



Date: 22 Avril 2013

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

Sujet: GUINEA WORM WRAP-UP #218

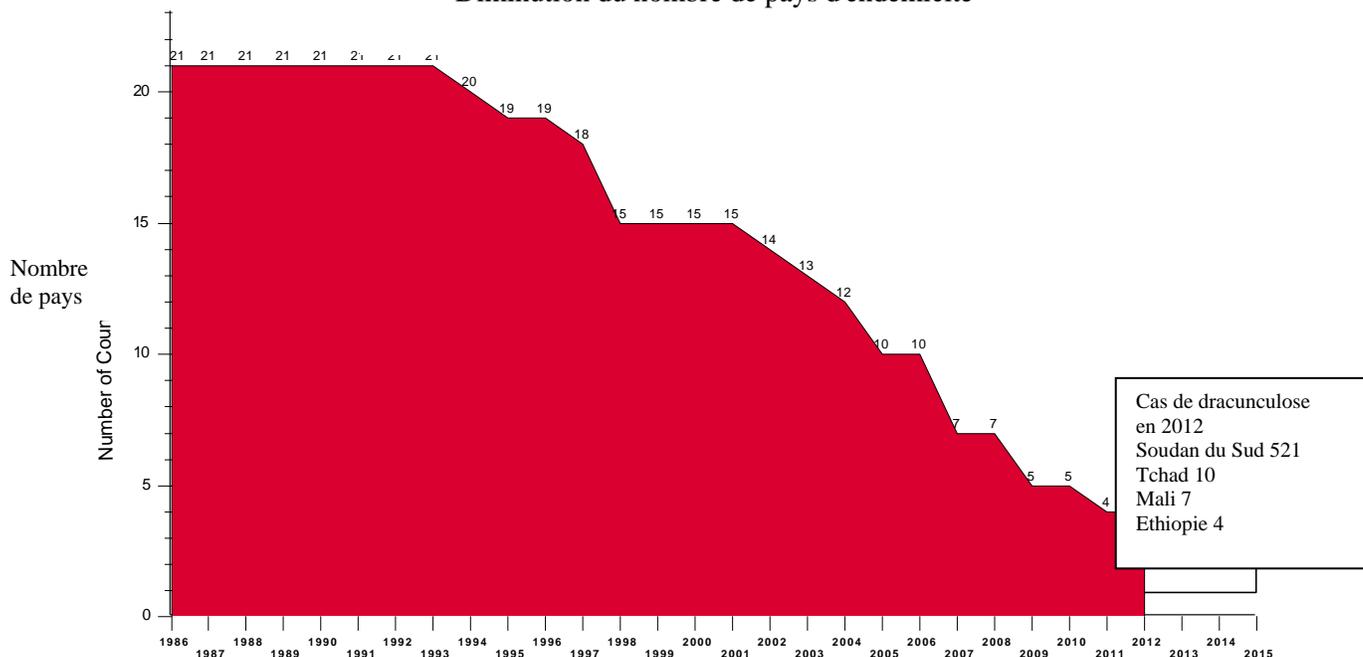
A: Destinataires

17^e RÉUNION DES RESPONSABLES DES PROGRAMMES NATIONAUX D'ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE SE TIENT À OUAGADOUGOU

La 17^e Réunion des responsables des programmes nationaux d'éradication de la dracunculose s'est tenue à l'Hôtel Azalai Independence à Ouagadougou au Burkina Faso du 9 au 12 avril. Y assistaient des représentants des quatre derniers pays où la dracunculose reste endémique (Tchad, Ethiopie, Mali, Soudan du Sud) (Figure 1) ainsi que des représentants de pays à *endémie antérieure* ou de ceux qui ne l'ont jamais été (Angola, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Ghana, Kenya, Niger, Nigéria, Somalie, Afrique du Sud, Soudan). On notait également la présence de représentants des organismes parrainant la lutte contre la dracunculose (Centre Carter, Centers for Disease Control and Prevention, Organisation mondiale de la Santé, UNICEF), et du Ministère de la Santé du gouvernement du Burkina Faso. Le Professeur Ogobara Doumbo représentait la Commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose et M. Torben Vestergaard Frandsen représentait Vestergaard Frandsen Disease Control Textiles. Les points saillants des communications par les pays d'endémicité sont présentés ci-après.

Figure 1

Programme mondial d'éradication de la dracunculose
Diminution du nombre de pays d'endémicité*



*Le Soudan du Sud a compté comme le 21^e pays du commencement pour l'homogénéité. Trois du Mali 7 cas de VG dans 2012 ont été détectés et ont été contenus à Niger comme les cas importés.

Tableau 1

Nombre de cas endigués et nombre de cas notifiés par mois en 2013*
(Pays disposés en ordre de cas décroissant en 2012)

e	NOMBRE DE CAS ENDIGUÉS/NOMBRE DE CAS NOTIFIÉS													% ENDIG
	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DÉCEMBRE	TOTAL*	
SOUDAN DU SUD	0 / 0	1 / 2	2 / 4	/	/	/	/	/	/	/	/	/	3 / 6	50
TCHAD	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0	
MALI	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0	
ETHIOPIE	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0	
TOTAL*	0 / 0	1 / 2	2 / 4	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	3 / 6	50
% ENDIGUÉ		50	50										50	

***Provisoire**

Les cases en noir dénotent les mois où zéro cas autochtone a été signalé. 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, d'un ou de plusieurs cas, n'a pas été endiguée.

