



# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

# RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

8 OCTOBER 1999 • 74th YEAR

<http://www.who.int/wer>74<sup>e</sup> ANNÉE • 8 OCTOBRE 1999

## Leprosy elimination campaigns

### Detecting and curing patients

In 1995, WHO introduced a new initiative, leprosy elimination campaigns (LECs), the purpose of which is to detect and treat leprosy patients who have not yet been diagnosed. Apart from detecting cases, these campaigns have been successful in promoting community awareness, reducing stigma and improving the accessibility of multi-drug therapy (MDT) and the skills of general health workers for diagnosis and treatment.

The campaigns have usually been carried out in areas with a population of around 0.5 million, but in some instances they were modified to cover larger areas and populations because of the need to intensify activities within a short period. The majority of highly endemic countries carried out campaigns in selected districts which were known to have high prevalence and detection rates. Depending on the availability of funds and human resources, some countries carried out large-scale campaigns covering the whole country or certain regions within a country.

As a result of the support provided by WHO and its partners, LECs have been carried out in 24 endemic countries. It is one of the core activities for which WHO's leprosy elimination project (LEP) provides support to the national programmes, with the aim of intensifying elimination activities at district level. National programmes are responsible for developing detailed plans, carrying them out and coordinating the support of various agencies involved in LECs. Basic guidelines on how to conduct a campaign have been provided to the national programmes. However, the intensity and type of the activities carried out under the different components of LEC vary from country to country depending on the local situation and the availability of funds and human resources.

Community awareness was promoted by using mass media (TV spots and documentaries, radio messages, interviews and newspaper articles, etc.) especially in the large-scale LECs. Information materials were developed and produced locally with the help of local media experts. At the peripheral level, a range of activities was carried out

## Campagnes pour l'élimination de la lèpre

### Dépistage et traitement des cas

En 1995, l'OMS a lancé une initiative nouvelle, sous le nom de campagnes pour l'élimination de la lèpre (CEL), dans le but de dépister et de traiter les cas de lèpre non encore diagnostiqués. Outre le dépistage des cas, ces campagnes ont permis de sensibiliser les communautés, de combattre la stigmatisation liée à la maladie, de faciliter l'accès à la polychimiothérapie et d'améliorer les compétences des agents de santé en matière de diagnostic et de traitement de la lèpre.

Ces campagnes ont en général été exécutées dans des régions comptant environ 0,5 million d'habitants mais elles ont parfois été modifiées pour couvrir des régions et des populations plus vastes parce qu'il fallait intensifier les activités en un laps de temps assez court. La majorité des pays de forte endémicité ont conduit des campagnes dans des districts connus pour avoir des taux élevés de prévalence et de dépistage des cas. Selon les ressources financières et humaines disponibles, certains pays ont exécuté des campagnes de grande envergure couvrant le pays tout entier ou certaines régions.

Grâce au soutien de l'OMS et de ses partenaires, des CEL ont été exécutées dans 24 pays d'endémicité. C'est là l'un des principaux objets de l'appui apporté aux programmes nationaux par le Projet OMS pour l'élimination de la lèpre (LEP) dans le but d'intensifier les activités d'élimination au niveau du district. Il incombe aux programmes nationaux d'élaborer des plans détaillés, de les exécuter et de coordonner le soutien des différents organismes qui participent aux CEL. Des lignes directrices générales sur la conduite des CEL ont été données aux programmes nationaux, mais l'intensité et la nature des activités varient d'un pays à l'autre en fonction de la situation locale et des ressources financières et humaines disponibles.

Un travail de sensibilisation des communautés a été fait par le biais des médias (spots et documentaires télévisés, messages à la radio, interviews et articles dans les journaux, etc.) en particulier dans le cadre des campagnes à grande échelle. Des matériels d'information ont été mis au point et produits localement avec l'aide de spécialistes des médias locaux. A la périphérie, un large

## CONTENTS

Leprosy elimination campaigns	329
Food hygiene activities among refugees from Kosovo in Albania	335
Diseases subject to the Regulations	336

## SOMMAIRE

Campagnes pour l'élimination de la lèpre	329
Activités en matière d'hygiène alimentaire parmi les réfugiés du Kosovo en Albanie	335
Maladies soumises au Règlement	336

Table 1 Population covered and type of cases detected by leprosy elimination campaigns, January 1996-June 1999

Tableau 1 Population couverte et types de cas détectés par campagne pour l'élimination de la lèpre, janvier 1996-juin 1999

