



Date: 7 mai 2012

Du: Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication en matière de dracunculose

Sujet: RÉSUMÉ DE LA DRACUNCULOSE # 211

A: DESTINATAIRES

**Dépister et expliquer chaque cas ! Endiguer chaque ver !****PAS DE CAS CONFIRMÉ À L'EXTÉRIEUR DU SOUDAN DU SUD EN JANVIER-AVRIL**

Le Soudan du Sud a notifié un total de 143 cas de dracunculose en janvier-avril 2012, soit une réduction de 62% par rapport aux 377 cas que le Soudan avait notifiés pendant la même période de 2011 (Figure 1) lorsque le Tchad et l'Éthiopie avaient notifié un total de 5 cas. La réduction mensuelle de cas, en pourcentage, dans le Soudan du Sud jusqu'à présent en 2012, comparée à la même période de 2011 est la suivante : 67%, 93%, 59% et 53%. Le Soudan du Sud a endigué 71% de ses cas jusqu'à présent en 2012, ayant eu un total provisoire de 42 cas non endigués cette année, comparée à un taux d'endiguement de 76% en janvier-avril 2011. Les interventions continuent à être intensifiées dans les villages d'endémicité restants, avec 40 assistants technique internationaux prêtant main forte en 2012, comparé à 31 à la fin de 2011. Le Tableau récapitule l'état d'avancement concernant l'approvisionnement en eau salubre dans les 125 villages où la dracunculose reste encore endémique dans le Soudan du Sud.

Figure 1 Programme d'éradication de la dracunculose dans le Soudan du Sud  
Cas de dracunculose notifiés par mois, janvier-avril 2011-2012

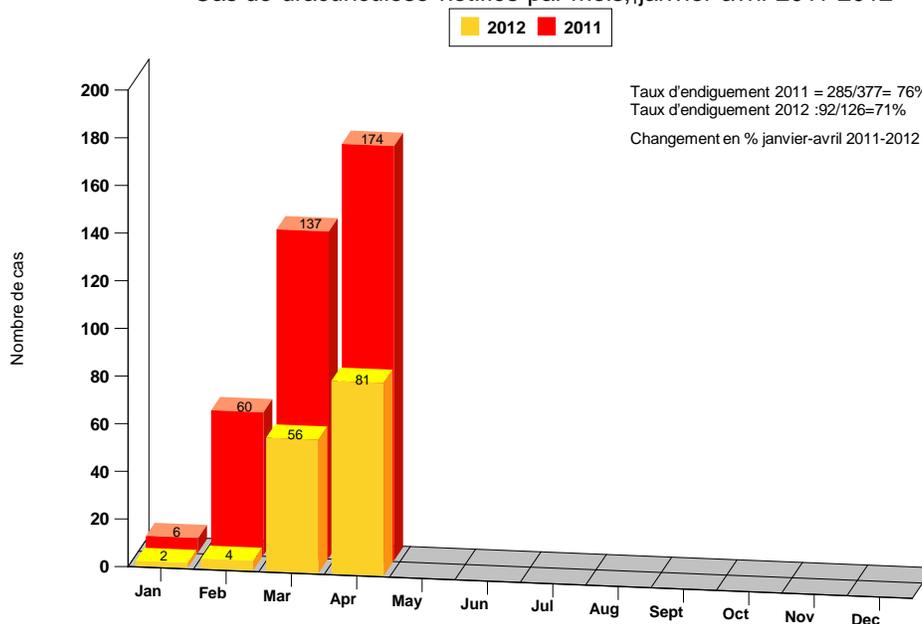


Tableau 1

**PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE DU SOUDAN DU SUD  
APPROVISIONNEMENT EN EAU SALUBRE DANS LES VILLAGES D'ENDÉMICITÉ : 2012\***

ETAT	VE ciblés		Puits forés		% de VE ciblés pour eau salubre en 2012*	Total puits forés promis pour 2012 par les organisations du secteur de l'eau pour le Soudan du Sud	# de VE avec une ou plusieurs sources d'eau salubre**	% de VE avec une ou plusieurs sources d'eau salubre**
	2012	Cas de DR signalés en 2011	# demandés par le SSGWEP	# forés et opérationnels en 2012*				
Eastern Equatoria	77	304	57	9	12%	87	13	17%
Jonglei	3	38	3				2	67%
Warrap	27	64	30	11	41%	15	9	33%
Lakes	14	31	10				4	29%
Central Equatoria	3	4	3				0	0%
W. Bahr Al Ghazal	1	1	0				1	100%
Total	125	442	103	20	16%	102	29	23%

\* En date du 30 avril 2012

\*\* En date du 31 mars 2012

L'équipe spéciale du Programme d'éradication de la dracunculose du Soudan du Sud s'est rencontrée le 17 avril à Juba et l'équipe spéciale de la dracunculose d'Eastern Equatoria aura sa première réunion à Torit le 14 mai 2012, avec des représentants de haut niveau du Ministère de la santé de la République du Soudan du Sud.

