



Date: 21 juillet 2003



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

Sujet: RESUME DE LA DRACUNCULOSE #134

A: Destinataires

**Les interventions de cette année sont-elles meilleures que celles de l'année dernière ?
Si oui, qu'est-ce qui a changé ?**

EDITORIAL : DEPISTER CHAQUE CAS ET ENDIGUER LA TRANSMISSION DE CHAQUE VER DE GUINEE

Destiné à tous les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose (PED), ce message attire l'attention sur le fait que les problèmes rencontrés par le passé pour endiguer efficacement la transmission du ver de Guinée était dus au manque de connaissance et d'importance accordée à la synchronie entre la fréquence de la surveillance dans les villages (recherches actives de cas) et la toute première mesure (norme) obligatoire pour arrêter la transmission de la part des personnes affectées par le ver de Guinée, à savoir le dépistage de ces personnes dans les 24 heures maximum suivant l'émergence du ver. Le dépistage de chaque cas dans les 24 heures suivant l'émergence du ver exige la surveillance quotidienne des cas de maladie dans chaque village où l'on sait que la maladie est endémique. Et pourtant, l'habitude pour le moment, du moins d'après nos renseignements, est de réaliser une surveillance villageoise une fois par semaine au moins. Nous savons également que dans certains pays, la surveillance en ce moment même ne se fait pas toutes les semaines.

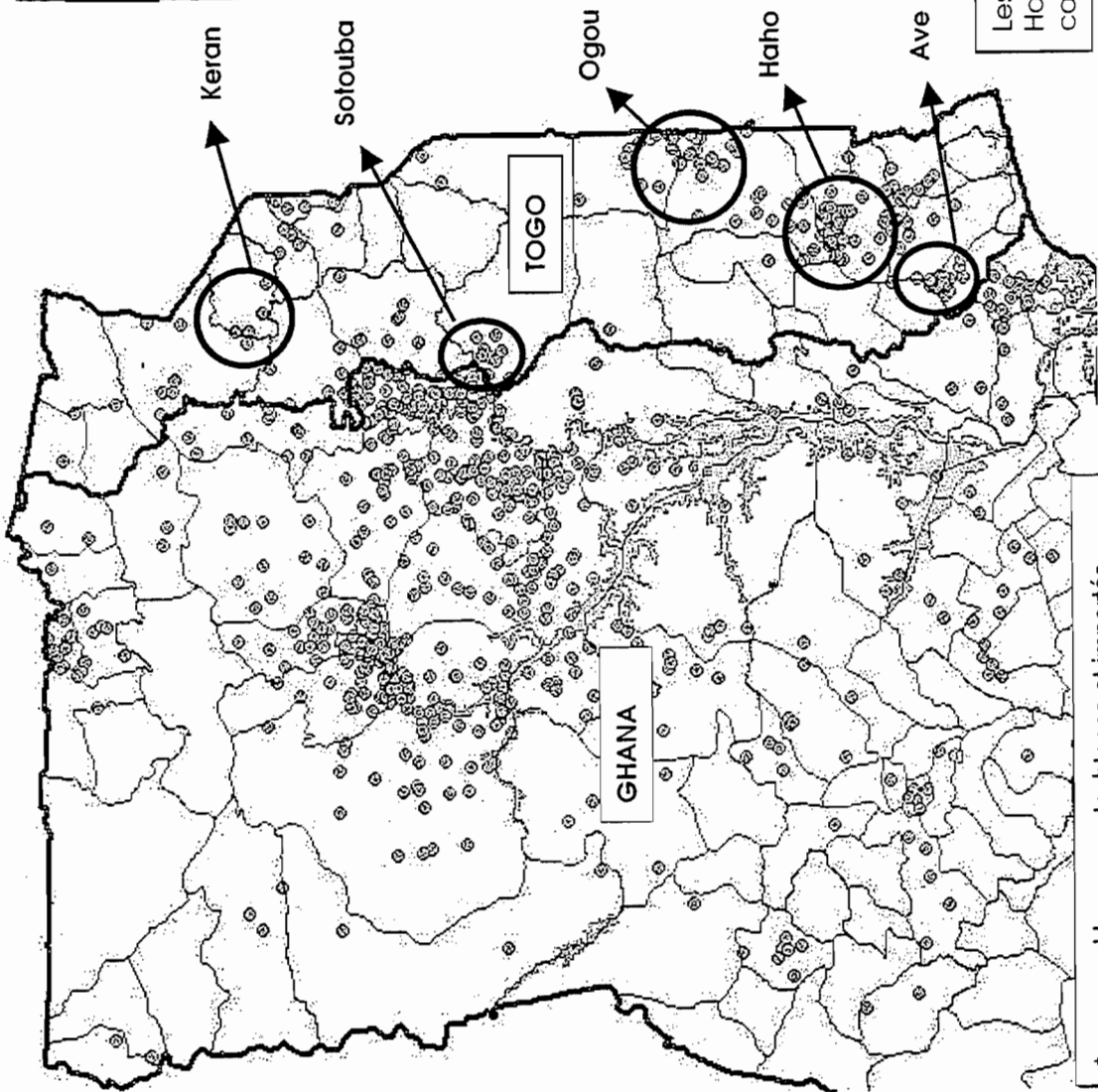
A ce stade de la campagne mondiale, tous les PED devraient vérifier que la surveillance à base villageoise des cas de dracunculose se fait tous les jours. Pour cela, les PED doivent s'assurer qu'il existe suffisamment de personnel dans chaque village endémique pour faire les recherches de cas tous les jours. Par exemple, au Ghana, la Société de la Croix rouge a mis en place un groupe de 8 à 10 femmes (club de village) pour aider le volontaire nommé dans ce village à faire la surveillance et à dépister et endiguer plus efficacement les cas. Les comités de santé ou les comités villageois du ver de Guinée quand ils existent peuvent également prêter main forte et assurer ainsi cette synchronie entre la surveillance et l'endiguement des cas car les membres de ces comités peuvent être chargés de faire la surveillance quotidienne de cas dans les segments de leur village endémique. Les PED ne pourront mettre fin à la transmission de la dracunculose que si on accélère la rapidité de toutes les interventions, surtout le dépistage rapide de chaque personne pour qu'on puisse empêcher la transmission de la maladie de la part de ces personnes. La fréquence et la qualité de la supervision doivent également être synchronisés avec ces conditions opérationnelles. En avant !

