

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

20 APRIL 2007, 82nd YEAR / 20 AVRIL 2007, 82^e ANNÉE

No. 16, 2007, 82, 133–140

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

Contents

133 Dracunculiasis eradication
Global surveillance summary,
2006

140 International Health
Regulations

Sommaire

133 Eradication de la dracunculose
Bilan de la surveillance
mondiale, 2006

140 Règlement sanitaire
international

Dracunculiasis eradication

Global surveillance summary, 2006

During 2006, the global programme to eradicate dracunculiasis (guinea-worm disease) continued to make considerable progress in several countries in reducing the number of reported cases in countries outside Sudan. The number of endemic countries remains 9: all endemic countries reported at least 1 indigenous case in 2006. Globally, the number of reported cases increased during 2006, reflecting better reporting from southern Sudan's eradication programme.

Even when Sudan is included, the number of cases between 1989 and 2006 dropped from 892 055 in 1989 to 25 217 in 2006. *Map 1* and *Map 2* show the distribution of dracunculiasis cases by administrative area in the eastern and western parts of Africa.

Table 1 shows the number of dracunculiasis cases reported in 2006 by the 9 remaining endemic countries and the 5 countries in the precertification stage. The total number of cases reported worldwide was 25 217 cases. Ghana and Sudan reported the majority of cases, accounting for 98% of the total number. In 2006, Ghana reported 4136 cases (16% of the worldwide total) and Sudan reported 20 582 (82% of the total). Mali, Niger, Nigeria and Togo reported 484 (2%) of the total number of cases: there were 329 cases in Mali, 110 in Niger, 16 in Nigeria and 29 in Togo. The remaining 3 endemic countries (Burkina Faso, Côte d'Ivoire and Ethiopia) reported 13 cases – that is, <1% of total cases worldwide. A total of 2 cases were exported to 1 country in the precertification stage (Uganda).

The significant increase in the global number of cases was influenced by the number of cases in Sudan. The overall increase between 2005 and 2006 was 136% (25 217 cases in 2006 compared with 10 674 in 2005). Indigenous cases in Sudan increased by 270% during the same time (20 580 indigenous cases in 2006 versus 5569 in 2005); indigenous cases in Ghana increased by 4%

Eradication de la dracunculose

Bilan de la surveillance mondiale, 2006

En 2006, le Programme mondial pour l'éradication de la dracunculose (maladie du ver de Guinée) a continué d'enregistrer des progrès considérables dans plusieurs pays qui ont réduit le nombre de cas signalés – la situation étant différente au Soudan. Le nombre des pays d'endémie reste de 9: tous les pays d'endémie ont déclaré au moins 1 cas autochtone en 2006. Au niveau mondial, si le nombre de cas déclarés a augmenté en 2006, c'est là le résultat d'une amélioration de la notification des cas par le programme de l'éradication du sud du Soudan.

Même lorsqu'on tient compte du Soudan, le nombre des cas entre 1989 et 2006 a été ramené de 892 055 en 1989 à 25 217 en 2006. Les *Cartes 1* et *2* montrent la répartition des cas de dracunculose par zone administrative, à l'est et à l'ouest de l'Afrique.

Le *Tableau 1* indique le nombre de cas de dracunculose déclarés en 2006 par les 9 derniers pays d'endémie et les 5 pays en phase de précertification. Le nombre total des cas déclarés dans le monde était de 25 217. Ensemble, pour l'année 2006, le Ghana et le Soudan ont déclaré 98% du nombre total des cas – 4136 pour le Ghana (16%) et 20 582 pour le Soudan (82%). Le Mali, le Niger, le Nigeria et le Togo ont déclaré 484 cas (2% du total mondial), soit 329 cas pour le Mali, 110 pour le Niger, 16 pour le Nigeria et 29 pour le Togo. Les 3 pays d'endémie restants (Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Ethiopie) ont déclaré 13 cas, c'est-à-dire <1 % du nombre total. Deux cas ont été exportés vers un pays en phase de précertification, l'Ouganda.

L'augmentation significative du nombre total des cas dans le monde a été influencée par le nombre de cas déclarés par le Soudan. L'augmentation globale de 2005 à 2006 a été de 136% (25 217 cas en 2006 contre 10 674 cas en 2005). Au Soudan, le nombre de cas autochtones a augmenté de 270% (20 580 cas autochtones en 2006 contre 5569 en 2005); le nombre de cas autochtones au Ghana a augmenté de 4%

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 334.–

4.2007

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

Table 1 **Distribution of reported cases of dracunculiasis by country and month, 2006**Tableau 1 **Distribution des cas de dracunculose déclarés par mois et par pays en 2006**

Country – Pays	Cases in 2005 ^a – Cas en 2005 ^a	Number of dracunculiasis cases reported in 2006 – Nombre de cas de dracunculose déclarés en 2006												% of cases contained – % de cas confinés	
		Jan – Jan.	Feb – Fév.	Mar – Mars	Apr – Avril	May – Mai	Jun – Juin	Jul – Juil.	Aug – Août	Sept – Sept.	Oct – Oct.	Nov – Nov.	Dec – Déc.	Total	
Endemic countries^b – Pays d'endémie^b															
Burkina Faso	30	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	5	60
Côte d'Ivoire	10	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	0	0	5	100
Ethiopia – Ethiopie	37	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	100
Ghana	3 981	621	606	433	403	337	293	162	77	39	144	412	609	4 136	75
Mali	659	3	1	0	1	3	14	14	72	91	81	41	8	329	82
Niger	183	2	0	0	2	6	7	12	21	21	20	17	2	110	83
Nigeria – Nigéria	120	0	14	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	16	69
Sudan – Soudan	5 569	1	12	77	2 613	4 367	3 734	3 349	2 214	2 141	1 252	608	214	20 582	49
Togo	73	1	3	0	1	1	2	0	5	1	1	7	7	29	79
Precertification countries^c – Pays en phase de pré-certification^c															
Benin – Bénin	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cameroon – Cameroun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Central African Republic – République centrafricaine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chad – Tchad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kenya	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mauritania – Mauritanie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uganda – Ouganda	9	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	100
Total	10 674	629	636	510	3 020	4 716	4 053	3 541	2 391	2 295	1 499	1 086	841	25 217	54

^a See No. 18, 2006, pp. 173–188. – Voir No 18, 2006, pp. 173–178.

