



Date: 26 janvier 2004



Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication de la dracunculose

Sujet: RESUME DE LA DRACUNCULOSE #139

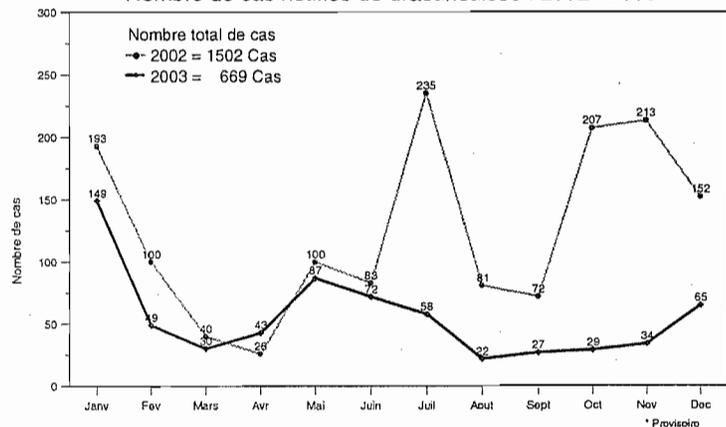
A: Destinataires

Existe-t-il des cas autochtones ou importés de dracunculose qui ont échappé à la détection dans votre région, ce mois ?

LE TOGO SIGNALA 58% DE CAS EN MOINS POUR 2003, DEPASSE LE MALI

Le Programme d'Eradication de la Dracunculose du Togo n'a signalé que 625 cas autochtones en 2003, alors que ce chiffre était de 1 473 en 2002, réalisant donc une réduction de cas 58% pour l'année. Il s'agit-là du nombre de cas le plus faible de dracunculose que le Togo ait jamais signalé depuis qu'a démarré son programme et, de fait, place donc ce pays pour la première fois bien en dessous du Mali, qui a déjà indiqué 818 cas autochtones en 2003. Le Togo a également signalé 47 cas importés du Ghana en 2003 et, à présent, c'est le pays qui se situe au cinquième rang d'endémicité pour la dracunculose grâce à ses progrès remarquables de l'année dernière. Les 669 cas du Togo de 2003 ont été signalés de 71 villages endémiques (notifiant 514 cas autochtones) et de 87 villages (notifiant 155 cas importés), dont les 47 cas importés du Ghana. Un total de 83 villages n'ont signalé qu'un seul cas chacun et 30 villages seulement ont notifié cinq cas ou plus. Les zones endémiques restantes sont confinées dans quatre districts : Haho, Ogou, Sotouboua et Keran. Soixante-quatorze pour cent des cas notifiés en 2003 ont été endigués, dont [161 (29%)] dans des centres d'endiguement des cas, comparé à 62% de cas qui auraient été endigués en 2002. Monsieur K. Ignace Amegbo est le Coordinateur du Programme national du Togo. Au fil des ans, le Corps de la Paix américain, l'UNICEF et l'OMS ont prêté assistance à ce programme, outre le Centre Carter/Global 2000 et le Gouvernement du Japon.

Figure 1 Programme d'Eradication du Ver de Guinée du Togo
Nombre de cas notifiés de dracunculose : 2002 - 2003*

**OBJECTIFS MEASURABLE POUR GHANA, NIGER, ET TOGO POUR 2004**

Dans des numéros passés du Résumé de la Dracunculose, nous avons posé la question « Est-ce que votre Programme d'Eradication de la Dracunculose s'est donné des objectifs mesurables spécifiques pour 2004 ? » La plupart des pays ont répondu. Nous présentons ci-après les objectifs indiqués pour trois pays où la dracunculose est endémique. Le but de la campagne d'éradication de la dracunculose étant de mettre fin à la transmission de la maladie dans tous les endroits où elle survient, nous soulignons l'importance de disposer d'une bonne capacité de surveillance dans chaque village où la transmission est endémique pour répondre à la première condition liée à l'endiguement de la transmission, à savoir, dépister tous les cas de la maladie dans les 24 heures qui suivent l'émergence du ver de Guinée. Cela devrait être le premier de tous les objectifs mesurables de chacun des programmes nationaux d'éradication de la dracunculose. Voici deux autres objectifs importants qui doivent figurer sur ces listes : 1) enquêter sur l'origine de tous les cas importés de la dracunculose et 2) obtenir à temps les comptes rendus mensuels de tous les villages où la dracunculose est endémique.