TOGO : LES CHOSES PROGRESSENT DANS LE SUD MAIS LE NOMBRE DE CAS A AUGMENTÉ DANS LE NORD

Les districts d'Haho (664 cas), d'Ogou (251 cas), Sotouba (202) et de Keran (118) ont notifié plus de 80% de tous les cas de dracunculose au Togo en 2002 (voir la carte). Ces quatre districts détiennent également la même part dans le nombre de cas du pays jusqu'à présent en 2003. Si les deux districts au Sud ont diminué de 46% le nombre de cas en janvier-juin 2003, par contre les deux districts au Nord comptent 65% de cas en plus (Figure 1). Le nombre accru de cas à Sotouba est lié à la flambée de cas dans le village de Djarapanga en juillet 2002 et ces cas sont confinés aux Konkombas qui ont une frontière commune avec les membres du même groupe ethnique très touché dans la Région

Programme d'éradication du ver de Guinée au Togo
Villages notifiant un cas ou plus en 2002.*

Mai-Juin					
Cas	2002	2003	% change ment	% endigués	
				2002	2003
52	45		-14%	39%	69%
36	131		264%	72%	92%
141	50		-65%	86%	77%
178	114		-36%	55%	73%
19	1		-95%	63%	100%



Les cinq districts de Keran, Sotouba, Ogou, Haho et Ave représentent 85% de tous les cas notifiés au Togo de mai à juin 2003

*comprend les cas autochtones et importés

au Nord du Ghana. Les agents togolais et ghanéens de la lutte contre la dracunculose dans les deux régions frontalières se rencontrent tous les mois. Le District de Sotouba a organisé une semaine du ver à compter du 21 juillet et Kéran a ouvert un centre d'endiguement des cas la semaine qui a précédé. Haho a organisé une semaine du ver, à partir du 23 juin, avec l'aide de 15 volontaires du Corps de la Paix américain dans 41 villages. Deux groupes de théâtre ont joué une vingtaine de sketches et le coordinateur du programme national, M.K. Ignace Amegbo, et le principal assistant technique du Centre Carter/Global 2000, M. Jim Ting, ont été interviewés à la radio locale. Tous les villages des quatre districts où la maladie est endémique auraient des filtres en tissu dans tous les ménages. Le soutien de l'OMS permet de réaliser des formations des agents de santé dans les zones où n'existe pas le ver de Guinée, afin d'améliorer la surveillance.

Est-ce que votre programme utilise des listes de classement prioritaires mises à jour et des cartes pour prévoir les cas et suivre les interventions ?

GHANA : 76% DES CAS A L'EXTERIEUR DU SOUDAN ; ENGAGER LES KONKOMBAS

Avec son augmentation de cas de 78% jusqu'à présent cette année (de 2 708 cas en janvier-mai 2002 à 4 825 cas pendant la même période en 2003), due essentiellement à une meilleure surveillance active, le Ghana a notifié 78% de tous les cas à l'extérieur du Soudan jusqu'à présent cette année (le Nigeria qui est le deuxième pays le plus endémique ne compte à présent que 17% des cas à l'extérieur du Soudan). Ce programme continue de renforcer ses interventions. Il a réalisé une semaine du ver en 2001, dix en 2002 et en organisera au moins 16 en 2003 (neuf ont déjà été organisées jusqu'à présent). Les 14 centres d'endiguement des cas démarrés à la fin de 2002 passeront à 21 avant que ne commence la saison de transmission pic en octobre. L'Initiative des Clubs féminins de la Croix rouge du Ghana qui a été mise sur pied en 2002 est en train de s'étendre à plus grande échelle, passant des 6 districts où la maladie est la plus endémique et de 4000 volontaires à environ 6 200 volontaires couvrant les villages endémiques dans les 15 districts les plus touchés. L'assistance technique fournie par des consultants externes recrutés par le Centre Carter s'est également renforcée : de 38 personnes-mois en 2001 à 44 en 2002 et elle devrait atteindre 56 personnes-mois en 2003, outre le nombre plus important d'assistants techniques ghanéens. Le Centre Carter distribuera également 280 000 filtres-conduites aux villages à risque dans les 2 districts où la maladie est la plus endémique avant la prochaine saison de transmission pic. Le Gouvernement du Ghana a promis d'installer 180 puits dans les villages endémiques prioritaires avant la fin de 2003.

