



Date: Juin 15, 2015

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

Sujet : RESUMÉ DE LA DRACUNCULOSE # 234

A : Destinataires

SOUDAN DU SUD : 7 mois consécutifs avec zéro cas!!!!!!!



Le Programme d'éradication de la dracunculose du Soudan du Sud (SSGWEP) a enregistré un autre mois avec zéro cas de dracunculose en mai 2015, allongeant ainsi à 7 son nombre total de mois consécutifs sans cas de maladie (Figure 1, Tableau 1). Le cas le plus récent de dracunculose au Soudan du Sud a été diagnostiqué en octobre 2014 alors que, de janvier à mai 2014, 11 cas avaient été notifiés. Le Ministère de la Santé du Soudan du Sud a fait connaître la bonne nouvelle via un communiqué de presse le 17 juin 2015. Le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication de la dracunculose aux Centres for Disease Control and Prevention (CDC) a examiné 87 spécimens envoyés par le SSGWEP en mai et a conclu qu'aucun n'était *Dracunculus medinensis*. Le SSGWEP a tenu sa réunion mensuelle régulière de son équipe spéciale interorganisations à Juba le 26 mai.

Figure 1

**Programme d'éradication de la dracunculose du Soudan du Sud
Cas de dracunculose notifiés par mois, 2011-2015***

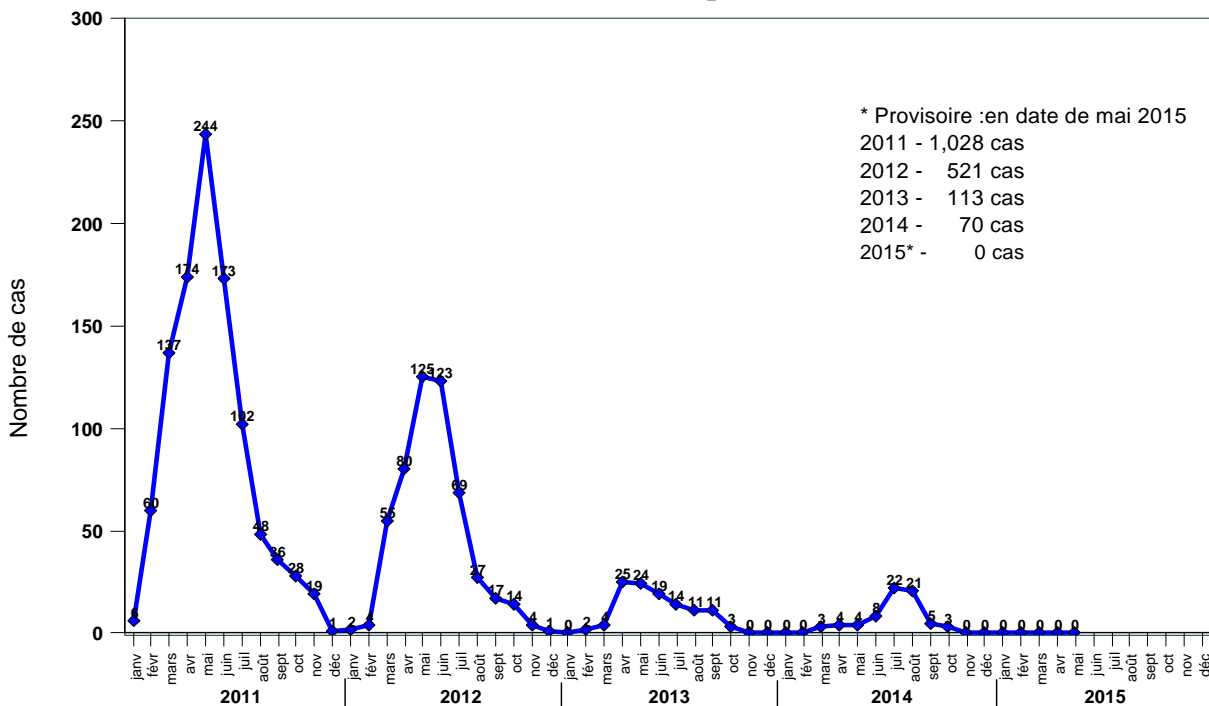


Table 1

Nombre de cas endigués et nombre de cas notifiés par mois en 2015*
(Pays disposés en ordre décroissant de cas en 2014)

PAYS AVEC TRANSMISSION ENDÉMIQUE	NOMBRE DE CAS ENDIGUÉS / NOMBRE DE CAS NOTIFIÉS												% CONT.	
	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE		TOTAL*
SUDAN du SUD	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	/	/	/	/	/	/	/	0/0	0
MALI §	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	/	/	/	/	/	/	/	0/0	0
TCHAD	0/0	0/1	0/2	0/1	0/0	/	/	/	/	/	/	/	0/4	0
ETHIOPIE	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	/	/	/	/	/	/	/	1/1	100
TOTAL*	0/0	0/1	0/2	0/1	1/1	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/5	20
% ENDIGUÉ	0	0	0	0	100								20	

*Provisoire

Les cases en noir dénotent les mois où zéro cas autochtone a été endigué. Les nombres indiquent combien de cas importés ont été endigués et notifiés le mois en question.

