuls pays d'Asie où l'endémie est confirmée, ont réduit progressivement le nombre total de cas signalés. Toutefois, une consultation organisée par l'OMS au Yémen a fourni de sérieuses indications qui font craindre une persistance de la transmission de la dracunculose dans ce pays où une campagne nationale de dépistage a été préparée pour 1994. En Afrique occidentale anglophone, le Ghana et le Nigéria ont réduit de 57% leur nombre total de cas déclarés, qui a été ramené de 216 633 en 1992 à 93 670 en 1993.

¹ See No. 10, 1994, pp. 71-73.

¹ Voir N° 10, 1994, pp. 71-73

Fig. 2 Decline of dracunculiasis cases, 1987-1993

Fig. 2 Diminution du nombre des cas de dracunculose, 1987-1993



Saudi Arabia announced major new support for the eradication activities of the Carter Center's Global 2000 project, while other major support for the campaign continued to be provided by UNICEF, DuPont Corporation, Precision Fabrics Group, Japan International Cooperation Agency, United States Agency for International Development, United States Peace Corps, and American Cyanamid. Health and Development International, a Norwegian-based NGO, announced the availability of grants of up to US\$ 2 000 per year and per appropriate country, to help provide cash rewards for reporting cases when national incidence is low or only suspected.

In March 1993, WHO convened the second Meeting of National Programme Coordinators, at Cotonou, Benin, with the assistance of UNICEF and Global 2000. The 7 key operational indices, which, with the disease incidence and number of endemic villages, provide a thorough view of the functioning of each programme (Fig. 3), were introduced at this meeting. For the second time, annual Programme Reviews were held for all endemic countries in the latter half of the year; 3 groups were convened at Addis Ababa, Abidjan and Ouagadougou. Most of the support for the Programme Reviews was provided by the United Nations Development Programme (UNDP).

Courses in the use of temephos (Abate®) were held in Niamey, Niger in September 1993, and in Bamako, Mali and Kitgum, Uganda in January 1994. Representatives

L'Arabie saoudite a annoncé qu'elle allait apporter à nouveau un large soutien aux activités d'éradication au titre du projet Global 2000 réalisé par le Centre Carter, tandis que la campagne continue de bénéficier d'autres soutiens importants de la part de l'UNICEF, de DuPont Corporation, de Precision Fabrics Group, de la Japan International Cooperation Agency, de l'AID des Etats-Unis d'Amérique, du Peace Corps des Etats-Unis et d'American Cyanamid. Une ONG établie en Norvège, Health and Development International, a annoncé la mise à disposition de subventions pouvant aller jusqu'à US\$ 2 000 par an et par pays afin d'aider à verser des récompenses en espèces pour les cas qui auraient été signalés lorsque l'incidence dans un pays est faible, voire supposée nulle.

En mars 1993, l'OMS a tenu à Cotonou, Bénin, avec le concours de l'UNICEF et de Global 2000, la deuxième réunion des coordonnateurs de programmes nationaux. Les 7 indices opérationnels clés qui, avec l'incidence de la maladie et le nombre de villages d'endémie, donnent une image détaillée du fonctionnement de chaque programme (Fig. 3) ont été présentés à cette réunion. Au deuxième semestre de l'année, les programmes de tous les pays d'endémie ont fait l'objet, pour la deuxième fois, d'un examen annuel; 3 groupes se sont réunis à Addis Abeba, Abidjan et Ouagadougou. Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a fourni la plus grande partie du soutien nécessaire pour l'examen des programmes.