### **MALI : LES DÉFIS QUI SE PRÉSENTENT EN 2012**

Le coup d'état militaire du 22 mars 2012 destituant le Président Amadou Toumani Toure, un ami loyal et fervent du Programme mondial d'éradication de la dracunculose, soulève de nouveaux défis pour le programme d'éradication de la dracunculose de ce pays en 2012. Conséquence imprévue : les forces rebelles Touareg se sont emparées de la plupart des zones au Nord du Mali qui regroupent trois des cinq régions d'endémicité du pays (Figure 2). En 2011, le Mali n'avait notifié que 12 cas de dracunculose de 6 villages. Cinq des sept cas qui n'auraient pas été endigués à cause d'une notification tardive sont probablement responsables de la transmission de l'infection à cause de l'arrivée tardive des pluies ou du fait que les points d'eau considérés n'ont été traités avec le larvicide ABATE® que dans les 10 à 14 jours après la contamination possible des points d'eau. Les deux autres patients non confinés, qui ont pu contaminer l'eau l'année dernière, sont des cas qui se présentés dans les villages de Fangasso et Banido, dans la Région de Ségou, le 4 juillet et le 12 septembre respectivement. Ces villages sont situés dans le Sud du Mali et restent sous le contrôle des nouvelles autorités nationales de Bamako. Trois villages qui ont signalé des cas endigués en 2011 se trouvent dans les régions du Nord, à présent aux mains des rebelles. Des efforts spéciaux s'avéreront nécessaires pour garantir la surveillance et prendre les mesures adéquates à tout cas soupçonné sur l'ensemble du Mali en 2012. La saison de transmission de la dracunculose s'étend de juin à novembre au Mali.

Figure 2

Le programme d'éradication de la  
dracunculose au Mali  
Distribution des villages notifiant des cas  
de dracunculose en 2011

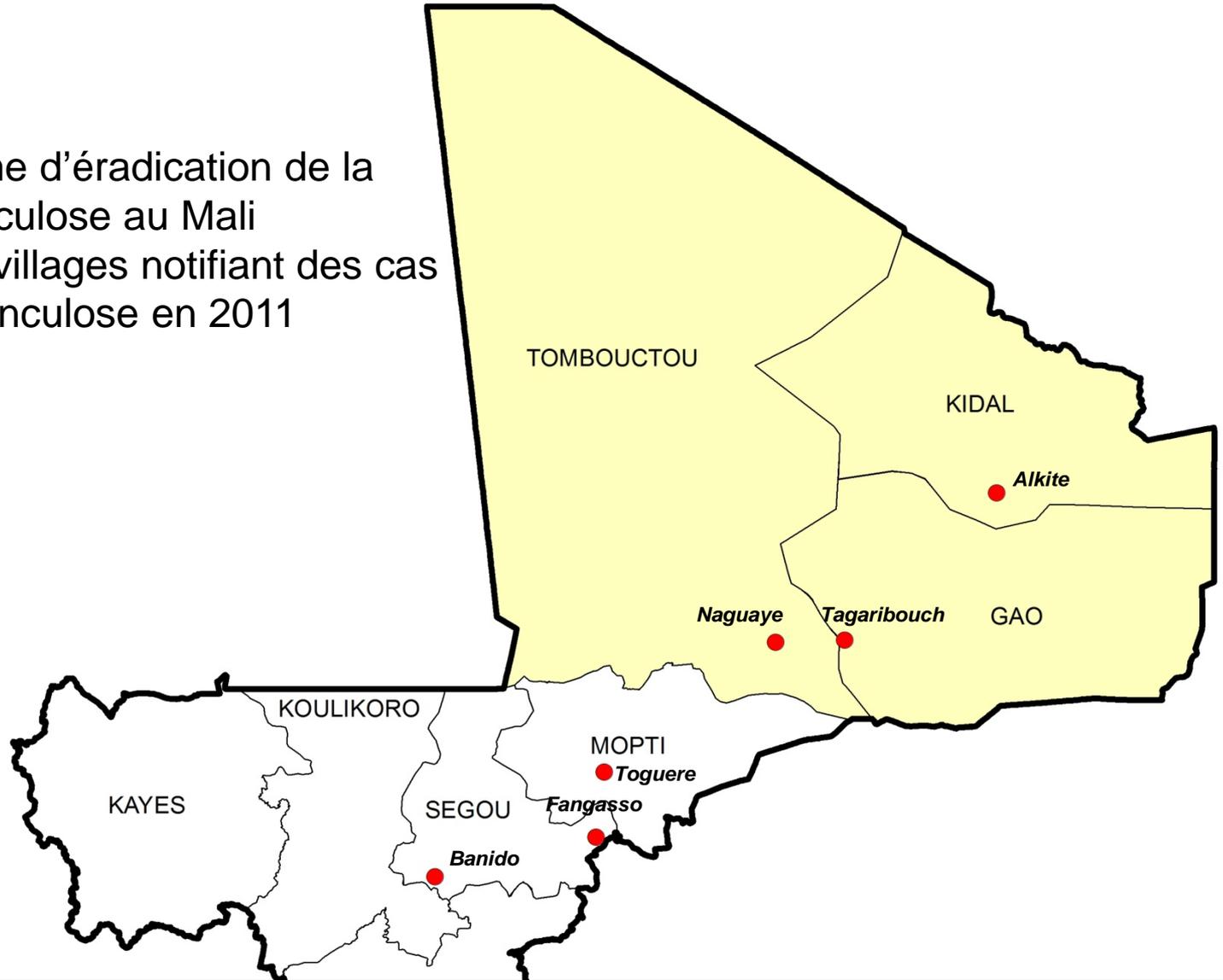


Tableau 2

**Nombre de cas endigués et nombre de cas notifiés par mois en 2012\***  
(Pays disposés en ordre décroissant des cas en 2011)

PAYS NOTIFIANT LES CAS	Nombre de cas endigués et nombre de cas notifiés													% END.
	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	TOTAL*	
SOUDAN	2 / 2	3 / 3	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	5 / 5	100
MALI	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0	
TCHAD	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0	
ETHIOPIE	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0	
TOTAL*	2 / 2	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	5 / 5	100
% ENDIGUÉ	100	100											100	
% END. À L'EXTÉRIEUR DU SOUDAN	0	0											0	

\*Provisoire

Les cases grisées dénotent les mois où zéro cas autochtone a été notifié. Les chiffres indiquent le nombre de cas importés notifiés et endigués ce mois.