Ghana : objectifs proposés pour 2004

- 1) Endiguer plus de 80% de tous les cas notifiés – (61% en 2003).
- 2) Admettre 80% des cas se présentant dans un centre d'endiguement des cas dans les 24 heures suivant l'émergence du ver – (70% en 2003).
- 3) Arriver à une couverture durable de 100% (de tous les ménages) dans les tous villages où la maladie est endémique – (95% en 2003).
- 4) Assurer une couverture à 100% de filtres-conduites (appuyée par une éducation sanitaire en ce qui concerne leur utilisation et entretien) pour les populations concernées dans les 11 districts où la maladie est la plus endémique.
- 5) Mettre en place des points d'eau de boisson dans les 100 communautés où la maladie est la plus endémique.
- 6) Contrôler si au moins 90% des 180 nouveaux points d'eau salubre installés par le Gouvernement du Ghana se trouvent dans des villages endémiques qui ont signalé 5 cas de dracunculose ou plus en 2003.
- 7) Alimenter en eau de boisson salubre (ne contenant pas de ver de Guinée) à partir de barrages dans 5 villages où l'on peut s'attendre à un effet important du point de vue arrêt de la transmission à l'aide de technologies à faible coût.
- 8) Effectuer des contrôles imprévus des copépodes suite au traitement avec de l'ABATE® dans 5 villages endémiques choisis par mois. (0% en 2003).
- 9) Réaliser au moins une Semaine du Ver dans chacun des 20 districts où la maladie est la plus endémique (15 en 2003).
- 10) Vérifier que toutes les écoles, primaires et secondaires, dans les 20 districts où la dracunculose est la plus endémique enseignent à propos de la prévention de la dracunculose.
- 11) Diffuser des messages radiophoniques (nouvelles, ritournelles, sketches et annonces publiques) à propos de la dracunculose sont diffusés au moins deux fois par semaine lors de la saison de transmission pic de la part de toutes les stations disponibles dans les trois régions où la maladie est la plus endémique.
- 12) Réaliser une surveillance active dans tous les villages qui ont notifié des cas autochtones de dracunculose lors des 3 dernières années civiles.
- 13) Recommander et défendre la création d'un système national de surveillance à base communautaire dépendant de Service de Surveillance national du Ministère de la Santé.

Niger : objectifs proposés pour 2004.

- 1) Endiguer plus de 90% de tous les cas notifiés.
- 2) Sur tous les cas qui se présentent aux centres d'endiguement, accepter plus de 75% dans les 24 heures suivant l'émergence du ver de Guinée.
- 3) Endiguer plus de 30% de tous les cas dans les centres d'endiguement.
- 4) Maintenir une couverture à 100% de filtres dans les ménages avec, à l'appui, une éducation portant sur leur utilisation et entretien dans plus de 95% des emplacements où la dracunculose est endémique.
- 5) Distribuer des filtres-conduites et des filtres en forme de cône avec, à l'appui, une éducation portant sur leur utilisation et entretien à toutes les personnes concernées.
- 6) Suivre mensuellement l'approvisionnement en eau de boisson salubre (ou eau filtrée) ainsi que le bon fonctionnement des pompes manuelles dans tous les endroits où la dracunculose est endémique et qui disposent de pompes.
- 7) Réaliser des contrôles imprévus des copépodes auprès des points d'eau de boisson traités avec de l'ABATE® dans les 20 emplacements où la maladie est la plus endémique (0% en 2003).
- 8) Réaliser annuellement une Semaine du Ver dans chacun des districts où la maladie est la plus endémique.
- 9) Vérifier que toutes les écoles, primaires et secondaires, dans les 20 emplacements où la maladie est la plus endémique, enseignent à propos de la prévention du ver de Guinée.
- 10) Vérifier que des messages radiophoniques (nouvelles, ritournelles, sketches et annonces publiques) sont diffusés au moins deux fois par semaine dans les langues locales, lors de la saison de transmission pic, de la part de toutes les stations disponibles dans les régions où la maladie est la plus endémique.

