



Date: 10 Mai 1999

Du:



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

Sujet:

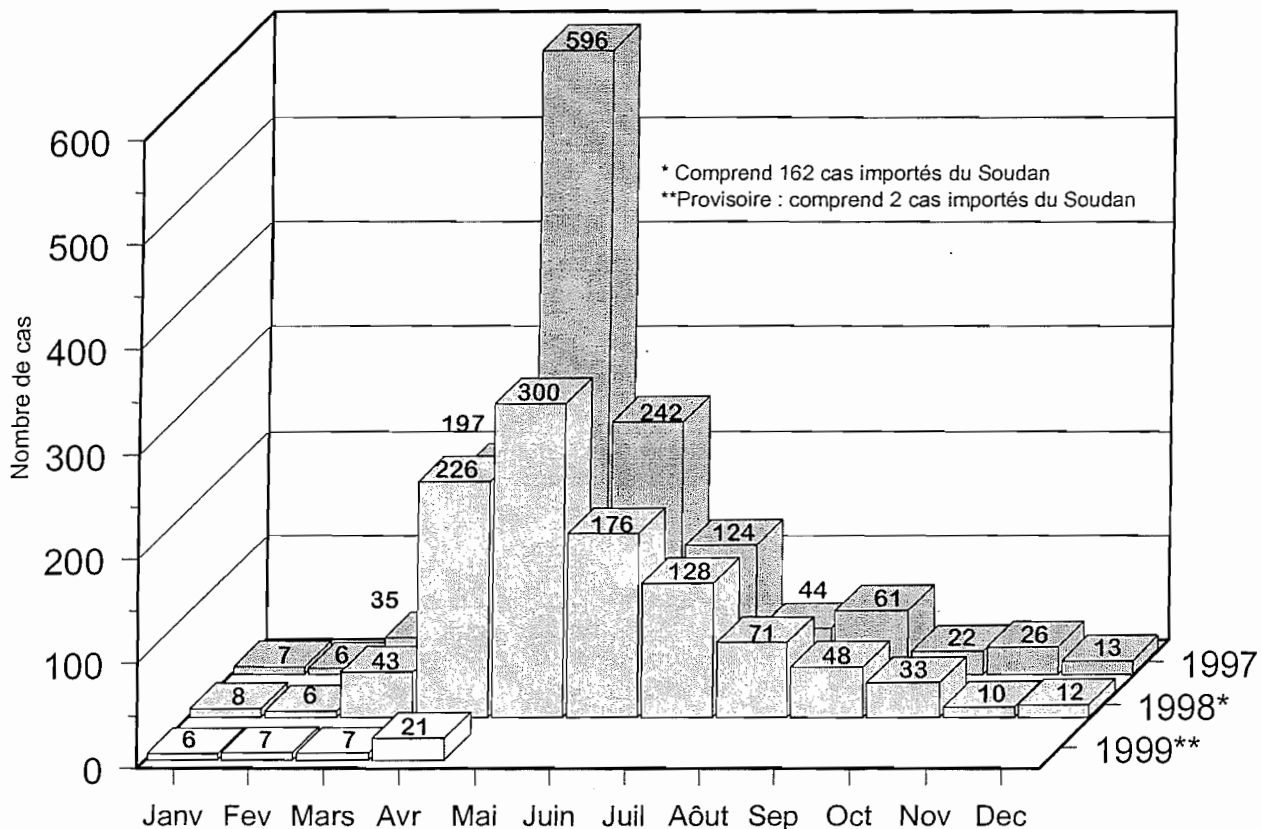
Résumé de la dracunculose #90

A: Destinataires

Détecter chaque cas, endiguer chaque ver !

L'UGANDA DIMINUE DE 91% LE NOMBRE DE CAS EN AVRIL !

Figure 1 Programme d'éradication de la dracunculose en Ouganda
Nombre de cas de dracunculose signalés par mois



Le Dr J.B. Rwakimari, coordinateur du programme national, indique que seuls 20 cas autochtones de dracunculose ont été détectés en avril 1999 alors qu'il existait 213 cas autochtones en avril 1998 – réduction de 91% ! Avril est le premier mois de la saison de transmission pic annuelle de l'Ouganda qui continue jusqu'en juillet (voir Figures 1 et 3). Kitgum, ancien district le plus endémique de l'Ouganda, a signalé zéro cas en mars 1999 pour la première fois depuis que le programme d'éradication de l'Ouganda a commencé avec l'assistance du Centre Carter/Global 2000 en 1992. De janvier à avril 1998, un total de 18 cas (5 en mars et 13 en avril) avaient été importés du Soudan et seuls 2 cas (1 en janvier et 1 en avril) alors que seuls deux cas ont été importés du Soudan pendant la même période

en 1999. Un total de 37 (90%) des 41 cas notifiés dans le pays jusqu'à présent en 1999 ont été endigués. Félicitations au Dr Rwakimari et à ses collègues ainsi qu'à la mission de l'UNICEF en Ouganda qui fournit actuellement l'essentiel de l'assistance externe à ce programme.

En 1999, l'Ouganda a étendu à plus grande échelle le système de récompense pour la notification d'un cas (qui a commencé mi 97) afin d'inclure Karamoja (Districts de Kotido et Moroto) couvrant ainsi l'intégralité du pays. Le programme a également mis en place des agents chargés de surveiller les étangs dans les districts de Kotido, Moroto et Kitgum afin de vérifier que personne avec un ver émergent ne rentre dans l'étang. Ils sont payés 5 000 shillings par mois (environ 3 dollars).

