



Date: 12 janvier 2010



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

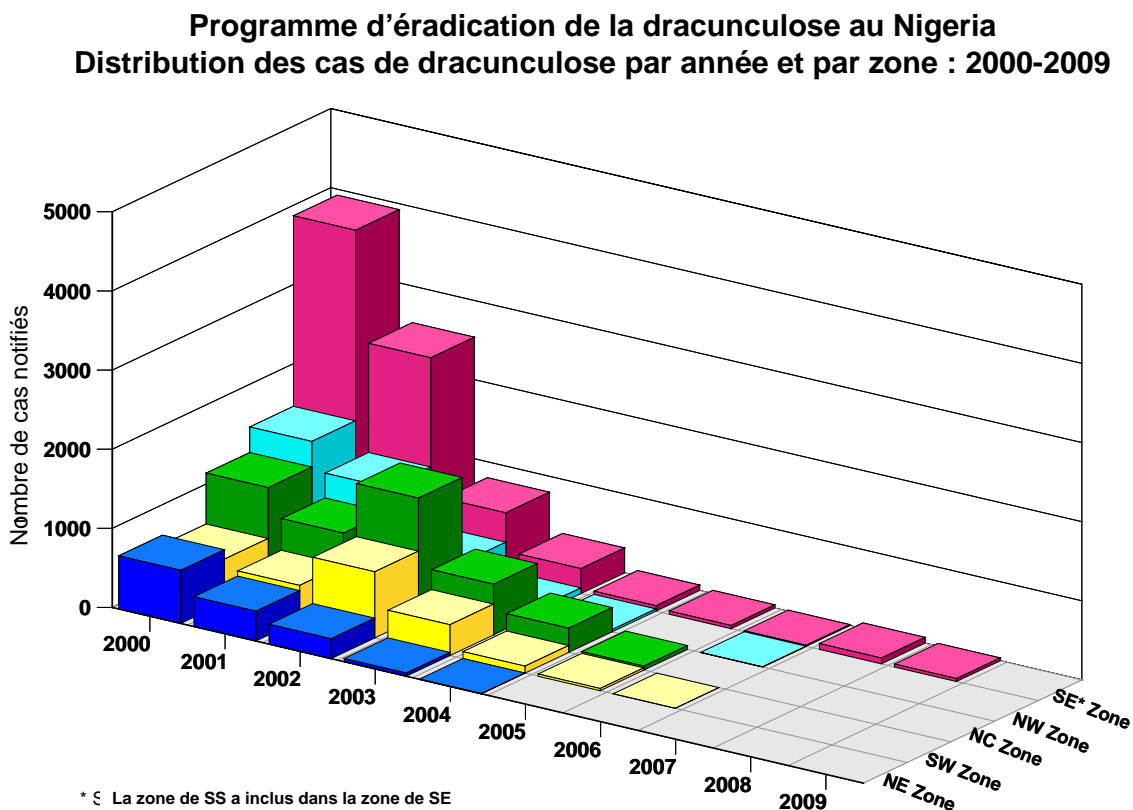
Sujet: RÉSUMÉ DE LA DRACUNCULOSE #194

A: Destinataires

LE NIGERIA A GAGNÉ: ZÉRO VER DE GUINÉE

À la fin de décembre 2009, le Nigeria a achevé 13 mois consécutifs avec ZÉRO cas autochtones de dracunculose (maladie du ver de Guinée), stoppant ainsi la transmission de la terrible maladie après des siècles et des générations de souffrances inouïes. Alors qu'il avait été le foyer abritant le plus grand nombre de dracunculose dans le monde, ayant recensé 653 620 cas dans 5 879 villages en 1988/89, le Nigeria célèbre à présent ce triomphe spectaculaire au moment même où le pays se prépare également pour le jubilé d'or de son indépendance politique le 1^{er} octobre 2010 (figure 1). Le dernier patient nigérian avait été une femme de 65 ans vivant dans le village d'Ezza Nkwubor de la collectivité d'Enugu Est de l'état d'Enugu et dont le ver avait émergé dans un centre d'endiguement des cas le 11 novembre 2008. Son village avait connu une flambée de cas surprise qui avait été découverte en 2006 et avait continué en 2007 avant de s'éteindre en novembre 2008.

Figure 1



Nous sommes au titre de ceux qui félicitons vivement le Gouvernement et la population du Nigeria, les membres actuels et passés du Programme d'éradication de la dracunculose du Nigeria (NIGEP), les nombreux bailleurs de fonds, les milliers de volontaires villageois et autres agents de santé et, surtout l'ancien chef d'état du pays, le Général (Dr.) Yakubu Gowon, qui a effectué 82 visites à 18 états et 135 communautés où la maladie avait été endémique entre 1999 et 2009. C'est le plus grand défenseur du NIGEP, aidé dans ce combat de ces dix dernières années par le Représentant du Centre Carter dans le pays, le Dr Emmanuel Miri, et plus récemment par M. Adamu Keana Sallau, qui a supervisé les efforts dans la Zone du Sud-Est après la flambée de cas.

Depuis son démarrage, le NIGEP avait bénéficié rapidement de l'assistance technique des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et de l'assistance financière, elle aussi précoce, de la mission de l'UNICEF au Nigeria ainsi que d'une assistance technique et financière soutenue de la part du Centre Carter et de dons en nature d'American Cyanamid/American Home Products/BASF (ABATE@Larvicide), DuPont Corporation and Precision Fabrics Group (matériel pour les filtres en nylon) et du Gouvernement du Japon (véhicules, motos) par le biais du Centre Carter ainsi que d'une assistance importante pour les projets d'approvisionnement en eau de l'UNICEF et du Gouvernement du Japon. Par la suite, le NIGEP avait obtenu une aide financière très importante de la Fondation Bill & Melinda Gates par le truchement du Centre Carter. Le Gouvernement du Nigeria avait également confié très rapidement les rênes à son Ministre de la Santé, le Professeur Olikoye Ransome-Kuti, décédé depuis, et a donné deux millions de dollars au Centre Carter pour le programme d'éradication de la dracunculose au Nigeria. Le NIGEP a eu trois coordinateurs du programme national : le Dr Lola Sadiq, le Dr. K.A. Ojodu décédé depuis et actuellement Mme Ifeoma Anagbogu. Le Comité national de certification du Nigeria pour l'éradication de la dracunculose, mis sur pied en mai 2005, a demandé à l'Organisation mondiale de la Santé de faire une évaluation externe indépendante du programme du 1^{er} au 15 février 2010 pour marquer l'entrée du Nigeria dans la phase de pré-certification finale de la campagne.

“...Les aînés nous ont raconté que le boom sonique de chaque avion [signifiant l'élimination nationale de la maladie] était proportionnel au nombre de cas de dracunculose que le pays avait au début de la campagne. Aussi lorsque le Nigeria a passé le mur du son, la vibration qui l'a suivi a secoué le continent entier. » extrait de “The Boom Boom Game”, Résumé de la dracunculose #48, 1^{er} mai 1995.

!!Dépistons et notifions chaque cas, endiguons chaque ver!!