Togo : objectifs proposés pour 2004.

- 1) Endiguer complètement au moins 85% de tous les cas (76% en 2003).
- 2) Admettre au moins 75% des cas dans des centres d'endiguement dans les 24 heures suivant l'émergence du

- ver et 100% dans les 48 heures. (# ?? admis dans les 24 heures en 2003).
- 3) Endiguer 80% de tous les cas ou plus signalés dans les préfectures de Haho, Yoto, Ogou, Est-Mono, Keran et Oti, dans les centres d'endiguement de ces préfectures (51% en 2003).
 - 4) Suivre le Programme d'Eradication de la Dracunculose, une fois par trimestre, dans tous les villages où la maladie était endémique et autres villages à risques dans les préfectures où la maladie est endémique. (? en 2003).
 - 5) Vérifier que tous les villages endémiques fournissent des filtres en tissu à 100% des ménages (82% en 2003).
 - 6) Réaliser des contrôles imprévus des copépodes auprès des points d'eau de boisson traités avec de l'ABATE® dans les 20 villages où la maladie est la plus endémique (0% en 2003).
 - 7) Suivre mensuellement l'approvisionnement en eau de boisson salubre (ou eau filtrée) ainsi que le bon fonctionnement des pompes manuelles dans tous les endroits où la dracunculose est endémique et qui disposent de pompes.
 - 8) Obtenir des comptes rendus précis et complets de tous les villages où la maladie est endémique le 15 de chaque mois (? en 2003).
 - 9) Vérifier que toutes les écoles, primaires et secondaires, dans les 4 préfectures où la maladie est la plus endémique, enseignent à propos de la prévention du ver de Guinée. (? en 2003).
 - 10) Vérifier que des messages radiophoniques (nouvelles, ritournelles, sketches et annonces publiques) sont diffusés au moins deux fois par semaine dans les langues locales, lors de la saison de transmission pic (septembre – janvier), de la part de toutes les stations disponibles dans les 4 préfectures où la maladie est la plus endémique (Sotouboua, Keran/Oti, Haho et Ogou) ainsi que dans les préfectures de Ave/Agou et Zio.
 - 11) Réaliser annuellement une Semaine du Ver dans chacune des préfectures où la maladie est la plus endémique.

ITFDE FAIT LE POINT DES PROGRAMMES D'ERADICATION ET EMET DES RECOMMANDATIONS

L'Equipe internationale d'Eradication de la Dracunculose (ITFDE) a fait le point de l'état d'avancement du Programme d'Eradication de la Dracunculose et a passé en revue les stratégies de ce programme lors de sa cinquième réunion en octobre 2003. L'équipe est arrivée aux conclusions et aux recommandations suivantes suite à cet examen.

1. L'Equipe spéciale réaffirme les conclusions auxquelles elle est arrivée précédemment, à savoir que la dracunculose peut être éradiquée, rassurée en plus par les résultats obtenus ces 10 dernières années.
2. L'Equipe spéciale félicite les progrès obtenus par la campagne mondiale, y compris le Soudan, malgré la guerre civile dans ce pays.
3. Le Programme d'Eradication de la Dracunculose devrait continuer à utiliser les stratégies actuelles pour exécuter des mesures de lutte dans toutes les zones accessibles tout en continuant à explorer des approches novatrices, chaque fois qu'indiqué, surtout pour le Soudan.
4. Au regard des accomplissements remarquables obtenus par la campagne jusqu'à présent, la fin semblerait-il proche de la guerre civile au Soudan et la nécessité de renforcer le soutien politique et financier en vue d'un dernier assaut permettant d'éliminer la dracunculose, l'on recommande vivement d'intensifier toute mesure de plaidoyer et de publicité au-delà des pays endémiques eux-mêmes.
5. Les données concernant l'efficacité des filtres-conduites, des centres d'endiguement des cas, des Semaines du Ver, etc. devraient être publiées dans des revues scientifiques, appuyées par les données statistiques correspondantes, afin de documenter les contributions de ces innovations qui semblent si importantes pour la réussite du programme.
6. Les Programmes d'Eradication devraient noter, compiler et comparer les données concernant les intervalles entre l'émergence du ver, le dépistage et la prise de mesures d'endiguement chez les patients individuels. La distribution de tels intervalles devrait être suivie et toute divergence sera étudiée outre le fait de pouvoir ainsi calculer des intervalles moyens.