^b Indigenous and imported cases. – Cas autochtones et importés.

^c Imported cases only. – Cas importés uniquement.

(4134 indigenous cases in 2006 versus 3977 in 2005). All of the remaining endemic countries reported a decrease in the number of cases during this time: the proportion of cases in Ethiopia decreased by 97%, in Burkina Faso by 88%, in Nigeria by 87%, in Togo by 64%, in Mali by 51%, in Côte d'Ivoire by 44% and in Niger by 38%.

During 2006, national eradication programmes reported that transmission from 13 621/25 217 (54%) reported cases was contained, representing an increase from the 33% reported as contained in 2005. The increase was influenced by improved case containment rates in Ghana and Sudan (Ghana reported 75% case containment in 2006 versus 60% in 2005 and Sudan reported 49% case containment in 2006 versus 3.5% in 2005). Reported case containment rates improved in the remaining countries as well, with rates ranging from 60% to 100%. The percentage of cases contained in each country was: Burkina Faso, 60%; Côte d'Ivoire, 100%; Ethiopia, 100%; Mali, 82%; Niger, 83%; Nigeria, 69%; and Togo, 79%. Uganda, which is in the precertification stage of eradication, reported containment of 2 imported cases, thus achieving 100% case containment.

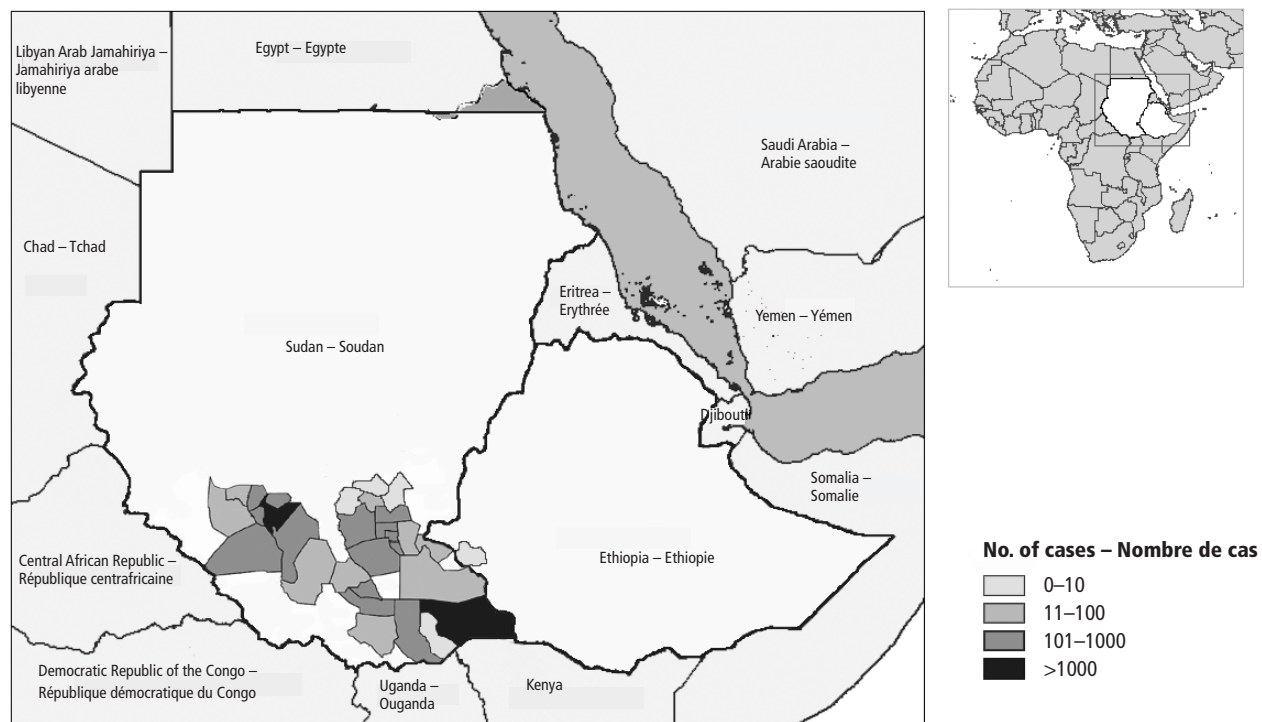
The number of internationally imported cases decreased significantly in 2006. Only 22 dracunculiasis cases were reported by 8 countries as being imported from other endemic countries; 45 imported cases were reported in 2005. The majority of the internationally imported cases (16/22) occurred in West Africa: 6 cases in Mali, 4 in Togo, 2 in Burkina Faso, 2 in Ghana and 2 in Niger. In East Africa, Ethiopia, Sudan and Uganda each reported 2 imported cases.

(4134 cas autochtones en 2006 contre 3977 en 2005). Tous les autres pays d'endémie ont signalé une diminution du nombre de cas entre 2005 et 2006, cette diminution étant de 97% en Ethiopie, de 88% au Burkina Faso, de 87% au Nigéria, de 64% au Togo, de 51% au Mali, de 44% en Côte d'Ivoire et de 38% au Niger.

En 2006, les programmes nationaux d'éradication ont fait état du confinement de 13 621 cas sur les 25 217 cas déclarés (54%), alors que la proportion n'était que de 33% en 2005. L'augmentation de la proportion a été influencée par l'amélioration du taux de confinement au Ghana et au Soudan (le Ghana ayant déclaré 75% de cas confinés en 2006 contre 60% en 2005 et le Soudan 49% en 2006 contre 3,5% en 2005). Les taux de confinement ont également augmenté dans les autres pays d'endémie et s'échelonnaient entre 60 et 100%. Le pourcentage des cas confinés était de 60% au Burkina Faso, de 100% en Côte d'Ivoire, de 100% en Ethiopie, de 82% au Mali, de 83% au Niger, de 69% au Nigéria, de 79% au Togo. L'Ouganda, qui se trouve en phase de précertification a déclaré 2 cas importés confinés et présente donc un taux de confinement de 100%.

