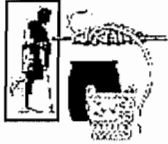




Date: 27 août 2004



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

Sujet: RESUME DE LA DRACUNCULOSE #145

A: Destinataires

**Détecter chaque cas de dracunculose dans les 24 heures,
endiguer chaque ver !****LES PAYS FRANCOPHONES DIMINUENT LE NOMBRE DE CAS DE 58% EN JANVIER-JUILLET**

Le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Togo ont tenu leur Examen de Programme annuel à Accra, au Ghana, du 18 au 20 août 2004. Les Coordinateurs du Programme national des Programmes d'Éradication de la Dracunculose du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire et du Togo étaient également présents lors de l'Examen de Programme national semi-annuel pour le programme du Ghana, qui s'est tenu à Accra les 16 et 17 août (voir ci-après). Les rapports présentés lors de cet examen indiquaient que les pays francophones avaient réduit leur notification de cas autochtones de dracunculose de 62% (passant de 795 à 303 cas) entre janvier et juillet 2003 et janvier et juillet 2004. Si l'on tient compte uniquement des villages où les programmes sont intervenus en 2003, la dracunculose a été diminuée de 82% jusqu'à présent cette année (Tableau 1). L'état des programmes et des interventions pour ces huit pays est récapitulé dans le Tableau 2.

Le **Mali** a notifié 46 cas autochtones (et un cas importé du Niger) de 27 villages au cours des sept premiers mois de 2004, comparé à 106 cas autochtones lors de la même période de 2003, soit une réduction de 57%. La transmission a été endiguée dans 37 (79%) des 47 cas notifiés. Sur les trois districts où la maladie est la plus endémique, Gourma Rharous n'a notifié aucun cas jusqu'à présent cette année, Ansongo a notifié une augmentation des cas résultant d'une surveillance améliorée cette année et Gao est le plus faible des trois. Le **Président Amadou Toumani Toure** prévoit de rencontrer le ministre de la santé et autre personnel du programme concernant le Programme d'Éradication de la Dracunculose du Mali très prochainement. Un examen annuel national est prévu pour début 2005.

Le **Togo** a notifié 154 cas autochtones (et 37 cas importés du Ghana) de 79 villages en janvier-juillet 2004, comparé à 459 cas autochtones lors de la même période l'année passée, soit une réduction de 66%. La transmission a été endiguée dans 122 (64%) des 191 cas indiqués. Soixante et un cas ont été endigués dans des centres d'endiguement de cas. Les districts avec des centres d'endiguement de cas ont diminué le nombre de leurs cas de 73% alors que d'autres districts ont réduit le nombre de leurs cas de 42% en janvier-juin.

Le **Niger** a notifié, en janvier-juillet 2004, 62 cas autochtones (et 4 cas importés, 2 du Nigeria et 2 du Mali) dans 28 localités, presque tous d'entre elles se trouvant dans la région de Tillabéri, comparé à 44 cas autochtones lors de la même période de 2003, soit une augmentation de 41%. La transmission a été endiguée pour 52 (79%) des 66 cas notifiés. Quatre-vingt-huit pour cent des cas jusqu'à présent cette année se trouvaient parmi les Touaregs noirs. Depuis 1997, ce programme a mis en place une surveillance intégrée dans les zones anciennement endémiques.

Le **Burkina Faso** n'a indiqué que 20 cas autochtones (et 6 cas importés, 3 du Ghana et 3 du Mali) dans 13 villages de janvier à juillet 2004, comparé à 114 cas autochtones lors de la même période de 2003, soit une

réduction de 82%. La transmission a été endiguée pour 18 (69%) des 26 cas notifiés. Ce programme envisage l'introduction de récompenses monétaires pour la notification de cas l'année prochaine.