Tableau I
NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 2003*
 (PAYS DISPOSES EN ORDRE DECREISSANT DE CAS EN 2002)

Pays	Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés												total *
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	
SOUUDAN	260 / 1175	122 / 702	270 / 872	255 / 1185	257 / 2309	240 / 2523	279 / 2591	280 / 2316	304 / 1713	569 / 2448	544 / 1314	/	3380 / 19148
GHANA	485 / 900	769 / 1339	555 / 944	622 / 940	524 / 785	374 / 558	288 / 474	126 / 208	81 / 158	150 / 278	352 / 712	426 / 994	4752 / 8285
NIGERIA	380 / 568	179 / 243	103 / 125	53 / 60	30 / 52	49 / 58	46 / 68	36 / 50	22 / 31	28 / 32	53 / 63	87 / 108	1075 / 1458
TOGO	110 / 149	28 / 44	21 / 29	36 / 44	73 / 87	53 / 72	53 / 63	14 / 22	18 / 27	24 / 29	25 / 35	37 / 68	494 / 669
MALI	3 / 3	4 / 4	5 / 5	2 / 3	3 / 3	8 / 8	42 / 84	92 / 160	122 / 250	106 / 206	37 / 73	16 / 23	440 / 822
BURKINA FASO	6 / 6	1 / 2	0 / 1	3 / 5	14 / 16	27 / 62	24 / 34	12 / 19	12 / 21	11 / 18	4 / 12	5 / 7	119 / 203
NIGER	0 / 0	1 / 1	0 / 0	2 / 2	0 / 0	6 / 6	27 / 37	30 / 47	33 / 71	11 / 73	22 / 38	13 / 18	145 / 293
COTE D'IVOIRE	7 / 21	5 / 8	1 / 2	1 / 4	3 / 3	1 / 2	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	18 / 40
BENIN	21	1 / 1	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	2 / 2	0 / 0	0 / 0	2 / 2	1 / 1	2 / 2	30 / 30
ETHIOPIE	0 / 0	0 / 0	3 / 3	7 / 7	7 / 7	5 / 5	1 / 1	1 / 1	4 / 4	0 / 0	0 / 0	0 / 0	25 / 25
MAURITANIE	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	2 / 3	1 / 1	3 / 4	2 / 3	0 / 0	1 / 1	10 / 13
OUGANDA	0 / 0	0 / 0	0 / 0	3 / 3	9 / 11	4 / 6	1 / 2	0 / 2	0 / 0	2 / 2	/	0 / 0	19 / 26
KENYA	/	/	/	/	2 / 2	/	/	/	/	/	/	/	/
TOTAL*	1251 / 2543	1110 / 2344	959 / 1952	966 / 2253	922 / 3275	768 / 3301	765 / 3359	592 / 2821	599 / 2279	906 / 3091	1038 / 2248	587 / 1221	10512 / 31017
% endigué	45	47	48	44	28	23	23	21	26	29	46		34

* Provisoire
 Les cellules grisées dénotent des mois où zéro cas autochtones ont été notifiés (les nombres indiquent le nombre de cas importés notifiés et endigués lors de ce mois)
 Pour d'autres cas importés, voir le tableau des cas importés par mois et par pays