Des cours sur l'utilisation de l'Abate® ont eu lieu à Niamey, Niger, en septembre 1993, ainsi qu'à Bamako, Mali, et Kitgum, Ouganda, en janvier 1994. Des représentants de tous les autres

from all other endemic African countries, except Benin and Sudan, were also trained in the use of temephos for vector control during these 3 courses, the latter 2 of which had been postponed from late 1993. Training in intensive case-containment measures was also conducted in Ghana, Nigeria and Uganda for nationals of those 3 countries, plus Ethiopia. As of March 1994, of the endemic African countries, only Cameroon, Ghana and Nigeria had begun implementing vector control and case-containment strategies in their national programmes, whereas India and Pakistan have been using both for several years.

pays africains d'endémie, à l'exception du Bénin et du Soudan, ont également appris à utiliser le téméphos pour lutter contre les vecteurs à l'occasion de ces 3 cours, dont les 2 derniers devaient à l'origine avoir lieu à la fin de 1993. Une formation à l'adoption de mesures strictes d'isolement des cas a par ailleurs été organisée au Ghana, au Nigéria et en Ouganda à l'intention des ressortissants de ces 3 pays, et de l'Éthiopie. En mars 1994, le Cameroun, le Ghana et le Nigéria étaient les seuls pays africains d'endémie à avoir commencé à appliquer des stratégies de lutte antivectorielle et d'isolement des cas dans le cadre de leurs programmes nationaux, alors que l'Inde et le Pakistan le font depuis plusieurs années.

Table 1 Reported cases of dracunculiasis, by country, 1993 (countries arranged in descending order of incidence in 1992)

Tableau 1 Nombre de cas de dracunculose déclarés, par pays, 1993 (par ordre décroissant d'incidence en 1992)

Country Pays	Annual incidence Incidence annuelle (1992)	Number of cases reported in 1993 - Nombre de cas déclarés en 1993												Annual incidence Incidence annuelle (1993)
		Jan. Janv.	Feb. Févr.	Mar. Mars	Apr. Avr.	May Mai	June Juin	July Juill.	Aug. Août	Sept. Sept.	Oct. Oct.	Nov. Nov.	Dec. Déc.	
Nigeria - Nigéria	183 169 ^b	8 734	9 321	9 097	8 114	7 290	8 827	8 132	5 671	3 642	2 573	2 082	2 269	75 752 ^b
Uganda - Ouganda	126 369 ^a	5 607	4 733	3 752	4 617	3 922	4 028	4 787	3 739	2 774	2 824	1 118	951	42 852 ^b
Ghana	33 464 ^b	3 482	2 893	2 930	1 990	1 625	1 046	693	379	284	606	1 078	912	17 918 ^b
Burkina Faso	11 784	925	256	134	81	129	703	1 739	2 654	615	323	648	74	8 281 ^b
Togo	8 179 ^b	1 242	1 374	842	657	472	482	752	715	941	1 124	995	798	10 394 ^b
Benin - Bénin	4 315	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	13 887
Sudan - Soudan	2 447 ^a	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2 984
Mauritania - Mauritanie	1 557	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3 533
India - Inde	1 081 ^c	4	9	10	56	100	96	76	116	118	140	17	13	755 ^c
Senegal - Sénégal	728	...	...	...	...	...	105	335	108	35	47	0	0	630 ^b
Niger	500	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	21 564
Ethiopia - Éthiopie	303 ^a	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1 120 ^a
Chad - Tchad	156 ^a	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1 231
Cameroon - Cameroun	127 ^b	0	0	3	0	3	5	12	24	18	5	1	1	72 ^b
Pakistan	23 ^b	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2 ^b
Côte d'Ivoire	...	...	...	...	54	1 352	255	201	229	2 578	1 230	887	1 248	8 034 ^b
Mali	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	12 011
Kenya	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	35 ^a
Total	374 202													221 055

From passive reporting and/or area limited searches unless otherwise indicated. - Les chiffres proviennent de la notification passive et/ou d'opérations de dépistage limitées à certaines zones, sauf indication contraire.

^a Provisional results, national case search under way. - Chiffres provisoires, campagne nationale de dépistage en cours.

^b Village-based reporting of cases. - Notification des cas au niveau des villages.

^c Three annual case searches and interim case reports. - Trois campagnes annuelles de dépistage et d'intermédiaires entre 2 campagnes.