Year Année	Country/area Pays/territoire	Detection – Dépistage				
		Population covered Population couverte	Total number Nombre total	Detection rate (per 100 000) Taux (pour 100 000)	MB cases Cas multibacillaires (%)	Grade 2 disabilities Lésions invalidantes de degré 2 (%)
1996	Cambodia – Cambodge Kandal, Sihanoukville, Svay Rieng (provinces)	1 560 000	219	14.04	53	29
	Indonesia – Indonésie Bekasi, Karawang, Subang (districts)	1 500 000	1 142	76.13	60	15
	Nepal – Népal Parbat (district)	156 000	49	31.41	63	6
	Nigeria – Nigéria 3 local government areas in Enugu state – 3 divisions locales de l'état d'Enugu	490 000	174	35.51	47	13
	Philippines Cebu, Ilocos Norte (provinces)	2 200 000	251	11.41	61	16
<b>Total</b>	<b>5 906 000</b>	<b>1 835</b>				
1997	Brazil – Brésil 18 statewide LECs and small-scale LECs in Cuiaba city, Conceição do Araguaia and Redenção districts in Pará state, and 12 municipalities in Rio Grande do Norte state – 18 CEL à l'échelle de l'état et CEL à petite échelle dans les districts de Cuiaba city, Conceição do Araguaia et Redenção de l'état de Pará, et dans 12 municipalités de l'état de Rio Grande do Norte	80 000 000	6 218	7.77	NA – ND	NA – ND
	Cambodia – Cambodge Kampong Chhnang, Kampot, Prey Veng, Takeo (provinces); Kep city	2 610 000	526	20.15	45	20
	Guinea – Guinée Basse Guinée, Guinée Forestière, Haute Guinée, Moyenne Guinée	5 500 000	2 242	40.76	29	11
	India – Inde Gujarat, Maharashtra, Orissa, Tamil Nadu (states – états); Jammu, Srinagar (states/union territories – états/territoires)	222 439 000	100 146	45.02	21	2
	Madagascar East Coast 14 districts – 14 districts de la côte orientale	2 270 000	6 810	300.0	53	10
	Myanmar Bago (district)	530 000	311	58.68	49	23
	Nepal – Népal Rupandehi (district)	551 000	353	64.07	57	16
	Niger Maradi, Tahoua (regions – régions)	3 200 000	632	19.75	55	18
	Nigeria – Nigéria 6 local government areas in Benue state – 6 divisions locales de l'état de Benue	810 000	707	87.28	49	2
	Philippines Cagayan (province)	890 000	105	11.80	50	14
	Sudan – Soudan Boram, Dаланj, El Gabalain, Kadugli, Kosti, Niyala (provinces)	1 730 000	1 227	70.93	74	44
	<b>Total</b>	<b>320 530 000</b>	<b>119 277</b>			
	1998	Bangladesh 20 districts	36 000 000	884	2.46	39
India – Inde 17 states/union territories – 17 états/territoires		598 533 000	358 941	59.97	35	5
Indonesia – Indonésie 13 districts in/dans: Central Java, Central Kalimantan, Central Sulawesi, East Java, Irian Jaya, South-East Sulawesi (provinces)		7 266 000	3 298	45.39	59	14

Year Année	Country/area Pays/territoire	Detection – Dépistage				
		Population covered Population couverte	Total number Nombre total	Detection rate (per 100 000) Taux (pour 100 000)	MB cases Cas multibacillaires (%)	Grade 2 disabilities Lésions invalidantes de degré 2 (%)
	Myanmar 18 districts in/dans: Ayeeyarwaddy, Bago, Magway, Mandalay, Sagaing, Yangon (divisions)	8 316 000	6 922	83.24	41	18
	Niger Diffa, Dosso, Niamey, Tillabery, Zinder	6 165 000	1 402	22.74	39	8
	Nigeria – Nigéria Ondo, Sokoto, Zamfara (states – états)	6 034 000	484	8.02	67	7
	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée East New Britain (district)	120 000	108	90	61	NA – ND
	Philippines Antique, La Unión, Misamis Oriental, Palawan, Pangasinan, Rizal, Sarangani, Zamboanga del Norte (provinces)	8 723 000	583	6.68	76	4
	Sudan – Soudan El Fashar, Kutom (provinces)	424 000	207	48.82	82	24
	Viet Nam Binh Thuan (province)	639 000	147	23.01	36	23
	Yemen Hodeidah (governorate – gouvernorat)	1 900 000	276	14.53	70	25
	<b>Total</b>	<b>674 120 000</b>	<b>373 252</b>			
1999 <sup>a</sup>	Bangladesh Whole country – Ensemble du pays	130 000 000	2 293	1.76	50	14
	Chad – Tchad Guera, Salamat (prefecture – préfecture)	555 000	135	24.32	48	32
	Ethiopia – Ethiopie Amhara, Oromiya (regions – régions)	837 000	280	33.45	53	10
	Nepal – Népal 27 districts in/dans Terai (region – région)	12 000 000	11 696	97.47	24	9
	United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie Mtwara (region – région)	1 011 000	1 312	129.77	24	NA – ND
	<b>Total</b>	<b>144 403 000</b>	<b>15 716</b>			

<sup>a</sup> LECs reported during the first half of 1999. – CEL ayant fait l'objet de rapports pour la première moitié de 1999.

NA = Not available. – ND = non disponible.

to increase community awareness about leprosy and the campaign, e.g. village information meetings, poster displays, dissemination of messages through billboards, banners, pamphlets and loudspeakers informing the public. In some districts, local radio stations were used to broadcast health education messages.