^ Dès avril 2012, les rapports ne comprennent que les régions de Kayes, de Koulikoro, de Ségou, de Sikasso et de Mopti; le PED n'intervient pas actuellement dans les régions de Timbuktu, Kidal et Gao.

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

PAYS AVEC TRANSMISSION ENDEMIQUE	NOMBRE DE CAS ENDIGUÉS/NOMBRE DE CAS NOTIFIÉS													% ENDIG.
	JANVIER	FÉVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOÛT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DÉCEMBRE	TOTAL*	
SOUDAN DU SUD	2 / 2	3 / 4	37 / 55	50 / 80	79 / 125	84 / 123	45 / 69	14 / 27	10 / 17	9 / 14	2 / 4	1 / 1	336 / 521	64
MALI [^]	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 3	0 / 0	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	4 / 7	57
TCHAD	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 2	0 / 1	2 / 4	1 / 2	1 / 1	0 / 0	0 / 0	4 / 10	40
ETHIOPIE	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 1	1 / 1	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 1	2 / 4	50
TOTAL*	2 / 2	3 / 4	37 / 55	50 / 81	80 / 126	85 / 126	45 / 73	17 / 32	14 / 22	10 / 15	2 / 4	1 / 2	346 / 542	64
% ENDIGUÉ	100	75	67	62	63	67	62	53	64	67	50	50	64	

***Provisional**

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

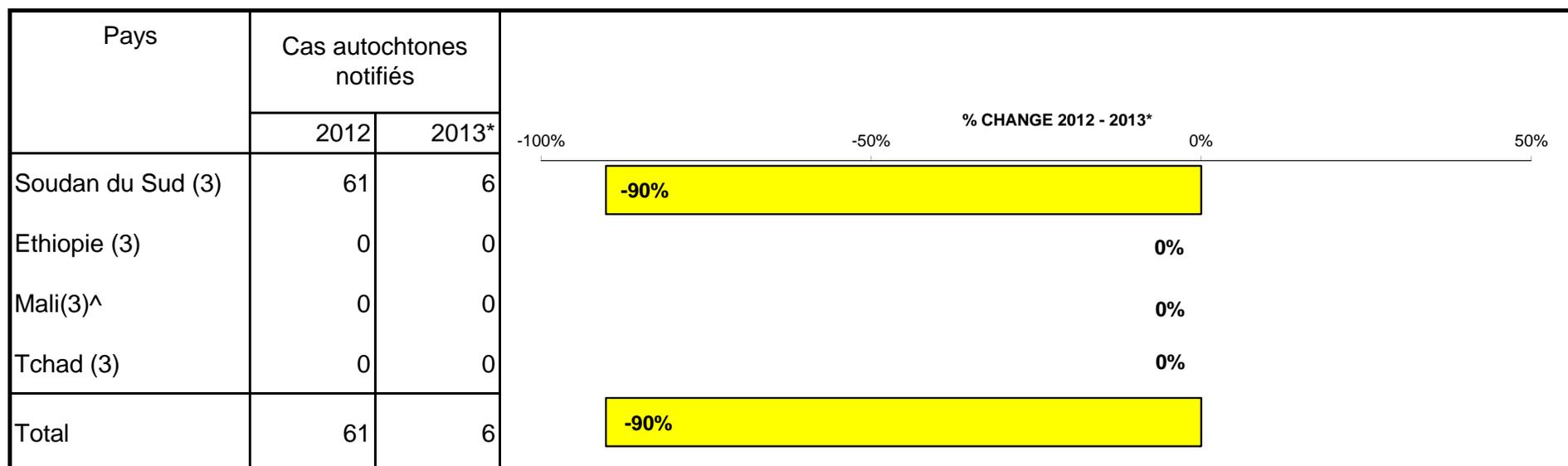
Les cases en jaune dénotent les mois où la transmission de la dracunculose, d'un ou de plusieurs cas, n'a pas été endiguée.

^ Dès avril 2012, les rapports ne comprennent que les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Sikasso et Mopti; le PED n'intervient pas actuellement dans les régions de Timbuktu, Kidal et Gao.

^ Trois ressortissants maliens, confirmés comme cas de dracunculose au Niger en septembre 2012 (indiqué en italique) sont compris dans le total du Mali pour l'année. Le Mali n'a pas établi la source apparente de ces cas.

Figure 2

Nombre de cas autochtones notifiés pendant la période spécifiée en 2012 et en 2013*, et changement en pourcentage dans le nombre de cas notifiés



* Provisoire. Les nombres entre parenthèses indiquent les mois pour lesquels des rapports ont été reçus, (par exemple, 3) = Janvier-mars 2013.