... No data available - Pas de données disponibles.

Country by country review

The status of interventions, of reported cases, and the numbers of endemic villages for each endemic country are shown in *Table 1* and in *Figs. 1, 2 and 3*. Additional information is given below.

Benin: This country had completed training of village-based health workers in more than three-quarters of its endemic villages by March 1994. Although there has been extensive social mobilization and health education, significant distribution of cloth filters to regions other than Zou only began in January 1994.

Burkina Faso: The dracunculiasis eradication programme is being implemented in collaboration with actions to control onchocerciasis and trypanosomiasis, as part of the Onchocerciasis Control Programme (OCP) devolution, supported by the World Bank. The total number of endemic villages was reduced from 2 621 (1990 case search) to 908 in 1993 (village-based reporting system) and to 535 as of March 1994. The national coordinator is planning to conduct a survey to validate these results in the next few months.

Analyse par pays

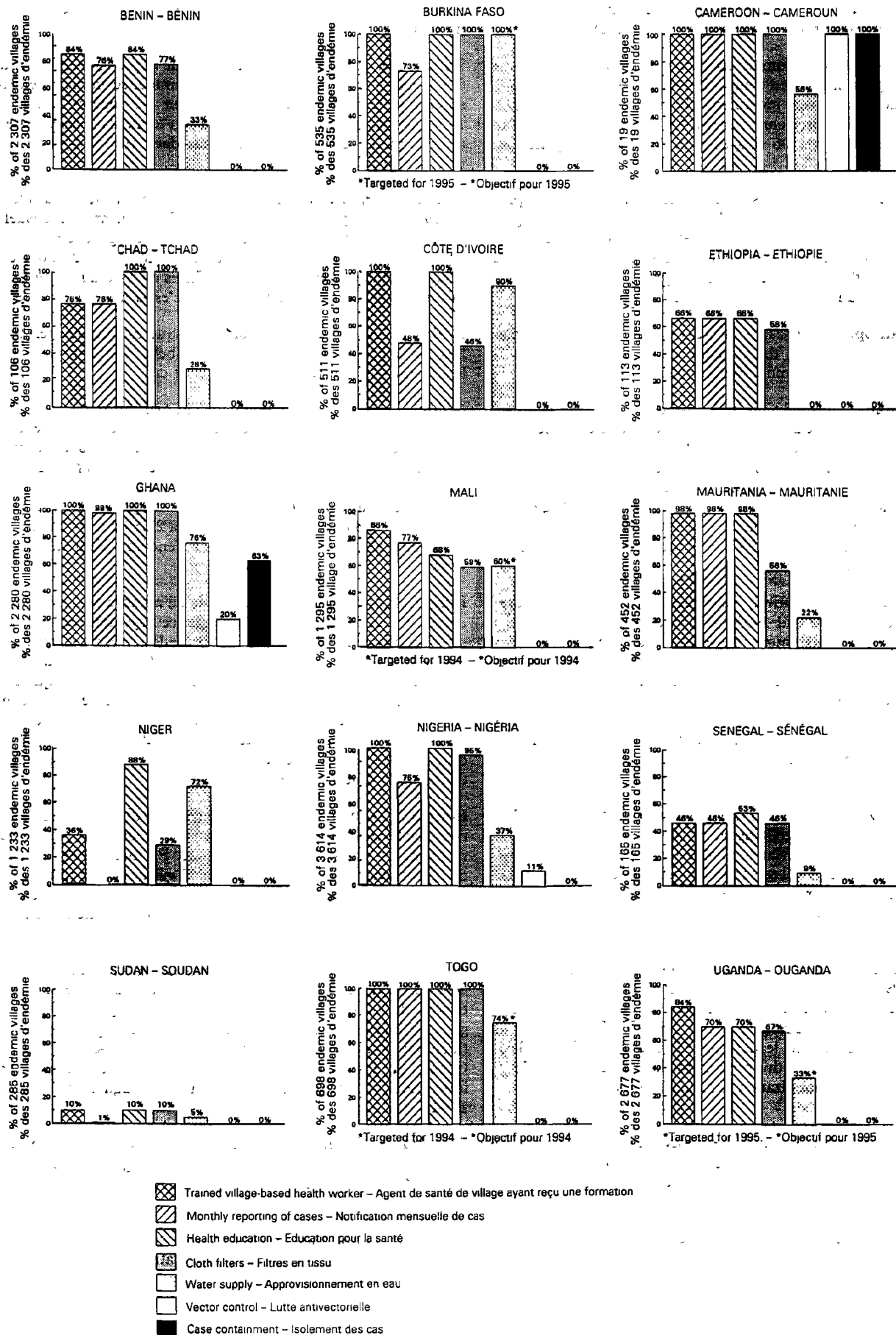
Le *Tableau 1* et les *Fig. 1, 2 et 3* indiquent l'état d'avancement des interventions, le nombre de cas déclarés et celui des villages d'endémie pour chaque pays d'endémie. On trouvera ci-après des informations supplémentaires.