Les cases en jaune dénotent les mois où la transmission de la dracunculose d'un ou plusieurs cas n'a été endiguée.

§ Les rapports comprennent les régions de Kayes, Koulikoro, Segou, Sikasso, Mopti, Timbuktu et Gao. Un conseiller technique a été envoyé à Kidal pour superviser le programme pendant la saison de transmission dans cette région.

Nombre de cas endigués et nombre de cas notifiés par mois en 2014
(Pays disposés en ordre décroissant de cas en 2013)

PAYS AVEC TRANSMISSION ENDÉMIQUE	NOMBRE DE CAS ENDIGUÉS / NOMBRE DE CAS NOTIFIÉS												% CONT.	
	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE		TOTAL*
SUDAN du SUD	0/0	0/0	3/3	3/4	3/4	6/8	13/22	14/21	4/5	1/3	0/0	0/0	47/70	67
TCHAD	1/1	1/1	1/1	1/1	0/1	0/1	1/3	0/1	1/1	0/0	1/1	1/1	8/13	62
MALI §	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	1/1	14/18	12/13	8/8	0/0	35/40	88
ETHIOPIE	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	2/2	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/1	2/3	67
TOTAL*	1/1	1/1	4/4	4/5	3/5	8/11	14/25	15/23	19/24	13/16	9/9	1/2	92/126	73
% ENDIGUÉ	100	100	100	80	60	73	56	65	79	81	100	50	73	

Les cases en noir 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.

Les cases en jaune dénotent les mois où la transmission de la dracunculose n'a pas été endiguée.

§ Les rapports comprennent les régions de Kayes, Koulikoro, Segou, Sikasso, Mopti, Timbuktu et Gao. A la fin d'avril, un conseiller technique a été envoyé à Kidal pour superviser le programme pendant la saison de transmission dans cette région (pour la première fois depuis 2012).

Les cases en noir 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.

Les cases en jaune dénotent les mois où la transmission de la dracunculose n'a pas été endiguée. Les rapports comprennent les régions de Kayes, Koulikoro, Segou, Sikasso, Mopti, Timbuktu et Gao. A la fin d'avril, un conseiller technique a été envoyé à Kidal pour superviser le programme pendant la saison de transmission dans cette région (pour la première fois depuis 2012)

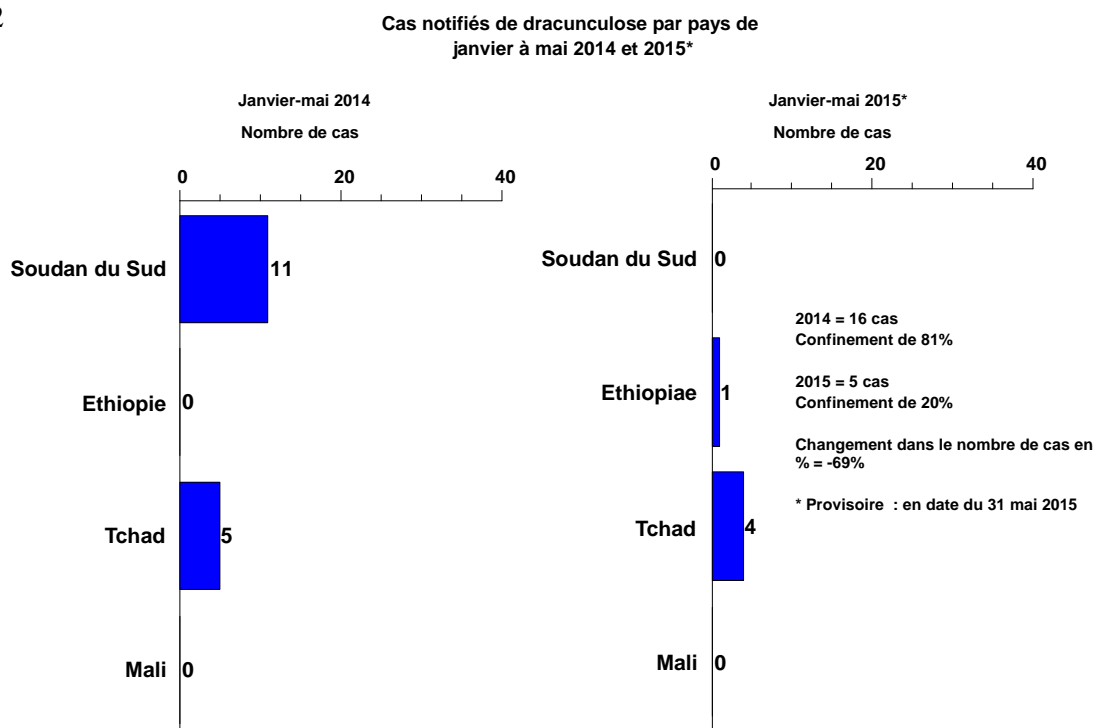
**L'ICCDE PRÉVIENT LE TCHAD, L'ETHIOPIE, LE MALI ET LE SOUDAN DU SUDAN :
COMMENCEZ À VOUS PRÉPARER DÈS MAINTENANT A DES PROCESSUS DE
CERTIFICATIONS PLUS STRICTS**