Le nombre de cas importés d'autres pays a sensiblement diminué en 2006. Seuls 22 cas de dracunculose ont été déclarés par 8 pays comme importés d'autres pays d'endémie, contre 45 cas importés en 2005. La majorité des cas importés (16/22) concernait l'Afrique de l'Ouest: on a dénombré 6 cas importés au Mali, 4 au Togo, 2 au Burkina Faso, 2 au Ghana et 2 au Niger. En Afrique orientale, l'Ethiopie, le Soudan et l'Ouganda ont chacun signalé 2 cas importés.

Map 1 **Number of dracunculiasis cases by county (Sudan) or district (Ethiopia) in 2006**
 Carte 1 **Nombre de cas de dracunculose par comté (Soudan) ou district (Ethiopie) en 2006**



The number of villages reporting ≥ 1 case during 2006 was 4086. The majority were in Sudan (3346/4086). A total of 3569 villages were considered endemic because they reported indigenous cases. This is an increase of 111% in 2006 compared with 2005 (3569 endemic villages in 2006 versus 1688 in 2005). Sudan reported a 189% increase in the number of endemic villages (3137 endemic villages in 2006 versus 1085 in 2005). Ghana reported an 18% decrease (346 endemic villages in 2006 versus 422 in 2005). In the remaining countries, the proportion of endemic villages decreased by 52% (86 endemic villages in 2006 versus 181 in 2005).

Intercountry meetings were held in co-endemic border areas to encourage information exchange and strengthen intervention efforts. Cross-border and cross-country movements of nomadic populations in Burkina Faso, Mali and Niger are important factors in the transmission of disease in those countries. The keys to interrupting transmission include early detection and containment of cases among nomadic populations; and characterization of their seasonal movements; the number of cases of dracunculiasis; the sex, age and occupation of those infected; and sources of infection. Mapping endemic villages or localities and determining the migratory patterns of these populations have allowed specific objectives of eradication programmes to be tailored to these populations. Periodic intercountry coordination meetings in the region where the nomadic populations travel have aided programmes in delivering interventions more effectively.

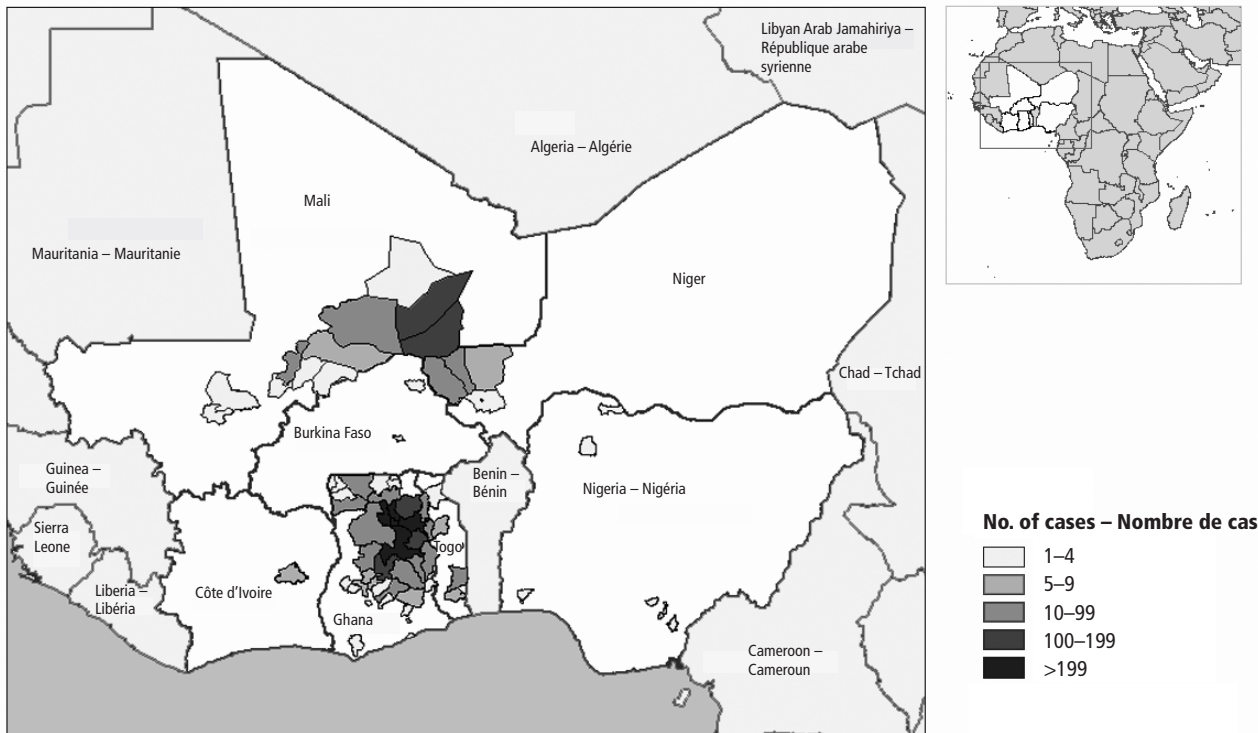
The Government of Burkina Faso hosted the 12th meeting of dracunculiasis eradication programme managers in Ouagadougou in March 2007. It was cosponsored by the Carter Center (Atlanta, USA), UNICEF and WHO. Participants from 9 countries, several international and

Le nombre de villages signalant au moins 1 cas en 2006 s'est établi à 4086. La plupart était des villages soudanais (3346/4086). Au total, 3569 villages ont été considérés comme des villages d'endémie parce qu'ils avaient enregistré des cas autochtones, ce qui correspond à une augmentation de 111% en 2006, comparativement à 2005 (3569 villages d'endémie en 2006 contre 1688 en 2005). Le Soudan a signalé une augmentation de 189% du nombre de villages d'endémie (3137 villages d'endémie en 2006 contre 1085 en 2005). Le Ghana pour sa part a signalé une diminution de 18% (346 villages d'endémie en 2006 contre 422 en 2005). Dans les pays restants, la proportion des villages d'endémie a diminué de 52% (86 villages d'endémie en 2006 contre 181 en 2005).