Cherchant à atteindre et sensibiliser les konkombas ethniques, reconnus récemment comme un groupe courant un risque élevé de contracter la maladie, un consultant Konkomba dans le district de Nanumba, M. Dokurugu Yidana, a organisé trois réunions à huis clos avec des dirigeants d'opinion dans son district pour discuter de la prévention de la dracunculose. L'idée a été bien accueillie et déjà la communauté Konkomba a adopté des sanctions contre les patients qui pénètrent dans les points d'eau de boisson. Huit des onze coordinateurs de zone du Programme d'éradication de la dracunculose dans les districts de Nanumba, Soboba-Chereponi et Zazugu-Tatale dans la région du Nord sont des Konkombas. Une vidéo de 40 minutes filmée dans la langue Konkomba est en train d'être montrée un peu partout dans les zones à problème des Districts de Nanumba et Nkwanta. Sur les 673 cas notifiés dans le district de Nanumba en janvier-mai 2003, 212 (32%) ont été isolés dans un centre d'endiguement de cas. Le chef exécutif du district d'Atebubu de la Région de Brong-Ahafo, M. Cassius Osei-Poku, a visité en mai les cinq communautés les plus difficiles et les plus touchées dans son district (Fawomang, Kunkunde, Sullemana, Bachaso, Nwomwam). Il a informé chacun des chefs respectifs qu'ils seront tenus personnellement responsables pour les cas de dracunculose qui se présenteront dans leurs communautés. Le district de Zabzugu-Tatale qui était en 2002 celui où la maladie était la plus endémique a réduit le nombre de ses cas de 63% en mai et en juin 2003, comparé aux deux mêmes mois en 2002.

Figure 1

Distribution de 7 110 cas de dracunculose notifiés à l'extérieur du Soudan : janvier-juin 2003*