**Nombre de cas endigués et nombre de cas notifiés par mois en 2011**  
(Pays disposés en ordre décroissant des cas en 2010)

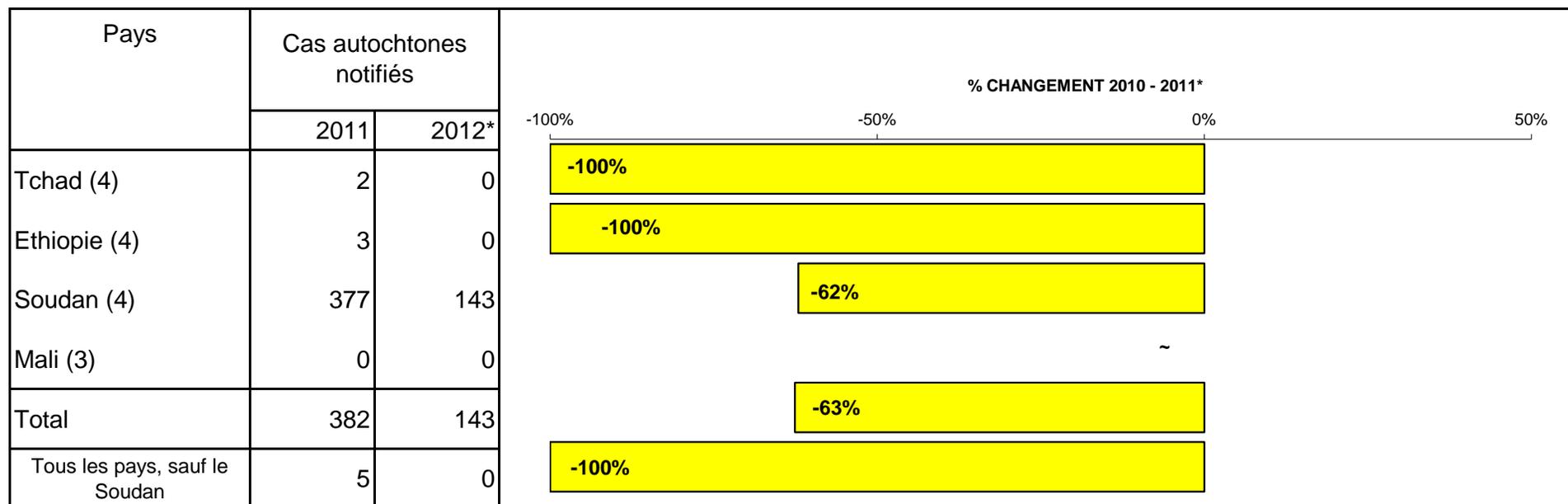
PAYS NOTIFIANT LES CAS	Nombre de cas endigués et nombre de cas notifiés													% END.
	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	TOTAL*	
SOUDAN DU SUD	5 / 6	46 / 60	99 / 137	135 / 174	180 / 244	129 / 173	70 / 102	37 / 48	28 / 36	19 / 28	14 / 19	1 / 1	763 / 1028	74
MALI	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 3	1 / 3	2 / 3	0 / 1	1 / 1	0 / 1	0 / 0	5 / 12	42
ETHIOPIE <sup>^</sup>	0 / 0	0 / 0	1 / 2	1 / 1	4 / 4	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	7 / 8	88
TCHAD	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 1	0 / 0	0 / 0	1 / 2	1 / 4	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 2	4 / 10	40
GHANA	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0
TOTAL*	5 / 6	47 / 61	100 / 139	136 / 176	184 / 248	131 / 177	72 / 107	40 / 55	28 / 37	20 / 29	14 / 20	2 / 3	779 / 1058	74
% ENDIGUÉ	83	77	72	77	74	74	67	73	76	69	70	67	74	
% END. À L'EXTÉRIEUR DU SOUDAN	0	100	50	50	100	50	40	43	0	100	0	50	53	

\*Provisoire

<sup>^</sup> L'Ethiopie a notifié un cas importé du Soudan du Sud en juin, et le Niger a notifié trois cas importés du Mali ( 2 en octobre et 1 en novembre). Origine incertaine des cas au Tchad  
Les cases grisées dénotent les mois où zéro cas autochtone est notifiée. Les chiffres indiquent le nombre de cas importés qui sont notifiés et endigués ce mois.