La délégation du gouvernement du **SOUDAN DU SUD** était dirigée par l'Honorable Ministre de la Santé de l'état d'Eastern Equatoria, le Dr Margaret Ito, qui était accompagnée par le Directeur général de la Communauté et de la Santé publique, le Dr Baba Samson, et le Directeur du Programme d'éradication de la dracunculose du Soudan du Sud, M. Makoy Samuel. Le Soudan du Sud a notifié 521 cas de dracunculose et 89 villages avec transmission autochtone de la maladie en 2012, soit une réduction de 49% dans le nombre de cas et de 29% dans le nombre de villages par rapport aux chiffres signalés en 2011 (1028 cas, 125 villages). Les 89 "villages" avec des cas autochtones en 2012 comprenaient 14 camps d'élevage de bétail. Les 6410 villages, à présent sous surveillance active, comprennent 269 camps de bétail. Parmi les cas notifiés en 2012, 51% étaient des femmes et 73% faisaient partie du groupe ethnique des Toposa, 17% des Jie, 8% des Dinka et 1% des Nyangaton. 87% des cas provenaient de l'état d'Eastern Equatoria, 7% de Warrab, 5% de Jonglei et 1% de Lakes (Tableau 2). En 2012, 100% des villages d'endémie ont fait des notifications mensuelles, le larvicide ABATE® a été utilisé au moins une fois dans 99% des villages, des filtres en tissus se trouvaient dans tous les ménages de 93% des villages, l'éducation sanitaire était dispensée dans 93%, des filtres portables se trouvaient dans 83% et 30% avaient au moins un point d'eau salubre. L'état d'Eastern Equatoria, qui comptait le nombre le plus élevé de cas, avait la couverture la plus faible d'approvisionnement en eau de boisson salubre.

Le Soudan du Sud a notifié 6 cas seulement de janvier à mars 2013, soit une réduction de 90% par rapport aux 61 cas signalés pendant la même période de 2012 (Tableaux 1 et 3, Figure 2). Tous les six cas ont été notifiés de zones d'endémie connue mais seuls trois d'entre eux (50%) ont été classés comme étant confinés, car le cas n'a pas été découvert dans les 24 heures qui ont suivi l'émergence du ver dans cette population très mobile parmi les groupes affectés restants. 69% des 61 cas de janvier à mars 2012 ont été endigués. Déployant l'éventail complet de toutes les interventions, le SSGWEP continue à faire reculer le nombre de cas malgré les faibles taux de confinement de ces cas.

Le Dr M. Tahir Ali, coordinateur national du Programme d'éradication de la dracunculose du **TCHAD**, a fait le point de la dracunculose et du programme d'éradication de la dracunculose (PED) dans son pays. Le Tchad a notifié 10 cas de dracunculose dans 9 villages en 2012, dont deux villages seulement comptaient une transmission endémique et dont chacun avait également notifié un cas en 2011. Quatre des cas de 2012 étaient endigués. Avec 10 cas notifiés lors de chacune des trois années consécutives (2010-2012) après une décennie entière de zéro cas marquée aussi par une surveillance relâchée, les manifestations épidémiologiques de la maladie au Tchad de ces trois dernières années sont inhabituelles. La dracunculose revêt un caractère endémique dans deux des 7 districts affectés (Bouso et Mandelia). La surveillance active dans les villages menée par 19 59 volontaires villageois formés est à présent en cours dans 724 villages de la zone apparemment à risque, située essentiellement le long du fleuve Chari. Elle y a débuté en février 2012. Depuis le début de 2012, le PED du Tchad soutient également les opérations visant à l'éradication de la poliomyélite dans les régions de Mayo Kebbi East et Chari Baguirmi, sous l'angle logistique et surveillance la paralysie flasque aiguë. Deux enquêtes menées pour vérifier le niveau de connaissance de la récompense dans les zones de non-endémicité en 2012 constataient des niveaux de connaissance de 38% et de 19%. En date de la présente réunion de revue de programmes, le Tchad a notifié 3 cas de dracunculose jusqu'à présent en 2013, tous en avril (Tableau 4). Le Tchad cherche à revitaliser son Comité national de certification et le programme a pris part à une réunion interfrontalière, tenue sous les auspices de l'OMS, regroupant les PED du Cameroun, du Tchad et du Nigéria, à Bongor au Tchad du 27 au 29 mars. Suivant la réunion interfrontalière, le Dr Gautam Biswas, OMS/Genève, M. Andrew Seidu-Korkor et M. Guy Patrick de l'OMS/AFRO se sont rendus dans 8 districts des régions de in Chari Baguirmi, Moyen Chari et Tandjile pour faire le point de l'état de surveillance dans les zones exemptes de dracunculose et notait le niveau de connaissance de la récompense. Le Dr Ernesto Ruiz-Tiben, directeur du Programme mondial d'éradication de la dracunculose mené par le Centre Carter et son assistant, M. Adam Weiss, ont fait une visite de supervision auprès du PED du Tchad en mars.

Le Dr Zeyede Kebede Zeleke, responsable du Programme national d'éradication de la dracunculose pour OMS - Addis Ababa, a présenté le rapport de l'**ETHIOPIE** concernant l'éradication de la dracunculose. Quatre cas ont été notifiés en 2012 : un en avril (non-endigué), un en mai (endigué), en août (endigué) et en décembre (non-endigué). Les trois premiers cas se sont présentés dans le village d'endémie d'Utuyu du District de Gog dans la Région de Gambella. Le dernier cas a été dépisté dans le District adjacent d'Abobo de la même région trop tard pour être confiné et sa source probable d'infection n'a pu être établie. Le nombre moyen de ver par patient était

Tableau 2

PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE DANS LE SOUDAN DU SUD
CAS NOTIFIÉS ET ENDIGUÉS EN DÉCEMBRE 2011 ET EN 2012* PAR ÉTAT, COMTÉ ET MOIS