Des réunions interpays ont été organisées dans les zones frontalières limitrophes d'endémicité pour encourager l'échange d'informations et renforcer les efforts d'intervention. Les mouvements transfrontaliers et à l'intérieur d'un même pays des populations de nomades au Burkina Faso, au Mali et au Niger sont des facteurs importants de transmission de la maladie dans ces pays. L'interruption de la transmission suppose notamment un dépistage précoce et un confinement des cas chez les nomades et la caractérisation des mouvements saisonniers, ainsi que le nombre des cas, le sexe, l'âge et la profession des sujets infectés, et les sources d'infection. La cartographie des villages ou localités d'endémicité et la détermination des schémas migratoires de ces populations ont permis de mettre au point des objectifs programmatiques spécifiques pour ces populations particulières en vue de l'éradication. Des réunions de coordination périodiques interpays dans les zones de nomadisme ont aidé les programmes à fournir des interventions de manière plus efficace.

Le Gouvernement du Burkina Faso a accueilli la douzième réunion des responsables de programmes d'éradication de la dracunculose qui a eu lieu à Ouagadougou en mars 2007. Grâce au coparrainage du Carter Center (Atlanta, Etats-Unis), de l'UNICEF et de l'OMS. Les représentants de 9 pays, de plusieurs organi-

Map 2 **Number of dracunculiasis cases per district in selected west African countries, 2006**
 Carte 2 **Nombre de cas de dracunculose par district dans certains pays d'Afrique de l'ouest, 2006**



Data source for *Maps 1 & 2*: Proceedings of the Meeting of Programme Managers of Dracunculiasis Eradication Programmes, Ouagadougou, Burkina Faso, 27–29 March 2007. – Source des données pour les *Cartes 1 et 2*: Réunion des directeurs de programmes d'éradication de la dracunculose Ouagadougou (Burkina Faso), 27-29 mars 2007.

Production of the maps: Public Health Mapping and GIS Communicable Diseases (CDS), World Health Organization. – Production des cartes: Cartographie de santé publique et GIS Maladies transmissibles (CDS), Organisation mondiale de la Santé.

© WHO 2007. All rights reserved.

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

© OMS, 2007. Tous droits réservés.

Les frontières et les noms figurant sur cette carte ainsi que les appellations employées n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

nongovernmental organizations, and the sponsoring organizations attended. Managers of national eradication programmes presented their reports for 2006. Partnership meetings were held with programme managers to discuss their plans and budgets for 2006–2007. An interagency coordination group meeting was also held. Several programme managers from endemic countries attended the meeting, including representatives from Ghana and Sudan.

Analysis of the epidemiological situation

Endemic countries

Burkina Faso. The national programme reported 5 cases of dracunculiasis in 2006; there were 3 indigenous cases (in addition to 2 cases imported from Côte d'Ivoire), a reduction of 88% from 24 indigenous cases reported in 2005. The 5 cases were reported from 4 villages. The programme reported a case containment rate of 60% (3/5 cases). The cases were detected in different areas. Of the 3 indigenous cases, 2 were reported in 1 village in Dori District, in the

sations nationales et non gouvernementales et des organismes coparrainants y ont participé. Les responsables des programmes nationaux d'éradication ont présenté leur rapport pour 2006. Des réunions du partenariat ont été organisées avec les responsables de programmes pour examiner les plans et les budgets pour 2006-2007. Un groupe de coordination interorganisations s'est également réuni. Plusieurs responsables de programmes de pays d'endémie ont assisté à la réunion, notamment des représentants du Ghana et du Soudan.

Analyse de la situation épidémiologique

Pays d'endémie

Burkina Faso. Le programme national a déclaré 5 cas de dracunculose en 2006; 3 cas autochtones ont été notifiés (en plus de 2 cas importés de Côte d'Ivoire), soit une réduction de 88% par rapport aux 24 cas autochtones déclarés en 2005. Les 5 cas ont été signalés par 4 villages. Le programme a signalé un taux de confinement des cas de 60% (3 cas sur 5). Les cas ont été détectés dans différentes régions. Sur les 3 cas autochtones, 2 ont été signalés par un village du district de Dori, dans la région du Sahel, et le

Sahel Region, and the third was reported in Titao District, in the Nord Region. Of the 2 imported cases, 1 was detected in Zorgho District, in the Plateau Central Region, and the other in Gaoua District, in the Sud-Ouest Region. According to the reports, 3 of the cases each had one worm emerging; 1 case had 2 worms; and 1 case had 3 worms.

Côte d'Ivoire. During 2006, a total of 5 indigenous cases were reported from 1 village (Lendoukro) in part of the country where security is compromised; this is a 44% reduction compared with 2005. All 5 cases were reported to have been contained. In June and July, 2 cases occurred each month, and 1 case occurred in September.

Ethiopia. A total of 3 cases were reported from Ethiopia in 2006, including 2 imported cases. This is a 97% reduction compared with 2005 (1 indigenous case in 2006 compared with 29 in 2005). All cases were contained. The indigenous case was reported from Gambella Town in June 2006. The infected person, a male, was a permanent resident of Awukoy village in Gog District. In 2005, 17/29 indigenous cases came from this village. The infected male case in 2006 confirmed that he had drunk water from a pond (known as Shikawo pond) in 2005 before it had been chemically treated. This pond was known to be the source of contamination in about 21 cases in 2005. Gambella Town and the South Omo Region each reported 1 imported case during 2006. The 2 imported cases were cross-notified to Sudan, which was the country of origin. The number of cases imported from southern Sudan in 2006 has been significantly reduced compared with 2005 (2 imported cases in 2006 versus 8 imported cases in 2005). However, Ethiopia still faces challenges owing to the mobility of populations travelling between endemic villages in southern Sudan. A total of 12 suspected cases (7 in Gambella Region and 5 in South Omo Region) were admitted to health facilities and investigated but found not to be dracunculiasis.