Pendant le premier trimestre de 1999, tous les pays exception faite du Soudan, du Ghana et du Nigéria avaient 63% de cas en moins que lors du même trimestre en 1998.

LE GHANA CONVOQUE LES COORDINATEURS REGIONAUX DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA DRACUNCULOSE



Les coordinateurs régionaux du programme d'éradication de la dracunculose au Ghana se sont rencontrés à Accra le 29 avril pour faire le point de la situation, sous la présidence du Dr Sam Bugri, coordinateur du programme national. Les comptes rendus préliminaires des réunions indiquent que le système de récompenses ne fonctionne pas encore comme prévu. Ils indiquent également que la nouvelle conception des filtres en nylon permettrait au programme d'économiser environ 40% des coûts de production des filtres en cousant une pièce de 15 cm carré de monofilament de nylon au milieu d'un morceau de coton rond de 45-50 cm. Cette

modification permet de couper environ 40 de ces morceaux 15 x 15 cm carré de chaque mètre de nylon plutôt que 3-4 morceaux uniquement si l'unité de filtre est faite entièrement de nylon.

Les coordinateurs se sont montrés préoccupés par le fait que l'intégration entravait dans certains cas la capacité du programme à faire des progrès. Certains directeurs de services de santé régionaux n'accordent aux activités de lutte contre la dracunculose la priorité qu'elles demandent. Le nombre de cas a certes diminué de manière importante ou a même été éliminé entièrement dans un district mais il faut quand même que des ressources adéquates soient utilisées pour éviter que des cas ne se présentent à nouveau. Vu que les fonds sont distribués globalement pour tous les programmes, il y a eu une tendance à sous-financer les activités de lutte contre la dracunculose. En général, la reconnaissance du fait que l'éradication du ver de Guinée est une priorité tel que demandé par le Président du Ghana ne semble pas suffisamment répandue. La région du Nord a pris une bonne initiative en se donnant une politique qui demande que tous les cas notifiés de dracunculose soient suivis par le personnel de supervision de suite après la notification du cas.

Des représentants de la Région du Nord ont indiqué que le nouveau système de surveillance communautaire qui suit plusieurs maladies à présent dont la dracunculose pour toutes les communautés de la région semble les aider à identifier les nouveaux cas de dracunculose mais l'intégration rend plus difficile la prise de mesures en vue de répondre à de tels comptes rendus. (Le nouveau système a également retardé la compilation des rapports mensuels sur la dracunculose.)

Autres problèmes importants identifiés pour le programme : nécessité d'améliorer la supervision des volontaires villageois et l'application des mesures d'endiguement. Les personnes présentes à la réunion ont approuvé une définition de l'endiguement des cas et une liste des éléments clés lors des visites de supervision qui sera remise à tous les participants du programme y compris les volontaires villageois eux-mêmes, sur papier plastifié afin de vérifier qu'il existe une définition correcte et constante de l'endiguement de cas et pour aider à améliorer la supervision des volontaires villageois (voir fax ci-après.)

PROGRAMME D'ÉRADICATION DU VER DE GUINÉE AU GHANA

Supervision des volontaires villageois du Programme d'éradication

Lors de chaque visite d'un superviseur, les tâches suivantes incombent à ce dernier :

1. Rendre visite au chef du village ou à l'aîné pour l'informer de la mission. Répondre à toute question du chef ou de l'aîné.
2. Vérifier le cahier ou registre du volontaire pour vérifier qu'il est bien rempli
3. Vérifier chaque nouveau cas de dracunculose.
4. Vérifier si le nouveau cas est endigué ou non. Vérifier que le volontaire comprend la définition de l'endiguement de cas (voir verso de la carte.)
5. Remplir un formulaire pour chaque nouveau cas. Ne pas oublier de demander où était le patient un an auparavant.
6. Vérifier si le volontaire a les bandages nécessaires. Donner au volontaire tous les produits dont il a besoin. Contrôler dans quelques ménages pour voir s'il n'existe pas des cas non notifiés. Demander aux familles si elles connaissent leur volontaire. Vérifier si les filtres sont en bon état. Voir si les gens savent comment utiliser le filtre. Poser des questions aux gens sur le ver de Guinée pour voir s'ils comprennent le cycle de vie et la manière de prévenir le ver de Guinée.
7. Prendre le temps nécessaire de répondre aux questions du volontaire.
8. Signer et dater le cahier du volontaire.

Le volontaire devrait apporter le message suivant aux gens de la communauté :

1. Les gens attrapent le ver de Guinée quand ils boivent l'eau infectée. L'eau devient infectée quand une personne avec le ver de Guinée entre dans le point d'eau. Si vous buvez aujourd'hui une eau infectée, le ver de Guinée sortira dans un an environ.
2. Une personne avec le ver de Guinée ne devrait jamais s'approcher du point d'eau.
3. Si une personne pense avoir le ver de Guinée, il devrait aller voir de suite le volontaire.
4. Vous pouvez éviter d'attraper le ver de Guinée en filtrant l'eau ou en la faisant bouillir avant de la boire. Si une personne ne boit que l'eau du robinet, elle n'aura pas le ver de Guinée l'année prochaine.
5. Les patients reçoivent 5000c s'ils laissent le programme prendre les mesures d'endiguement nécessaires. Une personne peut toucher 2000c si elle est la première à signaler un nouveau cas au programme.