Etat	Comté	Cas endigués / Cas notifiés														% endigué
		Dec-11	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total	
Eastern Equatoria	Kapoeta East	1 / 1	1 / 1	2 / 3	33 / 47	45 / 68	61 / 96	66 / 100	34 / 57	10 / 21	9 / 14	6 / 11	0 / 2	0 / 0	268 / 421	64%
	Kapoeta North	1 / 1	1 / 1	1 / 1	1 / 2	1 / 3	4 / 8	3 / 4	4 / 5	2 / 4	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	18 / 29	62%
	Kapoeta South	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	1 / 2	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	3 / 4	75%
Jonglei	Pibor	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 4	3 / 7	4 / 7	4 / 5	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	13 / 24	54%
	Wuror	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 / 0	0%
Warrap	Tonj North	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	3 / 5	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	4 / 6	0%
	Tonj East	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 / 0	#DIV/0!
	Tonj South	0 / 0	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	0%
	Gogrial East	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	7 / 9	9 / 12	6 / 6	1 / 1	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	25 / 30	83%
	Gogrial West	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 / 0	#DIV/0!
	Twic Mayardit	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 / 0	0%
Western Bahr	Jur River**	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0%
Lakes	Awerial	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 1	1 / 2	2 / 2	2 / 2	0 / 0	5 / 7	0%
	Cuibet	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 / 0	#DIV/0!
	Yirol E.	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 / 0	0%
	Yirol W.	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 / 0	0%
	Maper	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 / 0	0%
	Rumbek Centre	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 / 0	0%
	Rumbek East	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 / 0	0%
Central Equatoria	Terekeka	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 / 0	0%
	Juba	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 / 0	0%
TOTAL SOUDAN DU SUD		2 / 2	2 / 2	3 / 4	37 / 55	50 / 80	79 / 125	84 / 123	45 / 69	14 / 28	10 / 16	9 / 14	2 / 4	1 / 1	338 / 523	65%

* Provisoire

** Cas en juillet a été importé du Comté de Tonj South

1-4 cas de dracunculose
5-9 cas de dracunculose
10 + cas de dracunculose

Tableau 3

PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE DANS LE SOUDAN DU SUD
LISTE DE CAS DE DRACUNCULOSE EN 2013*

Cas #	Le village ou Région de Détection			Payam	Comté	Age	Sexe	Date ver a émergé	Ver endigué?		1 = Autochtone 2 = Indigène/Nonus	Village ou emplacement			Source présumée de l'infection identifiée ?		Source présumée de l'infection est un VESSA connu ?	
	NonM	1= VESSA	2 =NVESSA						(Oui, Non, ou en cours)	Si Non, date d'Abate Rx*		Nom	1 =VESSA	2 =NVESSA	(Oui / Nonn)	Nom	(Oui / Non)	Actions?
1.1^	NABOLISO CC		2	KAUTO WEST	KAPOETA EAST	35	M	2/19/13	Non	23-Feb-13	1	NAROO		2	Oui	Camp de bétail de Lolagam	Non	Réalisation d'enquêtes supplémentaires, risque élevé, sur l'état préoccupant d'une source dans le village
2.1^^	LOTUKUTAN CC	1		NARUS	KAPOETA EAST	17	M	2/9/13	Oui	NA	2	?			Oui	Lotukutan CC Wells dans la zone du camp de Lomuta (ou zone d'endémie de Lomuta Boma- Napisya)	Oui**	La grappe endémique entière est traitée à l'aide de toutes les interventions nécessaires.
2.2	LOTUKUTAN CC	1		NARUS	KAPOETA EAST	17	M	3/14/13	Oui	NA	2	?			Oui	Lotukutan CC Wells dans la zone du camp de Lomuta (ou zone d'endémie de Boma- Napisya)	Oui**	La grappe endémique entière est traitée à l'aide de toutes les interventions nécessaires.
3.1	KARENGEMUK CC		2	KAUTO WEST	KAPOETA EAST	38	M	3/19/13	Non	NA	1	NANGILABOK		2	Oui	Camp de bétail de Lolagam	Non	Réalisation d'enquêtes supplémentaires, risque élevé, sur l'état préoccupant d'une source dans le village
3.2	KARENGEMUK CC		2	KAUTO WEST	KAPOETA EAST	38	M	3/19/13	Non	NA	1	NANGILABOK		2	Oui	Camp de bétail de Lolagam	Non	Réalisation d'enquêtes supplémentaires, risque élevé, sur l'état préoccupant d'une source dans le village
3.3	KARENGEMUK CC		2	KAUTO WEST	KAPOETA EAST	38	M	3/23/13	Non	NA	1	NANGILABOK		2	Oui	Camp de bétail de Lolagam	Non	Réalisation d'enquêtes supplémentaires, risque élevé, sur l'état préoccupant d'une source dans le village
3.4	KARENGEMUK CC		2	KAUTO WEST	KAPOETA EAST	38	M	3/31/13	Non	NA	1	NANGILABOK		2	Oui	Camp de bétail de Lolagam	Non	Réalisation d'enquêtes supplémentaires, risque élevé, sur l'état préoccupant d'une source dans le village
4.1	WUTAWEEN		2	TOCH EAST	GOGRIAL EAST	13	M	3/20/13	Non	NA	1	WUTAWEEN		2	Oui	Dhok Pan Magot	Oui/Non	Reçoit déjà des interventions étendues
5.1	NATOWI		2	KAUTO EAST	KAPOETA EAST	20	M	3/27/13	Oui	NA	1	NATOWI		2	Oui	Camp de bétail de Lokiding ou Lolagam	Oui	Lokiding CC a un caractère d'endémicité mais Lolagam n'a pas eu de cas autochtones signalés jusqu'à présent
6.1	THURAMOTH		2	TOCH WEST	GOGRIAL EAST	9	M	3/29/13	Oui	NA	1	THURAMOTH		2	Oui	Dhok Pan Magot	Oui	Reçoit déjà des interventions étendues