STATUT DES BUTS DE 2009

Il y a une année de cela, dans le Résumé de la dracunculose # 186 (12 janvier 2009), nous avons fixé des buts pour les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose en 2009, dont le but général d'endiguer CHAQUE CAS de la maladie en 2009. A la fin de 2008, il restait au total six pays d'endémicité et 1983 cas non endigués (43% de tous les cas notifiés) pour cette année. Nous n'avons pas endigué chaque cas en 2009 mais nous avons terminé l'année avec un total provisoire de 516 cas non endigués (16% de tous les cas notifiés) et seuls quatre pays endémiques restants :

Tableau 1

| Cas non endigués en 2008 | | Cas non endigués (jusqu'en novembre) | |
|--------------------------|------|--------------------------------------|-------------|
| Soudan | 1837 | Soudan | 441 |
| Ghana | 73 | Ghana | 17 |
| Mali | 63 | Mali | 51 |
| Ethiopie | 9 | Ethiopie | 1 |
| Niger | 1 | Niger | 3 (importé) |
| Nigeria | 0 | Nigeria | 0 |

Tableau 2

Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés par mois en 2009* (Pays disposés en ordre décroissant de cas en 2008)

| PAYS NOTIFIANT LES CAS | Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés | | | | | | | | | | | | | % |
|------------------------------------|---|---------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-------------|----|
| | Janvier | Février | Mars | Avril | Mai | Juin | Juillet | Août | Septembre | Octobre | Novembre | Décembre | TOTAL* | |
| SOUDAN | 4 / 12 | 12 / 18 | 37 / 47 | 172 / 223 | 293 / 431 | 423 / 461 | 456 / 523 | 480 / 549 | 257 / 284 | 112 / 142 | / | / | 2246 / 2690 | 83 |
| GHANA | 40 / 45 | 49 / 50 | 50 / 52 | 27 / 28 | 30 / 34 | 18 / 19 | 6 / 7 | 1 / 1 | 1 / 1 | 2 / 3 | 0 / 0 | 1 / 2 | 225 / 242 | 93 |
| MALI | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 1 / 1 | 7 / 7 | 14 / 23 | 34 / 43 | 48 / 68 | 23 / 34 | 5 / 7 | 3 / 3 | 135 / 186 | 73 |
| ETHIOPIE | 0 / 0 | 0 / 0 | 1 / 1 | 7 / 7 | 5 / 5 | 7 / 8 | 2 / 2 | 1 / 1 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 23 / 24 | 96 |
| NIGERIA | 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 |
| NIGER | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 1 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 1 / 2 | 0 / 1 | 1 / 1 | 0 / 0 | 2 / 5 | 40 |
| TOTAL* | 44 / 57 | 61 / 68 | 88 / 101 | 206 / 258 | 329 / 471 | 455 / 495 | 478 / 555 | 516 / 594 | 307 / 355 | 137 / 180 | 6 / 8 | 4 / 5 | 2631 / 3147 | 84 |
| % ENDIGUÉS | 77 | 90 | 87 | 80 | 70 | 92 | 86 | 87 | 86 | 76 | 75 | 80 | 84 | |
| % ENDIGUÉS À L'EXTÉRIEUR DU SOUDAN | 89 | 98 | 94 | 97 | 90 | 94 | 69 | 80 | 70 | 66 | 75 | 80 | 84 | |

* provisoire

Les cellules grisées dénotent les mois où zéro cas autochtone a été endigué. Les chiffres indiquent le nombre de cas importés qui ont été notifiés et endigués le mois en question.

Nombre de cas endigués et nombre notifiés par mois en 2008* (Pays disposés en ordre décroissant de cas en 2007)

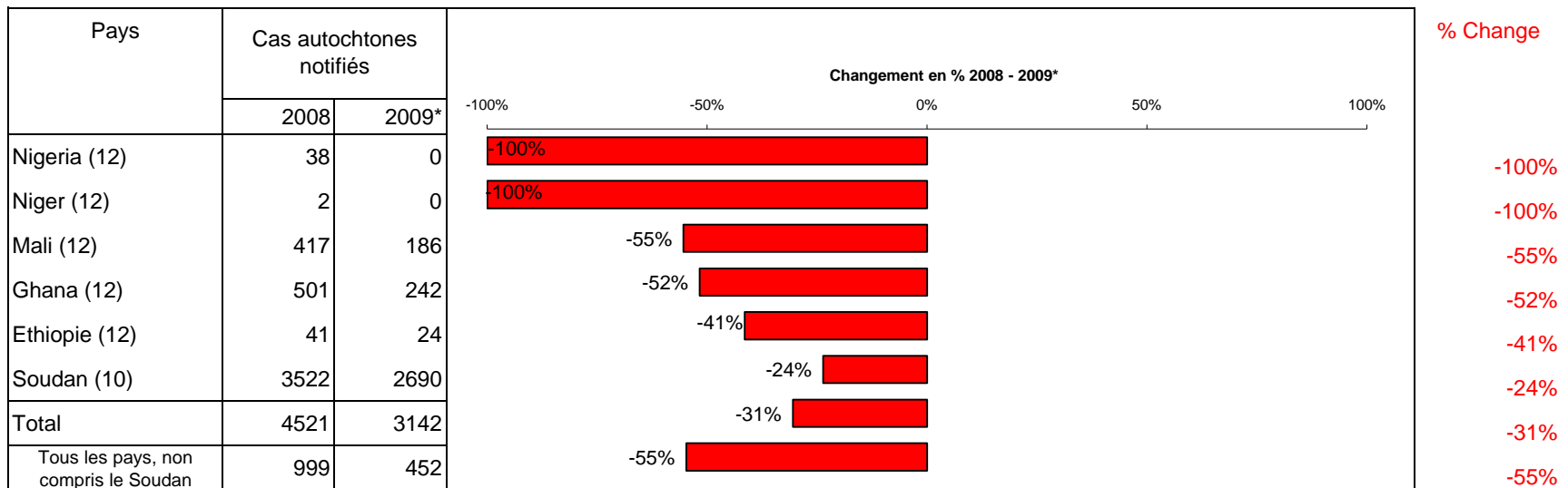
| PAYS NOTIFIANT LES CAS | Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés | | | | | | | | | | | | | % |
|------------------------------------|---|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-------------|-----|
| | Janvier | Février | Mars | Avril | Mai | Juin | Juillet | Août | Septembre | Octobre | Novembre | Décembre | TOTAL* | |
| SOUDAN | 8 / 32 | 13 / 34 | 39 / 88 | 112 / 258 | 259 / 618 | 394 / 759 | 399 / 783 | 313 / 536 | 126 / 254 | 94 / 160 | 16 / 75 | 8 / 21 | 1781 / 3618 | 49 |
| GHANA | 66 / 73 | 62 / 80 | 38 / 48 | 61 / 68 | 70 / 74 | 57 / 73 | 26 / 30 | 12 / 13 | 4 / 5 | 8 / 8 | 12 / 14 | 12 / 15 | 428 / 501 | 85 |
| MALI | 1 / 1 | 0 / 0 | 0 / 0 | 1 / 1 | 16 / 16 | 59 / 60 | 111 / 120 | 50 / 60 | 48 / 72 | 44 / 56 | 20 / 27 | 4 / 4 | 354 / 417 | 85 |
| NIGERIA | 28 / 28 | 8 / 8 | 1 / 1 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 1 / 1 | 0 / 0 | 38 / 38 | 100 |
| NIGER | 0 / 0 | 1 / 1 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 1 / 1 | 0 / 1 | 0 / 0 | 0 / 0 | 2 / 3 | 67 |
| ETHIOPIE** | 0 / 0 | 0 / 0 | 6 / 10 | 21 / 23 | 2 / 2 | 2 / 3 | 0 / 0 | 0 / 2 | 0 / 0 | 1 / 1 | 0 / 0 | 0 / 0 | 32 / 41 | 78 |
| BURKINA FASO | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 1 / 1 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 1 / 1 | 100 |
| TOTAL* | 103 / 134 | 84 / 123 | 84 / 147 | 196 / 351 | 347 / 710 | 512 / 895 | 536 / 933 | 375 / 611 | 179 / 332 | 147 / 226 | 49 / 117 | 24 / 40 | 2636 / 4619 | 57 |
| % ENDIGUÉS | 77 | 68 | 57 | 56 | 49 | 57 | 57 | 61 | 54 | 65 | 42 | 60 | 57 | |
| % ENDIGUÉS À L'EXTÉRIEUR DU SOUDAN | 93 | 80 | 76 | 90 | 96 | 87 | 91 | 83 | 68 | 80 | 79 | 84 | 85 | |

* compris 6 cas de dracunculose exportés d'un pays à l'autre

Les cellules grisées dénotent les mois où zéro cas autochtone a été notifié. Les chiffres indiquent le nombre de cas importés et endigués le mois en question.

Figure 2

Nombre de cas autochtones notifiés pendant la période spécifiée en 2008 et en 2009*, et changement en pourcentage dans les cas notifiés



* Provisoire : non compris les cas exportés d'un pays à un autre

(12) Indique les mois pour lesquels des comptes rendus ont été reçus, janvier -décembre 2009

Où en sommes-nous arrivés concernant les priorités avancées dans chaque pays en 2009?