Ghana. Ghana reported 4136 cases (including 2 cases imported from Mali) from 606 villages in 2006. This is an increase of 4% in the number of cases compared with 2005, when the country reported 3981 cases (including 4 imported cases). Ghana still ranks second only to Sudan in the number of cases reported, accounting for 16% of cases worldwide. Of all cases reported in Ghana, 75% (3086/4136) were contained. No rumours of dracunculiasis were reported during 2006.

The majority of cases (3679, 89%) were reported from the Northern Region; 204 cases (5%) were reported from Brong Ahafo Region. The remaining 253 cases (6%) were reported from the Upper West Region (93 cases), the Volta Region (86 cases) and other regions (74 cases).

Altogether, 3142/4136 cases (76%) in the Northern Region were reported from 5 districts: Savelugu-Nanton (1182 cases), Tolon-Kumbungu (827 cases), Tamale (416 cases), East Gonja (382 cases) and Yendi (335 cases). In the Savelugu-Nanton District, Savelugu Town reported 411 cases. In absolute numbers, in the Northern Region, the number of males infected was higher than the number of females (2245 versus 1434). Altogether, 2024/3679 (55%) cases in the Northern Region occurred in people aged >14 years.

The majority of cases (3501) reported in 2006 originated in 316 villages that also reported cases in 2005, indicating that these villages retained the ability to transmit the disease. A total of 346 of 606 villages reported indigenous cases, accounting for 57% of villages that reported cases.

troisième par le district de Titao, dans la région Nord. Sur les 2 cas importés, l'un a été détecté dans le district de Zorgho, dans la région du plateau central, et l'autre dans le district de Gaoua, dans la région du Sud-Ouest. Selon les informations, 3 des cas présentaient un seul ver émergent, 1 cas 2 vers, et 1 cas 3 vers.

Côte d'Ivoire. En 2006, 5 cas autochtones au total, tous confinés, ont été signalés par un même village (Lendoukro) dans une partie du pays confrontée à des problèmes de sécurité, ce qui correspond à une réduction de 44% par rapport à 2005. Deux cas sont survenus en juin, 2 en juillet et 1 en septembre.

Ethiopia. Au total, 3 cas, tous confinés, ont été déclarés en 2006, dont 2 cas importés, soit une diminution de 97% du nombre des cas par rapport à 2005 (1 cas autochtone en 2006 contre 29 en 2005). Le cas autochtone a été signalé par la ville de Gambella en juin 2006. Le sujet, un homme, vivait dans le village d'Awukoy du district de Gog. En 2005, 17 des 29 cas autochtones déclarés provenaient de ce village. L'intéressé a confirmé qu'il avait bu de l'eau d'un étang (l'étang de Shikawo) en 2005 avant qu'il ne fasse l'objet d'un traitement chimique. On savait que cet étang était à l'origine de la contamination de quelques 21 cas en 2005. La ville de Gambella et la région South Omo ont chacune signalé un cas importé en 2006. Les 2 cas importés ont été notifiés au Soudan d'où ils provenaient. Le nombre de cas importés du sud du Soudan en 2006 a été beaucoup moins important qu'en 2005 (2 contre 8). L'Ethiopia reste toutefois confrontée à des difficultés en raison de la mobilité des populations qui se déplacent entre les différents villages d'endémicité du sud du Soudan. Au total, 12 cas présumés (7 dans la région de Gambella et 5 dans la région de South Omo) admis dans des établissements de soins pour y être examinés se sont révélés négatifs pour la dracunculose.

Ghana. En 2006, le Ghana a déclaré 4136 cas (dont 2 importés du Mali) provenant de 606 villages, ce qui correspondait à une augmentation de 4% du nombre de cas comparativement à 2005 (3981 cas déclarés, dont 4 cas importés). En ce qui concerne le nombre de cas déclarés par pays, le Ghana arrive en deuxième position après le Soudan et regroupait 16% du total mondial en 2006. Parmi les cas déclarés au Ghana, 75% (3086/4136) étaient confinés. Il n'y a pas eu de cas présumés en 2006.

La majorité des cas (3679 soit 89%) ont été signalés par la région du Nord, 204 cas (5%) par la région Brong Ahafo, les 253 autres cas (6%) étant signalés par la région Upper West (93 cas), la région de la Volta (86 cas) et d'autres régions (74 cas).

En tout, 3142 cas sur 4136 (76%) de la région du Nord ont été signalés par 5 districts, ceux de Savelugu-Nanton (1182 cas), Tolon-Kumbungu (827 cas), Tamale (416 cas), East Gonja (382 cas) et Yendi (335 cas). Dans le district de Savelugu-Nanton, la ville de Savelugu a signalé 411 cas. Dans la région du Nord, on a enregistré plus de cas chez des hommes (2245) que chez les femmes (1434). En tout, 2024 cas sur 3679 (55%) dans la région du Nord ont concerné des personnes âgées de >14 ans.

La majorité des cas (3501) signalés en 2006 provenaient de 316 villages qui avaient également signalé des cas en 2005, ce qui démontre que la transmission de la maladie n'y a pas été interrompue. Au total, 346 villages sur 606 ont signalé des cas autochtones, ce qui représente 57% des villages signalant des cas.

Peak transmission of dracunculiasis usually occurs during the second half of one year and the first half of the following year; December and January are usually the months during which the highest number of cases are reported. Since a high number of cases were reported in December 2006, it is expected that the number of cases will continue to be high during the first half of 2007.