* Provisoire

^ 1.1 est le seul patient noté comme contaminant l'eau, les autres ont utilisé l'abate comme mesure de précaution.

^^ Le patient 2.1 est de Lomuta Boma mais a donné plusieurs villages comme résidence chaque fois qu'il a été interviewé. Il a été amené dans un village qu'il n'a pas mentionné comme son village de résidence. Il fait partie de camps de bétail la plupart de l'année et a de la famille dans toute la zone de supervision.

** Le camp de b est classé à présent comme camp de bétail à caractère d'endémie. N'était pas connu auparavant comme source d'endémie.

VESSA village d'endémie sous surveillance active

NEVAS Village de Non endémie sous surveillance active

Tableau 4

PROGRAMME D'ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE AU TCHAD
LISTE PRIORITAIRE DES CAS DE DRACUNCULOSE EN 2013*

Cas #	Village ou emplacement du dépistage			Zone / District	Région	Patient(e)			Case endigué ?		1 = Importé 2 = Autochtone	Village ou emplacement de résidence			Source présumée de l'infection identifiée ?		Source présumée de l'infection est un VESSA connu?	
	Nom	1 = VESSA	2 = VNESSA			Age	Sexe	Date à laquelle le ver a émergé	(Oui, Non, ou en cours)	Si non, date de l'Abate Rx		Nom	1 = VESSA	2 = VNESSA	(Oui / Non)	Nom	(Oui / Non)	Actions?
1.1	Miskine banana		2	Gambarou/Mandelia	Chari Baguirmi	3	F	4/2/2013	En cours		2	Miskine banana		2	ND			
2.1	Koutoungolo		2	Onoko /Massenya	Chari Baguirmi	35	F	4/8/2013	En cours		2	Koutoungolo		2	ND			
3.1	Gasse		2	Onoko /Massenya	Chari Baguirmi	50	F	4/9/2013	En cours		2	Gasse		2	ND			

* Provisional

VESSA village d'endémie sous surveillance active
VNESSA village de non endémie sous surveillance active
ND Non déterminé

de 2,5. L'Ethiopie n'a notifié aucun cas jusqu'à présent en 2013. La seule enquête menée sur le niveau de connaissance des récompenses dans les zones exemptes de dracunculose en 2012 indiquait un niveau de connaissance de 60%.

Le coordinateur national du Programme d'éradication de la dracunculose du **MALI**, le **Dr Gabriel Guindo**, a présenté le rapport de son pays. En 2012, le Mali a notifié 1 cas (endigué) en juin et 3 cas (2 endigués) en juillet. Le Niger a dépisté et endigué 3 cas en septembre 2012 dont on pense qu'ils provenaient du District d'Ansongo de la Région de Gao au Mali bien que le programme malien n'ait pas confirmé la source soupçonnée de l'infection. Les quatre cas dépistés au Mali se situaient dans 3 villages dont l'un se trouve dans la Région de Mopti, 1 dans la région de Ségou et 1 dans la région de Kidal. Trois ressortissants maliens, cas confirmés de dracunculose au Niger en septembre 2012 (indiqués en italique sur le tableau 1) sont compris dans le total malien de l'année. Le Mali n'a pas pu établir la source apparente de ces cas. Les enquêtes sur la connaissance de la récompense en 2012 constatait des niveaux de connaissance de 4% dans une zone de non-endémicité et de 78% dans une zone d'endémicité. Le Mali n'a pas notifié de cas jusqu'à présent en 2013. Par ailleurs, la surveillance de la dracunculose sur la majeure partie du pays, surtout dans les régions de Kidal, Gao, Mopti et de Timbuktu, laisse nettement à désirer depuis le coup d'état en mars 2012. La saison de transmission pic pour le PED au Mali s'étend de juin à décembre. Alors que la sécurité s'améliore en 2013 dans les Régions de Ségou, Mopti, Timbuktu et Gao, le PED réactive les agents locaux de la lutte contre la dracunculose ainsi que les infirmiers des centres de santé, pour qu'ils enquêtent sur les rumeurs et dépistent et confinent les cas de dracunculose dans ces régions.