Soudan. Nous avons souligné la nécessité d'augmenter le taux d'endiguement des cas (s'est amélioré passant de 49% à 83% en 2009) et nous avons espéré pour une « insécurité minimale dans les zones d'endémicité » (incidents d'insécurité ont augmenté en 2009).

Ghana. Nous avons souligné la nécessité de dépister, d'endiguer et d'expliquer la source de chaque cas dans les 24 heures (ont été dépistés et endigués 93% des cas, presque tous ont été expliqués).

Mali. Nous avons souligné la nécessité de dépister, d'endiguer et d'expliquer chaque cas de la maladie du ver de Guinée dans les 24 heures et nous avons espéré que l'insécurité n'entraverait pas la bonne marche des opérations en 2009 (taux d'endiguement de 72% en 2009 contre 85% en 2008 mais l'insécurité a freiné certaines opérations dans les Régions de Kidal et de Gao en 2009).

Nigeria. Nous avons noté que le Nigeria semblait avoir dépisté, endigué et expliqué chaque cas en 2008 (zéro cas en 2009).

Ethiopie. Nous avons souligné la nécessité de dépister et d'endiguer chaque cas dans la Région de Gambella en 2009 et de travailler de manière constructive avec le Programme d'éradication de la dracunculose dans le Soudan du Sud pour évaluer les sources des cas importés soupçonnés (tous les cas autochtones ont été endigués à l'exception d'un seul et il n'y avait pas de cas importés que l'on sache en Ethiopie en 2009).

Niger. Nous avons souligné la nécessité d'être vigilant pour dépister tout éventuel cas autochtone et cas importé (il n'y a pas eu de cas autochtone en 2009, le Niger a endigué officiellement seuls 2 des 5 cas importés en 2009).

SOUDAN DU SUD : EXAMEN ANNUEL DU PROGRAMME, MOINS DE FOYERS LOCAUX

Le Programme d'éradication de la dracunculose du Soudan du Sud (SSGWEP) a convoqué son 4^e examen de programme annuel à l'hôtel Juba au Soudan du 8 au 9 décembre 2009. Récapitulant les données provisoires présentées lors de la réunion, le directeur du programme, M. Makoy Samuel Yibi, a indiqué qu'après quatre interventions de la part du SSGWEP, seuls subsistent à présent trois des quatre foyers originaux : Greater Tonj (état de Warrap), Central Equatoria / Lakes, et Greater Kapoeta (état d'Eastern Equatoria) (Figure 4, Tableau 5). Le SSGWEP a signalé un total provisoire de 2,690 cas de dracunculose en janvier-octobre 2009, dont 87% se sont présentés dans trois seulement des dix états du Soudan du Sud (Warrap, Eastern Equatoria et Lakes), et si on ajoute Central Equatoria, 97% des cas sont survenus dans quatre états (Tableau 3). Ces quatre états ont noté des changements provisoires dans le nombre de cas, entre janvier et octobre 2009, et la même période de 2008, de l'ordre de 2%, 50%, -8% et -16% respectivement. Dans l'ensemble, le SSGWEP a notifié -24% dans le nombre de cas qui ont été signalés en janvier-octobre 2009, comparé à une réduction des cas de -38% entre 2007 et 2008 et -72% entre 2006 et 2007. Dans l'ensemble, 54% des cas notifiés en 2009 étaient des femmes (1164).

Tableau 3

Programme d'éradication de la dracunculose dans le Soudan du Sud
Nombre de cas de dracunculose par mois et par état, 2009 et nombre total
de 1+ villages et de 5+ villages par état, en date d'octobre 2009*

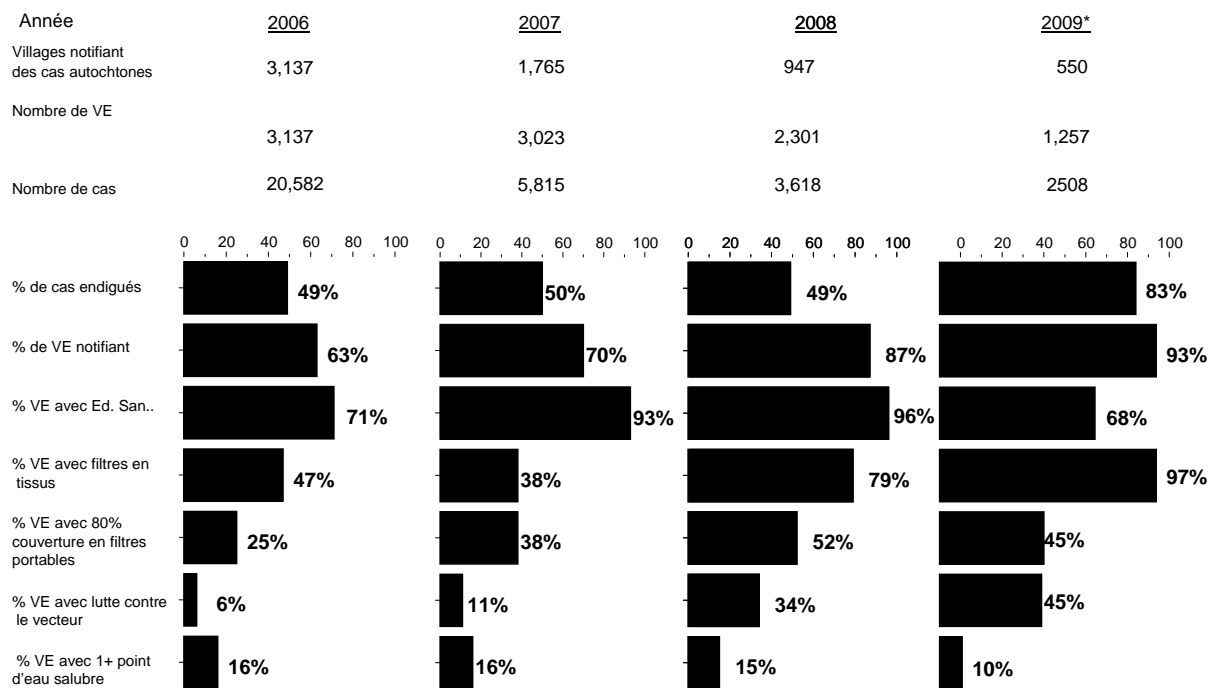
| État | 1+ Villages | 5+ Villages | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | TOTAL |
|-------------------------|-------------|-------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|----------|-------------|
| Warrab | | | 1 | 4 | 9 | 47 | 79 | 196 | 290 | 316 | 150 | 74 | | | 1166 |
| Eastern Equatoria | | | 0 | 3 | 11 | 125 | 215 | 124 | 83 | 73 | 39 | 5 | | | 678 |
| Lakes | | | 1 | 0 | 4 | 11 | 95 | 85 | 100 | 119 | 52 | 27 | | | 494 |
| Central Equatoria | | | 5 | 9 | 23 | 35 | 35 | 53 | 34 | 27 | 28 | 16 | | | 265 |
| Western Bahr Al Ghazal | | | 4 | 2 | 0 | 5 | 8 | 4 | 10 | 11 | 7 | 7 | | | 58 |
| Western Equatoria | | | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 6 | 2 | 2 | 1 | | | 16 |
| Jonglei | | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | | | 7 |
| Northern Bahr Al Ghazal | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | | | 6 |
| Unity | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| Upper Nile | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| TOTAL | 982 | 124 | 12 | 18 | 47 | 224 | 435 | 464 | 524 | 550 | 281 | 135 | 0 | 0 | 2690 |

* provisoire

Un total de 982 villages ont signalé un cas ou plus en janvier-octobre 2009 (dont 579 villages ont notifié des cas autochtones et 403 villages ont signalé seulement des cas importés), y compris seuls 124 villages qui ont notifié 5 cas ou plus chacun. Par ailleurs, pratiquement la moitié (1319 soit 49%) des cas notifiés jusqu'à présent en 2009 sont survenus dans des villages qui n'avaient pas eu de cas en 2008, soit parce que leur village avait indiqué zéro cas (1000 cas) cette année ou parce que leur village n'avait pas présenté de rapports de surveillance en 2008 (319 cas). Anomalie qui est due en partie à l'insécurité croissante dans le Soudan du Sud en 2009 (32 incidents ont affecté les payams qui ont notifié 2 222 cas en 2008) ainsi que le mouvement croissant des gens sortant et entrant les camps de bétail à cause de la sécheresse, deux phénomènes généralement liés aux augmentations des cas importés dans les villages de non-endémicité.