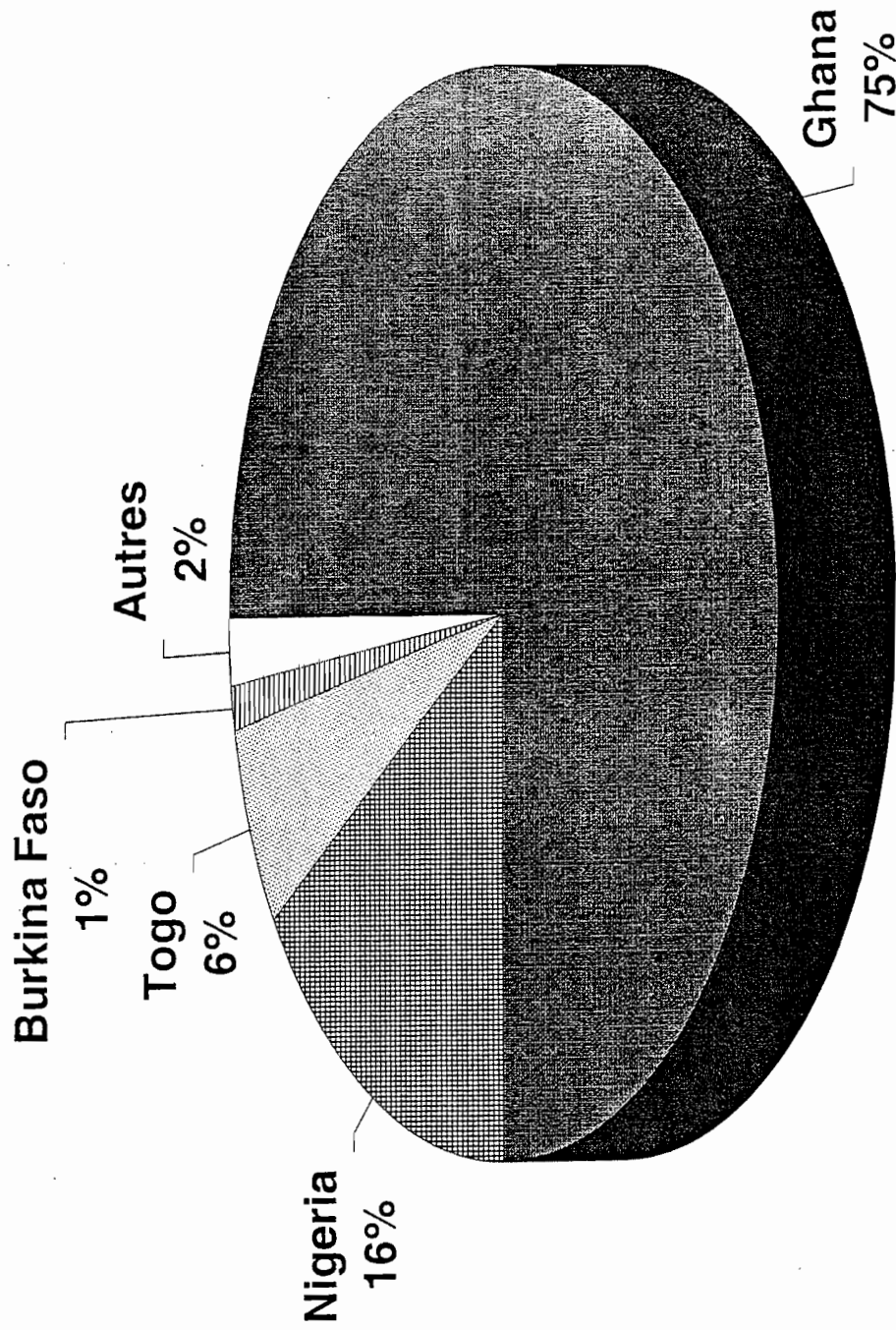


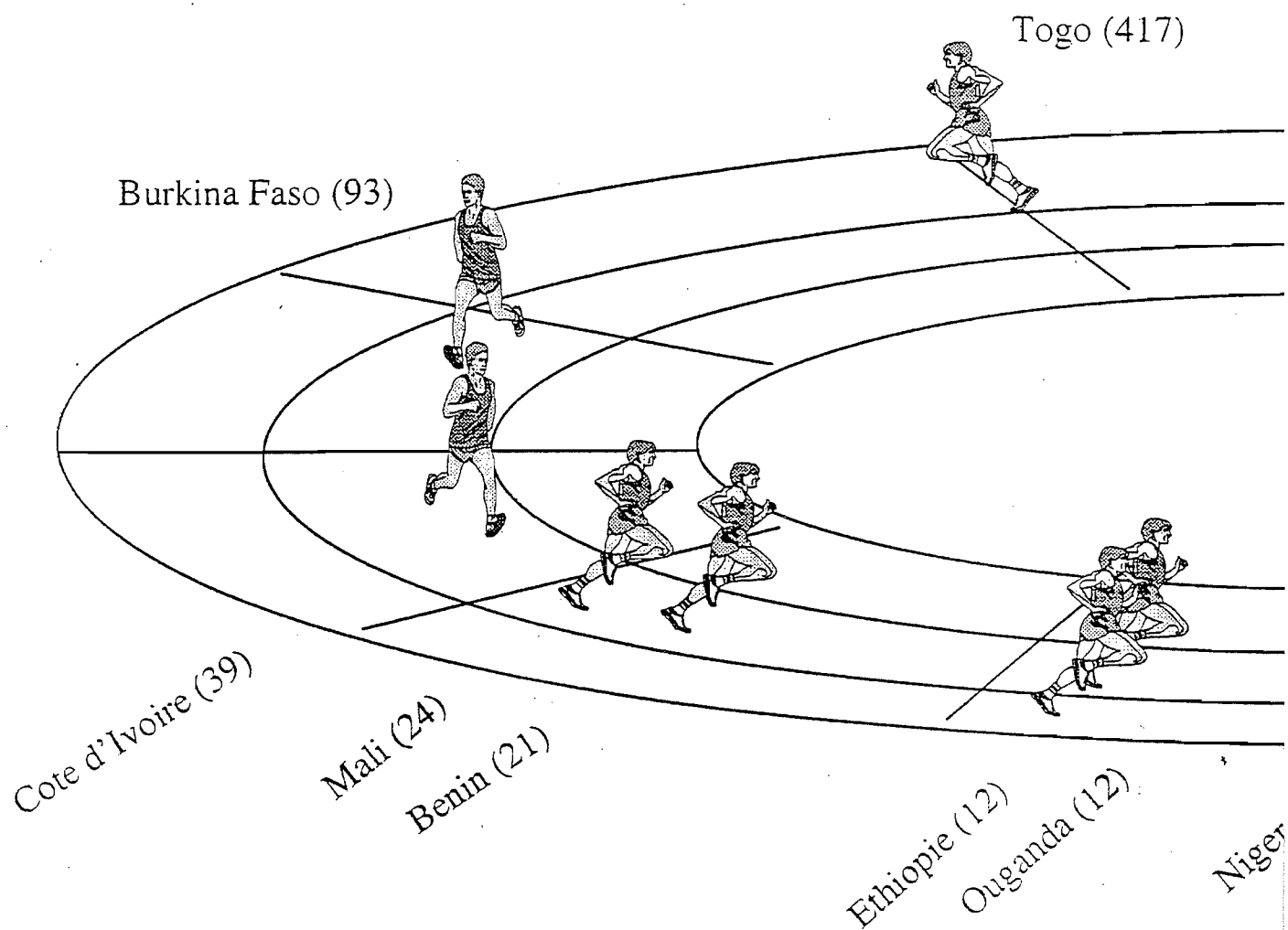
Tableau I
NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 2003*
 (PAYS DISPOSES EN ORDRE DECREISSANT DE CAS EN 2002)