World Health Organization

Alors que le monde s'approche de l'interruption complète de la transmission de la dracunculose (Figure 2, Tableau 1), dans son allocution aux participants de la réunion informelle pour les pays affectés par la dracunculose, lors de l'Assemblée mondiale de la Santé à Genève, le Professeur David Molyneux, membre de la Commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose (ICCDE), a rappelé aux représentants des quatre pays d'endémicité restants (Tchad, Ethiopie, Mali, Soudan du Sud) qu'ils devront répondre à une norme plus élevée en général, surtout en ce qui concerne la surveillance pour être certifié comme exempts de la dracunculose, par l'ICCDE. Les représentants de haut niveau des quatre pays étaient l'Honorable Mr Ngueadoum Assane (Secrétaire d'état pour la santé, au Tchad), l' Honorable Dr Kesetebirhane Birhane (Ministre de la Santé, Ethiopie), l'Honorable M. Ousmane Kone (Ministre de la Santé, Mali), et l'Honorable Dr Makur Kariom (Sous-secrétaire, Ministère de la Santé, Soudan du Sud). Environ 100 personnes, y compris le Directeur général de l'OMS le Dr Margaret Chan, le Directeur adjoint le Dr Asamoah Baah, le directeur général assistant le Dr. Hiroshi Nakatani, et le membre de l'ICCDE le Professeur Robert Guiguemde ont participé à la réunion au cours de laquelle des présentations techniques ont été faites par M. Craig Withers du Centre Carter et le Dr Dieudonne Sankara de l'OMS. Le Dr Matshidiso Moeti, directeur du Bureau régional Afrique de l'OMS a présidé la réunion.

Figure 2



Les trois principaux critères pour la certification de l'élimination de la dracunculose, fixés par l'ICCDE, sont les suivants : 1) preuve de l'absence de transmission de la maladie, 2) preuve d'un système de surveillance fonctionnel sur l'ensemble du pays, et 3) pas de risque de ré-introduction de la transmission locale d'un cas importé. Une évaluation indépendante sera faite lors d'une visite de l'équipe de certification internationale (ICT) ainsi que par un examen de documents par l'ICCDE, présentés par le ministère de la santé (surtout par le biais d'un rapport de pays complet sur la campagne d'éradication nationale), l'équipe d'évaluation et l'ICT. Une telle évaluation et un tel examen permettront ensuite de déterminer si le pays répond à ces critères. Il est urgent de commencer ces préparations dès maintenant pour les quatre pays d'endémie au vu de tout le temps nécessaire et de tous les efforts qu'il faudra faire pour rassembler la documentation nécessaire, surtout les dossiers de surveillance, faire l'enquête de cas, et l'évaluation des rumeurs aux niveaux local, régional et national, et pour garder et organiser ces dossiers aux fins d'inspection par l'équipe d'évaluation, l'ICT et l'ICCDE. La Figure 3 présente un exemple du niveau de détails déjà demandé du Ghana qui a été certifié par l'ICCDE lors de sa 10^e Réunion en janvier 2015. Il s'agit de la table des matières du rapport sur l'éradication de la dracunculose que le Ghana a présenté à l'ICCDE en mai 2014. Les pays qui disposent déjà d'un comité de certification (comme l'Éthiopie, le Mali) devraient leur demander de procéder à ce travail et les pays qui n'ont pas encore de comité fonctionnel de certification (comme le Tchad, le Soudan du Sud) devraient en nommer un.

Figure 3

RAPPORT DE PAYS SUR L'ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE GHANA

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ NATIONAL DE CERTIFICATION
AVANT-PROPOS
REMERCIEMENTS
LISTE DES ABRÉVIATIONS
LISTE DES FIGURES
LISTE DES TABLEAUX
RÉSUMÉ ANALYTIQUE
CHAPITRE 1: INTRODUCTION
1.1. Profil du pays
1.1.1. Géographie, emplacement et frontières
1.2. Gouvernance et Administration
1.3. Démographie
1.4. Le système de soins de santé au Ghana
1.4.1. Organisation des systèmes de santé au Ghana
1.4.2. Prestation de services de santé au Ghana
1.5. Personnel de santé
1.6. Gestion de l'information sanitaire
1.7. Approvisionnement en eau salubre
CHAPITRE 2: ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE AU GHANA
2.1. Données générales
2.2. Programme d'éradication de la dracunculose
2.3. Interventions utilisées pendant la phase d'intervention du programme
2.3.1. Education en santé publique
2.3.2. Stratégie nationale de communication
2.3.3. Lutte contre le vecteur
2.3.4. Promotion de l'utilisation de filtre
2.3.5. Surveillance et confinement des cas
2.3.6. Système de surveillance à base communautaire