Figure 2

Distribution de 30 894 cas autochtone de dracunculose par pays en 2003*

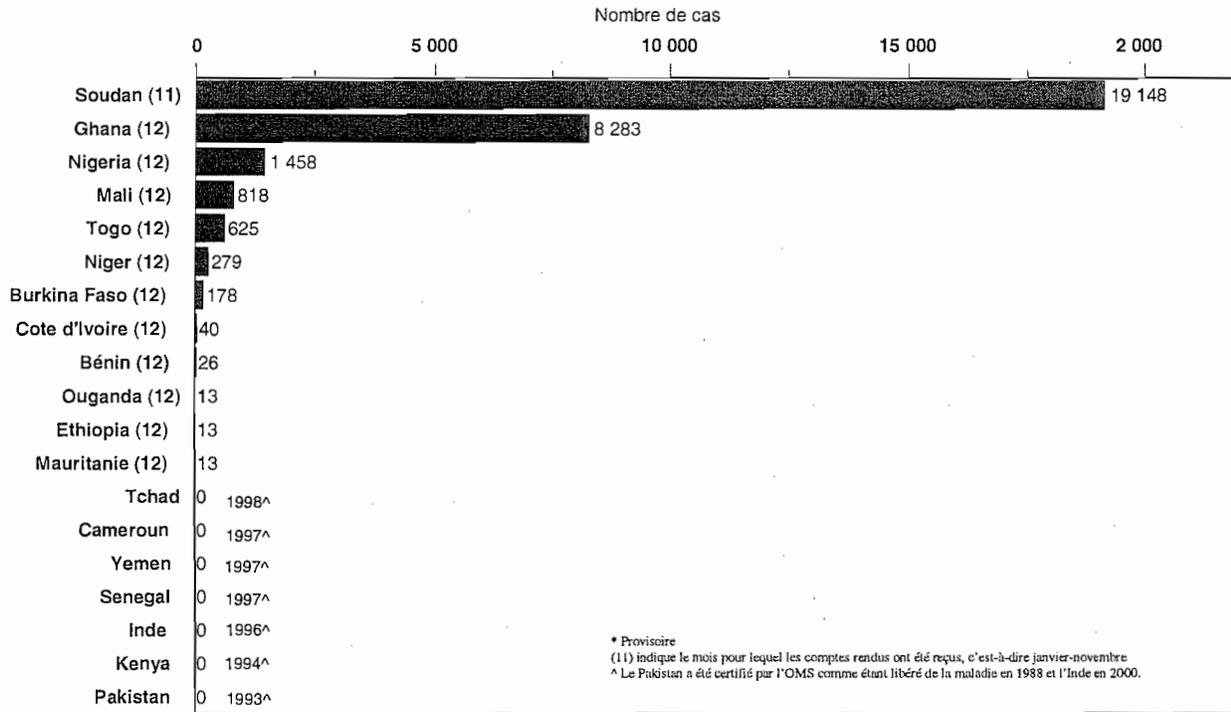
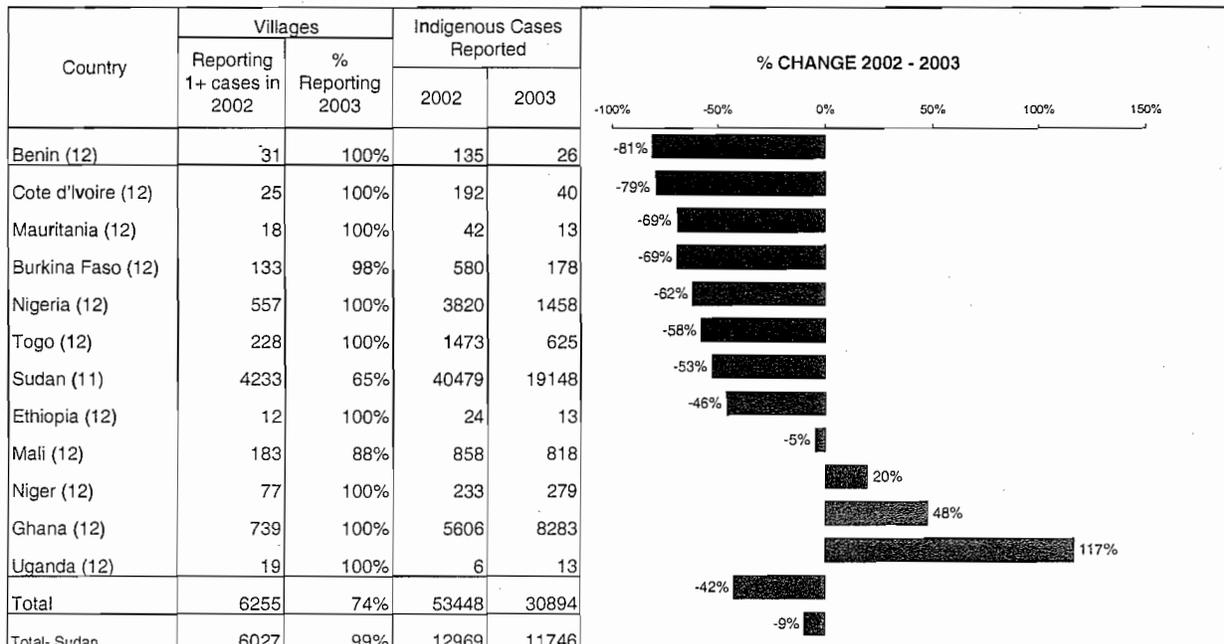