Définition de l'endiguement des cas

Chaque cas de ver de Guinée est soit :

1. endigué par extraction chirurgicale, ou
2. endigué par bandage, ou
3. pas endigué.

1. Un cas de ver de Guinée est endigué par extraction chirurgicale si tous les aspects suivants sont réunis :

- Le ver ou les vers sont détectés avant de sortir en déchirant la peau
- Le ver ou les vers sont extraits complètement
- On apprend au patient les mesures sanitaires à prendre pour éviter que la dracunculose ne se répande.
- Le cas est vérifié par un superviseur.

2. Un cas de ver de Guinée est endigué par bandage si les aspects suivants sont réunis :

- Les vers sont détectés avant qu'ils ne sortent par la peau ou alors dans les 24 heures après être sortis par la peau. Tous les vers sont recouverts d'un pansement ou de bandes et sont suivis jusqu'à ce que le ver soit entièrement expulsé du patient.
- On indique au patient de ne pas entrer dans un point d'eau s'il a le ver de guinée
- Vous êtes certain que le patient n'a pas contaminé un point d'eau
- Le cas est vérifié par un superviseur

3. Si le cas ne répond pas à tous ces critères soit pour 1) l'endiguement par extraction chirurgicale, ou 2) l'endiguement par bandage, le cas n'est pas endigué.

Si une communauté signale un ou plusieurs cas de vers de Guinée, tous les points d'eau de cette communauté doivent être contrôlés et traités avec de l'abate dans les 7 jours qui suivent l'apparition du premier cas.

SUIVI DES VOLONTAIRES VILLAGEOIS ET AGENTS DE SANTÉ VILLAGEOIS

Les volontaires villageois et les agents de santé villageois sont les agents de première ligne du Programme d'éradication du ver de Guinée. Une des responsabilités les plus importantes de chaque programme national consiste à vérifier que ces agents sont motivés à faire une surveillance active et à un endiguement efficace des cas. Quelques programmes utilisent des incitations monétaires mais tel n'est pas le cas pour la majorité. Nous donnons ci-après une liste de certaines indications non monétaires que les programmes peuvent utiliser pour motiver ces agents :

- Visites fréquentes, régulières et constructive de la part d'un superviseur
- Feed-back concernant les progrès faits par la campagne d'éradication (dans le même village, le même département ou pays)
- Indiquer le pourcentage de ses cas détectés en moins de 24 heures
- Indiquer le pourcentage de ses cas endigués
- Distribuer du matériel écrit, par exemple le Résumé de la dracunculose
- Fournir le matériel nécessaire, par exemple les produits de la trousse des premiers secours
- Le féliciter pour tel ou tel aspect de son travail, en présence du chef du village
- Donner au volontaire une photo de lui (un polaroid instantané fait très bien l'affaire)
- Donner toute formation complémentaire nécessaire (indemnités journalières, rencontrer des collègues, encourager une compétition amicale)
- Fournir des bicyclettes, des t-shirts, des pagnes avec le ver de Guinée, etc.

On encourage les programmes à concevoir également d'autres incitations qui répondent à leurs circonstances et à leurs ressources.