Pays	Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés												total*
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	
SOUUDAN	708 / 1176	362 / 702	543 / 870	490 / 1095	460 / 1325	/	/	/	/	/	/	/	2553 / 5168
GHANA	470 / 870	741 / 1322	510 / 931	602 / 936	498 / 767	335 / 612	/	/	/	/	/	/	3156 / 5338
NIGERIA	389 / 568	179 / 246	103 / 126	63 / 61	30 / 62	49 / 58	/	/	/	/	/	/	803 / 1109
TOGO	109 / 147	36 / 50	22 / 30	37 / 42	77 / 87	63 / 70	/	/	/	/	/	/	334 / 428
MALI	3 / 3	4 / 4	6 / 6	2 / 3	3 / 3	7 / 8	/	/	/	/	/	/	24 / 28
BURKINA FASO	6 / 6	3 / 4	0 / 2	1 / 3	12 / 17	24 / 64	/	/	/	/	/	/	46 / 96
NIGER	0 / 0	1 / 1	0 / 0	2 / 2	0 / 0	6 / 6	/	/	/	/	/	/	9 / 9
COTE D'IVOIRE	7 / 21	6 / 8	1 / 2	1 / 3	4 / 4	1 / 1	/	/	/	/	/	/	19 / 39
BENIN	21	1 / 1	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	23 / 23
ETHIOPIE	0 / 0	0 / 0	3 / 3	7 / 7	7 / 7	5 / 5	/	/	/	/	/	/	22 / 22
MAURITANIE	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	2 / 2	/	/	/	/	/	/	2 / 2
OUGANDA	0 / 0	0 / 0	0 / 0	3 / 3	9 / 11	6 / 6	/	/	/	/	/	/	17 / 20
TOTAL*	1713 / 2812	1332 / 2337	1188 / 1969	1198 / 2155	1050 / 2273	487 / 732	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	7008 / 12278
% endigué	61	67	60	56	48	67							67

* Provision
 Les cellules grises dénotent des mois où zéro cas antérieurs ont été notifiés (les nombres indiquent le nombre de cas imputés notifiés et endigués, hors de ce mois)
 Pour d'autres cas imputés, voir le tableau des cas imputés par mois et par pays

Figure 2

La course du l'exterieur du



*Données provisoires. Janvier-juin 2003. Cas autochtones.

ver de Guinée à Soudan en 2003 *

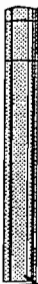
Nigeria (1109)



Ghana (5338)



0 Cas



Mauritanie (2)