La **Côte d'Ivoire** a notifié 16 cas autochtones (et 1 cas importé du Ghana) dans 6 villages de janvier à juillet 2004, comparé à 42 cas autochtones lors de la même période de 2003, soit une diminution de 62%. La transmission a été endiguée pour 7 (41%) des 17 cas indiqués. Sept des cas de cette année ont été découverts dans le district de Tanda le même jour, amenant à penser qu'il pourrait y avoir d'autres cas non connus. Le programme a accès pour enquêter sur des cas soupçonnés se trouvant du côté du pays aux mains des rebelles mais, jusqu'à présent, aucun cas n'a été confirmé. *Le Gouvernement de la Côte d'Ivoire est sur le point de fournir 86 628\$ au programme pour 2004.*

Le **Bénin** a indiqué 3 cas autochtones (tous endigués) jusqu'à présent cette année (2 en février, 1 en mars), comparé aux 21 cas autochtones durant les sept mêmes mois de 2003, soit une réduction de 86%. Les trois cas de 2004 avaient été détectés dans un village (Kokogberi), dans le district de Savalou, environ un an après la détection de 3 cas dans cette zone en janvier 2003. Les cas de cette année avaient été détectés et des mesures d'endiguement avaient été prises le jour où les vers avaient commencé à émerger. Les patients vivent au Bénin mais ont des activités agricoles au Togo, près du village de Telekope où la maladie est endémique. *Le Gouvernement du Bénin a prévu un budget de 80 000\$ pour le programme cette année, mais l'argent n'a pas encore été distribué.*

La **Mauritanie** a indiqué 3 cas autochtones (tous endigués) de janvier à juillet 2004 (1 en janvier, 2 en juin), 2 d'entre eux importés au niveau interne de 2 villages, l'autre d'un village où la maladie était endémique en 2003. Il s'agit d'une diminution de 25%, à partir des 4 cas à cette époque l'année passée. Les deux villages nouvellement affectés possèdent des sources d'eau potable.

Tableau I

Réunion de l'Examen de Programme des pays francophones où la maladie est endémique. Accra, Ghana, 18-20 août 2004
Réductions en pourcentage de janvier à juillet 2003 et 2004 du nombre de cas de dracunculose dans les villages où la maladie est endémique et où les Programmes de Lutte contre la Dracunculose sont intervenus

Pays	Nombre de villages endémiques en ?	Nombre de cas de dracunculose pendant ?				Nombre total de cas de janvier - juillet		Changement en % janvier - juillet 2003-2004
		Village Groupe I		Village Groupe II		2003	2004	
		2003	2004	2003	2004			
Niger	42	16	25	30	0	46	25	-46
Burkina Faso	45	51	12	75	0	126	12	-90
Togo	165	317	99	171	0	488	99	-80
Côte d'Ivoire	15	21	8	21	0	42	8	-81
Mauritania	6	1	1	4	0	5	1	-80
Bénin	12	3	3	25	0	28	3	-89
Mali	65	30	8	80	0	110	8	-93
Total	350	439	156	406	0	845	156	-82
Changement en %		-64		-100		-82		

Tableau 2

Etat des indices clés de 2004*

Pays	Nb de villages notifiant 1 cas ou+	Nb de villages notifiant seulement 1 cas	Nb de cas notifiés en 2004*	% de cas endigués	Pourcentage de villages endémiques qui ont reçu			
					avec filtres dans 100% des ménages	une éducation sanitaire	qui utilisent ABATE®	avec 1 point d'eau ou+
Ghana**	854		5667	61%	84%	100%	47%	45%
Mali	27	22	46	78%	100%	100%	7%	7%
Togo	79	50	191	64%	100%	100%	100%	54%
Niger	28	18	66	79%	100%	100%	47%	0%
Burkina Faso	13	10	26	67%	100%	70%	37%	70%
Côte d'Ivoire	6	3	17	38%	62%	100%	79%	93%
Bénin	1	0	3	100%	100%	100%	100%	100%
Mauritanie	3	3	3	100%	100%	100%	0%	100%

* provisoire janvier-juillet

* janvier-juin

EXAMEN ANNUEL DES PROGRAMMES D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE (PED) DES PAYS FRANCOPHONES OU LA MALADIE EST ENDEMIQUE ACCRA, GHANA, 18-20 AOUT 2004