Mali. The number of reported cases of dracunculiasis in Mali dropped to 329 cases in 2006 from 659 cases in 2005, a decrease of 51% in the number of indigenous cases. Altogether, 6 cases were imported from other countries. Cases were reported from 88 villages, and 82% (271/329) of the reported cases were contained.

The highest number of cases were reported from the Ansongo and Gao districts (178 cases in Ansongo and 103 in Gao) in the Gao Region, the Gourma Rharous District (15 cases) in the Tombouctou Region and Mopti District (16 cases) in Mopti Region. The peak transmission season extended from June to November.

A total of 25 suspected cases of dracunculiasis were recorded and investigated: 7 were confirmed (6 in Gao Region and 1 in Mopti Region). More males were infected than females (186 versus 143).

Niger. The programme reported 110 cases in 2006, including 2 cases imported from Mali. This is a 38% reduction compared with the number of indigenous cases reported in 2005. The majority of cases were reported during the second half of the year, with cases peaking during August–November. Cases were reported from 34 villages, and 83% (91/110) of the cases were contained. All cases were reported from the Tillabéri Region in the south-west of the country. In Tillabéri Region, the Téra District saw the number of cases drop from 100 in 2005 to 37 cases in 2006, representing a reduction of 63%. The Tillabéri District reported the same number of cases in 2005 and 2006 (63 cases). More females were infected than males (65 versus 45).

Rumours of 126 suspected cases were recorded and investigated in 2006: 71 from Tillabéri Region, 31 from Zinder Region, 11 from Maradi Region, 8 from Dosso Region and 5 from Tahoua Region. None were confirmed.

Nigeria. The country has reported a steady and considerable reduction in the number of cases during the past 6 years. The North-East and North-West zones interrupted disease transmission in 2004 and have reported no cases since 2005. In 2006, 16 cases were reported, which is an 87% reduction in the total number of cases compared with 2005. Of the total number of cases, 69% (11/16) were contained. The majority of cases were reported from the South-East Zone: 9 cases from Ebonyi State and 1 from Enugu State. A total of 3 cases were reported from Cross River State in the South-South Zone. The following states reported 1 case each: Sokoto State and Zamfara State in the North-West Zone and Ogun State in the South-West Zone.

A high number of rumours of suspected cases (173) were reported and investigated; 57 were reported from the North-Central Zone, 56 from the South-West Zone and 31 from the North-East Zone. The remaining 29 were reported from the North-West Zone (16 cases), the South-East Zone (12 cases) and the South-South Zone (1). The high number of reports resulted from rewards being introduced for those who provided information on cases. None of the rumours of suspected cases were confirmed.

Le pic de la transmission survient généralement au cours de la deuxième moitié de l'année et de la première moitié de l'année suivante, le nombre le plus élevé de cas étant généralement signalé en décembre et en janvier. Comme on a signalé beaucoup de cas en décembre 2006, on peut s'attendre à ce que le nombre de cas signalés reste élevé au cours de la première moitié de 2007.

Mali. Le nombre de cas de dracunculose déclarés a été ramené de 659 en 2005 à 329 en 2006, ce qui correspond à une diminution de 51% du nombre de cas autochtones. En tout, 6 cas ont été importés d'autres pays. Des cas ont été signalés par 88 villages, et 82% de ces cas (271/329) ont été confinés.

Le nombre le plus élevé de cas a été signalé par les districts d'Ansongo (178 cas) et de Gao (103 cas) dans la région de Gao, le district de Gourma Rharous (15 cas) dans la région de Tombouctou et le district de Mopti (16 cas) dans la région du même nom. Le pic de la transmission s'étend de juin à novembre.

Au total, on a enregistré 25 cas présumés qui ont fait l'objet d'un examen: 7 ont été confirmés (6 dans la région de Gao et 1 dans la région de Mopti). Les hommes (186 cas) étaient plus souvent infectés que les femmes (143 cas).

Niger. Le programme a signalé 110 cas en 2006, dont 2 cas importés du Mali, soit une réduction de 38% par rapport au nombre de cas autochtones signalé en 2005. La majorité des cas ont été signalés au cours de la deuxième moitié de l'année, avec un pic au cours de la période d'août à novembre. Les cas ont été signalés par 34 villages et 83% d'entre eux (91/110) étaient confinés. Tous les cas ont été signalés par la région de Tillabéri dans le sud-ouest du pays. Dans cette région, le nombre de cas a été ramené de 100 en 2005 à 37 en 2006 dans le district de Téra, une réduction de 63%. Le district de Tillabéri a signalé le même nombre de cas en 2006 qu'en 2005 (63). On a enregistré plus de femmes infectées (65) que d'hommes (45).

On a également enregistré des rumeurs faisant état de 126 cas présumés qui ont fait l'objet d'un examen en 2006: 71 dans la région de Tillabéri, 31 dans celle de Zinder, 11 dans celle de Maradi, 8 dans celle de Dosso et 5 dans celle de Tahoua. Aucun de ces cas n'a été confirmé.

Nigeria. Le Nigeria a signalé une réduction régulière et considérable du nombre de cas au cours des 6 dernières années. La transmission a été interrompue dans les zones du nord-est et du nord-ouest en 2004 et aucun cas n'y a été signalé depuis 2005. En 2006, 16 cas ont été signalés dans l'ensemble du pays, ce qui correspond à une réduction de 87% comparativement à 2005. Sur ces 16 cas, 11 ont été confinés (69%). La majorité des cas ont été signalés par la zone du sud-est (9 cas dans l'Etat d'Ebonyi et 1 dans l'Etat d'Enugu). Au total, 3 cas ont été signalés dans l'Etat du Cross River dans la zone sud-sud. Les Etats suivants ont signalé chacun 1 cas: Sokoto, Zamfara dans la zone nord-ouest et Ogun dans la zone sud-ouest.