In addition to these activities, over 500 000 local health workers from the general health services and from the specialized programme received refresher training to renew their knowledge and interest in elimination activities. The campaigns were also able to involve over 300 000 locally-recruited volunteers, who helped to identify individuals with suspicious skin lesions and encouraged them to go for screening to the nearest health centre or the campaign teams, as well as helping patients who were unable to collect their monthly supply of MDT drugs.

éventail d'activités a été exécuté pour sensibiliser le public au problème de la lèpre et l'informer sur la campagne: réunions d'information dans les villages, campagnes d'affichage, diffusion de messages à l'aide de panneaux, de drapeaux, de dépliants, etc., ou au moyen de haut-parleurs. Dans certains districts, des stations de radio locales ont été invitées à diffuser des messages d'éducation pour la santé.

Par ailleurs, plus de 500 000 agents de santé locaux des services de santé généraux et des programmes de lutte contre la lèpre ont suivi des cours de perfectionnement qui leur ont permis d'actualiser leurs connaissances et de porter un intérêt renouvelé à l'élimination de la maladie. Ces campagnes ont également permis le recrutement de plus de 300 000 volontaires locaux qui aidaient à identifier les personnes porteuses de lésions cutanées suspectes et les encourageaient à aller se faire examiner au centre de santé le plus proche ou auprès des équipes de dépistage. Ils aidaient aussi les malades qui étaient incapables de se procurer leur lot mensuel de médicaments pour la polychimiothérapie antiléprouse.

## Achievements

*Table 1* shows the results of the LECs that were completed between 1996 and the first half of 1999. Since the start of the campaigns, more than 500 000 new cases have been detected and treated with MDT, covering a population of about 1.1 billion in 16 countries.

The detection rates were high in India, Indonesia, Madagascar, Myanmar, Nepal, Nigeria, Sudan and the United Republic of Tanzania. The proportion of multibacillary (MB) cases among new cases detected during the campaigns varied from country to country. In India, it ranged from 21% to 35%, whereas in the Philippines it was 79% and in Sudan, 82%. The high proportion of paucibacillary (PB) cases detected in India (which includes 13% presenting with a single skin lesion) could be due to intensive house-to-house visits carried out by search teams during the campaigns, which resulted in a large number of early cases being detected. Similarly, the proportion of new cases presenting with grade 2 disabilities also varies widely, from 2% in Benue state (Nigeria), 2%-5% in the 22 states and union territories of India to 44% in Sudan. The high proportion of grade 2 disabilities among new cases that was reported in Sudan is most probably due to old cases being re-registered as new cases during the campaigns.

Apart from detecting cases, the LECs were able to open new MDT clinics and improve accessibility in Brazil, Madagascar, Nigeria and Sudan. These new clinics are integrated with the existing primary health care centres operating in the LEC area. The campaigns attracted the attention of various local community organizations and businesses. Their support, particularly in terms of providing human resources and funds, helped to promote awareness about the disease in their own community. Publicity generated during the campaigns increased awareness about the signs and symptoms of the disease and also about the availability of a cure.

*Table 2* shows information where available on the type of cases that were annually detected before, during and after LECs. As expected, the detections peaked during the year when an LEC was conducted.

In general, the proportion of MB cases detected during the year of the campaign was 10%-20% lower than that of the previous year. This could be due to the intensive case-finding activities conducted during LECs, which detected more PB cases with early skin lesions. For the same reason, in most of the campaigns the proportion of new cases with grade 2 disabilities was found to be lower than that of the previous year. However, in some areas the proportion of disability among new cases was reported to be higher during the year of the campaign. This could mean that these areas previously had weak leprosy services and that cases with visible disabilities were left undiagnosed for a long period of time. Another possible reason could be that during the campaigns defaulters and previously treated (discharged) cases with disabilities are being re-registered for treatment as new cases.

In most of the campaigns which are shown in *Table 2*, the numbers detected annually declined during the year following LECs. This shows that these campaigns were able to clear the backlog of cases to some extent. However, further follow-up is needed to see whether this trend will continue in subsequent years. In some campaigns such a reduction was not observed, which could be due to the campaigns not being properly carried out, either with regard to promotion of community awareness or case-finding activities. It could also be due to the presence of a large

## Résultats obtenus

Le *Tableau 1* donne les résultats des CEL qui ont été menées à bien entre 1996 et le premier semestre de 1999. Depuis le début des campagnes, plus de 500 000 cas nouveaux ont été dépistés et traités par la polychimiothérapie pour une population d'environ 1,1 milliard d'habitants dans 16 pays.