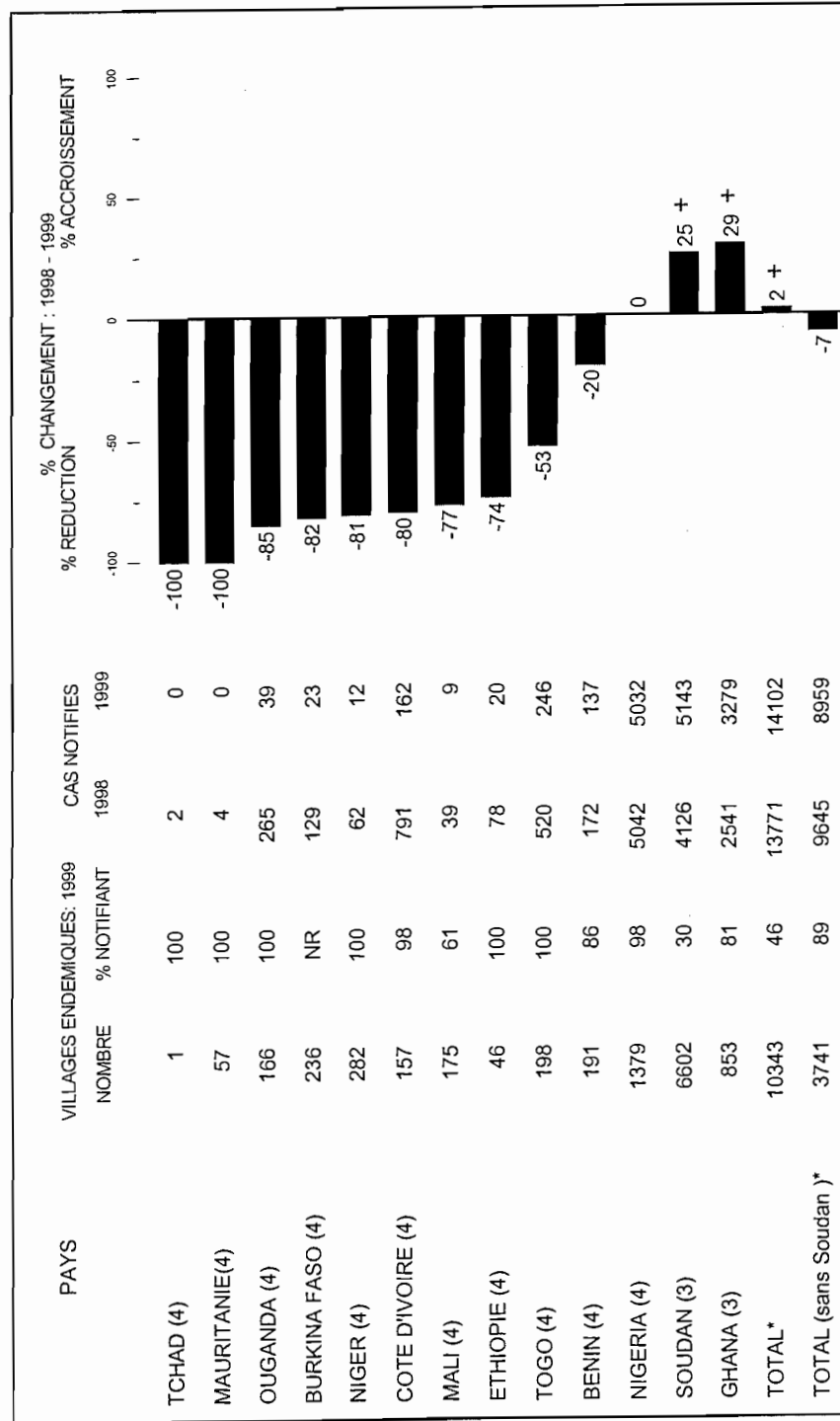
Tableau 1

NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 1999*
(PAYS DISPOSES EN ORDRE DECREISSANT DE CAS EN 1998)

PAYS	NOMBRE DE CAS ENDIGUES / NOMBRE DE CAS NOTIFIES												total *	Endigués
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre		
Soudan	1066 / 2085	1366 / 2429	340 / 629	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	2772 / 5143	
Nigeria	596 / 1358	752 / 1432	902 / 1131	887 / 1111	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	3137 / 5032	62
Ghana	921 / 1140	616 / 1139	546 / 1000	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	2083 / 3279	64
Niger	2 / 2	3 / 3	2 / 2	5 / 5	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	12 / 12	100
Burkina Faso	0 / 0	0 / 0	7 / 7	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	7 / 23	
Togo	87 / 102	57 / 84	15 / 28	33 / 34	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	192 / 248	77
Cote d'Ivoire	58 / 58	32 / 43	31 / 33	16 / 28	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	137 / 162	85
Ouganda	3 / 6	7 / 7	7 / 7	20 / 21	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	37 / 41	90
Benin	84 / 88	22 / 27	14 / 15	9 / 9	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	129 / 139	93
Mali	1 / 2	2 / 2	3 / 4	1 / 1	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	7 / 9	78
Mauritanie	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	0 / 0	
Ethiopie	0 / 0	0 / 0	5 / 5	14 / 15	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	19 / 20	
Tchad	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	0 / 0	
Cameroon	0 / 0	0 / 0	1 / 1	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	1 / 1	100
TOTAL*	2818 / 4841	2857 / 5166	1873 / 2862	985 / 1240	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	8533 / 14109	60
% Endigués	58	55	65	79									60	

* Provisoire

Figure 2 **Pourcentage de villages endémiques notifiant et changement en pourcentage du nombre de cas autochtones de dracunculose en 1998 et en 1999, par pays**



* Provisoire : le total ne comprend pas les cas importés
 (2) Dénote nombre de mois pour lesquels des comptes rendus ont été reçus, janvier-février 1999
 PN pays avec des notifications non connues ou de faibles taux de notification

L'OMS CONFIRME L'INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION AU SENEGAL



L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a effectué une évaluation externe du Programme d'éradication de la dracunculose au Sénégal, du 23 janvier au 9 février, en collaboration avec les autorités sanitaires du Sénégal. L'équipe internationale s'est rendue au siège du programme national à Dakar, dans tous les districts où la maladie était endémique auparavant, dans 17 centres de santé et dans les 160 villages qui sont sous surveillance active depuis que le programme a commencé en 1991. Les membres de l'équipe ont confirmé la fiabilité du système de surveillance mais ont été déçus de voir que les archives épidémiologiques essentielles pour la préparation du dossier aux fins de certification officielles n'avaient été maintenues qu'au niveau central. Le Sénégal n'a pas signalé de cas de dracunculose depuis juillet 1997.

L'équipe a fait des recommandations concernant des interventions en vue de maintenir l'interruption de la transmission dans les deux années à venir. Elle a également demandé aux autorités sanitaires nationales d'améliorer son système de collecte mensuelle de données et de garder l'information sur la surveillance tant qu'au niveau des villages, districts qu'au niveau central. On propose qu'un cahier de surveillance soit mis à la disposition de tous les agents de santé villageois pour qu'ils puissent faire le compte rendu. L'équipe a également recommandé de continuer les efforts faits pour améliorer l'approvisionnement en eau salubre dans les régions où la maladie était endémique auparavant afin d'éliminer le risque de voir ré-apparaître la dracunculose, indiquant par ailleurs que l'introduction d'un système de récompense pour la notification d'un cas permettrait d'accroître la sensibilité du système de surveillance et que le programme devrait établir un registre des rumeurs pour suivre les comptes rendus des cas soupçonnés. Les membres de l'équipe d'évaluation étaient les suivants : Dr Alhousseini Maiga, M. Cheikh Ndiaye et M. Pierre Lucas de l'OMS, le Dr Issa Degoga du Programme d'éradication de la dracunculose du Mali et M. Georges Ndiaye du Ministère de la Santé au Sénégal.