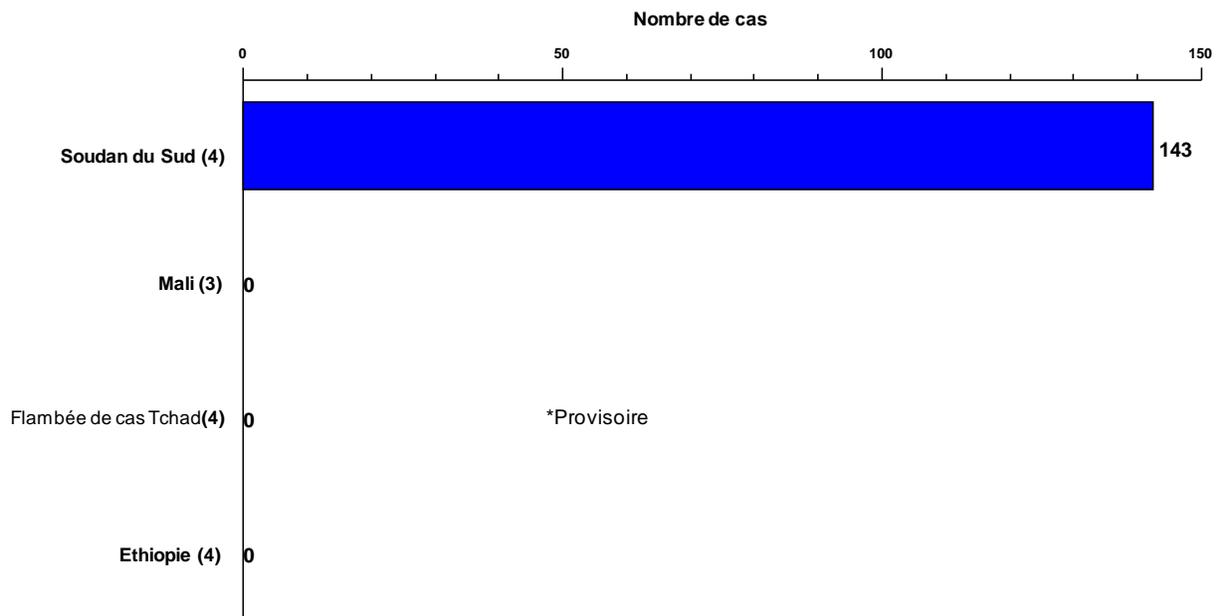
Figure 3

Nombre de cas autochtones notifiés pendant la période spécifiée en 2011 et en 2012\*, et changement en % des cas notifiés



\* Provisoire. Les chiffres entre parenthèses indiquent les mois pour lesquels les rapports ont été reçus, i.e., (2) = janvier-février. Exclut les cas exportés d'un pays à l'autre.

Figure 4 **DISTRIBUTION PAR PAYS DE 143 CAS DE DRACUNCULOSE EN 2012 \***



### **ETHIOPIE: UN CAS POSSIBLE APRÈS NEUF MOIS CONSÉCUTIFS DE ZÉRO CAS**

Le total des six cas autochtones de dracunculose de 2011 ont été dépistés et endigués dans le woreda de God de la Région de Gambella. Le dernier cas autochtone connu de dracunculose a été notifié en juin 2011 et le dernier cas connu non endigué en Ethiopie a été importé du Soudan du Sud dans le SNNPR (Southern Nations and Nationalities Peoples Region) en mars 2011. En avril 2012, un homme de 20 ans habitant du village de Terkudi, Kebele de Terkudi (sous-district) du Woreda d'Abobo de la Région de Gambella est soupçonné d'avoir la dracunculose. L'histoire du patient est la suivante :

En 2009, le patient s'est rendu dans le village d'Utuyu du Woreda de Gog, à 8 occasions environ, pour rendre visite à des amis mais il ne se rappelait pas exactement combien de temps ou à quelle époque précise de l'année. Mais depuis, il n'y est plus allé. Le patient n'est jamais allé au Soudan ou dans le Soudan du Sud. Entre novembre 2010 et avril 2011, le patient travaillait dans les champs dans le woreda d'Abobo et venait tous les jours du village de Terkudi pour se rendre à cette ferme. Il était venu de Gotok pour s'installer dans le village de Terkudi car cela rendait ses déplacements plus faciles pour aller à son travail tous les jours dans la ferme. Au milieu de mois d'avril 2011, il est retourné dans le village de Gotok pour chasser et se mettre à la recherche de miel avec un ami. Les deux ont marché environ cinq heures de Gotok vers le village d'Utuyu mais de fait, ne sont pas rentrés dans Utuyu. Le long du chemin, ils ont bu l'eau de 4 étangs : Guule, Depuyi, Weyi, Awode et Lel Nyidomachan. Ce dernier étang se situe seulement à quelques heures de marche de la communauté d'Utuyu. Ces étangs sont dans le woreda d'Abobo, selon le patient et d'autres habitants du village de Terkudi. Les sorties des deux amis, pour chasser et trouver du miel, ont pris fin lorsque les pluies abondantes ont commencé en 2011 (probablement en mai/juin). De novembre 2011 à avril 2012, le patient était à nouveau employé à plein temps comme journalier agricole dans la même ferme, et il habitait à nouveau dans le village de Terkudi, du woreda d'Abobo.