Le SSGWEP a étendu progressivement la couverture des interventions ces quatre dernières années, tel que le montre la Figure 3 bien que la couverture des villages d'endémicité en eau salubre (dont le programme n'est d'ailleurs pas responsable) n'ait pas changé grandement. Fait le plus notable, le taux d'endiguement des cas est passé de 49% en 2008 à 83% jusqu'à présent en 2009 et le pourcentage de villages d'endémicité où a été utilisé le larvicide ABATE® a augmenté, passant de 34% à 45% alors que le pourcentage de villages d'endémicité où tous les ménages avaient un filtre en tissu est passé de 79% à 97% (le faible taux de couverture d'éducation sanitaire en 2009 est attribuée à une saisie incomplète de données). Le Tableau 4 fait le point de la surveillance et des interventions en 2009.

Figure 3 **Programme d'éradication de la dracunculose dans le Soudan du Sud**
Statut des indicateurs dans les villages d'endémicité (VE) en 2006-2009*



*Provisoire (janvier-septembre 2009)

Les responsables de l'approvisionnement en eau du Soudan du Sud et leurs partenaires, lors de l'examen annuel précédent en décembre 2008, se sont donnés pour but de forer, en 2009, 200 nouveaux puits dans les 10 emplacements où la dracunculose est la plus endémique bien que le Ministère des ressources hydrauliques et de l'irrigation (MWRI) signale que seuls 36 nouveaux points d'eau ont été installés et 75 ont été remis en état dans les villages d'endémicité des états d'Eastern Equatoria, Central Equatoria, Warrap et Bahr Al-Ghazal, de janvier à octobre 2009. Neuf de ces nouveaux puits ont été installés dans le comté de Kapoeta Sud où le pourcentage de villages d'endémicité ayant accès à un ou plusieurs points

d'eau est passé de 15% en 2008 à 24% en 2009. Lors de l'examen de décembre 2009, le MWRI a indiqué qu'il avait l'intention en 2010 de fournir 115 points d'eau salubre et de rénover 150 autres dans les villages où la dracunculose est endémique, avec l'assistance de l'UNICEF et de PACT (une ONG) dans le but de couvrir au moins 50% des villages où la dracunculose est endémique actuellement. Le but du SSGWEP est d'arriver à 100% pour toutes les autres interventions en 2010.

Le programme a reçu 12% (324) de tous les cas notifiés en 2009 dans l'un des trois centres d'endiguement (CE) qui ont été ouverts en 2009 dans les comtés de Kapoeta Nord, Sud et Est mais seuls 211 (8%) de tous les cas ont été endigués dans un CE (certains cas ont été reçus dans le centre mais n'ont pas été endigués avec réussite car ils n'ont pas été découverts dans les 24 heures ou alors ne répondaient pas aux autres critères d'endiguement). On a retiré 30 vers chez un patient. Le CE dans Kapoeta Est sera fermé en 2010 et un nouveau centre sera ouvert dans le comté Tonj North de l'état de Warrap qui est le comté avec le niveau d'endémicité le plus élevé dans le Soudan du Sud en 2009 et qui a notifié 702 cas (26%) des 2690 cas du Soudan. Le SSGWEP distribuera également des filtres portables, dans chaque domicile, en 2010, et fera des contrôles ponctuels pour dépister les copépodes dans 80% des villages d'endémicité ciblés pour les traitements d'ABATE chaque mois, réalisant par ailleurs une mobilisation intensive connue comme les Semaines du ver dans chacun des bomas (district) où la dracunculose est la plus endémique.

Le 1^{er} janvier 2010, le SSGWEP pense reclasser les 10 544 villages où une surveillance active avait été faite en 2009 : 1 279 villages d'endémicité actuelle (avaient des cas en 2008-2009), 3 023 villages d'endémicité antérieure (à risque) et 6 242 « tous les autres » villages. Le SSGWEP réalisera une surveillance active dans les 4 302 villages des deux premières catégories, avec l'assistance externe apportée par le Centre Carter et le Ministère de la Santé du Soudan du Sud démarrera ou continuera une surveillance passive dans les autres villages et les régions exemptes de la dracunculose, en commençant dans 13 comtés prioritaires, intégrés dans le nouveau Réseau de surveillance et réponse aux maladies avec l'assistance de l'OMS. Seront prioritaires pour l'approvisionnement en eau les villages dans le groupe endémique actuellement. En 2009, les responsables soudanais ont enregistré 863 rumeurs de dracunculose et ont enquêté 852 d'entre elles dont 22 sont des cas confirmés de dracunculose. Le 18 et 19 novembre 2009, le SSGWEP a été l'hôte d'une réunion interfrontalière à Juba des responsables de programme pour les programmes d'éradication de la dracunculose de l'Éthiopie, du Kenya, des États au Nord du Soudan et de l'Ouganda. Le Dr Ernesto Ruiz-Tiben et M. Craig Withers du Centre Carter et le Dr Gautam Biswas du Siège de l'OMS ont participé à l'examen du SSGWEP.

Alors que le Soudan se prépare à tenir des élections nationales en avril 2010 et un référendum en janvier 2011 sur le futur statut du Soudan du Sud, le SSGWEP doit urgemment 1) améliorer la qualité, la couverture et l'efficacité des interventions dans les villages d'endémicité, et 2) demander au Ministère de la Santé du Soudan du Sud et aux autres partenaires de mettre en place une surveillance sensitive dans toutes les régions exemptes de dracunculose et d'apporter une eau salubre dans autant de villages que possible, d'endémicité actuelle, en 2010.

Tableau 4

PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DANS LE SOUDAN DU SUD

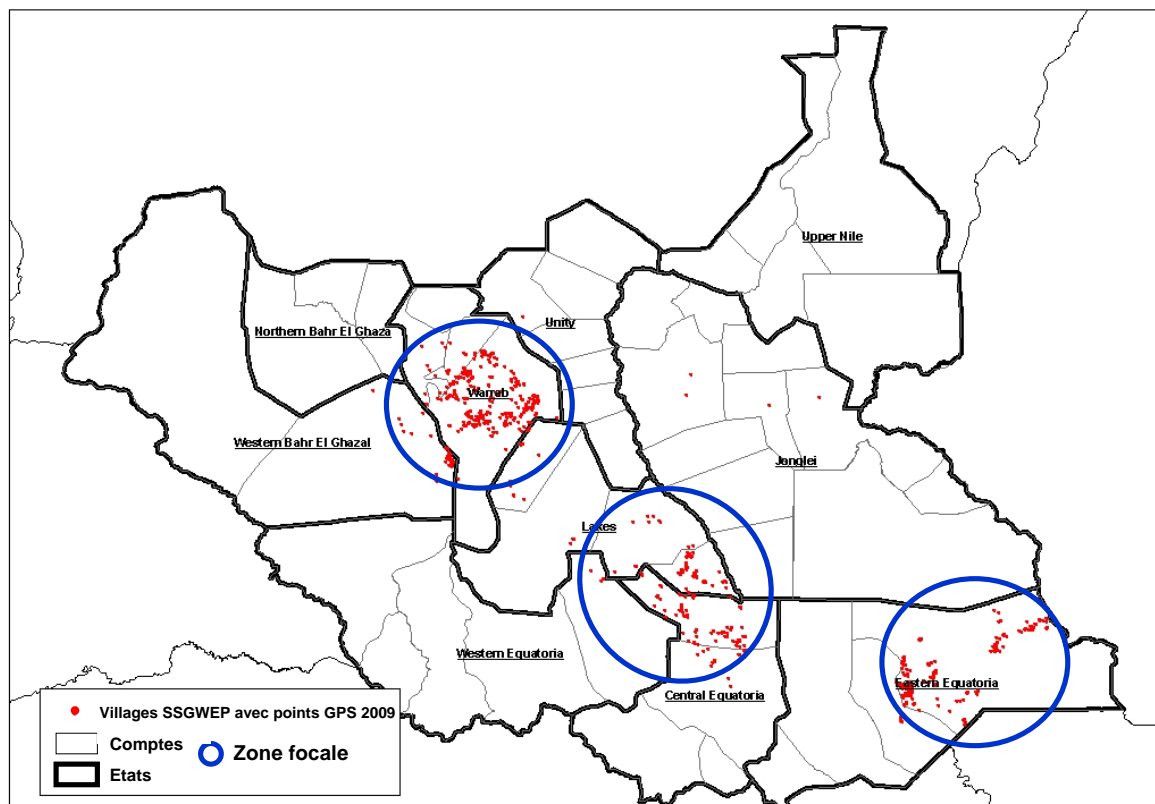
LES PARAMETRES DE VILLAGES SOUS ACTIF SURVEILLANCE ET DE VILLAGES ENDEMIQUES PAR L'ETAT : JANVIER - le 2009 OCTOBRE*