Bénin: Ce pays avait mené à son terme, en mars 1994, la formation d'agents de santé de village dans plus des trois quarts de ses villages d'endémie. Malgré une vaste mobilisation sociale et une éducation sanitaire très complète, la distribution des filtres en tissu aux régions autres que celle de Zou n'a commencé sur une large échelle qu'en janvier 1994.

Burkina Faso: Le programme d'éradication de la dracunculose est mis en œuvre conjointement avec la lutte contre l'onchocercose et la trypanosomiase dans le cadre de la dévolution du programme de lutte contre l'onchocercose (OCP), avec l'appui de la Banque mondiale. Le nombre total de villages d'endémie a été ramené de 2 621 (dépistage de 1990) à 908 en 1993 (système de déclaration au niveau des villages) et à 535 en mars 1994. Le coordonnateur national prévoit de mener une enquête afin de valider ces résultats dans les mois à venir.

Fig. 3 Dracunculiasis surveillance: status of interventions in Africa, March 1994

Fig. 3 Dracunculose: état d'avancement des interventions en Afrique, mars 1994



Cameroon: During 1993, 60% of cases were contained within 24 hours. An end-of-year country evaluation in December 1993 made recommendations to help this programme intensify its case-containment measures in 1994. The need for such intensification is evident from the reduction in cases of only 44% in the past year. Cameroon should achieve eradication in 1994.

Chad: After resuming its case search late in 1993, the programme started control interventions as soon as endemic villages were identified. The case search was completed in all 9 prefectures at risk by March 1994. A total of 1 231 cases in 106 villages were detected during the case search.

Côte d'Ivoire: This programme made remarkable progress in 1993, including beginning monthly reporting of cases immediately after village-based health workers were trained. Unfortunately, cloth filters had been distributed to less than 20% of endemic villages by the time the 1993-1994 transmission season began in October.

Ethiopia: The search of areas at risk is almost completed. Fortunately, the endemic areas (South Omo, Gambella) are much more limited than had been thought.

Ghana: Formerly the second-highest endemic country, Ghana has reduced its annual incidence of dracunculiasis by 90% between 1989 and 1993. Corrective measures were taken to intensify interventions in the Northern Region, and to implement case-containment activities nation-wide. The total number of endemic villages was reduced from 3 185 on 31 December 1992 to 2 280 at the end of December 1993, although 521 newly endemic villages were found.¹

India: The relatively low rate of reduction in cases between 1992 and 1993 (31%) indicates a need to intensify case-containment measures there in 1994. Rajasthan reported 547 cases, Madhya Pradesh 179, and Karnataka 29 cases. Although the status of control interventions in India is not shown in Fig. 3, it was reported that 177 (95%) of the remaining 186 endemic villages had at least one safe source of drinking-water and all of the affected villages benefit from each of the other interventions. This country should eradicate dracunculiasis very soon.