Les taux de dépistage ont été élevés en Inde, en Indonésie, à Madagascar, au Myanmar, au Népal, au Nigéria, en République-Unie de Tanzanie et au Soudan. La proportion de cas multibacillaires détectés parmi les cas nouveaux à l'occasion des campagnes a varié d'un pays à l'autre. En Inde, elle se situait entre 21% et 35%, alors qu'elle était de 79% aux Philippines et de 82% au Soudan. La proportion élevée de cas paucibacillaires (dont 13% de cas présentant une lésion unique) observée en Inde pourrait être le résultat des opérations intensives de porte-à-porte qui ont été effectuées pendant les campagnes par des équipes de détection et ont permis de dépister un grand nombre de cas précoces. De même, le pourcentage de cas nouveaux présentant des lésions invalidantes de degré 2 variait sensiblement, de 2% dans l'état de Benue au Nigéria, 2%-5% dans les 22 états et les territoires de l'Union indienne, à 44% au Soudan. La proportion élevée de lésions invalidantes de degré 2 relevée au Soudan parmi les cas nouveaux s'explique vraisemblablement par le fait que des cas anciens ont été réenregistrés comme cas nouveaux pendant les campagnes.

Outre le dépistage des cas, les CEL ont permis d'ouvrir de nouveaux dispensaires de traitement par la polychimiothérapie et d'en améliorer l'accessibilité au Brésil, à Madagascar, au Nigéria et au Soudan. Ces nouveaux dispensaires sont intégrés aux centres existants de soins de santé primaires. Les campagnes ont attiré l'attention de différentes organisations et entreprises locales dont le soutien, en particulier sous forme de ressources humaines et financières, a aidé à sensibiliser le public à la maladie. La publicité faite autour des campagnes a contribué à mieux faire connaître les signes et les symptômes de la maladie et l'existence d'un traitement.

Le *Tableau 2* donne les informations disponibles sur les types de cas dépistés chaque année avant, pendant et après les CEL. Comme l'on pouvait s'y attendre, le nombre des cas dépistés a atteint un maximum l'année où étaient conduites des CEL.

D'une manière générale, la proportion de cas multibacillaires détectés pendant l'année de la campagne a été de 10%-20% inférieure à celle de l'année précédente, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les activités intensives de dépistage conduites dans le cadre de la campagne permettent d'identifier un plus grand nombre de cas paucibacillaires présentant des lésions cutanées précoces. Pour la même raison, dans la plupart des campagnes, la proportion de cas nouveaux présentant des lésions invalidantes de degré 2 a été moins élevée que durant l'année ayant précédé la campagne. Dans certaines régions cependant, on a enregistré une proportion plus élevée de lésions invalidantes au cours de la campagne, peut-être parce que ces régions n'avaient pas de bons services antilépreux et que des cas présentant des lésions visibles n'avaient pas été diagnostiqués pendant longtemps. Une autre explication serait que pendant la campagne, des cas ayant interrompu leur traitement ou déjà traités ont été réenregistrés comme cas nouveaux.

Dans la plupart des campagnes dont il est rendu compte au *Tableau 2*, le nombre annuel de cas détectés a baissé dans l'année ayant suivi la campagne, ce qui montre que l'arriéré de cas non décelés a dans une certaine mesure pu être liquidé. Des opérations de suivi seraient néanmoins nécessaires pour déterminer si cette tendance se maintiendra dans les années à venir. Cette diminution n'a cependant pas été observée partout, peut-être parce que certaines campagnes n'ont pas été correctement exécutées, du point de vue de la sensibilisation des communautés ou des activités de dépistage. Peut-être est-ce aussi parce qu'existaient dans les ré-

Table 2 Impact of leprosy elimination campaigns (LECs) on annual case detection

Tableau 2 Impact des campagnes pour l'élimination de la lèpre sur le dépistage annuel des cas

Country/area Pays/territoire	Year of LEC Année d'exécution de la CEL	Number of cases detected annually during the year before LEC Nombre de cas détectés dans l'année ayant précédé la CEL			Number of cases detected during the year when LEC was carried out <sup>a</sup> Nombre de cas détectés dans l'année de la CEL <sup>a</sup>			Annual detection during the year after LEC Nombre de cas détectés dans l'année ayant suivi la CEL		
		Total	MB cases Cas multi- bacillaires (%)	Disabilities <sup>b</sup> Lésions invalidantes <sup>b</sup> (%)	Total	MB cases Cas multi- bacillaires (%)	Disabilities <sup>b</sup> Lésions invalidantes <sup>b</sup> (%)	Total	MB cases Cas multi- bacillaires (%)	Disabilities <sup>b</sup> Lésions invalidantes <sup>b</sup> (%)
Cambodia – Cambodge										
Kampong Chhnang, Takeo (provinces)	1997	242	38	9	320	40	16	50	58	14
Kampot, Kep city	1997	73	75	20	87	59	NA – ND	13	69	NA – ND
Kandal (province)	1996	108	68	27	284	60	6	68	62	9
Prey Veng (province)	1997	175	52	20	314	55	23	92	46	NA – ND
Svay Rieng (province)	1996	54	72	11	80	59	23	45	58	9
Guinea – Guinée										
Basse Guinée	1997	509	22	NA – ND	1 551	34	NA – ND	700	41	4
Guinée Forestière	1997	1 396	20	NA – ND	1 588	23	NA – ND	1 034	48	7
Haute Guinée	1997	724	20	NA – ND	1 700	35	NA – ND	534	34	6
Moyenne Guinée	1997	551	20	NA – ND	1 042	30	NA – ND	1 298	44	7
India – Inde										
Tamil Nadu (state – état)	1997	60 623	10	1.7	63 589	10	1.5	41 970	15	2.5
Indonesia – Indonésie										
Bekasi, Karawang, Subang (districts)	1996	239	72	17	1 393	62	14	159	80	10
Myanmar										
Bago (district)	1997	228	55	5	532	55	18	113	62	8
Pyay (district)	1997	308	54	9	754	40	14	146	46	3
Nepal – Népal										
Parbat (district)	1996	24	92	16	73	73	4	34	71	15
Rupandehi (district)	1997	220	71	16	621	54	12	262	67	7
Philippines										
Cebu (province)	1996	148	89	NA – ND	239	73	8	152	80	3
Ilocos Norte (province)	1996	76	68	4	159	64	3	81	80	3