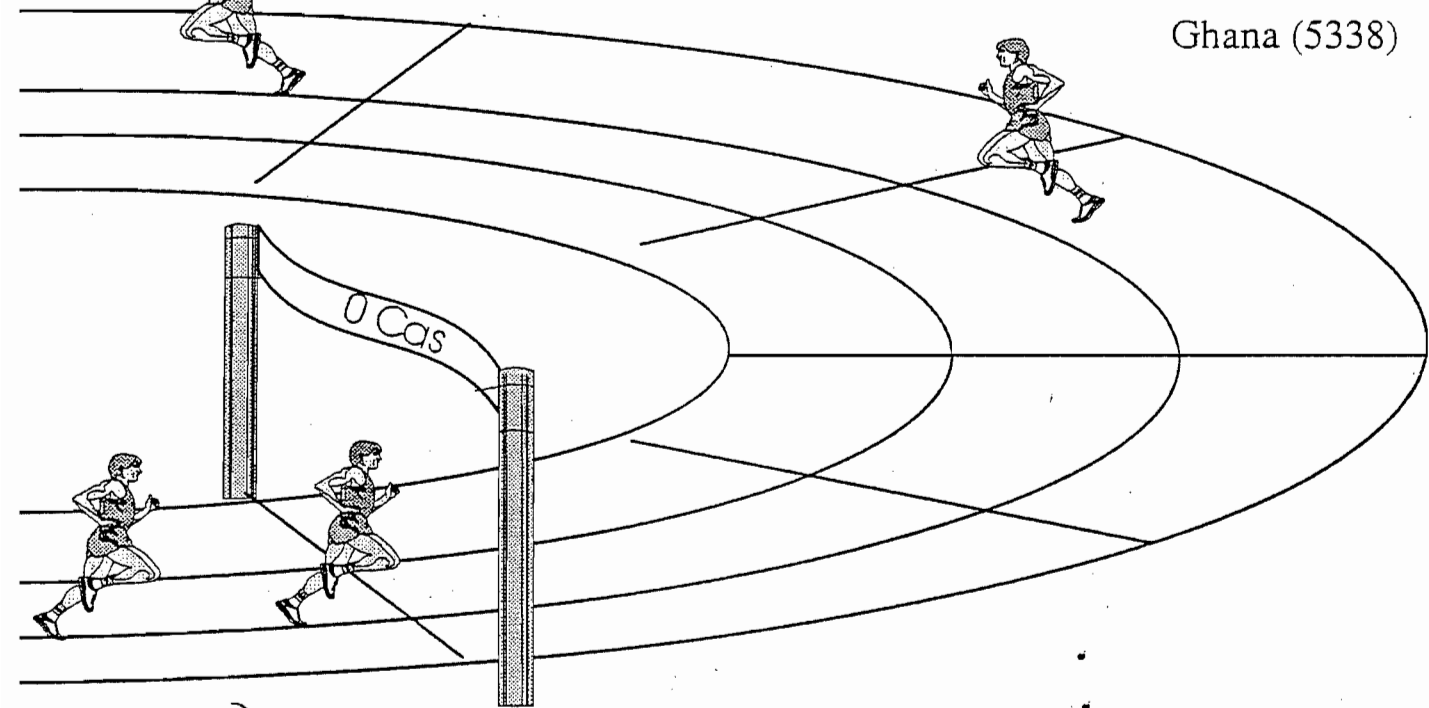
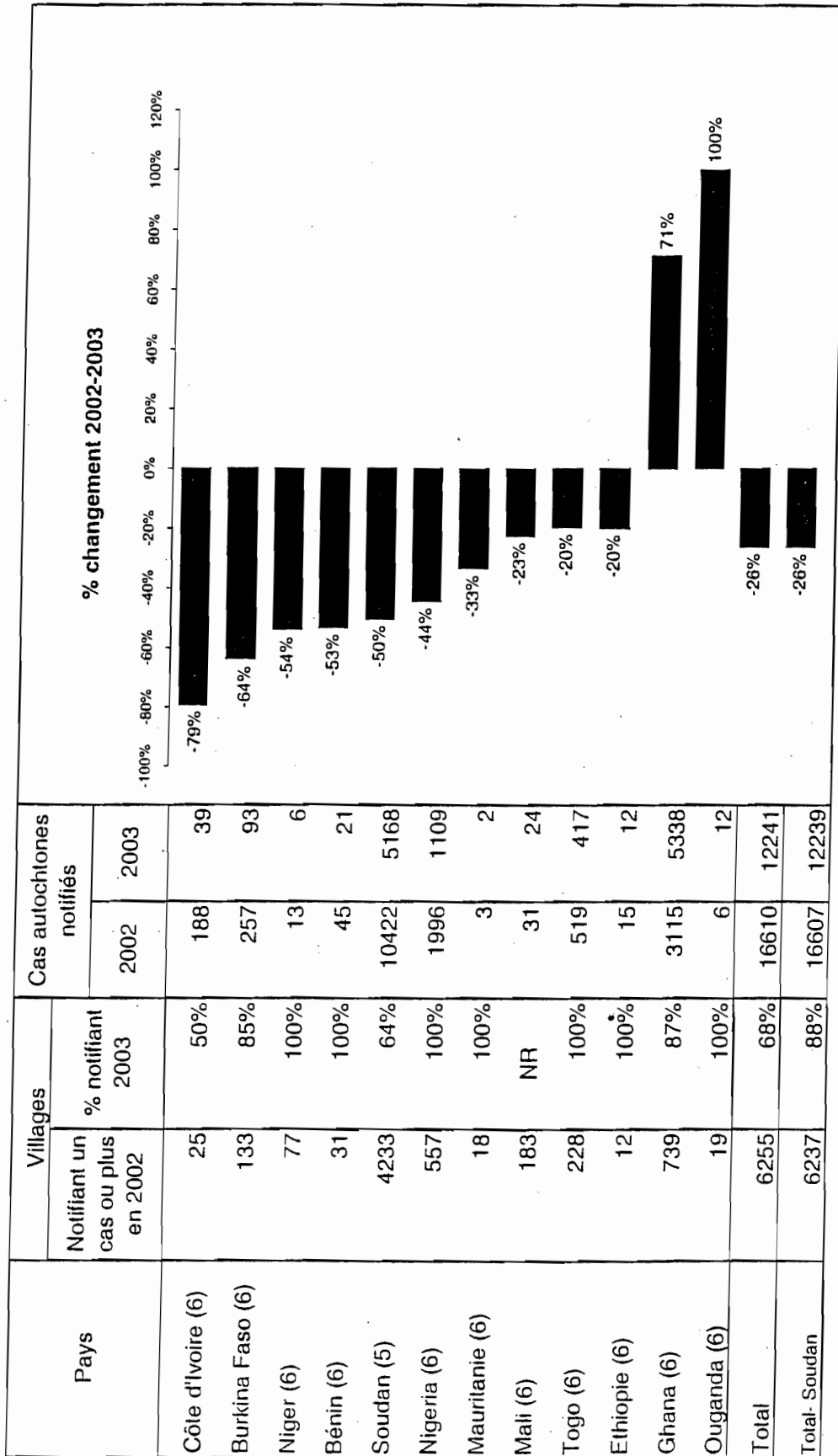


Figure 3

Nombre de villages/emplacements notifiant des cas de dracunculose en 2002, pourcentage de villages endémiques notifiant en 2003*, nombre de cas autochtones notifiés pendant la période spécifiée en 2002 et en 2003* et changement en pourcentage dans les cas



(6) indique le mois pour lequel les rapports ont été reçus, par exemple de janvier à juin 2003
Provisoire

Est-ce que votre programme a réalisé des semaines du ver dans les districts les plus endémiques cette année ?

EN BREF

Le Nigeria n'a notifié que 58 cas de dracunculose en juin (-82%) et c'était donc son troisième mois consécutif avec moins de 100 cas. Cette dernière réduction prononcée est doublement importante puisque la saison de transmission pic du Nigeria, à mi-année, dans le Nord du pays, démarre généralement en juin. La Zone du Sud-Est, zone la plus endémique du pays, a notifié ZERO cas pour la première fois en juin cette année ! Félicitations au Nigeria ! L'Etat de Borno a ouvert ses premiers deux centres d'endiguement en juin pour faciliter l'endiguement des cas et trois autres centres ouvriront prochainement. L'Etat de Gombe est en train d'essayer une autre stratégie « d'endiguement des cas » dans le cadre de laquelle les patients de la dracunculose sont sous surveillance continue, 24 heures sur 24, pour vérifier que la personne affectée ne contamine pas le point d'eau.