Le patient se rappelle avoir eu un ver de Guinée il y a plusieurs années de cela : il pensait plus ou moins en 2001. A cette époque, il vivait dans le village de Terkudi et il se rappelle qu'il y avait dix autres personnes qui souffraient de dracunculose. C'était la dernière fois qu'il se rappelait avoir vu quelqu'un avec la dracunculose dans le village de Terkudi ou le woreda d'Abobo. Le patient a fait savoir qu'il a noté, le 21 avril, que ses parties génitales étaient enflées. Le 23 avril, c'était devenu une ampoule. Les 24-25 avril, il a pressé l'ampoule et du liquide clair en est sorti le 25. Le 26, il s'est baigné dans la rivière Alero et pendant qu'il se trouvait dans la rivière, un « ver » a commencé à émerger. Il a fait savoir que le courant était fort dans la rivière à ce moment là. Le même jour, il a commencé à enrouler le ver sur un petit bâton et a également informé une ancienne volontaire villageoise à propos de ce ver. Elle a appelé un agent de santé à Abobo le 27 et le 28, l'agent de santé s'est rendu à Terduki et a emmené le patient au poste de santé d'Abobo où le patient a été soigné. Un petit morceau du ver émergent s'est brisé le 27 mais le patient a indiqué qu'il l'avait jeté. Le 30 avril, le patient s'est rendu au centre de confinement de cas de la ville de Pugnido dans le woreda de Gog pour y recevoir les soins dont il avait besoin. Alors qu'il se trouvait à Pugnido, la partie restante du ver qui avait émergé s'est rompue le 1<sup>er</sup> mai. Cette partie rompue du ver a été préservée dans de l'alcool et envoyée aux CDC aux fins de confirmation de l'espèce du ver. Le même jour (le 1<sup>er</sup> mai), on notait un léger enfllement sur la cheville gauche du patient. Lorsqu'on lui a demandé s'il était au courant de la récompense donnée pour l'auto-notification d'un cas, le patient a indiqué qu'il ne savait pas et, que s'il avait signalé au volontaire, c'était pour recevoir les soins médicaux. Le patient continue à être suivi au centre de confinement de cas.

**Editorial :** *Seul un cas de dracunculose a été notifié du village d'Utuyu en 2011. La patiente est une femme de 35 ans qui avait trois vers de Guinée. Le premier ver a émergé le 18 avril, le second le 5 juin et le troisième le 20 juin 2011. Selon le programme d'éradication de la dracunculose de l'Ethiopie (EDEP), la transmission de chacun des trois vers de Guinée de la patiente a été prévenue car elle a été admise au centre de confinement de la ville de Pugnido à chaque reprise. Toutes les normes du confinement de cas ont été respectées. Si le patient soupçonné du village de Terkudi est confirmé comme ayant effectivement la dracunculose, il est probable, d'après les faits disponibles, qu'il existe une relation entre l'émergence des vers de Guinée de la patiente d'Utuyu en avril et/en juin 2011 et les randonnées de chasse/collecte de miel du patient soupçonné près d'Utuyu. Une implication probable, c'est que la transmission d'au moins un des vers qui ont émergé de la patiente d'Utuyu en 2011 n'a pas été prévenue. Dans le district de Gog, où se situaient tous les cas autochtones connus en 2011, l'ensemble des 67 villages et localités ont été sous surveillance active intense pour le dépistage et l'endiguement des cas de dracunculose depuis 2010. Le dépistage de ce cas soupçonné dans le woreda d'Abobo exempt de transmission connue depuis trois ans ou plus, combiné à l'arrivée récente de personnes déplacées du Soudan du Sud venant s'installer dans la Région de Gambella, sont des durs rappels à la réalité pour les autorités sanitaires éthiopiennes, surtout Gambella et le SNNPR, les incitant à renforcer les mesures de surveillance et la capacité de réponse dans les régions d'endémicité actuelle et antérieure, au moment où l'Ethiopie se rapproche de l'interruption complète de la transmission et entame son processus de certification de l'éradication.*

Le Dr Joel Breman, membre de la Commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose (ICCDE) viendra rendre visite au programme éthiopien dans le cadre d'une mission programmée du 9 au 20 mai. Le Représentant du Centre Carter dans le pays, le Dr Zerihun Tadesse a continué ses visites mensuelles de supervision dans le District de Gog

mais les autorités sanitaires de la Région de Gambella ne l'ont pas accompagné et n'ont pas participé activement à ce programme. Mme Marian Botchway, assistante technique du Centre Carter, intervient à partir du district de Gog pour soutenir les activités d'éradication de la dracunculoze qui y sont déployées.

## **RÉUNION DES RESPONSABLES DES PROGRAMMES D'ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOZE À ADDIS ABABA**

L'OMS a tenu la 16<sup>e</sup> réunion des coordinateurs des programmes nationaux d'éradication de la dracunculoze à Addis Ababa, en Ethiopie, du 26 au 29 mars 2012, à laquelle assistaient 46-50 participants représentant les pays d'endémicité actuelle ou précédente et les pays qui ne l'ont jamais été. Parmi les personnes présentes, on notait le Dr Julie Jacobson de la Fondation Bill et Melinda Gates ; du Dr Sharon Roy des CDC ; des Drs Dirk Engels, Gautam Biswas et Dieudonne Sankara du siège de l'OMS et du Dr Adiele Onyeze, du Bureau régional OMS Afrique ; ainsi que du Dr Zerihun Tadesse, de Mme Marian Botchway et du Dr Ernesto Ruiz-Tiben du Centre Carter.

Les recommandations de cette réunion sont données ci-après de pair avec les recommandations faites lors du premier volet de la 16<sup>e</sup> réunion annuelle des responsables des PED, qui s'est tenue à Atlanta, GA, les 1<sup>er</sup> et 2 mars 2012, pour les quatre pays notifiant encore des cas.