<sup>a</sup> LEC detections included. – Y compris les cas détectés dans le cadre de la CEL.

<sup>b</sup> Grade 2 disabilities among new cases. – Lésions invalidantes de degré 2 parmi les nouveaux cas.

NA = Not available. – ND = Non disponible.

pool of backlog cases in the area because of weak MDT services in the past, so that a single round of LEC was only able to detect part of these cases.

Table 3 shows the cure rates from 3 LECs that were successfully carried out during 1996. Cure rates for cases were found to be quite high in the LECs carried out in Indonesia and the Philippines after more than a year of follow-up. However, in Parbat district of Nepal, the cure rate was found to be rather low even after more than 20 months of follow-up, which could be due to irregular treatment, a high number of defaulters and keeping patients on treatment for longer periods than necessary. The cure rates for MB patients were not available for this district. In Ilocos Norte province of the Philippines it was only 30% after 2 years of follow-up, which may be due to the delays in implementing the recommended treatment guidelines.

Bangladesh and Nepal carried out evaluations immediately after the campaigns to ascertain their short-term impact. Out of 11 696 new cases that were detected during the campaigns in Nepal, 1 098 (9%) were re-examined over a period of 3 months. It was observed that most of the cases detected were referred by the search teams that

gions considérées, faute de services adéquats de polychimiothérapie, des arriérés importants de cas non détectés dont une partie seulement a pu être enregistrée en une seule campagne.

Le Tableau 3 donne les taux de guérison obtenus à l'issue de 3 CEL exécutées avec succès en 1996. Les taux de guérison des cas paucibacillaires sont apparus assez élevés en Indonésie et aux Philippines après plus d'une année de suivi. Dans le district de Parbat au Népal en revanche, ce taux était plutôt faible, même après plus de 20 mois de suivi, peut-être parce que les traitements ne sont pas réguliers, que beaucoup de malades ne suivent pas les traitements ou encore que certains malades sont maintenus en traitement plus longtemps que nécessaire. Le taux de guérison des cas multibacillaires n'a pas été fourni pour ce district. Dans la province d'Ilocos Norte aux Philippines, il était de 30% seulement après 2 années de suivi, ce qui pourrait être dû au retard avec lequel ont été appliquées les lignes directrices relatives au traitement.

Le Bangladesh et le Népal ont procédé à des évaluations immédiatement après les campagnes afin d'en apprécier l'impact à court terme. Sur les 11 696 cas nouveaux détectés pendant les campagnes au Népal, 1 098 (9%) ont été réexaminés sur une période de 3 mois. Il est apparu que la plus grande partie des cas détectés avaient été envoyés par les équipes chargées de visiter chaque foyer

visited each household in the community. Only 2% of the cases reported to the health centre on their own as a result of the messages broadcast through radio and television. With regard to diagnosis, around 15% of the cases re-examined were found to be wrongly diagnosed as having leprosy during the campaigns. The highest was in the central region where 33% of the PB and 23% of the MB cases were wrongly diagnosed.

In Bangladesh, the evaluation team reviewed a sample of 223 new cases of which 97% were on MDT. In this sample, 18 cases (8%) were found to be either defaulters or cases previously treated with dapson. This evaluation also revealed that about 75% of the general public was aware of the campaigns and that their major source of information was television (43%) and radio (23%).

de la communauté. Seuls 2% des cas s'étaient présentés spontanément au centre de santé à la suite des messages diffusés à la radio et à la télévision. Pour ce qui est du diagnostic, environ 15% des cas réexaminés avaient apparemment été diagnostiqués à tort comme des cas de lèpre pendant les campagnes. Ces erreurs de diagnostic avaient été les plus nombreuses dans la région centrale avec 33% pour les cas paucibacillaires et 23% pour les cas multibacillaires.

Au Bangladesh, l'équipe chargée de l'évaluation a examiné un échantillon de 223 cas nouveaux dont 97% avaient été mis en polychimiothérapie. Sur cet échantillon, 18 (8%) avaient soit interrompu leur traitement, soit déjà été traités à la dapson. Cette évaluation a également montré qu'environ 75% de la population avait entendu parler des campagnes, dans la plupart des cas à la télévision (43%) ou à la radio (23%).