Le Soudan. Sur les 700 000 soudanais qui se trouvent, d'après les estimations, dans les camps pour personnes déplacées à l'échelle interne, sur l'ensemble du Soudan, plus de 234 000 ont reçu jusqu'à présent une éducation portant sur la prévention de la dracunculose, en préparation de l'accord de paix quand un grand nombre rentreront chez eux. Les huit états au Nord encore touchés ont notifié 1 cas autochtone et 2 cas importés du Sud du Soudan en janvier-mai 2003 (tous les cas ont été endigués), comparés à 3 cas autochtones et 2 cas importés pour la même période de 2002 (3 des 5 ont été endigués).

Le Niger. Des superviseurs nigériens locaux et des agents de santé villageois se sont alliés aux volontaires du Corps de la Paix et aux volontaires de la coopération japonaise pour réaliser la toute première semaine du ver dans le District de Tillabéry du 9 au 15 mai, et une seconde semaine du ver dans le District de Téra du 23 au 29 mai. Dans le District de Tillabéry, les équipes ont choisi 19 emplacements où la dracunculose est endémique comme leur base d'intervention, pour atteindre environ 4 500 personnes et distribuer environ 3 500 filtres. Dans le District de Téra, dix équipes ont rendu visite à un total de 54 emplacements, couvrant 4000 personnes et distribuant plus de 3000 filtres. La Semaine du ver à Tillabéry a été financée par le Centre Carter et celle à Téra par l'UNICEF. Ce programme essaye également de sensibiliser les groupes Touaregs nomades dans ces districts clés à l'aide de visites avec boîtes à images et animation spéciale la nuit ainsi que groupes de musique populaire.

Le Bénin signale à présent, pour la première fois, ZERO cas pour le quatrième mois consécutif (mars à juin).

L'Ethiopie et **l'Ouganda** sont freinés dans leurs efforts visant à enrayer la transmission de la dracunculose à cause de l'insécurité dans les zones où la maladie reste encore endémique. L'Ethiopie a signalé 12 cas autochtones (tous dans la Région de Gambella) et 10 cas importés du Soudan (tous dans la Région d'Omo du Sud) pendant les six premiers mois de 2003. L'Ouganda a notifié pour le moment 12 cas autochtones (tous dans un seul village, Nawuapoet, dans le District de Kotido) et 8 cas importés du Soudan dans des camps de réfugiés de plusieurs districts. En réponse à un appel d'urgence du Programme ougandais d'éradication de la dracunculose, l'UNICEF a installé deux nouveaux puits forés près du seul village endémique du pays (Nawuapoet).

LES COMBATTANTS DE LA DRACUNCULOSE REÇOIVENT UNE BOURSE À L'UNIVERSITÉ EMORY

En 2002, la Fondation Bill & Melinda Gates a créé la bourse Santé mondiale William H. Foege en honneur de la carrière et des accomplissements de l'une des imminentes personnalités de la santé publique. Doté de plus de 5 millions de dollars, le nouveau programme est établi dans l'Ecole de santé publique Rollings à l'Université d'Emory à Atlanta en Georgie où le Dr William Foege est nommé Professeur distingué présidentiel.

C'est un honneur spécial que la première classe de quatre étudiants compte M.Ayman Elsheikh du Programme d'éradication de la dracunculose du Soudan et M. Alhaji Sadi Moussa du programme d'éradication de la dracunculose. Ils ont été choisis pour leur rôle de chef de file dans la campagne d'éradication de la dracunculose et leur engagement en santé publique. Félicitations Ayman et Sadi !!!

Est-ce que les messages radiophoniques en langues locales sont diffusés aux groupes dans les régions où la dracunculose est très endémique ? Si oui, avec quelle fréquence ?

DEFINITIONS ET INDICATEURS RECOMMANDES DE LA 4^E RÉUNION DU GROUPE INTERORGANISATIONS POUR L'ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE (organisé le 14 et 15 mai 2003 au siège de l'OMS à Genève en Suisse) :

Indicateurs de performance :

Il existe divers indicateurs pour examiner l'efficacité de la surveillance et des interventions dans les programmes de lutte contre la dracunculose. Les définitions de ces indicateurs varient d'un pays à l'autre. On a jugé important de disposer de définitions types pour ces indicateurs afin de pouvoir comparer les données au sein d'un pays et entre les divers pays. Les villages à caractère endémique n'étant pas les seuls qui sont sous surveillance, on a recommandé de garder « village à caractère endémique » comme indicateur des villages avec transmission autochtone et de formuler d'autres ensembles d'indicateurs pour d'autres villages, par exemple ceux où la maladie n'est pas endémique et qui sont sous surveillance.

Récapitulatif des définitions :

Un cas de dracunculose : Une personne ayant une lésion ou plusieurs lésions de la peau avec émergence d'un ou plusieurs vers de Guinée (chaque personne ne sera comptée qu'une seule fois pendant l'année civile).

Cas importé : Un cas de dracunculose qui a été contracté dans un lieu autre que le village dans lequel il a été dépisté et notifié.

Village à caractère endémique : Un village avec un ou plusieurs cas autochtones lors de l'année civile précédente et/ou actuelle.