Kenya: The search of districts at risk began in December 1993 but is progressing more slowly than is desirable at this stage. As of March 1994, a total of 35 cases had been registered in 5 villages in the 2 districts searched. Another 3 districts at risk remained to be searched. No interventions had been started.

Mali: Search of the Sikasso region was completed early in 1993, with only 26 cases, imported from other areas of the country, detected in 5 villages. Searches are beginning in the 2 remaining endemic regions (Timbuktu and Gao).² Under the leadership of former head of state General A. T. Touré, this programme has attained a high level of political mobilization, which augurs well for 1994.

Mauritania: Twenty-nine newly endemic villages were identified in 1993. A search of another suspected region (Tagant) showed 115 cases in 5 endemic villages.

Niger: National interventions began with formation of a secretariat for the programme in March 1993. No indige-

Cameroon: En 1993, 60% des cas ont fait l'objet de mesures d'isolement dans les 24 heures. A l'issue d'une évaluation de fin d'année réalisée dans le pays en décembre 1993, il a été recommandé d'aider le programme à renforcer ces mesures en 1994, car le nombre des cas n'avait diminué que de 44% au cours de l'année écoulée. Le Cameroun devrait parvenir à éradiquer la maladie en 1994.

Tchad: Dès la reprise de la campagne de dépistage vers la fin de 1993, les interventions de lutte ont commencé immédiatement après que les villages d'endémie eurent été repérés. En mars 1994, la campagne avait été menée à son terme dans les 9 préfectures à risque. Un total de 1 231 cas dans 106 villages ont été recensés au cours du dépistage.

Côte d'Ivoire: Le programme a progressé de façon spectaculaire en 1993 et, en particulier, le système de notification mensuelle des cas a commencé à fonctionner dès que des agents de santé de village eurent été formés. Malheureusement, moins de 20% des villages d'endémie avaient reçu des filtres en tissu au début de la saison de transmission de 1993-1994, c'est-à-dire en octobre.

Ethiopie: Le dépistage des zones à risque est presque terminé. Les zones d'endémie (Omo Sud et Gambella) sont heureusement beaucoup plus limitées qu'on ne l'avait cru.

Ghana: Le Ghana, qui était auparavant, par ordre d'importance, le deuxième pays d'endémie, a réduit son incidence annuelle de la dracunculose de 90% entre 1989 et 1993. Des mesures correctives ont été prises pour renforcer les interventions dans la Région du Nord et pour appliquer des mesures d'isolement des cas à l'échelle du pays. Le nombre total des villages d'endémie a été ramené de 3 185 au 31 décembre 1992 à 2 280 à la fin décembre 1993, bien que 521 nouveaux villages d'endémie aient été découverts.¹

Inde: La réduction relativement faible du nombre des cas en Inde entre 1992 et 1993 (31%) montre que ce pays doit renforcer les mesures d'isolement des cas en 1994. Le Rajasthan a signalé 547 cas, le Madhya Pradesh 179 et le Karnataka 29. Bien que l'état d'avancement des interventions de lutte ne soit pas indiqué à la Fig. 3, il a été signalé que 177 (95%) des 186 villages d'endémie restants avaient au moins un point d'approvisionnement en eau potable, et que la totalité des villages affectés bénéficiait de chacune des autres interventions. Ce pays devrait parvenir à éradiquer la dracunculose très rapidement.

Kenya: Les opérations de dépistage dans les districts à risque ont commencé en décembre 1993 mais elles progressent plus lentement qu'il n'est souhaitable à ce stade. En mars 1994, un total de 35 cas avaient été enregistrés dans 5 villages des 2 districts où ces opérations ont été réalisées. Il reste encore à prospecter 3 autres districts à risque. Aucune intervention de lutte n'a encore commencé.