- 2.3.7. Approvisionnement en eau
- 2.4. Réalisations pendant la phase d'intervention
- CHAPITRE 3: ACTIVITÉS DE PRÉ-CERTIFICATION
- 3.1. Activités de surveillance pour la pré-certification
 - 3.1.1 Types de surveillance
 - 3.1.1.1 Equipes de surveillance à base communautaire (SBC)
 - 3.1.1.1.1 Notification de village
 - 3.1.1.1.2. Système intégré de surveillance et riposte aux maladies (IDSR)
 - 3.1.1.2.1. Notification IDSR
 - 3.1.1.3. DHIMS (SIG_
 - 3.2. Notification des rumeurs
 - 3.2.1. Enregistrement et enquêtes sur les rumeurs
 - 3.3. Diagnostic sur les vers
 - 3.4. Recherche de cas
 - 3.4.1. Résultats des recherches de cas récentes
 - 3.4.1.1. Résultats des recherches de cas dans neuf district exempts récemment
 - 3.4.2. Recherche de cas NIDS -Juin et octobre 2013
 - 3.5. Système de récompenses monétaires
 - 3.6. Publicité du système de récompenses
 - 3.7. Test scolaire
 - 3.8. Formation
 - 3.7. Mettre fin à la transmission de la dracunculose
 - 3.8. Approvisionnement en eau salubre dans les villages à risques
 - 3.8.1. Statut de l'approvisionnement en eau salubre dans les villages d'endémie précédente depuis 2006
 - 3.9. Evaluation et revues
 - 3.9.1. Evaluation externe
 - 3.9.2. Visites de suivi de l'OMS
 - 3.9.3. Impact du projet du Ghana
 - 3.10. Connaissance chez l'agent de santé de la réponse adéquate aux rumeurs sur la dracunculose et la récompense monétaire
 - 3.11. Comité national de certification
 - 3.11.1. Termes de référence
 - 3.11.2. Structure et composition du comité national de certification
 - 3.11.3. Activités entreprises par le Comité national de certification
 - 3.11.4. Réunions et visites de plaidoyer
- CHAPITRE 4: SURVEILLANCE INTERFRONTALIÈRE
- 4.1. Statut épidémiologique des pays voisins
- 4.2. Certification dans les pays voisins
- CHAPITRE 5: PRÉPARATIFS DU PAYS POUR LA CERTIFICATION
- 5.1. Justification de l'absence de dracunculose in Ghana
- 5.2. Processus de suivi pour l'absence of dracunculose au Ghana
- 5.3. Preuve de l'absence de dracunculose au Ghana
- CONCLUSION
- REFERENCES
- ANNEXE

TCHAD: 4 CAS CHEZ LES HUMAINS, 251 CHIENS INFECTÉS JUSQU'À PRÉSENT EN 2015



Le PED du Tchad a notifié un quatrième cas de dracunculose chez un petit garçon de 3 ans dans la zone de Maikom (Maicombe) du village Morko dans le district de Danamadji de la Région du Moyen Chari. (Tableau 2). Son premier ver a émergé le 28 avril et il a été admis

au centre de confinement des cas le même jour mais il a été classé comme non confiné car le ver était déjà sorti quand il a été amené au centre de santé bien qu'il n'ait pas, selon ses dires, contaminé un point d'eau. Aucun des quatre patients de la dracunculose au Tchad jusqu'à présent en 2015 n'a été confiné.

Le nombre de chiens avec des vers de Guinée qui émergent continuent d'augmenter avec 251 chiens infectés jusqu'à présent cette année, en date du 15 juin, comparé à 113 chiens infectés notifiés pour toute l'année de 2014. Ont également été renforcées les mesures pour réduire la transmission des infections de dracunculose tant celles qui affectent les chiens que celles qui proviennent des chiens. En janvier 2015, le PED du Tchad a commencé à offrir une récompense de 10 000 CFA (environ 17 dollars) pour la notification d'un chien infecté et le fait de l'attacher pour éviter qu'il ne contamine un point d'eau.

- En date du 15 juin, 70% (175/251) des chiens infectés notifiés de tous les villages jusqu'à présent cette année ont été confinés, comparé à 40% des chiens infectés notifiés pendant toute l'année 2014.
- En date de mai 2015, 83% des 1 032 habitants qui ont été enquêtés dans les villages sous surveillance active au Tchad et 73% des 259 vendeurs de marché ont indiqué qu'ils enterraient les entrailles des poissons, pratique que le PED a commencé à recommander dès octobre 2013 (Figure 4).

On pense que les chiens sont infectés en mangeant des entrailles crues de poissons qui contiennent des copépodes avec des larves viables de dracunculose. Le mode de transmission aux humains au Tchad ne semble pas se faire en buvant de l'eau, contrairement à l'infection constatée dans chaque pays d'endémie (y compris au Tchad dans les années 90) :