| Etas | Les villages Sous Actif Surveillance (VAS) | | | | | | | | | Les villages Sous Endémique Villages (EVS) | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--------------|------------|--------------------|-------------|-------------------------------|------------|--|--|--|--------------|------------|---|--------------------|-------------|-------------------------------|------------|--|
| | Cas notifiés | Cas endigués | % Endig. | Nombre de villages | % Notifiant | les cas importés ont rapporté | % Importé | Le nombre de cas importés a détecté dans VAS seulement | % de cas totaux a rapporté qui ont été importé et a été détecté dans VAS seulement | Cas notifiés | Cas endigués | % Endi | % de cas totaux rapportés détectés dans EVS | Nombre de villages | % Notifiant | les cas importés ont rapporté | % Importé | % de cas totaux a rapporté qui ont été importé et a été détecté dans EVS seulement |
| Warrab State | 1,166 | 1,011 | 87% | 5,119 | 93% | 394 | 34% | 281 | 24% | 885 | 785 | 89% | 76% | 555 | 94% | 113 | 13% | 10% |
| Eastern Equatoria State | 678 | 561 | 83% | 2,179 | 95% | 165 | 24% | 102 | 15% | 576 | 487 | 85% | 85% | 385 | 96% | 63 | 11% | 9% |
| Lakes State | 494 | 409 | 83% | 1,710 | 72% | 72 | 15% | 33 | 7% | 461 | 389 | 84% | 93% | 165 | 88% | 39 | 8% | 8% |
| Central Equatoria State | 265 | 203 | 77% | 432 | 94% | 79 | 30% | 60 | 23% | 198 | 163 | 82% | 75% | 76 | 98% | 19 | 10% | 7% |
| Western Bahr Al Ghazal | 58 | 43 | 74% | 567 | 78% | 24 | 41% | 14 | 24% | 44 | 34 | 77% | 76% | 56 | 89% | 10 | 23% | 17% |
| Western Equatoria State | 16 | 14 | 88% | 20 | 35% | 11 | 69% | 10 | 63% | 6 | 5 | 83% | 38% | 4 | 83% | 1 | 17% | 6% |
| Jonglei | 7 | 5 | 71% | 505 | 61% | 2 | 29% | 2 | 29% | 5 | 4 | 80% | 71% | 31 | 97% | 0 | 0% | 0% |
| Northern Bahr Al Ghazal | 6 | 0 | 0% | 6 | 78% | 0 | 0% | 0 | 0% | 6 | 0 | 0% | 100% | 7 | 24% | 0 | 0% | 0% |
| Total | 2,690 | 2,246 | 83% | 10,538 | 88% | 747 | 28% | 502 | 19% | 2,181 | 1,867 | 86% | 81% | 1,279 | 93% | 245 | 11% | 9% |

* provisoire

Figure 4

**Programme d'éradication de la dracunculose dans le Soudan du Sud
Distribution de villages notifiant un ou plusieurs cas de dracunculose: jan-oct 2009**



* Représente 78% des 2,690 cas notifiés provisoirement de janvier à octobre 2009

Tableau 5

**Programme d'éradication de la dracunculose dans le Soudan du Sud
Trois zones focales (janvier-octobre 2009)**

| Paramètre | Greater Kapota Eastern Equatoria | Warrap Greater Tonj | Central Equatoria Lakes |
|---|-------------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Cas (% du total du Soudan) | 678 (25%) | 1166 (49%) | 759 (28%) |
| Nombre de villages d'endémicité nécessitant d'urgence des points d'eau avant avril 2010 | 21 | 43 | 32 |
| Nombre total de villages d'endémicité en 2009 | 365 | 555 | 120 |
| % de cas 0-15 ans | 49% | 50% | 39% |
| % de femmes | 60% | 50% | 59% |
| Ethnicité principale | Toposa | Dinka | Barl, Dinka, Mandari |
| % d'endiguement des cas | 83% | 87% | 79% |
| Couverture des villages d'endémicité | | | |
| - Notifiant mensuellement | 90% | 93% | 83% |
| - Apportant une éducation sanitaire | 95% | 98% | 90% |
| - avec des filtres de coton dans 100% des ménages | 99% | 98% | 98% |
| - avec des filtres portables distribués à 100% de la | 52% | 43% | 50% |
| - protégé avec ABATE® Larvicide | 72% | 14% | 48% |
| - avec 1+ point d'eau salubre | 18% | 9% | 20% |

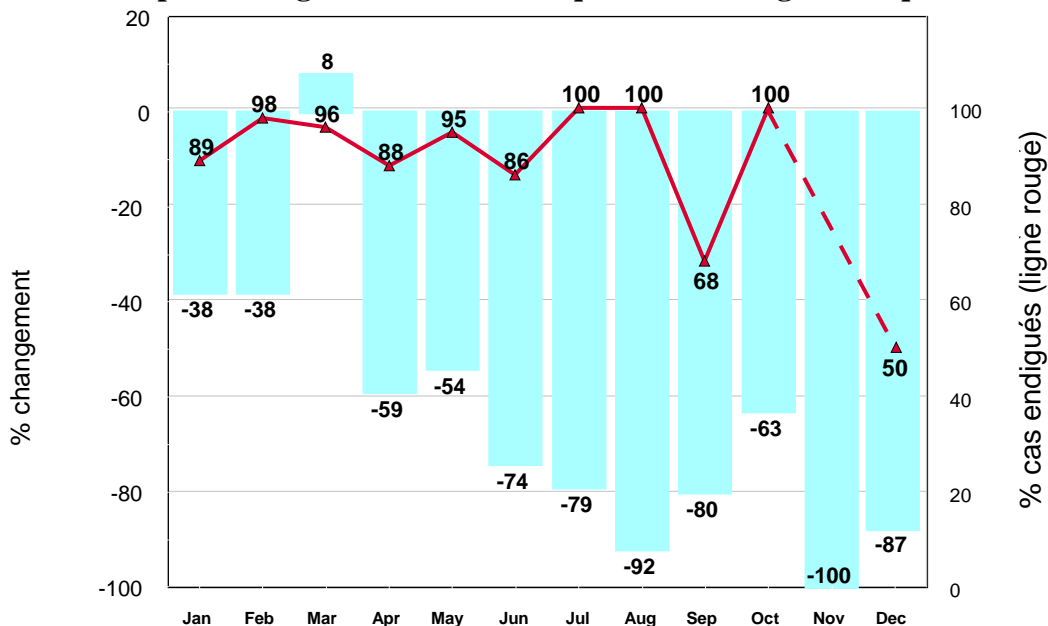
LE GHANA ARRIVE À SON PREMIER MOIS DE ZÉRO CAS SUR L'ENSEMBLE DU PAYS!