Mali: La campagne de dépistage dans la région de Sikasso s'est achevée au début de 1993; 26 cas seulement, importés d'autres régions du pays, ont été enregistrés dans 5 villages. Des campagnes de dépistage ont commencé dans les 2 régions restantes (Tombouctou et Gao).² Sous la direction de l'ex-chef d'Etat, le Général A. T. Touré, ce programme a réussi à susciter une très forte mobilisation politique, qui fait bien augurer de l'année 1994.

Mauritanie: Vingt-neuf nouveaux villages d'endémie ont été recensés en 1993. Une campagne de dépistage dans une autre région d'endémie présumée (Tagant) a permis de dénombrier 115 cas dans 5 villages.

Niger: Les interventions nationales ont commencé avec la création, en mars 1993, d'un secrétariat attaché au programme.

¹ See No. 11, 1993, pp. 73-74.

² See No. 10, 1994, pp. 71-73

¹ Voir N° 11, 1993, pp. 73-74

² Voir N° 10, 1994, pp. 71-73

nous cases were found in a search of the 2 remaining departments which had been suspected to be endemic, Diffa and Agadez.¹

Nigeria: Nigeria, the most highly endemic country known, reduced its annual incidence by 59% between 1992 and 1993, and by a total of 88% between 1989 and 1993, despite improvements in monthly reporting. Increasing attention was given to 7 of the 30 states which accounted for more than three-quarters of the cases in the country. A workshop for case-containment methodology was held for 5 states in November. The official total of cases for 1992 was revised to 202 917 after the previous report to WHO of 183 169 cases for the year,^{2,3} but significant over-reporting of cases is known to have occurred in Ondo State in 1992.

Pakistan: During 1993, no cases occurred in Punjab and Sind Provinces, where 2 of the 3 formerly endemic foci are located. The 2 cases reported in 1993 were both in the formerly highly endemic village of Ganju, North-West Frontier Province. Both cases were apparently contained.⁴

Senegal: After interventions were energetically implemented in all known endemic villages in 1992, another 51 newly endemic communities were discovered in 1993. However, about 30% of villages that were endemic in 1992 reported no cases in 1993. Intensive case-containment measures will be introduced in 1994.

Sudan: During 1993, the Ministry of Health completed the remainder of the national case search (initiated in 5 states during 1992) in Eastern, Northern, Equatoria and Bahr El-Ghazal States. Additionally, case searches were conducted by NGOs working with UNICEF and Operation Lifeline Sudan in the 3 southern states of Bahr El-Ghazal, Equatoria and Upper Nile. The total number of cases for 1993 is estimated at 2 984. Health education and distribution of cloth filters will be extended to all accessible endemic villages in 1994. The High Commissioner for Refugees is assisting in searching for cases of dracunculiasis among refugees in camps in neighbouring countries.

Togo: As shown by the indices, this programme continued to make good progress despite considerable political turmoil, as a result of energetic action by national coordinator and assistance provided by WHO, UNICEF, the United States Peace Corps and Global 2000.

Uganda: This highly endemic country moved swiftly to implement preventive measures in endemic areas in 1993, after completing its national case search in 1992. It has also attracted additional external assistance as a result.⁵ Unfortunately, the total number of known endemic villages, many of which did not report any cases of dracunculiasis in 1993, has not yet been revised.

(Based on: A report from the WHO Collaborating Center for Research, Training and Eradication of Dracunculiasis, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.)

Editorial Note: This report documents impressive progress achieved by national guinea-worm eradication programmes in 1993 towards the global goal established by the World Health Assembly in 1991, i.e. the eradication of dracunculiasis by the end of 1995. The decline in reported global incidence by more than 40%, and in the number of known endemic villages by 25% as compared with the previous year, despite continuation of initial case searches in a few countries; the fact that at least one

Aucun cas autochtone n'a été trouvé à la suite du dépistage pratiqué dans les 2 départements restants de Diffa et d'Agadez, où l'on pensait que la maladie était endémique.¹