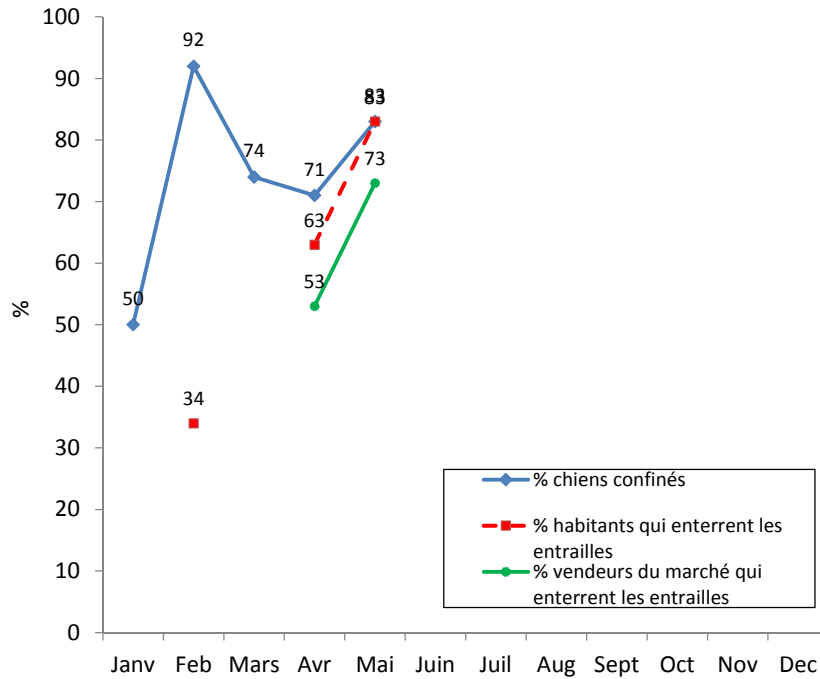
1. vu que presque tous les 61 cas de dracunculose depuis 2010 se sont présentés sans qu'il y ait eu un autre cas humain dans le même village lors d'années antérieures ou d'années ultérieures (on s'attendrait en principe à de nombreux cas, à savoir des flambées de cas, dans ces villages en années consécutives si la transmission de la dracunculose se faisait via des points d'eau utilisés couramment par de nombreux résidents);
2. vu qu'un nombre relativement élevé de villages le long du Chari River ont des points d'eau salubre, en date de mai 2015, 470 (63%) des 746 villages sous surveillance active avaient des points d'eau salubre (puits forés ou puits protégés) ;
3. vu que la flambée de cas actuelle est associée à la saison pic de la pêche et à une grande consommation de poissons le long du Fleuve Chari ;
4. vu que les vers de Guinée émergents des chiens et des humains sont D. medinensis et sont génétiquement indiscernables ; et
5. vu que des modes analogues de transmission qui utilisent des animaux aquatiques comme hôte de transport existent couramment avec d'autres parasites.

Les données venant expliquer ce mode inhabituel de transmission au Tchad se consolident de plus en plus depuis que l'hypothèse a été émise il y a un an et demi de cela.*

* (Eberhard ML, Ruiz-Tiben E, Hopkins DR, et al., 2014. The Peculiar Epidemiology of Dracunculiasis in Chad. Am J Trop Med Hyg:Vol 90(1), pp. 61-70).

Figure 4

Pourcentage de chiens infectés confinés et % d'habitants et vendeurs de marché des villages sous surveillance active qui enterrent les entrailles de poisson, 2015



Dénominateurs

Chiens avec dracunculose

- Janv = 4
- Fev = 13
- Mars = 31
- Avr = 41
- Miy = 64

Habitants qui enterrent les entrailles

- Janv = pas de données
- Fev = 557
- Mars = pas de données
- Avr = 910
- Mai = 1,032

Vendeurs du marché qui enterrent les entrailles

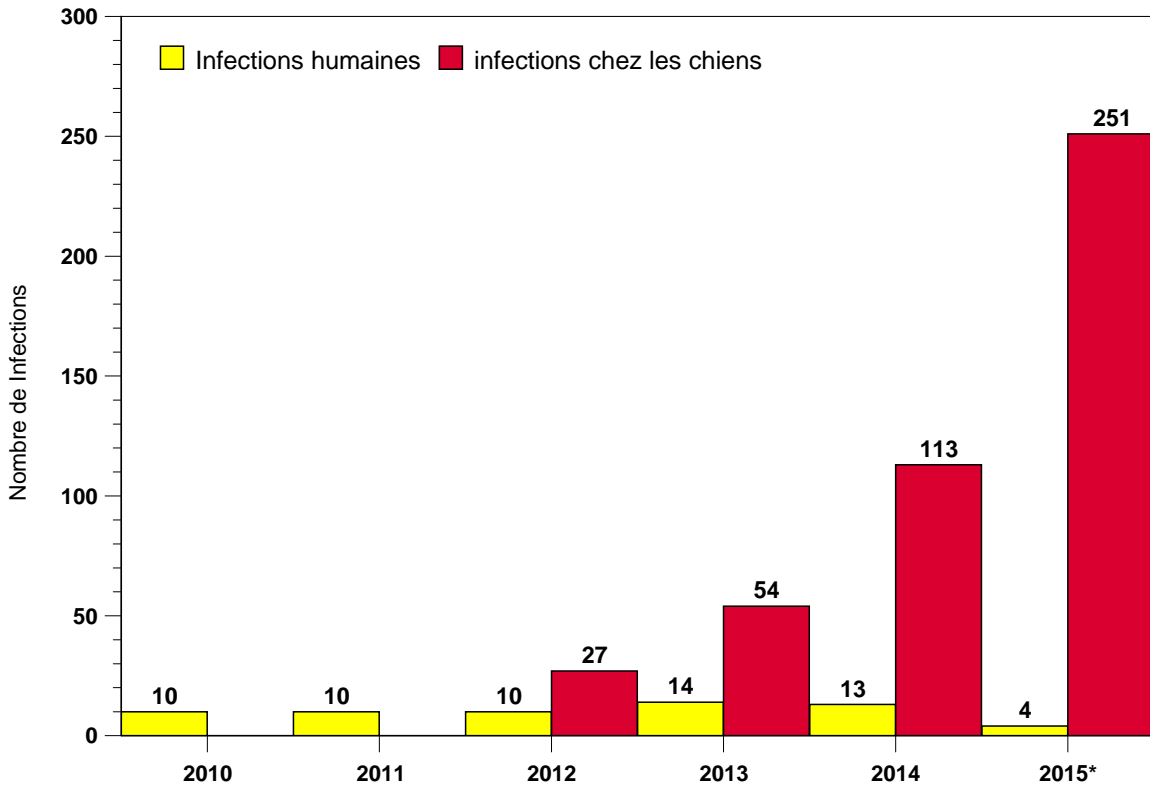
- Janv = pas de données
- Fev = pas de données
- Mars = pas de données
- Avr = 215
- Mai = 259