Figure 3

Number of Villages/Localities Reporting Cases of Dracunculiasis in 2002, Percentage of Endemic Villages Reporting in 2003*, Number of Indigenous Cases Reported During the Specified Period in 2002 and 2003*, and Percent Change in Cases Reported



(11) Indicates month for which reports were received, e.g., Jan. - Nov. 2003
 * Provisional

Figure 4

Distribution de 30 894 Cas de Dracunculose en 2003*

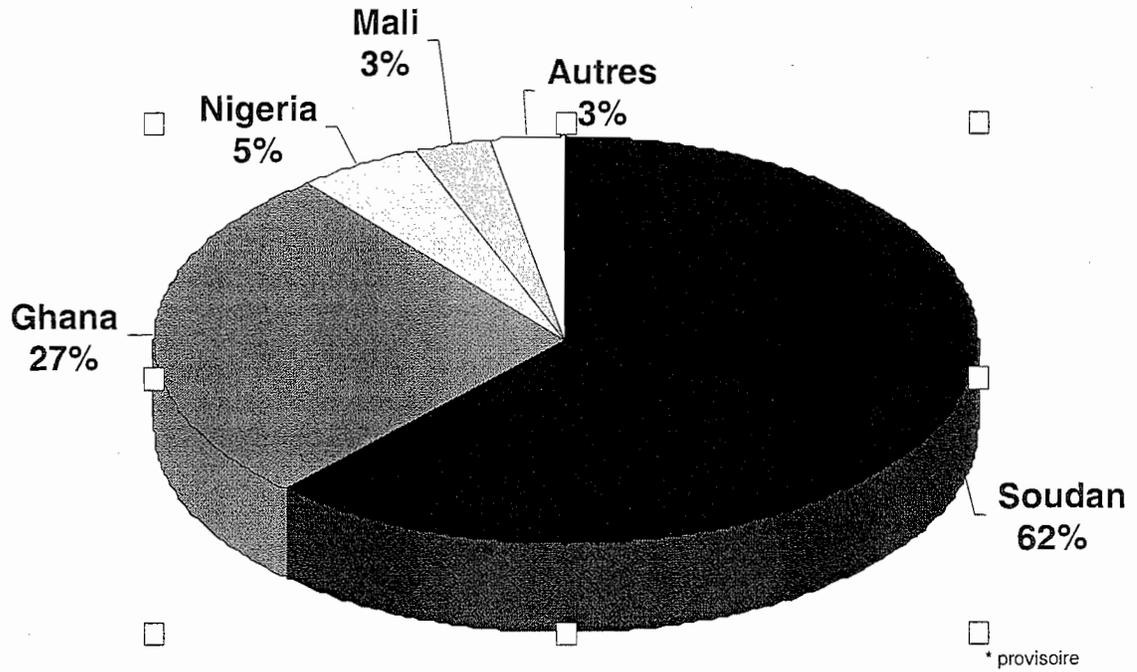
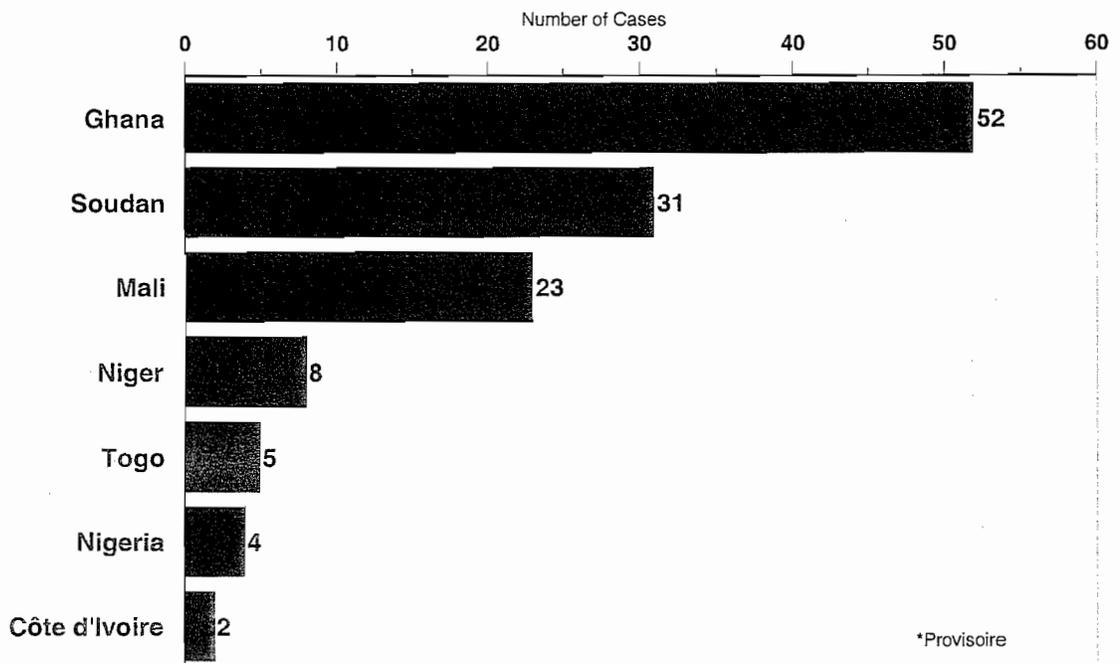