Nigéria: Ce pays, où l'on avait constaté l'endémicité la plus forte, a réduit son incidence annuelle de 59% entre 1992 et 1993, et de 88% au total entre 1989 et 1993, malgré les améliorations apportées à la notification mensuelle. Sept des 30 États, qui représentaient plus des trois quarts des cas du pays, ont fait l'objet d'une attention croissante. Un atelier sur les méthodes d'isolement des cas a eu lieu pour 5 États en novembre. Le nombre officiel révisé de cas pour 1992 était au total de 202 917, et non de 183 169 comme l'avait indiqué le rapport précédent de l'OMS pour l'année en question,^{2,3} mais l'on sait que le nombre de cas déclarés pour l'État de Ondo en 1992 a été largement exagéré.

Pakistan: Il ne s'est produit aucun cas en 1993 dans les provinces du Pendjab et du Sind, où 2 des 3 foyers d'endémicité avaient été auparavant localisés. Les 2 cas notifiés en 1993 se sont l'un et l'autre produits dans le village autrefois fortement endémique de Ganju, dans la province de la Frontière du Nord-Ouest. Les 2 cas semblent avoir été isolés.⁴

Sénégal: Après des interventions énergiques dans tous les villages d'endémie recensés en 1992, on a découvert 51 nouvelles communautés d'endémie en 1993. Toutefois, 30% environ des villages d'endémie en 1992 n'ont signalé aucun cas en 1993. Des mesures rigoureuses d'isolement des cas seront appliquées en 1994.

Soudan: En 1993, le Ministère de la Santé a achevé le dépistage national (commencé dans 5 États en 1992) dans les États de l'Est, du Nord, d'Equatoria et de Bahr El-Ghazal. En outre, des dépistages ont été effectués par des ONG travaillant avec l'UNICEF et *Operation Lifeline Sudan* dans les 3 États méridionaux de Bahr El-Ghazal, d'Equatoria et du Haut-Nil. Le nombre total des cas pour 1993 est estimé à 2 984. L'éducation pour la santé et la distribution de filtres en tissu seront élargies à tous les villages d'endémie accessibles en 1994. Le Haut Commissariat pour les Réfugiés apporte son concours pour le dépistage des cas de dracunculose chez les réfugiés vivant dans les camps des pays voisins.

Togo: Comme le montrent les indices, ce programme a encore bien avancé malgré les importants bouleversements politiques, grâce à l'action énergique du coordonnateur national et à l'aide apportée par l'OMS, l'UNICEF, le *Peace Corps* des États-Unis et Global 2000.

Ouganda: Ce pays de très forte endémicité est intervenu rapidement pour appliquer des mesures de prévention dans les zones d'endémie en 1993, après l'achèvement de sa campagne nationale de dépistage en 1992. De ce fait, il a également bénéficié d'une aide extérieure supplémentaire.⁵ Le nombre total de ses villages d'endémie connus, dont beaucoup n'ont signalé aucun cas de dracunculose en 1993, n'a malheureusement pas encore été révisé.

(D'après: Un rapport du Centre collaborateur OMS pour la dracunculose (recherche, formation et éradication), Centers for Disease Control, Atlanta.)

Note de la Rédaction: Le rapport fait état de progrès impressionnants accomplis en 1993 par les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose pour atteindre l'objectif mondial fixé par l'Organisation mondiale de la Santé en 1991: l'éradication de la dracunculose pour la fin de 1995. La diminution de plus de 40% de l'incidence mondiale déclarée, et celle de 25% du nombre de villages d'endémie connus, par rapport à l'année précédente, alors que quelques pays en sont encore à leur première campagne de dépistage, le fait qu'une intervention au moins

¹ See No. 10, 1994, pp. 71-73.

² See No. 18, 1993, pp. 125-131.

³ See No. 24, 1993, pp. 175-176.

⁴ See No. 8, 1993, pp. 49-51.

⁵ See No. 12, 1993, pp. 81-83.