EN BREF

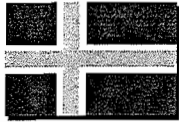
Mali. L'analyse des données de la Région de Mopti montre que dans les 46 villages endémiques où l'Abate était utilisée en 1997, la réduction moyenne en pourcentage du nombre de cas en 1998 était de 73%, alors qu'elle n'était en moyenne que de 39% dans les 36 villages endémiques de cette région où l'Abate n'avait pas été utilisée en 1997. La Région de Mopti qui comptait en 1998 le nombre le plus élevé de cas au Mali a diminué ses cas de 94% en janvier-avril 1999 alors qu'à la même période en 1998, les cas étaient passés de 18 à un.

Ghana. World Vision a creusé un second puits à débit élevé à Savelugu. Le Docteur Martin Mandara, directeur de l'OMS dans le pays a octroyé 45 000\$ au programme au nom de l'OMS pour acheter 9 motos, former des agents volontaires féminins dans la Région du Nord et pour donner une formation complémentaire à 960 autres volontaires.

Soudan. Une réunion de coordination trimestrielle s'est tenue à Nairobi au Kenya du 19 au 20 avril. Les dix états au Nord du Soudan ont 50% de cas en moins que lors du premier trimestre de 1999 comparé à la même période en 1998. Le Gouvernement de l'Arabie saoudite a promis 11 millions de dollars au Gouvernement du Soudan pour améliorer l'approvisionnement en eau. Le Ministère de l'eau et de l'irrigation du Soudan collaborera avec l'UNICEF/Khartoum pour réaliser le projet dont la priorité sont les communautés où la dracunculose est endémique. Lors de la réunion de coordination, le Dr Nevio Zagaria de l'OMS a partagé les résultats préliminaires d'un test de terrain d'un guide qui, une fois finalisé, aidera à uniformiser la formation parmi les 20 ONG participant au programme soudanais sous les auspices d'Operation Lifeline Sudan avec la coordination de Global 2000/Centre Carter.

Autres : Les mois de transmission pic de la dracunculose dans chacun des pays endémiques sont montrés sur la Figure 3. Un graphique analogue pour les districts et/ou les communautés individuelles aiderait les superviseurs à visualiser rapidement les moments de prévalence accrue de la maladie et de synchroniser la mobilisation des ressources et la réalisation des activités qui doivent être exécutées avant que ne commence la saison de transmission.

LA NORVÈGE FAIT UNE CONTRIBUTION SUPPLÉMENTAIRE D'UN MILLION DE DOLLARS



Norway

L'Honorable Hilde F. Johnson, Ministre du Développement international et des Droits humains de la Norvège a informé récemment l'ancien Président américain Jimmy Carter de la décision prise par son gouvernement de faire don de 7,5 millions de couronnes (environ 1 million de dollars) au Centre Carter en vue d'éradiquer la dracunculose. Ce pays avait déjà octroyé 750 000\$ au Centre Carter en 1994 et un million de dollars en 1997 dans le même but. La Norvège a également versé des fonds à l'UNICEF pour les activités de lutte contre la dracunculose.

L'USAID DONNE 0,5 MILLION DE PLUS



M. J. Brian Atwood, administrateur de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (AID) a indiqué que son organisation verserait 500 000\$ de plus au Centre Carter pour la phase finale de l'éradication de la dracunculose. En 1994, l'AID avait fait un don à hauteur de 3,5 millions de dollars au Centre Carter pour l'éradication de la dracunculose. De plus, les missions de l'USAID au Ghana, au Mali et en Ouganda ont fait chacune des contributions importantes ces dernières années au Centre Carter (Global 2000) pour les programmes d'éradication dans ces pays respectifs.

LISTE DE DISCUSSION SUR L'ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE (DRACERAD)



Le 1er avril 1999, le Projet d'éradication de la dracunculose (DRA) relevant du département d'éradication et d'élimination de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a annoncé la création de DRACERAD, adresse courrier électronique (dracerad@who.int) sur le serveur Majordomo, basé à l'OMS à Genève en Suisse. Quel est le public ciblé par Dracerad ? Les agents de santé de pays endémiques à l'heure actuelle ou qui l'étaient par le passé, des partenaires, le personnel des organisations internationales, les ONG, les institutions ou les personnes participant à la lutte contre la dracunculose ou simplement intéressées par son éradication. Pourquoi une liste de discussion sur l'éradication de la dracunculose ? Le but, c'est de démarrer ou de participer à une discussion, de partager information et idées, de réunir des informations et des données et d'obtenir des réponses à des questions spécifiques. Tout abonné à DRACERAD peut envoyer un message à tous les autres abonnés à l'adresse indiquée ci-dessus. Quand les messages arrivent par courrier électronique, ils sont de suite diffusés à tous les abonnés par l'administrateur qui vérifie que chaque question reçoit une réponse soit par lui-même soit de la part d'un autre membre de DRACERAD. Pour s'abonner à DRACERAD, prière d'envoyer un courrier électronique à l'adresse suivante : majordomo@who.int Ne rien mettre dans la ligne « sujet », insérer uniquement les mots **subscribe dracerad** dans le corps du message. Majordomo va confirmer par la suite votre abonnement à DRACERAD.

