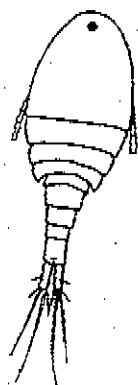


56457
✓ CID/DRA/95.4
Distri: Limited
Original: English/French



PROGRESS IN GUINEA WORM ERADICATION

PROGRES ENREGISTRES DANS L'ERADICATION DU VER DE GUINEE

DRACUNCULIASIS NEAR ERADICATION CELEBRATION
WASHINGTON, 4 DECEMBER 1995

*CELEBRATION DE LA PRE-ERADICATION DU VER DE GUINEE
WASHINGTON, 4 DECEMBRE, 1995*



Division of Control of Tropical Diseases
Division de la Lutte contre les Maladies tropicales
WORLD HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means — electronic, mechanical or other — without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit — électronique, mécanique, ou autre — sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

In 1986 the WHO World Health Assembly resolved that dracunculiasis could and should be eliminated. This decision was made possible by the extraordinary efforts that had been made, especially by Global 2000 and the Center for Disease Control, to demonstrate that this debilitating and costly disease can be eradicated.

Progress in the last 10 years has been dramatic with reported cases dropping from more than 3.5 million cases in 1986 to just under 165,000 cases in 1994, with a further reduction to approximately 100,000 cases expected by the end of 1995. Moreover, the number of endemic villages (reporting one or more cases in the past year) has been reduced from over 23,000 at the end of 1992 to less than 8,000 at the end of 1995.

Millions of individuals have become healthier and more productive through a strategy using village-based case detection, provision of safe drinking water, filtering water where safe water is not available, and health education. Now, in the final phase, a "case containment" strategy aims to accelerate the guinea worm eradication process by finding every single worm within 24 hours of its emergence, and applying individual as well as village-wide measures to ensure that no new infection occurs. In a number of countries, more than 80% of cases have been thus contained during 1995.

A 1995 award winning film, "Yoro, the Empty Granary" documents how these strategies are being successfully implemented in Mali. This film also shows the critical role played by Mali's former head of state, General Amadou Toumani Toure who continues to play a major role in mobilizing the political support of African leaders for guinea worm eradication in many of the afflicted countries.

Today's "celebration event" is to mark all of these accomplishments. This event also reaffirms our commitment to finishing what has been started, although the goal of eradicating guinea worm by the end of 1995, aimed for by Africa's Ministers of Health in 1988 and by the 1991 World Health Assembly, has not been completely achieved. Efforts should be redoubled until the remaining cases are eliminated and the disease completely eradicated. Success will be accomplished with the continued and strengthened efforts of WHO, UNDP, UNICEF, World Bank, national governments in afflicted and supporting countries, as well as Global 2000 and other NGOs. With sustained action and conviction, we shall succeed together to achieve our common goal.

Currently dracunculiasis is endemic in India and Yemen, and 16 African countries south of the Sahara. An estimated 120 million people are at risk of infection in Africa, and 10 million in Asia. Almost all (99.7%) of the 1994 reported cases occurred in Africa. Guinea worm is essentially a disease of rural communities: for example India is endemic because it

still has active foci located in the arid western state of Rajasthan. Previously affected areas of the country have been freed of this disease in recent years. Yemen, thought by many to be free of guinea worm, discovered two groups of endemic villages late in 1994 near the border with Saudi Arabia. Intervention activities were implemented immediately, and it is hoped to curb any further transmission of guinea worm.

With its many partners, the World Health Organization is working to strengthen eradication efforts in all countries which are or have recently been endemic for dracunculiasis. The WHO/UNICEF Joint Programme on Data Management and Mapping for Public Health will continue to be an essential part of our work. The goal is to collect and distribute continually updated maps and databases of all areas under surveillance, right down to the village level. The visualization of data on maps strengthens the monitoring and surveillance capabilities of countries, allowing them to better assess the situation and thereby facilitating effective targeting of interventions.

National monitoring and surveillance systems are also essential for certifying that the disease has in fact been eradicated from a country. The time has come to prepare for this long-sought goal.

An International Commission for Certification of Dracunculiasis Eradication was established during the 1995 World Health Assembly. WHO is to serve as its secretariat, providing information on the programme strategy, surveillance data and data analysis. The Commission is to meet in Geneva on 5 March 1996, for the first time.

The certification process currently being implemented will help maintain dracunculiasis eradication as a priority during the time it will take to eliminate the last foci, time during which pressure will no doubt grow to prematurely reduce its priority and withdraw needed international support. Through continued partnership efforts, guinea worm eradication will occur in the not-too-distant future.