Table 3 Cure rates among the new cases detected during the leprosy elimination campaigns (LECs)

Tableau 3 Taux de guérison obtenus pour les cas nouveaux détectés pendant les campagnes pour l'élimination de la lèpre (CEL)

Country/area Pays/territoire	LEC period Période couverte par la CEL	PB cure rate Taux de guérison de cas paucibacillaires (%)	Date of reporting Date de la notification	MB cure rate Taux de guérison de cas multibacillaires (%)	Date of reporting Date de la notification
Indonesia – Indonésie Bekasi, Karawang, Subang (districts)	June-August/Juin-août 1996	97	April/Avril 1997	89	January/Janvier 1998
Nepal – Népal Parbat (district)	April-June/Avril-juin 1996	65	March/Mars 1998	NA – ND	NA – ND
Philippines Ilocos Norte (province)	January-April/Janvier-avril 1996	100	February/Février 1998	30	February/Février 1998

NA = Not available. – ND = Non disponible.

### Challenges

The problems encountered in carrying out LECs are mainly related to operational issues, including logistics. When areas for LECs are selected without ensuring that the necessary health infrastructure is in place, patients may have to travel long distances to get treatment regularly. Limited involvement of the general health services and poor geographical coverage also contributed to low detection rates in some of the campaigns. Because of the increased attention focused on detecting cases, and also as a result of inadequate training being provided to the local health workers, there were instances of individuals being wrongly diagnosed as having leprosy.

Sometimes the health workers were very eager to report a large number of new cases so that patients who had already been cured (especially with residual disabilities) were re-registered for treatment as new cases. Inadequate monitoring of the supply of MDT drugs created shortages in some health centres because of the sudden increase in the number of patients detected during the campaigns. In some areas community awareness promotion was not carried out properly or as extensively as it should have been, which resulted in low awareness about the campaigns and individuals with suspicious skin lesions not coming forward for examination.

### Conclusion

The LECs successfully detected a large number of cases within a relatively short period of time and increased awareness of the disease in the community. However, proper follow-up is needed to ensure that the gains made during the LECs are maintained. The main challenge is to ensure that all cases under treatment complete the recommended course of treatment and are cured within the specified time.

### Enjeux

Les problèmes rencontrés lors de l'exécution de CEL sont essentiellement d'ordre opérationnel, y compris logistique. Quand les régions où doivent être exécutées des campagnes sont sélectionnées sans que l'on vérifie si les infrastructures sanitaires nécessaires sont en place, les malades peuvent être obligés de franchir de longues distances pour bénéficier d'un traitement régulier. La participation limitée des services de santé généraux et une mauvaise couverture géographique expliquent également que certaines campagnes n'aient pas permis de détecter de nombreux cas. Enfin, la focalisation de l'attention sur le dépistage des cas de lèpre et l'insuffisance de la formation donnée aux agents de santé locaux ont fait que le diagnostic de lèpre a parfois été posé à tort.

Il est arrivé que, dans leur ardeur à vouloir notifier un nombre élevé de cas nouveaux, les agents de santé enregistrent pour le traitement des malades déjà guéris (notamment ceux qui présentent des lésions résiduelles). Une mauvaise gestion des approvisionnements en médicaments pour la polychimiothérapie a entraîné des pénuries dans certains centres de santé débordés par l'afflux soudain de malades dépistés pendant les campagnes. Dans certaines régions, les activités de sensibilisation des communautés n'ont pas été aussi bien exécutées et aussi étendues qu'elles auraient dû l'être de sorte que le public était mal informé au sujet des campagnes et que des personnes porteuses de lésions cutanées suspectes ne se sont pas présentées pour se faire examiner.

### Conclusion

Les CEL ont permis de dépister de nombreux cas en un laps de temps relativement bref et de mieux sensibiliser le public à la maladie. Toutefois, un suivi bien conduit s'impose pour que soient maintenus les acquis des campagnes. L'enjeu majeur est de faire en sorte que tous les malades en traitement puissent suivre jusqu'à son terme le schéma thérapeutique recommandé et guérir dans les délais fixés.

## Food hygiene activities among refugees from Kosovo in Albania

An Italian assistance project

From the beginning of the conflict in Kosovo, significant numbers of refugees fled to neighbouring countries. The Italian government carried out a humanitarian assistance project, mainly for the benefit of refugees in Albania. This involved the setting up of 19 facilities in Albania, managed by the Italian government or Italian NGOs, to host about 40 000 refugees. A further 5 000 refugees who had fled to Macedonia were received in Sicily.

The Italian National Department of Civil Protection, which was in charge of emergency management, established a food hygiene control team together with the WHO/FAO collaborating centre for research and training in veterinary public health (Rome), to ensure the safety of the food provided to the refugees and aid workers.

The team consisted of 2 veterinarians whose tasks were the following:

- to check the safety of food sent by donors and the Italian government;
- to ensure the hygienic control of locally-produced foodstuffs intended for the refugee camps;
- to ensure the hygienic management of food stores and camp kitchens;
- to control the pest population (rodents, arthropods) inside the camps.