1. Les programmes devraient formaliser les collaborations inter-frontalières sur les questions suivantes :
  - Cartographie des villages et des communautés mobiles (par exemple, les camps d'éleveurs) signalant les cas et les éventuels points d'eau contaminés
  - Notification et endiguement immédiat des cas importés
  - Notification du mouvement interfrontalier des populations avec des cas connus
  - Surveillance dans les camps de personnes déplacées venant des régions d'endémicité
  - Plans conjoints de mobilisation communautaire pour ces régions

La collaboration interfrontalière devrait faire appel au personnel de programmation dans les régions et districts le long des frontières, en plus du personnel du programme national. Les pays suivants exigent une collaboration étroite :

- Soudan du Sud avec Ethiopie, Kenya, Ouganda et Soudan
  - Tchad avec Nigeria, Cameroun, RCA, Niger et Soudan
  - Mali avec Algérie, Burkina Faso, Niger et Mauritanie
2. Les programmes devraient vérifier que tout le personnel de santé connaît les mesures à prendre pour riposter à la dracunculoze et vérifier que tout le personnel de santé est au courant de la récompense et du montant actuel. Tout le personnel de santé devrait communiquer cette information aux communautés lors de leurs visites sur le terrain.
  3. On fera connaître la récompense au sein de la population par le biais d'une approche médiatique mixte, en donnant la priorité à la population à risque.
  4. L'OMS devrait mettre au point une méthodologie d'échantillonnage standardisée pour évaluer l'état de connaissance de la récompense parmi le personnel de santé et la

population générale. Les programmes pourront ensuite évaluer cette connaissance, sur une base annuelle, en suivant les directives de l’OMS, pour mettre au point leurs stratégies de communication.

5. Les récompenses devraient être augmentées, au niveau le plus élevé qui est possible et pratique, pour que soient signalées au maximum les rumeurs. Les programmes dans les pays voisins devraient envisager les mêmes niveaux élevés de récompense.
6. Chaque programme devrait faire un examen critique des indicateurs suivants de surveillance et prendre les mesures d’action corrective nécessaires :
  - Proportions de districts notifiant les cas de dracunculose, y compris la zéro notification
  - Proportion d’établissements de santé notifiant les cas de dracunculose
  - Nombre de cas, y compris zéro cas, et nombre de cas endigués
  - Nombre et emplacement (GPS) des villages notifiant les cas

La réussite de ces activités dépendra d’examen analogues faits à chaque niveau administratif et notification à un jour fixe à un niveau plus élevé. Les programmes nationaux devraient présenter ces rapports à l’OMS le 30<sup>e</sup> jour de chaque mois.

7. Tous les spécimens de cas soupçonnés de dracunculose se présentant aux pays qui se trouvent à l’étape pré-certification ou post-certification devront être envoyés au Centre collaborateur de l’OMS aux CDC, en suivant les directives de préservation, d’étiquetage et d’expédition. De plus, les spécimens des de cas soupçonnés de dracunculose se présentant dans des zones où la transmission a été interrompue ou sur le point de l’être au sein d’un pays d’endémicité seront envoyés au centre collaborateur de l’OMS, à la discrétion du programme.
8. Les programmes d’éradication de la dracunculose (PED) devraient puiser, chaque fois que possible, dans le potentiel des programmes nationaux de lutte contre la poliomyélite pour bénéficier d’une aide au niveau du dépistage et de la notification tout en gardant la responsabilité de l’enquête sur les rumeurs. Les PED engageront le programme national de la poliomyélite pour déterminer et négocier des mesures collaboratives spécifiques qui viendront renforcer la surveillance de la dracunculose (par exemple, recherche de cas lors des journées nationales de vaccination). Par ailleurs, le PED viendra soutenir le programme national de lutte contre la poliomyélite en demandant aux volontaires villageois de la dracunculose de notifier les cas de paralysie flasque aiguë au programme national de lutte contre la polio. Des collaborations analogues pourront être envisagées avec d’autres programmes de santé publique.
9. Les programmes devraient faire des évaluations des risques et garder en priorité les ressources nécessaires pour assurer une surveillance de qualité dans les zones à risques.
10. L’OMS devrait encourager les ministères de la santé à envisager le renforcement de la surveillance de la dracunculose en reliant les structures formelles du Système intégré de surveillance et réponse aux maladies (IDSR) aux réseaux de surveillance à base communautaire (CBS), notamment ceux mis en place par le PED et le programme de lutte contre la poliomyélite, surtout dans les régions de non-endémicité et les zones récemment exemptes du pays qui sont le plus exposés à l’importation et à la ré-apparition

de la transmission de la dracunculose. Si les ministères de la santé optent pour une telle approche, ils doivent vérifier que les ressources nécessaires sont consacrées au maintien de l'infrastructure dans ces mêmes régions.

11. Des efforts spéciaux seront faits, aussi vite que possible, pour assurer l'accès aux points d'eau salubre dans les villages avec des cas de dracunculose en 2011.
12. Les programmes devraient faire un compte rendu annuel de la situation sur le plan de l'approvisionnement en eau salubre dans les villages où la dracunculose était endémique auparavant.
13. AFRO et EMRO devraient envisager une résolution pour accélérer l'interruption de la transmission de la dracunculose et renforcer la surveillance pour atteindre le but de l'éradication de la dracunculose dans leurs régions respectives lors de la réunion à venir du Comité régional.
14. Tous les PED, quel que soit le statut d'endémicité du pays, doivent garantir un niveau adéquat \* de documentation des données de la surveillance et des activités de programme à tous les niveaux de la certification éventuelle. (\* conformément aux critères de certification de la Commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose-ICCDE)
15. L'OMS devrait utiliser l'utilisation de la technologie du téléphone mobile pour notifier les rumeurs et les cas du terrain aux autorités concernées du programme et le Ministère de la santé devrait négocier avec les sociétés de téléphones mobiles pour a) la transmission de telles données du terrain et b) la diffusion de messages textuels et/ou visuels comme les annonces publiques via les téléphones portables concernant les rapports menant à la confirmation de cas de dracunculose.