Pour la première fois depuis que le Programme d'éradication de la dracunculose du Ghana (GGWEP) avait démarré en 1988, c'est en novembre 2009 que le Ghana a atteint le fabuleux jalon : un mois entier avec zéro cas de dracunculose sur l'ensemble du pays. Ce premier mois d'absence totale du ver de Guinée est venu à la fin de quatre mois (août-novembre), y compris le début de la saison de transmission pic 2009-2010, pendant lesquels le Ghana n'a notifié que 5 cas au total, alors que l'année précédente en 2008 il avait notifié 40 cas (Figure 5). Seuls 5 cas ont été signalés à l'extérieur de la Région du Nord en janvier-novembre 2009 dont 4 cas ont été importés de la Région du Nord : deux dans la Région de Brong Ahafo et deux dans la Région d'Ashanti. Le GGWEP continue à resserrer les mesures d'endiguement autour des cas restants et à rapetisser le nombre de villages avec des cas, comme nous pouvons le voir sur le Tableau 6.

Des messages radiophoniques sur la prévention de la dracunculose sont passés sur les ondes du 15 novembre 2009 au 15 mai 2010. Une équipe de cinq membres du Parlement faisant partie du Sous-Comité de lutte contre la dracunculose se sont rendu à la jonction de Fulfuso et dans le district de Central Gonja du 4 au 5 novembre 2009. Du 1^{er} au 3 décembre 2009, l'Unité nationale de surveillance des maladies du Service de santé du Ghana et le personnel du GGWEP se sont rencontrés à Kumasi pour discuter des préparations en vue de la certification et pour mettre en place des activités de surveillance dans les régions du Ghana exemptes de dracunculose, avec l'assistance de l'OMS. Des représentants de toutes les dix régions du pays ont participé.

Figure 5

Programme d'éradication de la dracunculose du Ghana
Changement en pourcentage de l'incidence mensuelle de la dracunculose 2008-2009*
et pourcentage des cas de 2009* qui ont été endigués chaque mois



* provisoire

Tableau 6

Ghana Guinea Worm Eradication Program

| | 2008 | 2009* |
|--|------|-------|
| # villages avec 1+ cas | 131 | 52 |
| # villages avec des cas autochtones | 46 | 19 |
| % de cas endigués | 85% | 93% |
| % de cas endigués dans un centre d'endiguement des cas | 37% | 75% |
| % VE avec des filtres en tissus dans tous les ménages | 75% | 93% |
| % VE avec des filtres portables | 74% | 90% |
| % VE protégés avec de l'ABATE | 58% | 86% |
| % VE avec un ou plusieurs points d'eau salubre | 46% | 71% |
| % VE avec education sanitaire sur la dracunculoze | 100% | 100% |

* provisoire

En termes simples, la tâche du GGWEP à présent est de dépister et d'endiguer dans les 24 heures et d'expliquer la source de CHAQUE cas de dracunculoze qui survient au Ghana en 2010. Le Ghana a tous les éléments en main pour arrêter la transmission de la dracunculoze.

ETHIOPIE

L'Ethiopie est en train de déployer des mesures intenses pour mettre fin à la transmission de la dracunculoze dans le pays en 2010. Tous les 24 cas notifiés en 2009 provenaient de la Région de Gambella où 22 cas des cas ont été signalés par le district de Gog Woreda et 1 cas du Woreda d'Abobo et un cas du Woreda d'Itang. Dès janvier 2010, le programme placera sous surveillance active tous les villages de Gog Woreda. Les coordonnées géographiques de tous ces villages ont été notées pour cartographier et classer chaque village dans le village par niveau de risque. Le Tableau 7 indique l'emplacement du village et le mois de la survenue des cas en 2009. D'autres fournitures et des moyens de transport ont été demandés et le Centre Carter mettra en place un assistant technique temporaire pour concourir à la surveillance active et aux interventions dans ce district.

Tableau 7

NOMBRE DE CAS ENDIGUÉS ET NOMBRE NOTIFIÉS PAR MOIS DES VILLAGES EN ETHIOPIE NOTIFIANT DES CAS EN 2009*
(VILLAGES DISPOSES EN ORDRE DECROISSANT DES CAS LORSQUE LE PREMIER CAS S'EST PRESENTE EN 2009)

| Villages notifiant les cas (woreda) | NOMBRE DE CAS ENDIGUES/NOMBRE DE CAS NOTIFIES | | | | | | | | | | | | | % Cont. |
|-------------------------------------|---|------|------|------|-----|------|------|------|-------|------|------|------|--------|---------|
| | JAN. | FEB. | MAR. | APR. | MAY | JUN. | JUL. | AUG. | SEPT. | OCT. | NOV. | DEC. | TOTAL* | |
| AGENGA / PUGNIDO (GOG) | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 3/3 | 0/0 | 1/1 | 0/0 | 1/1 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 6/6 | 0 |
| REFUGEE CAMP / AKOBO SITE (GOG) | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 2/2 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 2/2 | 100 |
| REFUGEE CAMP / POCHALLA SITE (GOG) | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 2/2 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 2/2 | 100 |
| ABAWIRI (GOG) | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 2/2 | 2/2 | 1/1 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 5/5 | 100 |
| OLANE (GOG) | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 0/0 | 1/1 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 2/2 | 100 |
| PUGNIDO REFUGEE CAMP (GOG) | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 2/2 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 3/3 | 100 |
| OGAGNA (GOG) | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 100 |
| AKUMED (GOG) | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 100 |
| PERPENGO 2 (ABOBO) | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 100 |
| ELIA (ITANG) | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/1 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/1 | 0 |
| AWUKOY (GOG) | 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 |
| GAMBELLA TOWN | 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 |
| ATHETI (ABOBO) | 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 |
| LERONKACHO (SOUTH OMO) | 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 |
| WANKAK (ABOBO) | 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 |
| THERPAM (ITANG) | 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* | 0/0 | 0/0 | 1/1 | 7/7 | 5/5 | 7/8 | 2/2 | 1/1 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 0/0 | 23/24 | 96 |
| % endigués | 0 | 0 | 100 | 100 | 100 | 88 | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 96 | |

* provisoire

CRP= camp de réfugiés de Pugnido

MALI

Pendant les six premiers mois de 2009, le GWEP du Mali a endigué et expliqué la source apparente de tous les 8 cas de dracunculose qui sont survenus dans le pays. En juillet-novembre, le programme a endigué 71% (124) de tous les 175 cas notifiés et a expliqué la source apparente de tous les cas, à l'exception de deux, un en octobre et un en novembre, y compris un cas dans la Région de Ségou où la maladie n'est pas endémique. Dans l'ensemble, le Mali signale des cas qui ont été dépistés dans 49 emplacements de janvier à novembre 2009 et dont 25 ont notifié uniquement des cas importés.

EDITORIAL

SURVEILLANCE ET RÉPONSE AUX PRÉTENDUS CAS DE DRACUNCULOSE DANS DES RÉGIONS EXEMPTES DE TRANSMISSION EN ETHIOPIE, AU GHANA, AU MALI ET AU SOUDAN

Un des volets importants de la stratégie actuelle en vue d'accélérer la période qui doit s'écouler pour interrompre la transmission endémique dans les pays où la maladie est encore endémique (Ethiopie, Ghana, Mali et Soudan) est celui de l'amélioration de la surveillance et de la réponse aux cas allégués de dracunculose dans les régions de ces pays qui sont à présent exempts de la maladie. La période d'incubation d'une année de la dracunculose permet aux personnes infectées d'être porteurs de la maladie pendant ce temps et donne amples occasions aux porteurs de se déplacer et ainsi les vers émergent une année plus tard dans des lieux inattendus. De telles flambées de cas « surprises » ont accablé la plupart des programmes nationaux d'éradication lors des dernières étapes de leur campagne. Et, d'après l'expérience recueillie jusqu'à présent, chaque fois qu'une telle flambée survient, il faut à nouveau deux à trois années en plus pour que la transmission soit interrompue avec tout le soutien programmatique supplémentaire que cela suppose entre temps.