Village réinfecté : Un village où la dracunculose était endémique auparavant et qui a notifié des cas autochtones après au moins une année civile de notification zéro et où il faut à nouveau réaliser des interventions.

Nouveau village à caractère endémique : Un village qui apparaît pour la première fois sur la liste des villages à caractère endémique depuis que des dossiers ou archives sont gardés et où il faut démarrer des activités d'intervention et de surveillance.

Village à risque : On juge qu'un village est exposé au risque de transmission locale de la dracunculose s'il existe une combinaison de deux au moins des facteurs suivants :

- Absence d'eau de boisson salubre et emplacement proche de villages où la dracunculose est endémique
- Point d'eau non salubre partagé avec le village endémique voisin
- Existence de liens/mouvements des habitants des villages ou zones endémiques.

Village sous surveillance :

Dans les villages à caractère endémique : Surveillance active, le volontaire villageois rend visite régulièrement aux ménages toute l'année et au moins une fois par semaine ; notification mensuelle et supervision mensuelle. (Le

volontaire intervient activement au niveau de la surveillance et des interventions dans les villages endémiques.)

Dans les villages où la maladie était endémique auparavant et où il existe un risque continu de transmission, la surveillance devrait être plus proactive pendant la saison de transmission pic, sur une base pays par pays.

Définition de l'indicateur de notification : pourcentage de villages endémiques qui font un compte rendu mensuel.

Rappels :

- a- Tous les rapports devraient être exacts et complets
- b- Les rapports devraient être reçus à temps (tel qu'indiqué par le programme)
- c- Les rapports devraient être examinés de près pour être sûr que les villages où la maladie est la plus endémique font toujours des notifications rapides et régulières chaque mois.

Définition : Pourcentage de villages à caractère endémique où il existe des agents ou volontaires villageois qui ont été formés/recyclés lors de l'année civile précédente.

Rappels : L'agent ou le volontaire villageois :

- a- Est actif
- b- A reçu une formation ou un recyclage fréquent et adéquat pendant l'année civile précédente
- c- Est supervisé régulièrement
- d- Reçoit des incitations
- e- Couvre une proportion gérable de la population (ménages) et de la zone desservie.

Définition : Pourcentage de villages à caractère endémique qui bénéficient d'interventions mensuelles en éducation sanitaire

Rappels : L'éducation sanitaire est assurée par l'un des moyens suivants :

- a- Théâtre
- b- Radio-vidéo
- c- Discussion face-à-face
- d- Semaine du ver
- e- Les programmes d'éradication devraient suivre la couverture cumulative (réalisée jusqu'à présent cette année) des villages endémiques bénéficiant de ces interventions sanitaires et les inclure dans leur mise à jour mensuelle.

Définition : Pourcentage de villages à caractère endémique où tous les ménages, tel que définis par le programme d'éradication, ont des filtres.

Rappels :

- a- Couverture adéquate
- b- Disponibilité de filtres avant la saison de transmission
- c- Contrôle ponctuel de l'utilisation des filtres
- d- Démontrer l'utilisation correcte et l'entretien des filtres
- e- Laisser un stock suffisant de filtres dans le village.

Définition : Pourcentage de villages à caractère endémique avec accès à un ou plusieurs points d'eau salubre qui fonctionnent correctement.

Rappels :

- a- Le point d'eau doit fonctionner correctement et répondre à tous les besoins en eau, toute l'année, y compris pendant la saison de transmission.
- b- Les programmes doivent faire passer en priorité les communautés où la dracunculose est la plus endémique et celles où le système d'approvisionnement en eau doit être réparé.
- c- Vérifier qu'il existe un nombre adéquat de points d'eau opérationnels dans les villages à caractère endémique, selon le nombre d'habitants.

Définition : Pourcentage de villages à caractère endémique ce mois où tous les points d'eau concernés ont été traités avec le larvicide ABATE®

Rappels :

Lorsqu'on détermine quels les points d'eau/étangs qui doivent être traités avec de l'Abate, il faut tenir compte de la taille, du caractère saisonnier et de l'emplacement.

CAS D'ENDIGUEMENT

DÉFINITION DE L'ENDIGUEMENT DES CAS

Un cas de dracunculose est endigué si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1. Le patient est dépisté avant ou dans les 24 heures qui suivent l'émergence du ver ; et
2. Le patient n'est entré dans aucun point d'eau depuis que le ver est sorti ; et
3. Le volontaire villageois a pris en charge correctement le cas, en nettoyant et en posant un pansement jusqu'à ce que le ver soit entièrement retiré et en apportant une éducation sanitaire pour indiquer au patient qu'il ne doit pas contaminer un point d'eau (si deux ou plusieurs vers sont présents, le cas n'est endigué que lorsque le dernier ver est retiré) ; et
4. Le processus d'endiguement, y compris la vérification indiquant qu'il s'agit bien d'un ver de Guinée, est validé par un superviseur dans les 7 jours suivant l'émergence du ver.

REUNIONS

La cinquième réunion de la Commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose se tiendra au siège de l'OMS à Genève en Suisse, du 9 au 11 mars 2004.

Le Burkina Faso a accepté d'être l'hôte de la prochaine réunion pour faire le point des programmes d'éradication de la dracunculose dans les pays francophones de l'Afrique de l'Ouest, qui se tiendra du 20 au 22 octobre 2003.

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.