The main source of food was the humanitarian supply (mostly canned food) from Italy, which was stocked in Durrës port before being distributed. The foodstuffs were packed in containers. The camp of Valona (Vlorë) was the only camp to be provided with food of local origin. The team carried out inspections in Durrës and in the 26 camp kitchens. A training programme and specific guidelines were provided to the camp kitchen personnel, both Italian and Kosovar. Close collaboration with the Albanian veterinary authorities was initiated, in order to ensure common procedures on food inspection. A workshop on food hygiene in refugee camps was held in May 1999, the proceedings of which are expected to be published soon, both in Italian and Albanian.

Specific guidelines were prepared on the following topics:

- *Safe water supply.* Some of the camps were connected to the Albanian mains network, but the water was not guaranteed to be safe. Procedures of water treatment and residual chlorine control were established.
- *Food preservation.* Food sorting on the basis of the type of preservation (e.g. canned food, UHT milk, etc.); priority use of foodstuffs close to the expiry date for consumption; no use of raw food; no use of milk or dairy products of local origin (to avoid the risk of brucellosis).
- *Manipulation and preparation.* Separation of prepared and unprepared food; rapid consumption of cooked food (within 1 hour).
- *Hygiene of kitchen and personnel;* disposal of waste; washing and disinfection of kitchen tools and tables.
- *Control of rodents and arthropods;* use and choice of the most effective and safe products; prevention of rodent infestation by appropriate waste disposal.

## Activités en matière d'hygiène alimentaire parmi les réfugiés du Kosovo en Albanie

Un projet d'assistance italien

Depuis le début du conflit au Kosovo, un nombre important de personnes ont trouvé refuge dans les pays voisins. Le gouvernement italien a mis en place un projet d'aide humanitaire devant bénéficier principalement aux réfugiés en Albanie. Ce projet comportait la création de 19 centres en Albanie, gérés par le gouvernement italien ou des ONG italiennes et destinés à héberger près de 40 000 réfugiés. D'autre part, 5 000 personnes réfugiées en Macédoine ont été accueillies en Sicile.

Le Département national italien de la protection civile, chargé de la gestion de la situation d'urgence, a établi avec le centre collaborateur OMS/FAO pour la recherche et la formation en santé publique vétérinaire (Rome) une équipe de contrôle de l'hygiène alimentaire pour garantir la salubrité des denrées alimentaires fournies aux réfugiés et au personnel humanitaire.

L'équipe était composée de 2 vétérinaires ayant pour tâche:

- de vérifier la salubrité des aliments envoyés par les donateurs et le gouvernement italien;
- de veiller à ce que les denrées alimentaires produites localement pour les camps de réfugiés le soient dans de bonnes conditions d'hygiène;
- de garantir une gestion hygiénique des dépôts d'aliments et des cuisines des camps;
- de lutter contre les animaux nuisibles (rongeurs, arthropodes) dans les camps.

La principale source d'aliments était l'aide alimentaire (essentiellement des conserves) provenant d'Italie; ces aliments étaient stockés dans le port de Durrës avant d'être distribués. Les aliments étaient conditionnés dans des containers. Le camp de Valona (Vlorë) était le seul à être approvisionné en aliments d'origine locale. L'équipe a procédé à des inspections à Durrës dans 26 cuisines de camp. Un programme de formation et des principes directeurs précis ont été distribués au personnel des cuisines, tant italien que kosovar. Une étroite collaboration a été instituée avec les autorités vétérinaires albanaises afin de mettre en place une procédure commune d'inspection des aliments. Un atelier sur l'hygiène alimentaire dans les camps de réfugiés a été organisé en mai 1999, dont les actes devraient être publiés prochainement en italien et en albanais.

Des lignes directrices spécifiques ont été préparées sur les sujets suivants:

- *Approvisionnement en eau saine.* Certains camps ont été raccordés au réseau d'adduction d'eau albanais, mais l'eau n'était pas garantie potable. Des méthodes de traitement de l'eau et de contrôle du chlore résiduel ont été instituées.
- *Conservation des aliments.* Triage des aliments en fonction du type de conservation (aliments en conserve, lait UHT, etc.); utilisation prioritaire des denrées alimentaires proches de la date limite de consommation; pas d'utilisation d'aliments crus; pas d'utilisation de lait ou de produits laitiers d'origine locale (pour éviter le risque de brucellose).
- *Manipulation et préparation des aliments.* Séparation des aliments préparés et non préparés; consommation rapide des aliments cuits (dans l'heure).
- *Hygiène du personnel travaillant dans les cuisines;* évacuation des déchets; lavage et désinfection des ustensiles et tables de cuisine.
- *Lutte contre les rongeurs et les arthropodes;* utilisation et choix des produits les plus efficaces et les plus sûrs; prévention de l'infestation par les rongeurs par les moyens d'élimination des déchets appropriés.

- *Epidemiology and prevention of food contamination.* Etiology, symptomatology and basic prevention of the most common foodborne diseases.

The team also prepared a nutritional plan for the refugees, with the scientific advice of the Italian National Institute of Nutrition. The diet was established on the basis of the following factors:

- nutritional needs;
- nutritional and cultural habits of the refugees;
- feasibility of preservation in emergency conditions;
- availability of foodstuffs.