Figure 5

Distribution, par pays d'origine, de 123 cas de dracunculose exportés vers d'autres pays en 2003



7. Les réunions inter-frontalières et une notification rapide dans d'autres pays de cas importés nécessitent plus d'attention lors de la présente étape.
8. Il est important de mettre en place rapidement des réseaux de surveillance durable pour garantir une surveillance adéquate de la dracunculose lors de cette période post-éradication, système qui existe déjà dans des parties importantes de pays où la maladie est encore endémique.
9. Certes, les interventions existantes sont adéquates pour éradiquer la dracunculose, mais la découverte d'un traitement efficace à l'aide d'un agent anti-microbien permettrait de renforcer les opérations lors de ces étapes finales, surtout au Soudan. L'Equipe spéciale propose d'étudier toute possibilité existante afin d'expliquer l'impact du traitement de masse à l'aide d'albendazole et d'ivermectine (pour l'onchocercose et la filariose lymphatique) et les essais de phase 3 de la moxidectine contre l'onchocercose dans les régions où l'onchocercose et la dracunculose sont coendémiques. Il faudrait également étudier davantage le séquençage génomique continu de l'ADN de *D. medinensis*, définissant ces espèces ainsi que les parasites qui s'en rapprochent puisque cela servirait de sonde sensible pour *Wolbachia* commensal ainsi que d'outil supplémentaire pour évaluer l'éventuelle susceptibilité de *D. medinensis* aux vermifuges.

EN BREF :

Le Programme d'Eradication de la Dracunculose du **Ghana** a organisé une réunion, les 16 et 17 décembre, à Tamale, dans la région du Nord, pour revoir l'état d'avancement du programme et préparer les objectifs pour 2004. Assistaient à cette réunion les ministères régionaux des régions du Nord et de Brong-Ahafo, le Ministre de la Santé, Monsieur Dani Baah, et plusieurs autres représentants de haut niveau du Ministère de la Santé et des quatre régions où la maladie reste encore endémique, ainsi que des représentants de l'UNICEF, de l'OMS et du Centre Carter/Global 2000.