L'OMS ORGANISE UN EXAMEN DE PROGRAMMES POUR LES PAYS ANGLOPHONES, ABUJA, NIGÉRIA, 26-28 AVRIL 1999

Un examen de programmes pour les pays anglophones a été réalisé à Abuja au Nigéria sous les auspices de l'OMS du 26 au 28 avril. Des représentants de l'Éthiopie, de la Gambie, du Ghana, du Kenya, du Nigeria et de l'Ouganda ont assisté au même titre que le personnel de l'OMS et de l'UNICEF. L'information provenant de la surveillance la plus récente des pays anglophones où la maladie reste endémique est récapitulée sur le Tableau 1 et sur la Figure 2. Les récapitulatifs des présentations des pays ainsi que les recommandations de la réunion sont donnés ci-après.

L'Ouganda a endigué 79% des 1061 cas notifiés en 1998. Cela inclut les 162 cas importés du Soudan. Sur les 241 villages endémiques qui comptaient un ou plusieurs cas en 1998, 62 (38%) n'ont indiqué qu'un seul cas chacun. Des filtres en tissu sont disponibles dans plus de 99% des ménages dans les villages endémiques. L'approvisionnement en eau salubre dans les villages endémiques s'est amélioré passant à 65%. Des mesures de lutte contre le vecteur étaient en place pour tous les étangs ciblés des villages endémiques.

L’Ethiopie a endigué 96% des 365 cas notifiés en 1998 dans 62 villages endémiques. La qualité de l’endiguement des cas semble meilleure suite à la formation complémentaire des animateurs et des agents villageois en 1998 et l’affectation des animateurs dans les villages endémiques. Tous les villages endémiques ont reçu des filtres en tissus, 41% disposent à présent d’un approvisionnement en eau salubre et l’Abate était utilisée dans 40% des villages en 1998. Le programme a de nouveau accès à la zone de Naita où on soupçonne la maladie d’être endémique. Lors de la saison de transmission actuelle, on espère également pouvoir se rendre à nouveau dans le district d’Akobo inaccessible auparavant.

Le Ghana a endigué 76% des 5 473 cas dans les 629 villages endémiques en 1998. On estime que 70-95% des villages endémiques disposent de filtres. Le niveau d’endiguement insuffisant au début de l’année dernière et le nombre relativement élevé de cas au début de 1999 étaient dus aux problèmes financiers rencontrés au début de 1998 et au caractère nouveau du système d’intégration des activités début 1998.

Le Nigeria a endigué 76% des 13 420 cas dans 1067 villages endémiques en 1998. Il s’agit d’un accroissement de 7% par rapport aux 12 590 signalés en 1997. Environ 57% des points d’eau ciblés ont été traités avec de l’Abate.

Le dernier cas autochtone du Kenya a été signalé en mai 1994.

La Gambie n’a pas eu de cas autochtone de dracunculose depuis plus de 10 ans.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Vu que tous les pays participants se sont fixés décembre 2000 comme date cible pour mettre fin à la transmission locale de la dracunculose, les participants à la réunion d’examen ont recommandé que :

1. Le Ministère de la Santé cherche à obtenir un financement adéquat pour les activités d’éradication de la dracunculose;
2. Le Ministère de l’Eau accorde une haute priorité aux zones endémiques pour les approvisionner en eau salubre ;
3. Les partenaires du secteur de l’eau, les organismes et les bailleurs de fonds intervenant à ce niveau continuent les efforts en vue d’appuyer le programme national ;
4. Les consultations et le consensus concernant l’application des politiques et des programmes soient renforcés au sein des organismes d’aide et entre les organismes et le gouvernement afin d’atteindre le but commun de l’éradication ;
5. Que le programme national d’éradication de la dracunculose
 - Intensifie l’éducation sanitaire, l’endiguement des cas, le recyclage des agents de santé communautaires ;
 - Intensifie et améliore la qualité de la supervision au niveau village ;
 - Garde les anciens villages endémiques sous surveillance active pendant trois années consécutives (après le dernier cas).

RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES

I. Ethiopie

Le Programme d’éradication de la dracunculose en Ethiopie devrait :

1. préparer un plan d’action (1999-2000) pour les régions inaccessibles actuellement surtout Akobo Woredas et mobiliser des fonds pour que réaliser les interventions quand l’accessibilité le permettra ;
2. envisager de mettre en place un volontaire dans chaque hameau quand c’est possible pour les activités d’éradication de la dracunculose ;
3. maintenir la période de compte rendu précédente du point de vue gestion et présentation de données.

II. La Gambie

Le Programme d'éradication de la dracunculose en Gambie devrait :

1. continuer et renforcer ses efforts en vue d'intégrer la surveillance de la dracunculose avec d'autres activités de soins de santé primaires ;
2. envisager de remettre en place le système de récompense pour la détection des cas, notamment de créer un registre des rumeurs dans tous les centres de soins de santé primaires ;
3. donner à nouveau une formation au personnel des centres de santé portant sur la reconnaissance, l'enregistrement, l'endiguement et la notification des cas de dracunculose ;
4. prendre les dispositions financières pour soutenir les activités de surveillance et de certification du ver de Guinée.