Resources for the certification process will be concentrated within countries which are thought to be free of the disease, but which may have a higher likelihood of harbouring residual pockets of guinea worm (high risk - non endemic countries as shown on an attached map). An intensive search for residual foci needs to be carried out in a number of areas. The Arabian peninsula is an example of an area that was thought to be free of dracunculiasis, yet endemic villages are still being discovered. Countries which adjoin currently or very recently endemic countries must also be carefully searched.

Approaches to the certification of "probably-non-endemic" countries can and should be different from those applied in currently endemic countries, recently endemic countries, and countries considered to have a "high risk" of harbouring previously unrecognized foci of dracunculiasis. These "low-risk" countries are also indicated on the attached map. In order to certify that eradication has indeed been accomplished in a country, three consecu-

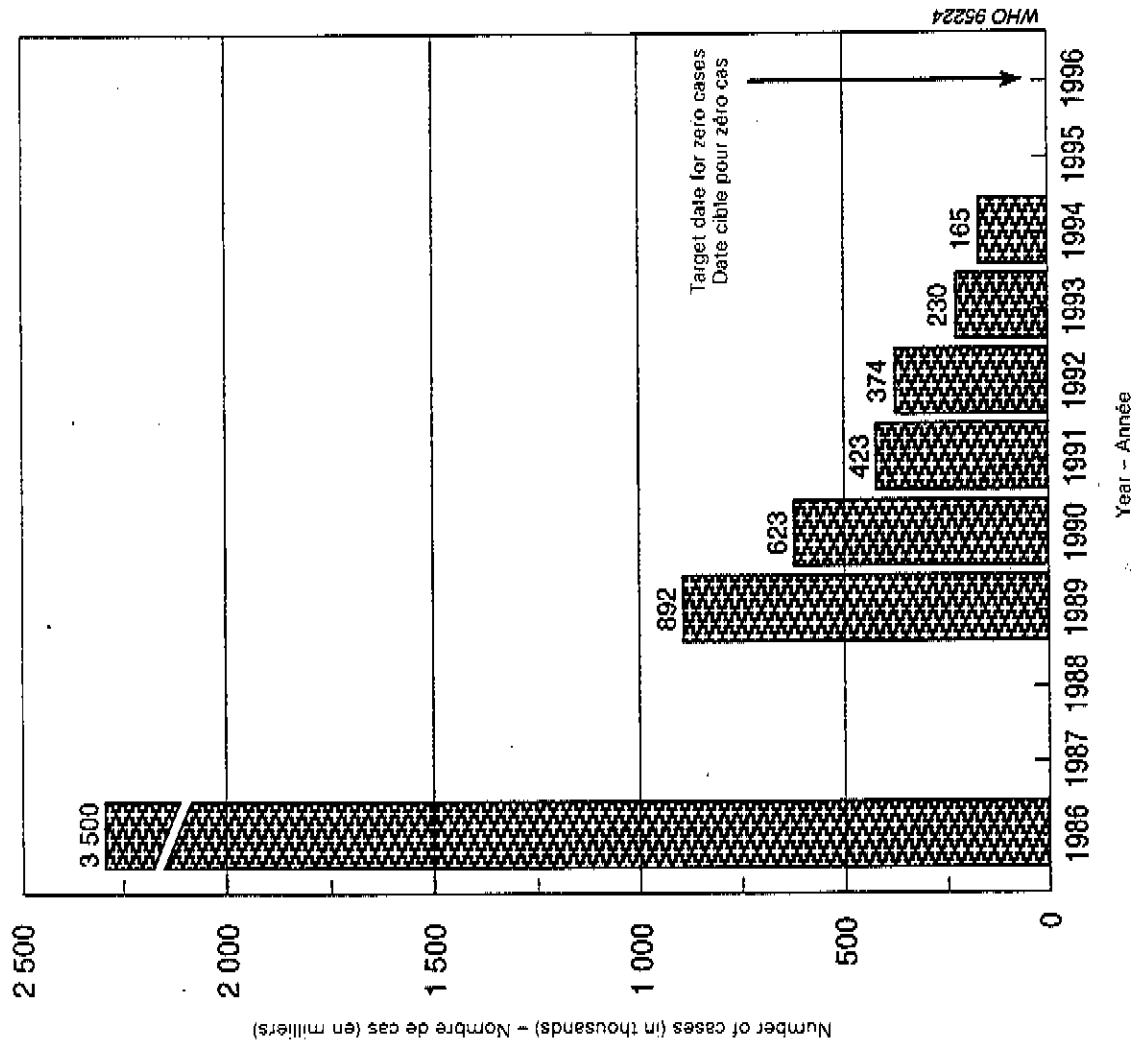
tive guinea-worm free years must be recorded, during which time good-quality disease surveillance is undertaken. For countries still endemic, such a system will be refined during regular annual meetings of programme managers and annual programme reviews. Criteria for certification of a country as "dracunculiasis-free" will be decided by the Certification Commission.