¹ Voir N° 10, 1994, pp. 71-73.

² Voir N° 18, 1993, pp. 125-131.

³ Voir N° 24, 1993, pp. 175-176.

⁴ Voir N° 8, 1993, pp. 49-51.

⁵ Voir N° 12, 1993, pp. 81-83.

intervention was being implemented in almost all known endemic villages by March 1994; and the improvements in surveillance of cases attest to the increasing momentum of this eradication campaign.

In October 1993, a section dealing with computerized epidemiological mapping was established at WHO Headquarters in collaboration with UNICEF; this will serve as a basis for a geographical information system. In addition to indicators on dracunculiasis; other indicators on health, environment and development will be included progressively. This tool will constitute an essential element for: following up on the progress of the eradication campaign; establishing a basis for the eradication certification process; and integrating surveillance and control of other diseases. This initiative has been welcomed by endemic countries and a complete list of the endemic villages in 8 French-speaking African countries has been obtained so far with assistance from the UNICEF country representatives. It is intended to draw maps indicating all the endemic villages in sub-Saharan Africa by the end of 1994.

The year 1994 is critical, as the programme enters its final stage, which is predictably the most difficult and challenging phase. This year, each national programme must seek to implement all appropriate interventions, including vector control, in *all* appropriate endemic villages. By the end of 1994, all national programmes should have adopted standards for detecting and containing each case of the disease within 24 hours of emergence of the worm (case containment). This will require rapid identification and implementation of control measures in newly endemic villages, and increasing public awareness and social mobilization, as well as meticulous motivation, provisioning, and supervision of the village-based health workers concerned. These are daunting challenges indeed. Overcoming those challenges will require that international agencies provide adequate and timely support for relevant activities in all of the endemic countries.

était en cours dans pratiquement tous les villages d'endémie connus en mars 1994, ainsi que les améliorations apportées dans la surveillance des cas témoignent de l'accélération de cette campagne d'éradication.

En octobre 1993 a été créée, au siège de l'OMS et en collaboration avec l'UNICEF, une section de cartographie épidémiologique informatisée qui servira de base à un système d'information géographique. A côté des indicateurs se rapportant à la dracunculose d'autres indicateurs concernant la santé, l'environnement et le développement seront progressivement ajoutés. Cet outil constituera un élément essentiel pour: suivre les progrès de la campagne d'éradication; établir les bases du processus de certification de l'éradication; et intégrer la surveillance et la lutte contre d'autres maladies. Cette initiative reçoit un accueil très favorable des pays d'endémie et, avec l'appui des bureaux des représentants de l'UNICEF dans les pays, la liste complète des villages d'endémie de 8 pays d'Afrique francophone a été obtenue à ce jour. L'objectif fixé est de dresser les cartes, d'ici la fin 1994, indiquant tous les villages d'endémie en Afrique au sud du Sahara.

L'année 1994 est critique, car le programme entre dans sa phase finale. Il est facile de prévoir qu'elle sera l'étape la plus difficile et la plus passionnante. Cette année, chaque programme national doit s'efforcer de mettre en œuvre toutes les interventions appropriées, y compris les mesures de lutte antivectorielle, dans *tous* les villages d'endémie où elles sont indiquées. D'ici la fin de 1994, tous les programmes nationaux devraient avoir adopté des normes de dépistage et d'isolement de chaque cas de dracunculose dans les 24 heures qui suivent l'apparition du ver (isolement des cas). Il faudra pour cela envisager et appliquer rapidement des mesures de lutte dans tous les nouveaux villages d'endémie, renforcer la prise de conscience de la population et la mobilisation sociale, et également motiver et encadrer les agents de santé de village concernés et leur assurer les moyens d'action nécessaires. Ce sont là des défis impressionnants. Pour y répondre, il faudra que les organismes internationaux apportent, en temps voulu, un soutien adéquat à l'accomplissement des actions nécessaires dans tous les pays d'endémie.