* Provisoire

Figure 5

Programme de lutte contre la dracunculose au Tchad

Infections annuelles de la dracunculose chez les humains et les chiens : Tchad 2010-2015



*Provisoire: Jan-Juin 15, 2015

Table 2

Programme d'éradication de la dracunculose au Tchad
Liste linéaire de cas de dracunculose en 2015

Cas #	Village ou emplacement de dépistage			District	Région	Patient			Case Confiné?		1 = importé 2= autochtone	Village ou emplacement de résidence			Source présumée de l'infection identifiée ?		Source présumée de l'infection est un VSA connu ?	
	Nom	1= VAS	2= VNAS			Age	Sexe	Date ver sorti (J/M/A)	(Oui, Non, ou En cours)	Si non, date Abate Rx		Nom	1= VSA	2= VSSA	(Oui ou Non)	Nom	(Oui ou Non)	Actions?
1.1	Mourgoum		2	Dourbali	Chari Baguirmi	13	M	19-Feb-15	No	-	2	Mourgoum		2	Non		Non	A contaminé l'eau courante
2.1	Marabe I		2	Kyabe	Moyen Chari	8	F	7-Mar-15	No	-	2	Marabe I		2	Non	-	Non	N'a pas contaminé l'eau courante
2.2								24-Mar-15										
2.3								13-Apr-15										
3.1	Diganali	1		Guelendeng	Mayo-Kebi Est	9	M	28-Mar-15	No	4/6/2015	2	Diganali	1		Non	-	Oui	
3.2								5-Apr-15										
3.3								14-Apr-15										Extraction du ver en cours
4.1	Maicomb		2	Danamaji	Moyen Chari	3	M	28-Apr-15	No		2	Maicomb		2	Non		Non	
4.2								17-May-15										
4.3								17-May-15										

Utiliser le système 1.1, 1.2...etc. pour désigner le nombre de VG émergent du même cas-patient.

VSA = village sous surveillance active

VSSA = village sans surveillance active

ETHIOPIE: UNE LONGUE LUTTE QUI VIENT ENCORE JUSTE DE SE RALLONGER



Le programme d'éradication de la dracunculose en Ethiopie (EDEP) a notifié un cas de dracunculose chez un homme de 25 ans, un pêcheur et un chasseur qui habite le village de Gutok dans la zone de pêche de Gop du kebele de Terkudi, district d'Abobo dans la région de Gambella. Le patient a été dépisté et admis à un centre de confinement dans le district d'Abobo le 27 mai, le même jour que son ver a commencé à sortir lors d'une immersion contrôlée. La source exacte de cette infection est incertaine mais cet homme s'est déplacé dans une zone d'endémie connue (il y a 10-14 mois) du district de Gog ainsi que dans une autre zone d'endémie (il y a deux ans de cela) dans le district d'Abobo. L'Abate a été appliqué dans les points d'eau de surface à l'exception d'un grand lac. L'application d'Abate a également continué en avril et en mai dans les points d'eau du district de Gog, associés aux villages de Wichini, Atheti, Ablen et Bator, où les cas ont été notifiés en 2014. Un nouveau responsable de district pour la lutte contre la dracunculose et 9 aides ont été formés à Gambella en mai.

LE MALI MET SUR PIED UN COMITÉ NATIONAL DE CERTIFICATION



Le 13 mai 2015, le Ministre de la santé du Mali, l'Honorable Ousmane Kone, a communiqué un mémoire officiel créant une commission nationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose au Mali. La commission comprendra un président, un vice-président et 11 membres y compris plusieurs ministères, la Faculté de médecine et l'Institut national de recherche en santé publique, l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF et le Centre Carter. Le PED national servira de secrétariat à la Commission.