No severe cases of food poisoning were reported among the refugees, following the intervention of the team. However, the consumption of local products caused an outbreak of shigellosis in Tirana, among the civil defense operators.

This experience illustrated the effectiveness of an approach based on the involvement of the local authorities and the participation of the refugees, and the need for preliminary training in food hygiene for humanitarian operators. Further programmes concerning local production of safe food ceased because of the prompt return of the refugees to their country once the conflict ended.

(Report submitted by the WHO/FAO collaborating centre for research and training in veterinary public health, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, I-00161, Rome, Italy.)

- *Epidémiologie et prévention des intoxications.* Etiologie, symptomatologie et prévention de base des maladies d'origine alimentaire les plus répandues.

L'équipe a également établi un plan nutritionnel pour les réfugiés, en se basant sur les avis scientifiques de l'Institut national italien de nutrition. Le régime a été mis au point sur la base des facteurs suivants:

- besoins nutritionnels;
- habitudes nutritionnelles et culturelles des réfugiés;
- possibilités de conservation dans des conditions d'urgence;
- disponibilité des denrées alimentaires.

Aucun cas grave d'intoxication alimentaire n'a été signalé parmi les réfugiés à la suite de l'intervention de l'équipe. Toutefois, la consommation de produits locaux a entraîné une flambée de shigellose à Tirana parmi les agents de la défense civile.

Cette expérience a démontré l'efficacité d'une approche fondée sur la participation des autorités locales et celle des réfugiés et la nécessité d'une formation préliminaire en hygiène alimentaire pour le personnel humanitaire. D'autres programmes qui devaient favoriser la production locale d'aliments sains ont été interrompus en raison du retour rapide des réfugiés dans leur pays une fois le conflit terminé.

(Rapport soumis par le centre collaborateur OMS/FAO pour la recherche et la formation en santé publique vétérinaire, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, I-00161, Rome, Italie.)

## Renewal of paid subscriptions

To ensure that you continue to receive the *Weekly epidemiological record* without interruption, do not forget to renew your subscription for 2000. This can be done through your sales agent. For countries without appointed sales agents, please write to: World Health Organization, Marketing and Dissemination, 1211 Geneva 27, Switzerland (fax: [41-22] 791 48 57; e-mail: bookorders@who.ch). Be sure to include your subscriber identification number from the mailing label.

The annual subscription rate will remain unchanged, at Sw.fr. 230.- (in developing countries: Sw.fr. 161.-).

## Renouvellement des abonnements payants

Pour continuer de recevoir sans interruption le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, n'oubliez pas de renouveler votre abonnement pour 2000. Cela peut être fait par votre dépositaire. Pour les pays où un dépositaire n'a pas été désigné, veuillez écrire à l'Organisation mondiale de la Santé, Marketing et Diffusion, 1211 Genève 27, Suisse (fax: [41-22] 791 48 57; e-mail: bookorders@who.ch). N'oubliez pas de préciser le numéro d'abonnement figurant sur l'étiquette d'expédition.

Le prix de l'abonnement annuel restera inchangé, à Fr.s. 230.- (dans les pays en développement: Fr.s. 161.-).

## DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

## MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

### Notifications received from 1 to 7 October 1999

C - cases, D - deaths, ... - data not yet received, i - imported, r - revised, s - suspect

#### Cholera • Choléra

##### Africa • Afrique

	C	D
<b>Benin - Bénin</b>	...-21.VIII	
.....	666	17
<b>Burkina Faso</b>	7.VIII-18.IX	
.....	90	6
<b>Dem. Rep of the Congo - Rép. dém. du Congo</b>	27.VI-7.VIII	
.....	1 355	71
<b>Guinea - Guinée</b>	11.VII-7.VIII	
.....	128	4
<b>Madagascar</b>	15-27.IX	
.....	548	53

### Notifications reçues du 1<sup>er</sup> au 7 octobre 1999

C - cas, D - décès, ... - données non encore disponibles, i - importé, r - révisé, s - suspect

##### Asia • Asie

	C	D
<b>Niger</b>	17-30.IX	
.....	56	2
<b>Togo</b>	5.VI-28.VIII	
.....	289	11
<b>United Republic of Tanzania - République-Unie de Tanzanie</b>	20.VI-18.IX	
.....	10 387	544

	C	D
<b>Singapore - Singapour</b>		10.IX
.....	1i	0

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

E-Mail: send message [subscribe-wer-reh](mailto:subscribe-wer-reh@who.int) to [majordomo@who.int](mailto:majordomo@who.int)

Telex: 415416 Fax: (41-22) 791 41 98

Price of the *Weekly epidemiological record*

Annual subscription Sw. fr. 230.-

Accès WWW: <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique: envoyer message [subscribe-wer-reh](mailto:subscribe-wer-reh@who.int) à [majordomo@who.int](mailto:majordomo@who.int)

Télex: 415416 Fax: (41-22) 791 41 98

Prix du *Relevé épidémiologique hebdomadaire*

Abonnement annuel Fr. s. 230.-