Cameroon, Central African Republic, Gambia, Guinea, Guinea Bissau, Iran, Kenya and Pakistan have an immediate need for guidance in preparing for Certification. Not one single case of guinea worm has been reported in Iran since the late 1970s. Pakistan reported its last case of guinea worm in September 1993, and when the certification process is complete it will become the first country to have eradicated dracunculiasis since the 1986 World Health Assembly resolution.

An estimated \$8 million still needs to be raised for completing disease interruption. The global certification costs have been estimated at \$ 2 million.

Although both of these figures are significant, the resources required are minuscule compared with benefits already accruing to populations freed from dracunculiasis. Together we must now secure these same benefits for people still afflicted by this disease, to thus assure the millions in Africa and Asia that they need never fear guinea worm again.

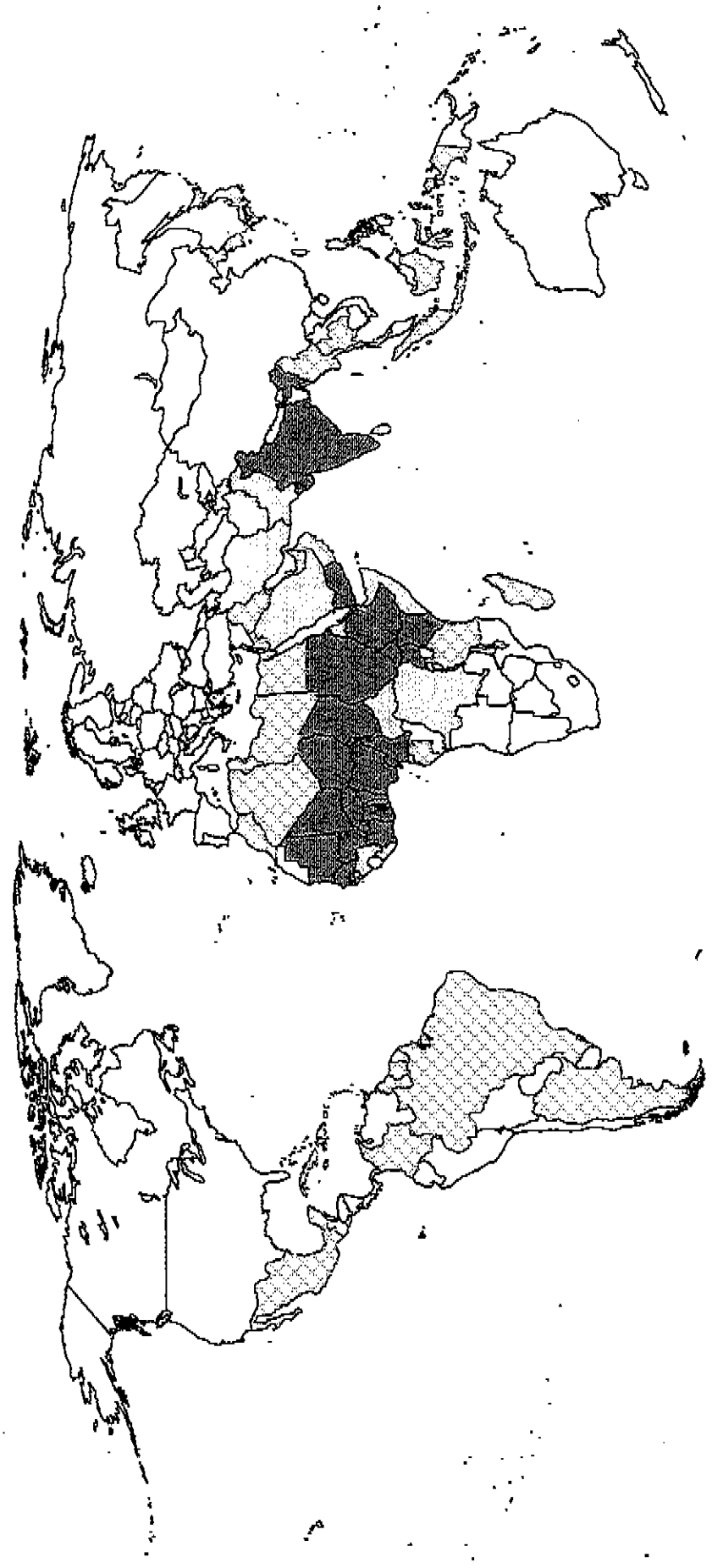
Fig. 1 Number of cases of dracunculiasis, by year, 1986,^a 1989-1993, ^b and 1994



^a Estimate. - Estimation.