On a signalé un nombre élevé de rumeurs faisant état de cas présumés (173) qui ont été examinés; 57 ont été signalés par la zone nord-centre, 56 par la zone sud-ouest et 31 par la zone nord-est. Les 29 autres cas ont été signalés par la zone nord-ouest (16 cas), la zone sud-est (12 cas) et la zone sud-sud (1 cas). Le nombre élevé d'informations reçues provenait des récompenses promises à ceux qui fourniraient des données sur des cas. Aucun cas présumé n'a été confirmé.

Sudan. In 2006, the eradication programme in Sudan reported 20 582 cases (including 2 imported cases from Ethiopia) from 3346 villages, almost all from southern Sudan except 1 case reported in the northern states as being imported from the southern states. This is an increase of 270% in the number of cases compared with 2005; thus Sudan is still the top-ranked country in terms of the number of cases reported worldwide. The increase is attributed to improved surveillance and greater access to previously inaccessible areas in the south following the signing of the Comprehensive Peace Agreement in 2005.

The 20 582 cases represent 82% of the total number of worldwide cases reported in 2006. Altogether, 15 451/20 582 (75%) cases were reported from 920 villages, with each reporting ≥ 5 cases. In 2006, the case containment rate was 49% (10 126/20 582) compared with 3.5% (197/5569) in 2005.

A total of 19 232 villages in southern Sudan are now under active surveillance, including 3137 which are considered to have endemic transmission of dracunculiasis. The overall reporting rate in the 16 095 villages under active surveillance was 55%, while the average reporting rate among the 3137 endemic villages was 63%.

The 5 counties considered to be most highly endemic were: Kapoeta North (7849 cases), Kapoeta East (4606 cases), Gogrial East (1732 cases), Kapoeta South (1219 cases) and Ayod (1079 cases). The remaining cases were reported from 34 other counties (*Map 1*).

The northern states of Sudan have been free from endemic transmission since 2001 but continue to report that cases have been imported from southern Sudan. There was a consistent decline in the number of cases imported to the northern states during 2002–2006: 90 cases were imported in 2002; 29 in 2003; 11 in 2004; 4 in 2005; and 1 in 2006.

Togo. In 2006, the eradication programme reported 29 cases (25 indigenous cases and 4 imported cases). This is a decrease of 64% in the total number of cases compared with 2005. The case containment rate was 79% (23/29). Cases were reported from 10 villages. Rumours of 13 suspected cases were reported from different parts of the country and investigated; none were confirmed.

The majority of cases were reported from 3 villages: Kpatala (11 cases) in the Ogou District in the south-western part of Togo on the border with Benin, Kissafo (6 cases) in the Bassar District in the central-western part near the border with Ghana, and Kpégno (4 cases) in the Haho District in the south.

Countries in the precertification stage

When a country interrupts disease transmission and reports 0 cases, it is classified as being in the precertification stage. It must maintain active community-based surveillance for 3 years. After this time, international certification teams are sent to the country to review the situation and determine whether the country should move to the post-certification stage.

Benin. The last indigenous case of dracunculiasis was reported in March 2004. Since then, Benin has continued to report 0 indigenous cases, and no indigenous cases were reported during 2006. Only 1 case was reported in 2005; it had been imported from Ghana. An external evaluation to confirm the interruption of transmission took place in May 2006 and confirmed that transmission had been interrupted.

Soudan. En 2006, le programme d'éradication soudanais a signalé 20 582 cas (dont 2 cas importés d'Éthiopie) enregistrés dans 3346 villages, presque tous du sud du Soudan – à l'exception d'un cas signalé dans les États du nord comme ayant été importé des États du sud. C'est là une augmentation de 270% du nombre des cas comparativement à 2005, ce qui fait que le Soudan reste le pays où l'on recense le plus grand nombre de cas. L'augmentation est attribuée à l'amélioration de la surveillance et de l'accès à des zones précédemment inaccessibles du sud après la signature de l'Accord global de paix en 2005.

Les 20 582 cas soudanais représentent 82% du nombre total des cas déclarés dans le monde en 2006. En tout, 15 451 cas sur 20 582 (75%) ont été signalés par 920 villages signalant 5 cas ou plus. En 2006, le taux de confinement des cas s'établissait à 49% (10 126/20 582) contre 3,5% (197/5569) en 2005.

Le nombre de villages du sud du Soudan sous surveillance active est actuellement de 19 232 dont 3137 sont considérés comme des villages d'endémicité. Le taux de notification global des 16 095 villages sous surveillance active était de 55% alors que le taux de notification moyen des 3137 villages d'endémicité s'établissait à 63%.

Les 5 comtés considérés comme les plus touchés étaient ceux de Kapoeta nord (7849 cas), Kapoeta est (4606 cas), Gogrial est (1732 cas), Kapoeta sud (1219 cas) et Ayod (1079 cas). Les autres cas ont été signalés par 34 autres districts (*Carte 1*).

Les États du nord du Soudan sont épargnés par la transmission endémique depuis 2001, mais continuent de signaler des cas importés du sud. Le nombre des cas importés dans les États du nord a régulièrement diminué entre 2002 et 2006, passant de 90 cas en 2002 à 29 en 2003, 11 en 2004, 4 en 2005 et un seul en 2006.

Togo. En 2006, le programme d'éradication a déclaré 29 cas (25 autochtones et 4 importés), ce qui correspond à une diminution de 64% du nombre total des cas comparativement à 2005. Le taux de confinement des cas était de 79% (23/29). Des cas ont été signalés par 10 villages. Des rumeurs faisant état de 13 cas suspects ont été signalées par différentes parties du pays et ont fait l'objet d'un examen ; aucun n'a été confirmé.

La majorité des cas ont été signalés par 3 villages – Kpatala (11 cas) dans le district d'Ogou au sud-ouest du pays, près de la frontière avec le Bénin, Kissafo (6 cas) dans le district de Bassar du centre-ouest près de la frontière ghanéenne, et Kpégno (4 cas) dans le district de Haho au sud du pays.