III. Le Ghana

Le Programme d'éradication de la dracunculose au Ghana devrait :

1. vérifier que tous les fonds nécessaires sont disponibles avant le début de chaque saison de transmission ;
2. inclure au système de notification de la dracunculose tous les villages compris dans le système de surveillance à base communautaire ;
3. revoir la définition des cas de dracunculose dans le système de surveillance communautaire ;
4. accorder une attention spéciale aux zones à problèmes, surtout celles d'un accès difficile ;
5. introduire progressivement l'intégration pour ne pas être surchargé de travail dans les villages où la dracunculose est très endémique ;
6. dès que possible, mettre en place un système de surveillance active dans toutes les régions (sauf dans la région du Nord) pour détecter tous les villages endémiques inconnus ;
7. distinguer entre les nouveaux villages endémiques (qui n'ont jamais été infectés) et les villages ré-infectés ;
8. faire des notifications mensuelles à l'OMS et autres partenaires en utilisant le formulaire standard remis à cette fin.

IV. Le Kenya

Le Programme d'éradication de la dracunculose au Kenya devrait :

1. mettre en place un système de surveillance active pour suivre les risques de réintroduction de la maladie ;
2. envisager la mise en place d'un bureau de coordination du programme près des régions sous surveillance ;
3. rédiger un rapport de pays comme document de base et envisager de faire une évaluation externe du programme en 1999 ;
4. mettre en place dès que possible un registre des rumeurs avec les cas soupçonnés de dracunculose dans tous les établissements des régions à risques et vérifier un suivi rapide ;
5. envisager de créer une commission nationale pour la certification de l'éradication ;
6. commencer à faire un compte rendu mensuel à l'OMS et à d'autres partenaires en utilisant le formulaire standard fourni à cette fin.

V. Nigéria

1. Le Ministère de la Santé fédéral devrait avoir un contrôle général des activités du programme et fournir le soutien nécessaire au coordinateur national du Programme d'éradication de la dracunculose
2. Le coordinateur national du Programme d'éradication de la dracunculose devrait vérifier une coordination efficace des activités du programme à tous les niveaux et l'élaboration de plans de travail spécifiques pour chaque niveau ;
3. Le Programme d'éradication de la dracunculose au Nigeria devrait :
 - 3.1 faire participer les dirigeants locaux et les dirigeants d'opinion à tous les niveaux à la planification et à la réalisation du programme ;
 - 3.2 intégrer autant que possible la direction du programme au système de santé local à tous les niveaux ;
 - 3.3 améliorer la qualité de l'intervention en élaborant des plans spécifiques aux villages et en utilisant pour cela l'information disponible ;
 - 3.4 faire une notification mensuelle à l'OMS et à d'autres partenaires en utilisant le formulaire standard remis à cette fin ;
 - 3.5 revoir aussi vite que possible, zone par zone, l'application de la stratégie actuelle et définir au vu de

- l'expérience de nouvelles stratégies pour faire progresser le programme ;
 3.6 assurer un approvisionnement régulier et adéquat d'Abate et vérifier son utilisation optimale.

VI. Ouganda

Le Programme d'éradication de la dracunculose devrait :

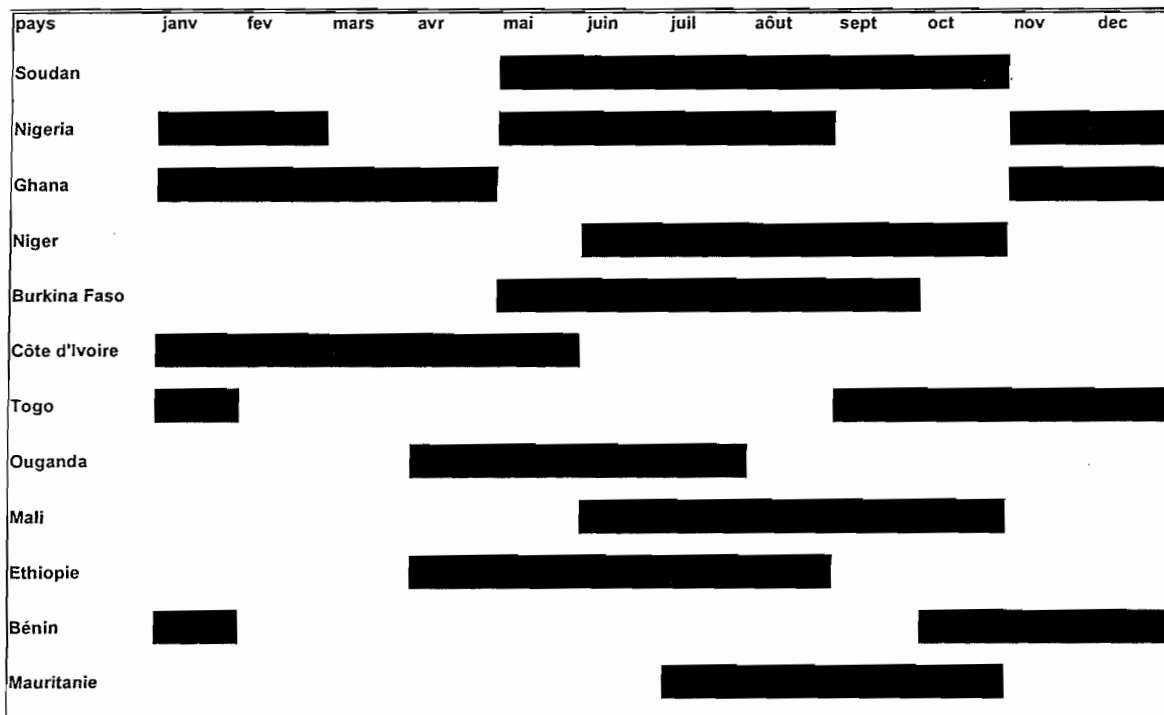
1. collaborer avec les forces de sécurité et former le personnel de sécurité pour qu'il participe aux activités du programme dans les zones dangereuses ;
2. intensifier les interventions dans les trois districts avec des cas autochtones et continuer les réunions interdistrict ;
3. prêter une plus grande attention aux sites éventuels de transmission tels que les étangs cachés en collaborant avec les aînés du village, par exemple dans le cadre de réunions régulières ;
4. promouvoir l'intégration de la surveillance de la dracunculose avec d'autres activités communautaires ;
5. vérifier que les niveaux régionaux et locaux supervisent les villages de manière efficace et adéquate ;
6. envisager d'accroître l'utilisation de filtres dans les communes en liaison étroite avec la protection des étangs.