Tout effort en vue d'améliorer la surveillance à l'échelle nationale, et surtout dans les régions où la transmission a cessé, doit reposer obligatoirement sur la sensibilisation publique et l'intérêt de chacun face à l'importance de l'activité nationale d'éradication et l'urgence de notifier immédiatement les cas de la maladie. La diffusion à grande échelle de l'information sur la dracunculose par tous les moyens possibles pour encourager les personnes qui souffrent de la maladie ou qui pensent avoir contracté le ver viennent le signaler ou encore indiquent qu'une autre personne risque de l'avoir est probablement la meilleure manière de générer des rumeurs sur les cas possibles. La diffusion d'information sur les récompenses pour la confirmation des cas notifiés peut également inciter au signalement de personnes dont on soupçonne qu'elles sont atteintes de dracunculose, surtout lorsque l'incidence annuelle de la dracunculose est réduite à quelques centaines de cas ou moins et que la transmission est limitée à quelques zones.

On encourage les programmes d'éradication à mettre en place un registre national pour les rumeurs sur les cas soupçonnés pour renforcer la surveillance et la capacité de réponse. Ce registre contient des informations sur le moment où la rumeur a été reçue, le moment où les enquêtes ont démarré et sur le résultat de ces enquêtes. La mise au point et l'utilisation de protocoles pour répondre aux rumeurs, mener l'enquête et noter les résultats sont également des conditions importantes et nécessaires.

Trois niveaux de risque de transmission peuvent être identifiés facilement dans les pays où la dracunculose reste endémique.

- Le niveau 1 est l'ensemble de villages où la transmission endémique a lieu et où la surveillance devrait se faire activement au niveau du village (recherche quotidienne de cas) et où les notifications se font mensuellement.
- Le niveau 2 comprend les villages où la transmission de la dracunculose a déjà été interrompue depuis trois ans, où la surveillance se fait au niveau du village et où la notification est faite soit mensuellement soit trimestriellement.
- Le niveau 3 comprend tous les villages où la maladie était endémique auparavant et les villages qui n'ont jamais connu de transmission endémique de la dracunculose (où la surveillance soit n'existe pas ou alors est passive) et où la surveillance et réponse rapide aux rumeurs sur les cas possibles de la maladie revêtent à présent une bien plus grande importance.

Il est utile d'observer les définitions ci-après et de se rappeler les raisons pour lesquelles le GWEP devrait encourager la notification des cas possibles de dracunculose à cette étape de la campagne d'éradication.

- Une rumeur est définie comme une information reçue par le GWEP national sur une personne qui aurait contracté le ver de Guinée. Une rumeur n'est pas un cas de dracunculose.
- On peut partir du principe que, si une rumeur circule, c'est parce qu'une personne a des signes et des symptômes qui laissent à penser à la dracunculose, c'est donc un cas soupçonné (selon la personne qui le signale). Aussi, dans les régions exemptes de dracunculose, les rumeurs sur une personne avec des signes ou symptômes ne sont probablement pas très spécifiques (la majorité des rumeurs ne sont pas confirmées par la suite comme des cas effectifs de dracunculose). Alors que, dans des régions où la transmission est endémique à l'heure actuelle, la spécificité des rumeurs sur une personne avec des signes et des symptômes suggérant la dracunculose est plus élevée. Il faut se rappeler qu'un cas soupçonné ne devient un véritable cas de dracunculose que lorsque le ver émerge par la lésion de la peau et qu'il est confirmé par un représentant officiel de la santé publique, c'est-à-dire qu'il répond à la définition internationale d'un cas de dracunculose.

Aussi, la stratégie d'éradication actuelle est-elle axée sur l'interruption de la transmission dans les zones de Niveau 1 ainsi que sur la prévention des flambées de cas inattendues dans les zones de Niveau 2 et 3. La vérification des rumeurs (par village, district, région et date) ainsi que les enquêtes dans les zones de Niveau 3 permettent de mesurer la qualité et la couverture de la surveillance dans ces régions. Ainsi, le GWEP national est assuré de savoir que, si une personne avec des signes et symptômes de dracunculose vient dans une région exempte de dracunculose, seront effectués de suite le dépistage, la notification, l'enquête, la confirmation et les mesures d'action immédiates sont effectivement prises pour endiguer la transmission.

Certes, une rumeur sur une personne soupçonnée d'avoir la dracunculose peut être générée de n'importe quelle partie du territoire national, et pourtant, il est important de séparer les rumeurs et enquêtes des zones de Niveau 3 pour juger de la couverture et de l'efficacité du système du système de surveillance et de réponse dans ces zones, comme distinctes du système actif de surveillance et de réponse dans les régions où la transmission endémique est en cours (dans les zones de Niveau 1, la surveillance se fait dans les villages, avec des enquêtes quotidiennes par les volontaires, endiguement de chaque cas, notification des cas dans les registres avec confirmation hebdomadaire des cas par les superviseurs, notification mensuelle, etc. ; et elle dépend nettement moins de l'enquête des rumeurs).

Si le volume des rumeurs reçues et l'enquête qui en est faite est une mesure de l'intensité aussi bien de la surveillance passive (dans les régions exemptes de la maladie) que de la surveillance active (dans les zones d'endémicité), il faut pourtant séparer l'information des zones de Niveau 3 de celles des zones de Niveau 1 et 2 pour savoir si le registre des rumeurs et l'enquête des cas soupçonnés fonctionnent bien au Niveau 3. Ce qui est important à présent, c'est d'évaluer à quel rythme et à quelle portée fonctionne le système du registre et de l'enquête des cas soupçonnés dans les zones de Niveau 3.

LE CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS AUX CDC CONFIRME LES VERS DE GUINÉE

En 2005, le personnel du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication de la dracunculose (CCOMS) aux Centers for Disease Control and Prevention a mis au point un test moléculaire pour identifier *Dracunculus medinensis*. Vu que les vers mâles ne sont jamais récupérés et que les vers femelles ne contiennent pas de caractéristiques morphologiques spécifiques à une espèce, le classement par type moléculaire est la seule manière de déterminer exactement si un ver retiré est *D. medinensis* ou une autre espèce. Si un ver émergent est rapidement identifié avec certitude comme étant *D. medinensis*, d'autres actions seront prises, suivant le diagnostic. En utilisant le test moléculaire, ainsi que l'examen morphologique, CCOMS établit le diagnostic des spécimens relevés de deux personnes dans deux zones préoccupant les programmes :

- 1) Dans les zones déjà exemptes de dracunculose
- 2) Dans les zones d'endémicité où quelques cas sont notifiés et où l'interruption de la transmission est imminente.

Dans les deux situations, il est vital que les programmes diagnostiquent les véritables cas de dracunculose pour que les mesures adéquates puissent être prises. Un diagnostic confirmé demandera des efforts de taille aux programmes nationaux pour qu'ils remontent jusqu'aux cas, renforcent la surveillance et redémarrent éventuellement d'autres activités de programme si le cas n'est pas endigué.

Depuis 2000, 49 spécimens prélevés sur des humains dans les zones préoccupantes ont été envoyés au CCOMS aux fins d'évaluation et 26 ont été identifiés comme *Dracunculus medinensis* (Tableau 8). Les 23 spécimens restants étaient les suivants : *Onchocerca* (11), d'autres nématodes (13) et des spécimens autres que les vers (tendons, tissus connectifs, larves et autres débris). Sur les 10 spécimens présentés depuis 2006, deux ont été identifiés comme dracunculose, deux comme spécimens autres que les vers et six comme *Onchocerca*. Les spécimens *Onchocerca* ont également été présentés de la RCA (3), de l'Ouganda (1) et d'un pays non identifié.

Le Ghana a présenté le plus de spécimens (10) aux fins d'évaluation depuis 2000 et seuls deux d'entre eux ont été diagnostiqués comme *D. medinensis*. De 2000 à 2008, le CCOMS a reçu neuf spécimens du Mali aux fins de dépistage : sept étaient *D. medinensis* et deux des spécimens autres que des vers. Le Tableau 9 récapitule les emplacements et les diagnostics des spécimens restants.