Le Programme d'Eradication de la Dracunculose du **Niger** a organisé, du 12 au 14 décembre, son examen national, à Ayerou, dans la région de Tillabery. La Cérémonie d'Ouverture était présidée par le Vice-Ministre de la Santé, Madame Karimou Fatoumazara, qui a également organisé une visite auprès d'un emplacement où la dracunculose est endémique et qui a garanti tout le soutien possible du Ministère de la Santé pour venir à bout de l'accroissement de cas dépistés essentiellement dans le district de Tillabery. Assistaient également à cet examen, le Docteur Alhousseini Maiga de l'OMS/AFRO, des représentants de l'UNICEF, du Corps de la Paix américain, des Volontaires de la Coopération étrangère du Japon, du Centre Carter/Global 2000 ainsi qu'une délégation du PED Mali. La réunion était centrée sur la surveillance épidémiologique dans les zones nomades.

Le Gouvernement de la **Côte d'Ivoire** a nommé le Docteur Brou AKA Noel comme le nouveau coordinateur du programme national pour le PED. Il remplace le Docteur Henri Boualou, qui avait dirigé ce programme depuis 1991. Bienvenue au Docteur Aka et merci, Docteur Boualou !

Madame Kelly Callahan s'est jointe au personnel du siège de Global 2000 au Centre Carter comme directrice adjointe de programme. Elle rend compte à Monsieur Craig Withers, directeur du soutien au programme. Madame Callahan était récemment la représentante du Centre Carter, à Nairobi, au Kenya, pour les activités réalisées avec Operation Lifeline Soudan/Sud du Soudan. Bienvenue Kelly !

DONATION DE HENRY MCCONNON

Monsieur Henry McConnon a récemment fait un don de 469 000\$ au Centre Carter pour les activités d'éradication de la dracunculose. C'est la 9^e donation de Monsieur McConnon, qui a octroyé plus de 2,5 millions \$ au Centre pour le programme depuis 1991.

REUNION DES RESPONSABLES DE PROGRAMME DE 2004

La réunion de cette année des responsables des Programmes d'Eradication de la Dracunculose se tiendra au Mali, du 29 mars au 1^{er} avril 2004.

PUBLICATIONS RECENTES

Seim AR.2003. [Le ver de Guinée est presque éradiqué]. [Norvégien] *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*. 123(16):2312-4, Aug 28.

Anosike JC. Azoro VA. Nwoke BEB. Keke RI. Okere AN. Oku EE. Ogbulie JN. Tony-Njoku RF. Okoro OU. Nwosu DC. 2003. Dracunculiasis in the north eastern border of Ebonyi State, south eastern Nigeria. [Article] *International Journal of Hygiene & Environmental Health*. 206(1):45-51.

Anosike JC. Nwoke BEB. Dozie L. Thofern UAR. Okere AN. Njoku-Tony R. Nwosu DC. Oguwuike UT. Dike MC. Alozie JI. Okugun GRA. Ajero CMU. Onyirioha CU. Ezike MN. Ogbusu FI. Ajayi EG. 2003. Control of endemic dracunculiasis in Ebonyi state, south-eastern Nigeria. *International Journal of Hygiene & Environmental Health*. 206(6):591-596.

L'inclusion de l'information dans le Résumé de la dracunculose ne constitue pas
une "publication" de cette information.
En mémoire de BOB KAISER

Pour de plus amples informations sur le Résumé de la dracunculose, prière de contacter Dr James H. Maguire, Directeur, WHO Collaborating Center for Research, Training and Eradication of Dracunculiasis, NCID, Centers for Disease Control and Prevention, F-22, 4770 Buford Highway, NE, Atlanta, GA 30341-3724, USA FAX : 770-488-7761. L'emplacement du site Web a changé : <http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/guineaworm/default.htm>



Les CDC sont le Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication de la dracunculose.