BASF ÉTEND LES DONNÉES D'ABATE® JUSQU'EN 2015



BASF, partenaire estimé et apprécié dans la campagne d'éradication de la dracunculose a décidé d'étendre leur don du larvicide ABATE® sur deux années supplémentaires : 2014 et 2015, si tant est toutefois que ce soit nécessaire. BASF soutient depuis plus de 13 ans le programme d'éradication de la dracunculose et ce généreux partenariat témoigne bien du ferme engagement de la société face au développement durable dans le monde. BASF a pour mission de répondre aux besoins actuels et futurs de la communauté par le truchement de la science et de l'innovation. Le volet santé publique de la société se consacre à l'amélioration de la qualité de la vie pour les habitants du monde en développement grâce à la prévention des maladies. But qui est concrétisé via la collaboration avec des organisations internationales humanitaires ou sanitaires fournissant des produits de lutte contre les vecteurs. Le volet santé publique entre dans la division de la protection des plantes de BASF, solide partenaire de l'industrie agricole qui distribue des fongicides, insecticides et herbicides novateurs connus pour leur qualité et potentiel d'augmenter les rendements agricoles. L'engagement continu de BASF à l'amélioration de la santé dans le monde est aussi grandement apprécié dans la lutte contre la dracunculose.

Prière de consulter le lien suivant pour de plus amples détails: www.publichealth.basf.com.

LA DRACUNCULOSE SUR LE WEB ET À LA TÉLÉVISION

Le Président Carter discutant de la dracunculose avec Jon Stewart au *The Daily Show* du 9 avril 2013 peut être consulté en ligne à l'adresse suivante : http://www.thedailyshow.com/full-episodes/tue-april-9-2013-jimmy-carter?xrs=synd_twitter

Début d'avril 2013, le documentaire primé *Foul Water Fiery Serpent* mis au point par Cielo Productions en 2010 a été passé 2 029 fois sur 316 chaînes couvrant plus de 83% de l'audience aux États-Unis.

**17^e RÉUNION DES RESPONSABLES DES PROGRAMMES D'ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE
OUAGADOUGOU, BURKINA FASO, 9 AU 12 AVRIL 2013
AVANT-PROJET DE RECOMMANDATIONS**

Général :

1. Les pays devraient revitaliser le comité de coordination ou l'Equipe nationale spéciale de la dracunculose, s'ils ne sont pas déjà en place et actifs, composés de membres du MSP et d'autres parties concernées comme le Centre Carter, l'OMS, l'UNICEF et tout partenaire local actif. Le comité de coordination devrait se rencontrer chaque mois pour revoir les progrès et le micro-plan concernant les mois à venir.
2. Les pays devraient suivre et endiguer chaque émergence du ver. Il faut suivre le mouvement de chaque cas depuis l'émergence du ver jusqu'à ce que l'émergence finale soit notée et cartographiée par GPS.
3. Les pays devraient augmenter le taux de notification des établissements de santé et souligner l'importance des rapports de compte rendu sur les cas de dracunculose, y compris cas zéro. Les rapports devraient comprendre les données de surveillance sur la dracunculose de la zone desservie.
4. Les pays devraient renforcer la surveillance de la dracunculose de la part des communautés en utilisant toutes les occasions qui se présentent, par exemple par les agents et volontaires de santé communautaire, le traitement communautaire à base d'ivermectine (CDTI) et l'administration massive de médicaments dans le cadre des futurs programmes de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT), par l'intermédiaire des écoles et des marchés et autres possibilités spécifiques au pays. Noter la couverture par village et ménage lors des enquêtes et activités communautaires pour renforcer les données probantes sur la surveillance de la dracunculose.
5. Les pays doivent rehausser les activités de communication et les étendre à échelle nationale et augmenter le niveau de connaissance tant de la surveillance que des récompenses pour la notification d'un cas de dracunculose, utilisant une combinaison appropriée de médias (radio, médias imprimés, etc.) et des canaux non médiatiques (face-à-face, réunions villageoises, crieurs de villages, marchés et écoles de villages). Les partenaires experts du déploiement des stratégies de communication devraient soutenir toutes les activités de communication. Les pays devront aussi évaluer le niveau d'une telle connaissance dans la communauté en utilisant le protocole d'enquête 20x11 et les questionnaires villageois et individuels.
6. Les programmes devraient adhérer à l'utilisation des définitions* existantes pour les cas importés/autochtones, et sur le statut d'endémicité.
7. L'OMS devrait faire le compte rendu sur les enquêtes des rumeurs auprès des pays certifiés proches des pays d'endémie (tel que le Cameroun et la Mauritanie) et autres pays de non endémie (Inde, Gabon).

* Relevé épidémiologique hebdomadaire 2003, 78, 323-328

8. Les pays devraient contrôler le laps de temps entre la réception d'une rumeur et son enquête de la part du personnel désigné. Toutes les rumeurs devraient être vérifiées et cela dans les 24 heures suivant la réception de leur information.
9. AFRO devrait recommander et veiller à l'accélération des activités visant à interrompre la transmission dans les pays restants et à garantir une surveillance optimale dans les régions exemptes de dracunculose. Une résolution sur l'éradication de la dracunculose est proposée dans la réunion à venir du Comité régional.

Pour tous les pays d'endémicité:

10. Le fait que des cas se soient présentés au Tchad, dans certaines régions du Mali, de l'Ethiopie et du Soudan du Sud rend difficile l'identification de la source de transmission. Une analyse épidémiologique plus étendue est nécessaire pour identifier la source possible de transmission. Les programmes pourraient demander l'assistance d'experts du Centre collaborateur de l'OMS aux CDC et autres institutions pour la réalisation de telles analyses.
11. Le Tchad, le Mali, l'Ethiopie et le Soudan du Sud devraient viser à un taux de confinement des cas de 100% et tous les points d'eau identifiés devront être traités avec du Téméphos dans les 10 jours suivant l'émergence du ver. Cela demandera probablement des mesures supplémentaires ou des ajustements opérationnels.
12. La liste de classement de l'émergence de chaque ver devra être présentée chaque mois à l'OMS, de pair avec la liste des villages avec les cas et des indicateurs de surveillance au niveau district.