Tableau 8

Récapitulatif des spécimens reçus par CCOMS aux fins d'évaluation depuis 2000 – Par année

| Year | 2000 | 2001 | 2002 | 2003** | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Jan. - Sept. 2009 | Unknown date since 2000 | TOTAL |
|---------|------|------|------|--------|------|------|------|------|------|-------------------|-------------------------|-------|
| GW | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 5 | 2 | 9 | 2 | 3 | 26 |
| Not GW* | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 3 | 2 | 2 | 5 | 5 | 23 |
| Total | 1 | 2 | 0 | 0 | 7 | 1 | 8 | 4 | 11 | 7 | 8 | 49 |

*Nématode -13 (Onchocerca -11), pas de parasite -10

** Un VG en plus d'un âne a été reçu du Mali en 2003 mais n'est pas compté dans le total ci-dessus

Tableau 9

Récapitulatif des spécimens reçus par CCOMS aux fins d'évaluation depuis – Par pays

| Pays | Ghana | Mali * | Burkina Faso | Ouganda | Niger | Côte d'Ivoire | Togo | CAR | Ethiopie | Cameroun | Bénin | Nigeria | Unknown | TOTAL |
|---------|-------|--------|--------------|---------|-------|---------------|------|-----|----------|----------|-------|---------|---------|-------|
| VG | 2 | 7 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 26 |
| Not VG* | 8 | 2 | 2 | 4 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 23 |
| Total | 10 | 9 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 49 |

* Un VG supplémentaire d'un âne a été reçu de Mali dans 2003 mais il n'est pas compté dans les totaux au-dessus.

EN BREF

Le Niger a notifié un cas supplémentaire importé du District d'Ansongo au Mali en novembre 2009. Le cas a été endigué.

M. MAKROY Samuel Yibi, directeur du Programme d'éradication de la dracunculose du Soudan du Sud (SSGWEP) et le conseiller résident du Centre Carter M. Alex Jones ont participé à une causerie télévisée en direct le 12 novembre pour discuter de l'avancement du programme d'éradication de la dracunculose, de ses accomplissements, des défis et de la voie à venir. Causerie qui s'inscrivait d'ailleurs dans le cadre des efforts continus faits pour éduquer le public et les dirigeants politiques sur le programme d'éradication.

UN NOUVEAU DON AUQUEL RÉPOND PART ÉGALE LE DON DE GATES

Fin 2009, le Centre Carter a reçu quatre grands dons pour l'éradication de la dracunculose en réponse à l'appel de dons lancé par la Fondation Bill et Melinda Gates : une contribution de 8 millions \$ a été faite au départ et 32 millions \$ en plus par la suite pour répondre à part égale aux dons d'organisations et d'individus. Les quatre nouveaux dons promis sont les suivants :

- Royaume de l'Arabie saoudite \$5 millions
- Vestergaard Frandsen \$1 million (en filtres en tissus et filtres portables)
- Dr et Mme John P. Hussman \$500,000
- Fonds OPEC pour le développement international \$500,000

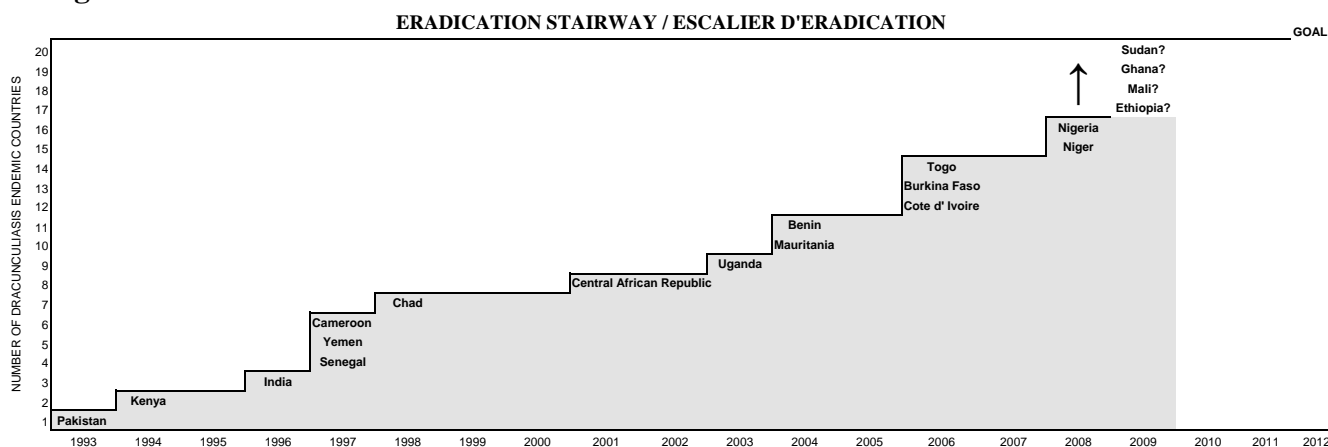
De plus, un grand nombre d'autres généreux ont été obtenus de personnes et nous avons également signalé auparavant l'important don promis par le Département de la coopération internationale du Royaume Uni (DFID) de 10 millions £10. (Le Dr et Mme Hussman ont également donné \$500,000 pour les activités de lutte contre le trachome dans le Soudan du Sud).

Tableau 10

Etat des interventions jusqu'en octobre 2009 par pays

| | # de villages notifiant 1+ cas en 2009 | # de cas VG notifiés en 2009 | % de cas endigués | % de cas endigués en CCC |
|-----------------|--|------------------------------|-------------------|--------------------------|
| Soudan | 982 | 2690 | 83% | 8% |
| Ghana | 52 | 240 | 93% | 76% |
| Mali | 91 | 176 | 72% | 72% |
| Ethiopie | 10 | 24 | 96% | 96% |

Figure 6



RÉUNIONS

Réunion du Conseil exécutif de l’OMS, 18 au 23 janvier 2010

Réunion des responsables du programme, 1-5 mars 2010.

Assemblée mondiale de la Santé à Genève, 17 au 22 mai 2010

PUBLICATIONS RÉCENTES

McNeil DG, 2009. Campaign to eradicate Guinea worm in hard-hit Nigeria may have worked. New York Times December 8, page D6.

LA DRACUNCULOSE SUR LE WEB

Lirri, E. Uganda stamps out Guinea worm disease. Daily Monitor, December 31, 2009. <http://www.monitor.co.ug/Magazines/Health%20&%20Living/-/689846/833242/-/3fx5saz/>

Sudan wages war on Guinea worms. October 5, 2009. Gary Strieker reports from Southern Sudan in connection with the Global Health Frontline News Project. <http://worldfocus.org/blog/2009/10/05/Sudan-wages-war-on-guinea-worms/7613/>.

RAPPEL

Le Résumé de la dracunculose se trouve à l'adresse

suivante : [://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/guineaworm/default.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/guineaworm/default.htm)

Les numéros passés en anglais et en français sont également disponibles sur le site web du Centre Carter à l'adresse

suivante : [://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea_worm_wrapup_english.htm](http://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea_worm_wrapup_english.htm)

l. [://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea_worm_wrapup_francais.html](http://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea_worm_wrapup_francais.html)

DEFINITION DE L'ENDIGUEMENT DE CAS

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

1. Le patient est dépisté avant que le ver ne sorte ou dans les 24 heures qui suivent l'émergence du ver ; **et**
2. Le patient n'est pas entré dans un point d'eau depuis que le ver est sorti ; **et**
3. Le volontaire du village a traité correctement le cas, en nettoyant et en mettant un bandage jusqu'à ce que le ver soit entièrement retiré et en apportant une éducation sanitaire pour éviter que le patient ne contamine un point d'eau (si deux vers ou plus émergent, le cas ne sera endigué que si le dernier ver est retiré) ; **et**
4. Le processus d'endiguement y compris la vérification montrant qu'il s'agit bien d'un cas de dracunculose est validé par un superviseur dans les 7 jours qui suivent l'émergence du ver.

*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 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, U.S.A. FAX : 770-488-7761. L'adresse la Dracunculose est la suivante : <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 en matière de dracunculose.