PUBLICATION RÉCENTE

Organisation mondiale de la Santé, 1999. Evaluation externe du Programme national d'éradication du ver de Guinée du Sénégal. Rapport final. OMS/CDC/CEE/DRA.99.5

Figure 4

Les mois de haute transmission en pays d'endémic



LISTE D'ADRESSES : ACTIVITÉS DES PROGRAMMES D'ÉRADICATION DE LA DRACUNCULOSE

Bénin

Dr. Paraiso, Aristide Chakirou
Ministère de la Santé Publique
B.P. 882, Cotonou
Tel. (229) 33-21-63, Fax. (229) 33-66-79
E-mail: PEVG_BJ@LELAND.BJ

Burkina Faso

Dr. Drabo, Maxime
Ministère de la Santé et Action Sociale/DCMT
B.P. 7009, Ouagadougou
Tel. (226) 30-87-90, Fax. (226) 33-49-38
E-mail: PEVG_BF@CENATRIN.BF

Cameroun

Dr. Chouaibou, Ncharre
Ministry of Public Health, Yaounde
Tel. (237) 22-44-19, Fax. (237) 23-16-53, 23-23-72
Dr. Dama Mana
Tel: (237) 29-32-36, Fax (237) 29-28-09

Tchad

Dr. Gagde Hinn-Dandje
Ministère de la Santé Publique
Programme Nationale de Lutte Contre la Dracunculose
B.P. 759, N'Djamena
Tel. (235) 515-237, Fax. (235) 513-159 (WHO),
517-465 (UNICEF)

Côte d'Ivoire

Dr. Boualou, Henri
Direction de la Santé Communautaire
B.P. V16, Abidjan
Tel. (225) 328-884, Fax. (225) 321-812; 22-26-48

Ethiopie

Dr. Desta, Alamirew
Epidemiology and AIDS Department
Ministry of Health
P.O. Box 3056, Addis Ababa
Tel./ Fax: (251) 1-51-08-91 (c/o T. Gebre, G2000)

Ghana

Dr. Bugri, Samuel
Ministry of Health
P.O. Box 2848, Accra
Tel. (233-21) 663-606, 667-617, Fax. (233-21) 668-556

Mauritanie

Dr. Sidi Mohamed, O.M.L
Ministère de la Santé Publique
B.P. 4636, Nouakchott
Tel. (222) 252-087, 259-302(H); Fax. (222) 258-961, 257-603
E-mail: PEVG_MR@TOPTECHNOLOGY.MR

Mali

Dr. Degoga, Issa
Ministère de la Santé Publique/DNS/DE/PNEVG
B.P. 228, Bamako
Tel. (223) 223-787, Fax. (223) 231-721, ATT (233) 22-63-47
E-mail: PEVG_ML@DATATECH.TOOLNET.ORG

Niger

Mr. Moussa, Sadi
Ministère de la Santé Publique
B.P. 619, Niamey
Tel. (227) 73-54-59, 73-28-57, Fax. (227) 73-28-87

Nigeria

Dr. Ojodu, K. A.
National Coordinator, NIGEP
Federal Ministry of Health, Room 913, 2nd. Phase
Ikoyi, Lagos
Tel. (234-12) 694-097, Fax. (234-12) 694-097

Soudan

Dr. Aziz, Nabil
Federal Ministry of Health
P.O. Box 303, Khartoum
Tel. (249-11) 785-536, Fax. (249-11) 785-536

Togo

Mr. Amegbo, Ignace K.
Institut National d'Hygiène
B.P. 1396, Lome
Tel. (228) 214-420, Fax. (228) 21-57-92
E-mail: PEVG_TG@BIBWAY.COM

Ouganda

Dr. Rwakimari, John
Ministry of Health
P.O. Box 8, Entebbe
Tel. (256-42) 207-19, Fax. (256-42) 206-08
E-mail: UGWEP@SWIFTUGANDA.COM

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 Trenton K. Ruebush, MD, Director, 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) 488-4532. Le Résumé de la dracunculose est également disponible sur le site Web à http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/list_drc.htm.

Les CDC sont le Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, l'information et l'éradication en matière de dracunculose.