^b See No. 17, 1994, pp. 121-128. - Voir No 17, 1994, pp. 121-128.

Dracunculiasis/Dracunculose



Currently endemic countries/Pays d'endémie
"High-Risk" countries/Pays considérés "à haut risque"
"Low-Risk" countries/Pays considérés "à faible risque"

En 1986, l'Assemblée mondiale de la Santé décida que la dracunculose pouvait et devait être éliminée. Cette décision a été rendue possible par les efforts intensifs fournis, plus particulièrement par Global 2000 et le CDC, pour démontrer que cette maladie débilite et coûteuse pouvait être éradiquée.

Les progrès enregistrés au cours de ces dix dernières années ont été considérables avec un nombre de cas notifiés qui ont chuté de plus de 3,5 millions en 1986 à un peu moins de 165 000 cas en 1994. En 1995, nous espérons réduire le nombre de cas à environ 100 000. De plus, le nombre de villages d'endémie (ayant notifié un ou plusieurs cas l'année passée) a été réduit de plus de 23 000 en 1992 à moins de 8 000 à la fin de 1995.

Grâce à une stratégie orientée sur la détection des cas à l'échelle du village, à la fourniture d'eau de boisson salubre, à l'habitude de filtrer l'eau de boisson lorsque que celle-ci n'est pas disponible, ainsi qu'à une éducation pour la santé bien ciblée, des millions de personnes sont en meilleure santé, produisent plus et améliorent leur statut économique. Maintenant que nous sommes arrivés à la phase finale, la stratégie d'isolement des cas va accélérer le processus d'éradication du ver de guinée et diagnostiquer toutes sorties de ver dans un délais de 24 heures en s'assurant que les mesures nécessaires seront mises en place, aussi bien à l'échelle individuelle qu'au niveau du village afin qu'aucun malade ne puisse être à l'origine d'une nouvelle infection. Dans la majorité des pays d'endémie, plus de 80% des cas ont été ainsi isolés en 1995.

Le tout nouveau film «*Yoro, le grenier vide*», qui vient d'être primé, montre comment cette approche a été mise en place avec succès au Mali. Ce film nous enseigne également le rôle capital joué par le Général Amadou Toumani Touré, ancien chef d'Etat du Mali, qui continue de jouer un rôle important pour mobiliser, parmi les décideurs de nombreux pays d'Afrique encore touchés par la maladie, le soutien politique nécessaire à l'éradication du ver de guinée.

La célébration d'aujourd'hui a pour but de commémorer tout ce qui a été accompli jusqu'à ce jour. Cet événement doit également réaffirmer notre engagement pour finir ce qui a été entrepris, en dépit du fait que l'objectif visé d'éradiquer la dracunculose d'ici 1995, tel qu'il avait été proposé par les Ministres Africains de la Santé en 1988 et par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1991, n'ait pas été complètement atteint. Nous devons redoubler nos efforts pour que les derniers cas disparaissent et que la maladie soit à tout jamais éradiquée. Le succès dépendra de la poursuite et de l'intensification des efforts de l'OMS, du PNUD, de l'UNICEF, de la Banque mondiale, des gouvernements des pays touchés, des pays donateurs, de Global 2000 et des autres ONG. Le succès est proche si nous soutenons nos efforts et si nous restons convaincus.

A l'heure actuelle, la dracunculose sévit toujours à l'état endémique en Inde et au Yémen ainsi que dans 16 pays d'Afrique au sud du Sahara. La population à risque d'infection est estimée à 120 millions en Afrique et à 10 millions en Asie. La quasi-totalité des cas (99,7%) notifiés provient d'Afrique. Le ver de guinée touche surtout les populations rurales; il est nécessaire de visualiser sur une carte comment cette infection a régressé dans le temps pour apprécier la situation actuelle. L'Inde, par exemple, reste infectée à cause de foyers de transmission toujours actifs; mais ces foyers sont situés dans l'Etat occidental et très aride du Rajasthan; les autres parties du pays, précédemment touchées, ont été récemment complètement libérées des foyers de transmission du ver de guinée. Au Yémen, considéré par beaucoup pour n'être plus touché par le ver de guinée, on a découvert à la fin de 1994 deux groupes de villages d'endémie près de la frontière de l'Arabie saoudite. Les mesures préventives ont été immédiatement mises en place, et on espère avoir presque arrêté la transmission.