Pays en phase de précertification

Lorsqu'un pays interrompt la transmission et signale zéro cas, il est classé comme étant en phase de précertification. La surveillance communautaire active doit être maintenue pendant 3 ans, après quoi, des équipes de certification internationales sont envoyées sur place pour faire le point de la situation et déterminer s'il y a lieu de passer à la phase post-certification.

Bénin. Le dernier cas autochtone de dracunculose a été notifié en mars 2004. Depuis, le Bénin a continué de déclarer zéro cas autochtone, aucun cas autochtone n'ayant été signalé en 2006. Un seul cas – importé du Ghana – a été déclaré en 2005. Une évaluation extérieure visant à confirmer l'interruption de la transmission a été effectuée en mai 2006; elle a permis de confirmer l'interruption.

Chad. No indigenous or imported cases were reported during 2006. A survey was conducted in 2005 in 11 Sudanese refugee camps in the eastern part of the country but no cases were detected. Owing to security concerns, it was not possible for an international certification team from WHO to visit the formerly endemic areas to confirm whether the country was eligible for certification.

Kenya. The country reported no indigenous or imported cases in 2006.

Mauritania. No indigenous or imported cases were reported in 2005 and 2006. An external evaluation mission carried out in March 2006 confirmed the interruption of transmission of the disease.

Uganda. No indigenous cases were reported in 2005 or 2006. In 2005, an external evaluation mission confirmed the interruption of transmission. A total of 2 cases were reported as having been imported from southern Sudan in 2006.

Cameroon and Central African Republic. These countries were certified by the International Commission for the Certification of Dracunculiasis Eradication as being free from the disease during a meeting in Geneva in March 2007.

Editorial note. In 2006, Sudan reported an approximately fourfold increase in the number of cases of dracunculiasis compared with 2005. This increase resulted from more areas becoming accessible after the signing of the Comprehensive Peace Agreement in 2005. In addition, political commitment, the new structure of the country's health services and increased financial and human resources have resulted in better surveillance and implementation of interventions. It remains to be seen whether this momentum will be seized and maintained, and result in a rapid decrease in incidence.

The slight increase in the number of cases in Ghana – despite political and financial commitments – is a concern to all partners involved in dracunculiasis eradication. The lack of progress in eradication in Ghana's Northern Region is surprising and disappointing.

All of the remaining 7 endemic countries outside Ghana and Sudan are making progress in their eradication efforts, and there is a declining trend in the number of cases. In 2006, a total of 497 cases were reported from endemic countries outside Ghana and Sudan compared with 1112 cases reported in endemic countries outside Ghana and Sudan in 2005, a reduction of 55%. The main endemic area has been reduced to the Northern Region of Ghana and southern Sudan. Intervention efforts must be intensified in the 2 areas immediately. ■

Tchad. Aucun cas autochtone ni importé n'a été signalé en 2006. Une enquête menée en 2005 dans 11 camps de réfugiés soudanais à l'est du pays n'a pas permis de détecter des cas. En raison de problèmes de sécurité, il n'a pas été possible pour une équipe de certification internationale de l'OMS de se rendre dans les zones précédemment touchées par la maladie pour confirmer si le pays pouvait faire l'objet d'une certification.

Kenya. Le Kenya n'a signalé aucun cas autochtone ni importé en 2006.

Mauritanie. Aucun cas autochtone ni importé n'a été signalé en 2005, ni en 2006. Une mission d'évaluation extérieure effectuée en mars 2006 a confirmé l'interruption de la transmission.

Ouganda. Aucun cas autochtone n'a été signalé en 2005 ou 2006. En 2005, une équipe d'évaluation extérieure a confirmé l'interruption de la transmission. Au total, 2 cas importés du sud du Soudan ont été signalés en 2006.

Cameroon et République centrafricaine. Ces pays ont été certifiés exempts de la maladie lors d'une réunion de la Commission internationale pour la Certification de l'Éradication de la Dracunculose qui a eu lieu à Genève en mars 2007.

Note de la rédaction. En 2006, le Soudan a déclaré environ 4 fois plus de cas de dracunculose qu'en 2005. Cette augmentation résulte du fait que de nouvelles zones sont devenues accessibles après la signature de l'Accord global de paix en 2005. De plus, l'engagement politique, la nouvelle structure des services sanitaires nationaux et l'accroissement des ressources financières et humaines ont permis d'améliorer la surveillance et les interventions. Il reste à voir si l'on pourra maintenir cet élan de façon à réduire rapidement l'incidence de la maladie.

La légère augmentation du nombre de cas au Ghana, malgré l'engagement politiques et financier, est préoccupante pour tous les partenaires concernés. L'absence de progrès dans la région du nord du Ghana surprenante et décevante.

A part le Ghana et le Soudan, l'ensemble des 7 autres pays d'endémie progressent en vue de l'éradication et le nombre des cas tend à diminuer. En 2006, le nombre total des cas déclarés par les pays d'endémie à l'exception du Ghana et du Soudan était de 497 contre 1112 l'année précédente, soit une réduction de 55 %. Les principales zones d'endémie se réduisent désormais au nord du Ghana et au sud du Soudan. Les efforts d'intervention doivent être intensifiés immédiatement dans ces deux zones. ■

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS / RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Notifications of diseases received from 13 to 19 April 2007 / Notifications de maladies reçues du 13 au 19 avril 2007

Cholera / Choléra	Cases / Deaths Cas / Décès		Cases / Deaths Cas / Décès
Africa / Afrique			
Congo	26.III-01.IV	Mozambique	22-28.III
.....	710 20	302 4
Guinea/Guinée	12.III-08.IV	Sudan/Soudan	19.III-01.IV
.....	42 6	1503 29

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message [subscribe_wer-reh](mailto:subscribe_wer-reh@listserv.who.int) to listserv@who.int

Fax: +41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int/wer@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer>

Courrier électronique • envoyer message [subscribe_wer-reh](mailto:subscribe_wer-reh@listserv.who.int) à listserv@who.int

Fax: +41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int/wer@who.int