**Recommandations de la 16<sup>e</sup> réunion annuelle des responsables des programmes d'éradication de la dracunculose, tenue à Atlanta, GA, 1-2 mars 2012, pour les quatre pays qui notifient encore des cas.**

Tchad

- 1) Le Ministère de la Santé devrait faire une demande auprès des US Centers for Disease Control and Prevention pour une assistance d'aide épidémiologique afin de réaliser un suivi de toutes les enquêtes de cas dépistées en 2010-2012 visant à identifier les facteurs-risques de l'infection et d'évaluer leur pertinence face aux modalités possibles et emplacements de transmission de la dracunculose au Tchad. Il est urgent de faire une telle étude avant que ne démarre la prochaine saison de pluie.
- 2) Pour encourager l'auto-notification parmi les patients de la dracunculose, le PED du Tchad pourrait envisager de modifier la forme actuelle de sa récompense (50 000 CFA) à toute personne apportant une information qui mène à la confirmation d'un cas de dracunculose de la façon suivante :
  - a) La récompense complète est donnée au patient(e) avec la dracunculose si il ou elle fait une auto-notification ;

- b) La récompense est partagée 50/50 avec l'informant si c'est le rapport de ce dernier ou de cette dernière qui mène à la confirmation d'un cas de dracunculose.

Le message universel sur la récompense continuera à être le même : 50 000 FCA pour une information menant à la confirmation d'un cas de dracunculose.

- 3) Le Ministère de la Santé devrait négocier avec les sociétés de téléphone portable (AirTel et/ou TIGO) pour diffuser des messages textuels et/ou visuels sous forme d'annonces publiques sur les portables concernant la récompense de 50 000 CFA pour des rapports menant à la confirmation de cas de dracunculose.
- 4) Le Ministère de la Santé devrait installer une permanence téléphonique, de préférence au secrétariat du PED, que les personnes peuvent appeler pour communiquer une information sur les rumeurs de cas possibles. Le Ministère de la Santé pourra ensuite transmettre ces rapports au personnel du programme d'éradication de la dracunculose dans les meilleurs délais possibles (24 heures).
- 5) Le Tchad devrait continuer à faire un suivi périodique pour voir dans quelle mesure les récompenses sont connues par le public, en 2012-2013, aussi bien dans les régions avec dracunculose que dans celles exemptes de dracunculose.
- 6) Le programme du Tchad doit distribuer des filtres et dispenser immédiatement une éducation sanitaire dans toutes les régions où les cas ont été détectés et dans toutes les régions suspectes aux alentours.
- 7) Le Ministère de la Santé devrait offrir une assistance immédiate au PED et débloquer les fonds pour l'achat de véhicules, la recherche de cas et la mise en œuvre d'autres interventions de programmes.

#### Soudan du Sud

- 1) Le Ministère de la Santé devrait organiser une séance d'information à l'intention du Président Salva Kiir faisant le point de la situation de la dracunculose dans le Soudan du Sud et sur le SSGWEP. Le Gouvernement du Soudan du Sud, ainsi que son Président, devrait s'approprier le programme et se sentir fier de l'effort d'éradication de la dracunculose et tourner en réussite cet effort national.
- 2) Le secteur de l'eau doit agir rapidement pour approvisionner en eau salubre les villages d'endémicité (VE) ciblées, en utilisant notamment les technologies alternatives (traitement de l'eau au point d'utilisation, collecte des eaux de pluie, etc.) avant la fin d'avril 2012.
- 3) Les organismes du secteur de l'eau devraient accélérer la distribution des outils et des pièces de rechange pour les emplacements où la dracunculose est endémique avant la saison de transmission pic.

#### Mali

- 1) En 2012, le Mali devrait intensifier la diffusion de messages sur les récompenses pour les notifications menant à la confirmation de cas de dracunculose par le biais de tous les médias disponibles (radio, affiches, personne à personne, etc.).

- 2) En 2012-2013, le Mali devrait continuer à faire le point de l'état de connaissances des récompenses au sein du public dans les régions affectées par la dracunculose et dans celles exemptes.
- 3) Le Bureau régional africain de l'OMS devrait vérifier que le MS et le représentant de l'OMS au Mali travaillent ensemble pour que le financement de l'OMS pour la surveillance de la dracunculose soit disponible rapidement et utilisé par le PED tel que prévu par le PED.