Recommandations supplémentaires pour le Tchad:

13. Réaliser des recherches actives de cas dans les régions où des cas se sont présentés et renforcer la surveillance active dans les villages notifiant des cas ou villages à risque, pour dépister tous les cas qui pourraient survenir dans la région.
14. Le programme devrait déployer le niveau nécessaire d'interventions dans tous les districts notifiant des cas autochtones en 2011, 2012 et/ou 2013.
15. Le Ministère de la santé publique devrait négocier avec les sociétés de téléphone portable (Airtel et/ou TIGO) pour transmettre des messages textuels et/ou audio annonçant la récompense de 50 000 FCFA et demandant aux habitants de rapporter les rumeurs sur les cas soupçonnés de dracunculose.
16. Le Ministère de la santé publique devrait installer une permanence téléphonique gratuite au secrétariat du programme pour encourager les personnes à rapporter les rumeurs sur les cas soupçonnés de dracunculose et aussi pour que le Programme prenne de suite les mesures nécessaires pour répondre à ces rumeurs.
17. Le Ministère de la santé publique devrait apporter immédiatement l'assistance financière au programme et débloquer les fonds nécessaires à l'achat de véhicules, à la réalisation d'une

Recommandations supplémentaires pour l'Éthiopie :

18. Le Ministère de la Santé au niveau fédéral, le Bureau régional de la Santé et les autorités sanitaires au niveau des districts devraient accorder une plus haute priorité à l'éradication de la dracunculose et nommer les responsables à ce niveau dans leurs administrations respectives.
19. Pour porter son coup de grâce à la dracunculose, le Ministère de la Santé nommera un coordinateur national à plein à la tête de son programme d'éradication. Le coordinateur national de l'EDEP fera des visites de supervision aux districts d'endémie et à haut risque, au moins une fois par mois, et dirigera les activités d'interruption de la transmission et de renforcement de la surveillance active et passive.
20. EDEP devrait être représenté par un responsable approprié lors des réunions de revue ultérieures du programme d'éradication de la dracunculose.
21. EDEP devrait renforcer la supervision et l'évaluation du programme. EDEP pourrait inviter des experts d'autres programmes réussis pour revoir et aider l'EDEP à adapter et appliquer des expériences comme STOG (Stop transmission of Guinea Worm).
22. Les responsables de l'EDEP, en collaboration avec les divers partenaires, devraient organiser des réunions de revue sur une base trimestrielle dans les régions d'endémie et zones à risques restantes.
23. Des ateliers de formation avec tous les agents de santé de première ligne (agents d'extension communautaire, HAD, etc.) de l'ensemble du pays devraient inclure un module sur la surveillance et la notification de la dracunculose et sur les moyens d'impartir la connaissance de la récompense.
24. EDEP devrait augmenter le montant de la récompense (actuellement de l'ordre de 58 dollars US) et la faire connaître davantage sur l'ensemble du pays.
25. EDEP devrait mettre en œuvre la combinaison appropriée d'interventions dans les villages qui ont notifié des cas ou qui sont à risque, dans la région d'Abobo, pour dépister et confiner immédiatement les cas futurs en 2013.

Recommandations supplémentaires pour le Mali:

26. Le Mali devrait accélérer la mise sur pied du Comité national de certification.

Recommandations supplémentaires pour le Soudan du Sud:

27. Dans les régions où les travaux de forage se sont avérés difficiles, demander au service de l'approvisionnement en eau d'adopter des technologies alternatives et novatrices pour apporter une eau salubre, par exemple en convertissant ou en protégeant les points d'eau de surface ou en motorisant certains des puits existants avec un débit important.

Pays à l'étape pré-certification:

28. Les programmes d'éradication de la dracunculose en Côte d'Ivoire, au Niger et au Nigéria devraient réaliser des évaluations internes pour vérifier la disponibilité, à des niveaux désignés, des données de surveillance et autre documentation avant les visites des équipes de certification internationale, en juin-juillet 2013.

Recommandations supplémentaires pour la Côte d'Ivoire:

29. Le pays pourra envisager d'augmenter le montant de la récompense. Une annonce venant des plus hautes sphères du gouvernement - président ou cabinet du premier ministre - témoignera du soutien

politique nécessaire et vaudra une couverture médiatique améliorant la connaissance de la récompense sur l'ensemble du pays.

30. Le PED devrait réévaluer le niveau de connaissance sur la dracunculose et la récompense dans les communautés avant la visite de l'Equipe de certification internationale (ICT) dans le pays.

Recommandations supplémentaires pour le Niger:

31. Les partenaires techniques et financiers du PED du Niger devraient soutenir le Programme au niveau de la mise en œuvre des activités prioritaires du plan d'action de 2013. Les activités dont il est prévu qu'elles soient achevées avant la mission de l'ICT seront retenues en priorité.
32. Le Ministère de la Santé devrait négocier avec les sociétés de téléphone portable pour que soient inclus des messages textuels et/ou visuels sous forme d'annonce publiques sur la récompense de 50 000 FCFA afin de sensibiliser davantage à la dracunculose et d'encourager les gens à notifier toute personne ayant des symptômes ressemblant à ceux de la dracunculose.
33. Le Programme, en collaboration avec le PED du Mali, devrait enquêter davantage sur les trois cas qui auraient été importés du Mali afin d'identifier la source de transmission en 2012.