En collaboration avec ses nombreux partenaires, l'OMS s'est engagé à renforcer et à faciliter les actions d'éradication dans tous les pays qui sont, ou ont été récemment, touchés par la dracunculose. Le Programme conjoint OMS/UNICEF de gestion des données et de cartographie pour la santé publique continue à représenter une partie essentielle de notre activité. L'objectif est de recueillir et de distribuer en permanence des cartes et des données de base de toutes les zones sous surveillance active. La visualisation des données sur des cartes renforce les capacités de suivi et de surveillance des pays en leur permettant de mieux évaluer la situation et, par là même, de mieux cibler les interventions.

Les systèmes nationaux de suivi et de surveillance représentent également un outil essentiel pour certifier que la maladie a effectivement été éradiquée d'un pays. L'heure est venue de se tenir prêt pour ce but si longtemps recherché.

Une Commission Internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose a été créée pendant l'Assemblée mondiale de la Santé en 1995. L'OMS servira de secrétariat à ladite Commission en lui fournissant des informations sur la stratégie du programme, des données de surveillance et leur analyse. La première réunion aura lieu à Genève le 5 mars 1996.

Le processus de certification qui est en train d'être mis en place aidera à maintenir l'éradication de la dracunculose parmi les programmes prioritaires pendant la durée nécessaire pour éliminer les derniers foyers, période pendant laquelle il faudra redoubler d'efforts pour éviter la perte d'intérêt et le manque d'aide internationale. Avec la collaboration continue des ses partenaires, ceci devrait aboutir dans un proche futur.

Les moyens nécessaires à la certification de l'éradication devront se concentrer sur les pays considérés comme débarrassés de la maladie, mais pouvant encore héberger des poches résiduelles de ver de guinée (pays à haut risque probablement non-infectés tels qu'ils figurent sur la carte). Une recherche intensive doit être entreprise dans de nombreuses

zones pour identifier des foyers résiduels. Il était admis que la péninsule Arabique par exemple, n'hébergeait plus de foyers actifs alors que deux petits foyers ont été découverts en 1994. D'autres pays limitrophes de pays à transmission active, ou récemment libérés de la maladie, doivent être soigneusement surveillés.

Le processus de certification des pays «probablement non infectés» doit être différent de celui des pays à transmission active, ayant un passé récent de dracunculose ou ayant de «haut risque» d'héberger des foyers non identifiés. Ces pays à faible risque sont également représentés sur la carte.

Chaque pays qui atteint le stade où l'éradication devient une possibilité très réelle a besoin d'un système de surveillance suffisamment fiable pour assurer qu'aucun cas n'est apparu pendant trois années consécutives. Ce système de surveillance applicable à chaque pays d'endémie devra être ajusté et perfectionné au cours de réunions de directeurs de programme, ou d'examen annuel des programmes. Les critères de certification applicables à un pays susceptible d'être exempt de dracunculose seront établis par la Commission de certification.

Le Cameroun, la Gambie, la Guinée, la Guinée-Bissau, l'Iran, le Kenya, le Pakistan et la République centrafricaine ont un besoin immédiat d'appui pour préparer la certification. Aucun cas de dracunculose n'a été notifié en Iran depuis la fin des années 1970. Au Pakistan, le dernier cas de dracunculose date de septembre 1993, et, lorsque le processus de certification sera achevé, il deviendra le premier à avoir éradiqué la dracunculose depuis l'Assemblée mondiale de la Santé en 1986.

Une somme estimée à 8 millions de dollars est encore nécessaire pour interrompre la transmission de la maladie. Le coût total de la certification vient d'être estimé à deux millions de dollars.

Bien que ces deux sommes puissent paraître importantes, elles sont minimales compte tenu du bienfait déjà acquis par les populations libérées de la dracunculose. Ensemble nous devons maintenant faire profiter de ces mêmes bienfaits les populations qui souffrent encore de cette maladie. Assurons en Afrique et en Asie les millions nécessaires qui leur permettront de ne plus jamais craindre le ver de guinée.