### Ethiopie

- 1) Les responsables de terrain et les agents d'extension sanitaire du Programme d'éradication de la dracunculose de l'Ethiopie (EDEP) dans le woreda de Gog devraient rendre visite tous les jours aux villages d'endémicité et les superviseurs du Bureau régional de la santé devraient se rendre deux fois par mois dans les villages d'endémicité.
- 2) L'EDEP devrait chercher tous les moyens possibles de faire des enquêtes dans les endroits soupçonnés de Gambella et South Omo qui sont d'accès difficile.
- 3) L'EDEP devrait identifier tous les obstacles entravant le Programme et tentait de les éliminer immédiatement, à l'avance de la saison de transmission. Il peut s'agir de n'importe quel obstacle, qu'il s'agisse d'un transmetteur de radio qui est tombé en panne à toute autre activité qui ne relève pas forcément du programme de santé.
- 4) Le Programme devrait vérifier que tout le matériel d'éducation sanitaire soit préparé et communiqué dans les langues locales. Cela suppose parfois de le traduire dans plusieurs langues locales même pour une petite région géographique.
- 5) L'Ethiopie devrait continuer à suivre périodiquement l'état de connaissance des récompenses au sein du public, sur l'ensemble de 2012-2013, aussi bien dans les régions affectées par la dracunculose que dans celles exemptes.
- 6) L'Ethiopie devrait augmenter la collaboration transfrontalière, y compris la surveillance avec le Soudan du Sud, pour intensifier les activités conjointes dans South Omo en réponse à la zone d'endémicité partagée.

### **EN BREF**

Le Tchad. Un total de 803 villages (en date du 31 mars 2012) ont été trouvés et identifiés dans des régions du Tchad, comme étant associés à la dracunculose, en 2010 ou 2011 et 646 (80%) de ces villages disposent à présent de volontaires villageois formés et d'un personnel de supervision, dans le cadre de l'assistance fournie par le Centre Carter en vue de dépister, de confiner et de notifier les cas de dracunculose. Quatre-vingt dix huit des 646 villages ont présenté des rapports de surveillance pour mars 2012.

### **RÉUNIONS**

Lors de la cinquante sixième Assemblée mondiale de la Santé de cette année à Genève, la réunion informelle avec les ministères des pays affectés par la dracunculose se tiendra mercredi 23 mai 2012, de 18h à 20 h, dans la Salle XXII au Palais des Nations.

## **PUBLICATIONS RÉCENTES**

Allen T, and Parker M. 2012. Will increased funding for neglected tropical really make poverty history? *Lancet*, (Correspondence) 379, 1097-1100

Frieden, T, DeCock, KM. 2012. The CDC's Center for Global Health. *Lancet*, 379 (9820), 986 - 988.

Hamptom, T. 2012. Collaborative Efforts Targets 17 Tropical Diseases for Control, Elimination. *JAMA*, February 22/29, 307(8), 772.

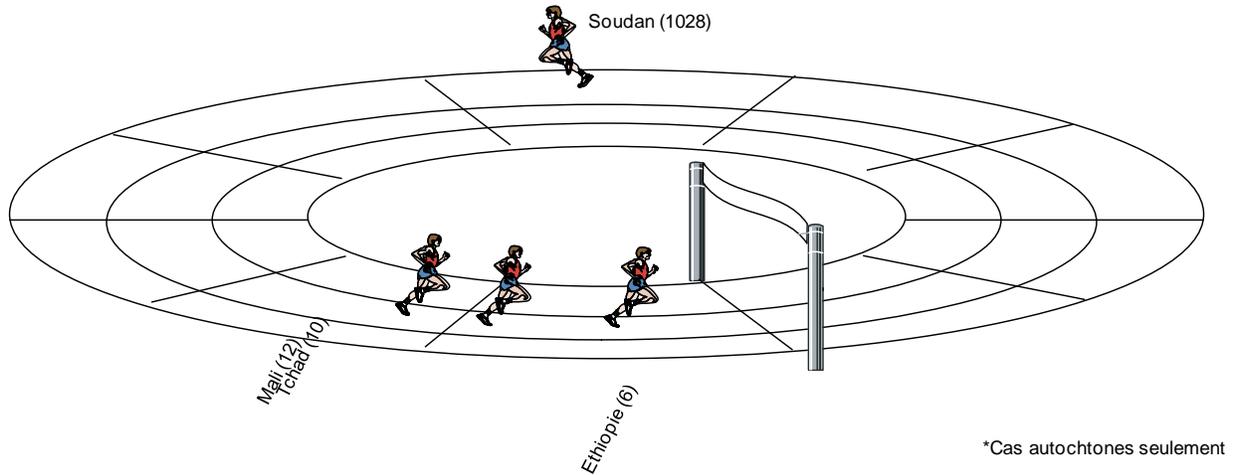
Hesse, AJH, Nouri A, Hassan HS, and Hashish AA. 2012. Parasitic infestations requiring surgical interventions. *Seminars in Pediatric Surgery* 21, 142-150.

Richards FO, Ruiz-Tiben E, Hopkins DR. 2011. Dracunculiasis eradication and the legacy of the smallpox campaign: What's new and innovative? What's old and principled? *Vaccine* 29: D86-D90. [elsevier.com/locate/vaccine](http://elsevier.com/locate/vaccine)

World Health Organization. 2012. Monthly report on dracunculiasis cases, January-December 2011. *Wkly Epidemiol Rec* 87:71-72.

Figure 5

# COURSE AU VER DE GUINÉE\*



*L'inclusion de l'information sur 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 le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication de la dracunculose., NCZVED, Centers for Disease Control and Prevention, F-22, 4770 Buford Highway, NE, Atlanta, GA 30341-3724, U.S.A. FAX: 770-488-7761. L'emplacement sur le web du Résumé de la dracunculoses*

<http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/guineaworm/default.htm>

*Les anciens numéros sont également disponibles sur le site web du Centre Carter en anglais et en français :*

[http://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea\\_worm\\_wrapup\\_english.html](http://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea_worm_wrapup_english.html)

[http://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea\\_worm\\_wrapup\\_francais.html](http://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea_worm_wrapup_francais.html)

---

logo l'OMS

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