Recommandations supplémentaires pour le Kenya:

34. Le programme devrait augmenter rapidement le niveau de connaissance du système de récompense dans les communautés et parmi les agents de santé, dans les régions frontalières entre le Soudan du Sud et l'Ethiopie, qui courent le risque élevé de recevoir des cas importés.
35. Un réseau de surveillance à base communautaire devrait être mis sur pied dans le comté de Turkana (Turkana North) couvrant les camps de réfugiés et d'écoles.
36. Réaliser une évaluation interfrontalière avec le Soudan du Sud et l'Ethiopie y compris le camp de réfugiés de Kakuma, tel que l'avait recommandé la réunion interfrontalière tenue à Entebbe en Ouganda en 2012.
37. Le Programme devrait d'abord valider les données, retirer les erreurs au niveau de la saisie des données avant de faire les notifications au niveau supérieur. Le Programme devrait faire toute l'utilisation possible du système d'informations sanitaires et de l'IDSR pour rendre compte et répondre aux rumeurs sur les cas soupçonnés de dracunculose. Vérifier que toutes les rumeurs soient enquêtées dans les 24 heures.
38. Le programme devrait officialiser au plus vite le Comité national de certification de l'éradication de la dracunculose.

Mesures supplémentaires pour le Soudan:

39. Le programme devrait profiter de la future campagne de vaccination contre la méningite, prévue dans 8 états en mai 2013 et de la campagne de distribution porte à porte de moustiquaires, dans les zones à risque élevé de paludisme, pour faire une recherche des cas de dracunculose et sensibiliser à la récompense.

Pays avec des antécédents récents de dracunculose mais qui ne sont pas encore certifiés:

Pour l' Angola:

40. Le Ministère de la Santé devrait soutenir l'intégration des recherches actives de cas de dracunculose aux activités d'autres programmes (surveillance de la poliomyélite, CDTI).

41. Le Ministère de la Santé devrait mettre à jour le niveau actuel de la couverture d'approvisionnement en eau salubre dans les villages.
42. Le Ministère de la Santé devrait, après avoir revu le statut d'exemption de la dracunculose, soumettre la demande de certification en tant que pays exempt de cette maladie.

Pour la Somalie:

43. Le Ministère de la Santé, dans son rapport demandant la certification de pays exempt de dracunculose, devrait
 - a. donner un bref aperçu des diverses pathologies de la peau qui ont circulé comme rumeurs de la maladie lors de l'enquête de la poliomyélite;
 - b. Indiquer les dénominateurs en termes de nombres de ménages couverts en rapport avec la couverture de l'enquête sur la dracunculose auprès des ménages, réalisée conjointement avec l'enquête sur la poliomyélite;
 - c. Indiquer le niveau d'exclusion des districts, des villages et des ménages qui n'ont pas été accessibles aux équipes d'enquête à cause de l'insécurité. D'autres mesures seront prises pour s'assurer que ces zones n'avaient pas de cas de dracunculose.

44. Recherche opérationnelle à entreprendre aux fins suivantes:

- a. explorer l'épidémiologie inhabituelle des cas survenus sans liens identifiés aux cas de l'année précédente;
- b. vérifier la surveillance et le confinement des cas dans les populations en constant mouvement comme les éleveurs et les pêcheurs;
- c. Augmenter et mesurer la connaissance de la récompense dans la communauté; et
- d. utiliser la technologie du téléphone portable pour les comptes rendus de surveillance.

RÉUNIONS

La Commission internationale pour la certification de l'éradication (ICCDE) prévoit de se rencontrer à l'OMS/Genève du 3 au 5 décembre 2013.

PUBLICATIONS RÉCENTES

Ridley M, 2013. When species extermination is a good thing. Wall Street Journal Feb 9, Sec C:4.

World Health Organization, 2013. Monthly report on dracunculiasis cases, January-February 2013. Wkly Epidemiol Rec 88:151-2.

Leslie K, 2013. Death of the Guinea worm draws near. The Atlanta Journal-Constitution Apr 20
http://www.myajc.com/news/news/death-of-the-guinea-worm-draws-near/nXQMX/?icmp=ajc_internallink_invitationbox_apr2013_ajcstbtomyajcpremium

McNeil D, 2013 Profiles in Science: Dr. Hopkins on Guinea Worm Disease. New York Times Apr 23
<http://www.nytimes.com/2013/04/23/health/donald-r-hopkins-how-to-eradicate-guinea-worm-disease.html?pagewanted=all&r=0>

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

Ont contribué à ce numéro : Le Dr Donald R. Hopkins et le Dr Ernesto Ruiz-Tiben, et M. Craig Withers du Centre Carter Center, le Dr Gautam Biswas de l'OMS et le Dr Sharon Roy et le Dr Mark Eberhard des CDC.

Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication de la dracunculose, 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. Site Web du Résumé de la dracunculose
<http://www.cdc.gov/parasites/guineaworm/publications.html#gwwp>

Les anciens numéros sont 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**

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