La date de la première réunion de la Commission n'est pas encore connue. Le Mali n'a toujours pas d'équipe spéciale nationale pour aider à coordonner les activités intersectorielles de son PED. Le personnel du PED du Mali a visité chacun des 40 patients qui avaient eu la dracunculose l'année passée dans les villages de Tanzikratene, Nanguaye et Fion en avril et à nouveau en mai. La surveillance de la dracunculose à Tanzikratene a été intégrée à la campagne de vaccination contre la poliomyélite en avril. L'insécurité continue à freiner les activités. Le système d'approvisionnement en eau de Tanzikratene n'a pas été réparé mais l'UNICEF a déboursé les fonds à cet effet en May. Les enquêtes sur la connaissance de la récompense menées en avril dans les districts de Gao, Bourem, et Ansongo de la Région de Gao constatent des taux de connaissance de 100% (1 244 personnes enquêtées), 78% (166), et 81% (2 573) respectivement. Le taux de connaissance dans le district de Gourma Rharous de la région de Timbuktu était de 100% parmi les 390 personnes enquêtées et il était de 99% parmi les 1 650 personnes enquêtées dans les districts de Koro, Bankass et Mopti dans la région de Mopti.

DEFINITIONS

Un cas de dracunculose est défini comme une personne avec une lésion cutanée d'où sort un ver de guinée, de préférence avec confirmation de laboratoire. Cette personne est comptée comme un cas uniquement pendant l'année calendaire, à savoir quand le premier ver est sorti. *Tous les spécimens de ver devraient être obtenus de chaque cas-patient pour confirmation en laboratoire et envoyés aux CDC. Tous les cas devront être suivis au moins deux fois par mois pendant le restant de l'année calendaire afin de dépister rapidement les éventuels cas de dracunculose supplémentaires.*

Une rumeur est définie comme toute information sur un cas possible de dracunculose.

Un suspect est une personne avec des signes et des symptômes compatibles avec la dracunculose : démangeaisons localisées ou généralisées et/ou partie enflée, ampoule douloureuse et/ou lésion cutanée mais pas de ver visible.

Un Village d'endémie: un village avec un ou plusieurs cas autochtones actifs pendant l'année précédente et/ou l'année actuelle.

Tchad: Au vu des circonstances spéciales du Tchad, la revue du PED de 2014 a établi une nouvelle description et une nouvelle définition. Au lieu d'utiliser le mot "d'endémie" pour dénoter les villages affectés au Tchad, le PED utilisera "village avec 1 cas +": *un village avec un cas ou plus, autochtone et/importé, de dracunculose, chez un humain, un chien et/ou un chat, lors de l'année calendaire actuelle et/ou l'année précédente. Ces villages avec 1 cas ou plus demandent des interventions immédiates pour interrompre ou prévenir la transmission. Ces villages avec 1 cas + sont également appelés des "villages prioritaires."*

Critères revus pour un cas confiné: Un cas de dracunculose est confiné si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

1. Le patient est dépisté avant ou dans les 24 heures suivant l'émergence du ver, *et*
2. Le patient n'est pas entré dans un point d'eau depuis que le ver a émergé, *et*
3. Le volontaire villageois a pris en charge correctement le cas, en nettoyant et en posant un pansement/bandage jusqu'à ce que le ver soit entièrement retiré, et en apportant une éducation sanitaire pour décourager le patient et l'empêcher de pénétrer dans un point d'eau (si deux vers ou plus sont présents, le cas n'est pas confiné tant que le dernier ver n'a pas été extrait) *et*
4. L'ABATE est utilisé si on ne sait pas si le point d'eau est contaminé ou si on est certain que le point d'eau est contaminé.

Niveaux de surveillance 2015-2019: Vu que *Dracunculus medinensis* vit sans symptômes chez les humains pendant 10-14 mois, les patients ne sont pas conscients de leur infection. Par conséquent, les humains sont porteurs de l'infection pendant toute la période d'incubation et peuvent "emporter" sans le savoir la maladie sur de longues distances. Quand le ver émerge, la victime risque de contaminer un point d'eau qui se situe peut-être à des centaines de kilomètres du site de l'infection initiale. De plus, pendant toute la période d'incubation, le personnel du PED ne peut pas savoir qui est infecté. Cela demande aux programmes d'identifier toutes les communautés avec transmission endémique de la dracunculose, ainsi que les communautés ou emplacements où peuvent se déplacer les habitants, et de mettre en place une surveillance active quotidienne dans le village (voir ci-après) ainsi qu'une

notification mensuelle des cas de dracunculose et de déployer des interventions pour interrompre la transmission de la maladie.

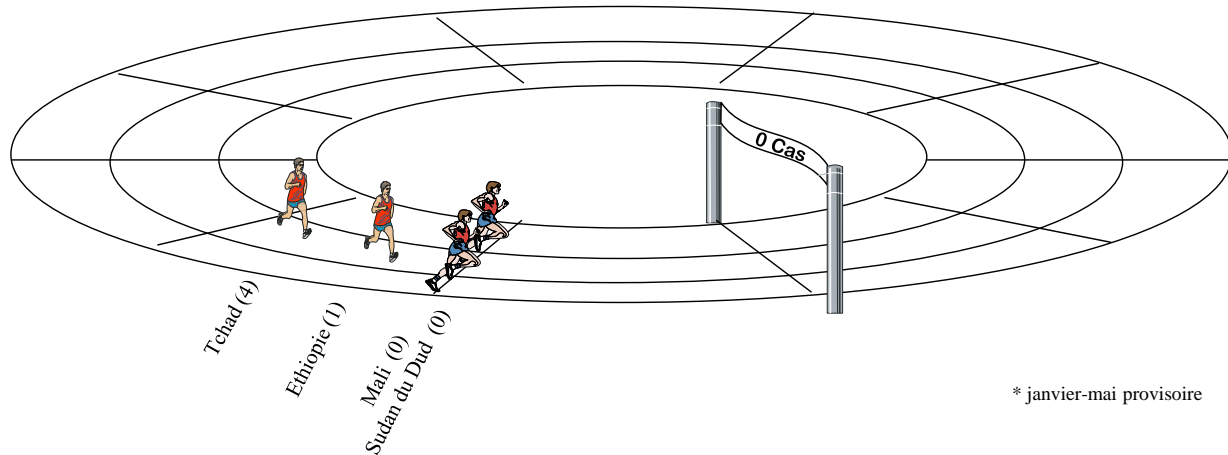
- La surveillance de Niveau I est réalisée dans les communautés avec transmission endémique dans les districts d'endémie. De multiples recherches de cas sont faites chaque semaine, généralement ménage par ménage, par des volontaires villageois ou autre personnel du PED dans tous les endroits habités (camps, hameaux, villages) dans le but de dépister les cas dans les 24 heures qui suivent l'émergence du ver de la peau et de prendre immédiatement les mesures de contrôle pour empêcher le patient de transmettre l'infection à d'autres personnes. L'information sur la récompense monétaire est communiquée à tous les habitants, verbalement ou par tout autre moyen de communication. Toutes les rumeurs sont enquêtées dans les 24 heures, les résultats des enquêtes sont notifiés et documentés et les taux de notification des rumeurs sont suivis sur une base mensuelle.
- La surveillance de niveau II est réalisée dans les communautés des districts de non-endémie à risque élevé de cas importés (adjacents aux districts d'endémie ou qui partagent les points d'eau, les routes de migration, etc.) Sont également déployées des interventions de communication et diffusion intense de l'information aux habitants à propos de la récompense monétaire pour la notification d'un cas de dracunculose (informants de village, agents de santé, dirigeants communautaires, radio, etc.) et évaluations mensuelles du niveau de connaissance de la récompense. Toutes les rumeurs sont enquêtées dans les 24 heures, les résultats des enquêtes sont notifiés et documentés et les taux de notification des rumeurs sont suivis sur une base mensuelle.
- La surveillance de niveau III est réalisée dans toutes les autres communautés des districts de non endémie qui ne sont pas à risque élevé d'importation de cas. La diffusion de l'information aux habitants à propos de la récompense monétaire utilise toutes les infrastructures disponibles, y compris le suivi mensuel des niveaux de connaissance. Toutes les rumeurs sont enquêtées dans les 24 heures, les résultats des enquêtes sont notifiés et documentés et les taux de notification des rumeurs sont suivis sur une base mensuelle.
- Tous les trois niveaux de surveillance comprennent également une surveillance redondante par le biais d'enquêtes spéciales dans les écoles, sur la place du marché, dans les villages, etc. et en utilisant des activités de communication continues comme les journées de vaccination contre la poliomyélite, les campagnes d'administration massive des médicaments, etc. Les ministères de la Santé sont encouragés à former le personnel des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées en matière de la lutte contre la dracunculose, les récompenses monétaires, les enquêtes de rumeurs et les protocoles de notification.
- Une fois la transmission interrompue (12-14 mois après la notification du dernier cas autochtone) le risque d'importation des cas se réduit à zéro et toutes les communautés dans le pays passent à la surveillance de niveau III jusqu'à ce que le pays soit certifié exempt de la transmission de dracunculose.

PUBLICATIONS RÉCENTES

Eberhard, ML; et al. 2015 Thirty-Seven Human Cases of Sparganosis from Ethiopia and South Sudan Caused by Spirometra. Am J Trop Med Hyg. S: 1476-1645.

LA COURSE AU VER DE GUINÉE :2015*

QUI FRANCHIRA LE PREMIER LA LIGNE D'ARRIVÉE



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

Note aux contributeurs :

Envoyer vos contributions via email au Dr Sharon Roy (gwwrapup@cdc.gov) ou au Dr Ernesto Ruiz-Tiben (eruziti@emory.edu) à la fin du mois, pour publication dans le numéro du mois suivant. Les Contributeurs au présent numéro sont les Programmes nationaux d'éradication de la dracunculose, les Docteurs Donald R. Hopkins et Ernesto Ruiz-Tiben du Centre Carter, le Dr Sharon Roy des CDC et le Dr Mark Eberhard.

WHO Collaborating Center for Research, Training, and Eradication of Dracunculiasis, Center for Global Health, Centers for Disease Control and Prevention, Mailstop C-09, 1600 Clifton Road NE, Atlanta, GA 30333, USA, email: gwwrapup@cdc.gov, fax: 404-728-8040. The GW Wrap-Up web location is <http://www.cdc.gov/parasites/guineaworm/publications.html#gwwp>

Les numéros précédents 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_francais.html



World Health
Organization

CDC is the WHO Collaborating Center for Research, Training, and Eradication of Dracunculiasis.