RECOMMANDATIONS GENERALES

1. Les Ministères de la Santé des pays où la maladie est endémique, en collaboration avec leurs partenaires, devraient mettre en place un suivi après six mois de l'application de la Déclaration de Genève sur l'Eradication de la Dracunculose. »
2. Les PED devraient s'assurer de l'utilisation efficace, à tous les niveaux du programme, des définitions et normes (revues) publiées en mai 2003 dans le Rapport épidémiologique hebdomadaire de l'OMS (No. 37).
3. Tous les pays où la maladie est endémique notifiant peu de cas de dracunculose devraient enquêter, immédiatement et de manière approfondie, les antécédents de chaque cas, c'est-à-dire les antécédents de déplacement, dont les lieux de résidence durant les déplacements, afin de déterminer l'origine probable de l'infection.
4. Les PED devraient faire un compte rendu sur l'état des recommandations définies lors de la réunion annuelle des Responsables de Programme qui s'est tenue à Bamako, au Mali (mars 2004) et utiliser ces recommandations afin de formuler des buts quantifiables devant être atteints dans leur plan d'action de 2005.
5. Les PED devraient vérifier régulièrement l'efficacité des traitements avec le larvicide ABATE®. L'OMS est en train d'élaborer un protocole qui pourrait être utilisé à cette fin.
6. Chaque coordinateur national du PED devrait évaluer, au milieu de l'année, le niveau de réussite à atteindre les buts annuels de son programme.
7. Les villages qui reçoivent, de la part du Fonds de Contingement pour la Dracunculose de Gates par l'entremise de l'UNICEF, des puits forés au Togo, au Niger et au Mali, devraient être sélectionnés en collaboration avec le PED national.
8. Les bureaux de l'UNICEF au Mali, au Togo et au Niger, en collaboration avec les départements concernés des gouvernements en question, devraient faire tout ce qu'ils peuvent pour s'assurer que le soutien fourni par le Fonds de Contingement pour la Dracunculose de Gates pour l'approvisionnement en eau potable est mis en œuvre avant la fin de 2005.
9. On demande aux gouvernements des pays où la maladie du ver de Guinée est endémique qui n'ont toujours pas alloué de fonds pour leur PED national, de le faire pour 2005, selon la « Déclaration de Genève sur l'Eradication de la Dracunculose. »

10. Les partenaires des pays où la maladie du ver de Guinée est endémique devraient continuer à apporter un soutien à tous les PED jusqu'à la certification de l'éradication de la dracunculose.

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES MAURITANIE

Le PED de la Mauritanie devrait :

1. réaffirmer son engagement à enrayer la propagation locale de la dracunculose en Mauritanie en 2004 ;
2. mettre en œuvre un plan qui vérifie l'enquête et la documentation immédiates sur chaque cas (soupçonné ou réel) de dracunculose ; les résultats de cette enquête devraient être immédiatement partagés avec les organisations partenaires (OMS, UNICEF, Centre Carter/Global 2000) ;
3. identifier, au niveau régional ou national, un point focal (personne) qui puisse immédiatement confirmer (enquêter à nouveau) chaque nouveau cas de dracunculose (réel ou soupçonné).

BENIN

Le PED du Bénin devrait :

1. mettre en œuvre, en 2005, un comité national pour la certification de l'éradication de la maladie du ver de Guinée ;
2. renforcer la surveillance active dans la région d'Atacora.
3. mettre en œuvre un plan qui vérifie l'enquête et la documentation immédiates sur chaque cas (soupçonné ou réel) de dracunculose ; les résultats de cette enquête devraient être immédiatement partagés avec les organisations partenaires (OMS, UNICEF, Centre Carter/Global 2000) ;
4. identifier, au niveau régional ou national, un point focal (personne) qui puisse immédiatement confirmer (enquêter à nouveau) chaque nouveau cas de dracunculose (réel ou soupçonné).

COTE D'IVOIRE

Le PED national de la Côte d'Ivoire devrait :

1. renforcer la surveillance épidémiologique et l'enquête sur des cas de dracunculose dans les zones où la maladie est endémique des districts de Tanda et de Bondoukou ;
2. renouveler les réunions trimestrielles avec ses partenaires, c'est-à-dire le Comité technique, et demander à l'OMS/Côte d'Ivoire de jouer un rôle plus important.

Le Département de la Santé, avec le soutien de ses partenaires, devrait renforcer sa surveillance épidémiologique dans les zones où la maladie était endémique auparavant, surtout dans les zones du Nord, de l'Ouest central et de l'Ouest (*actuellement sous le contrôle des Forces Nouvelles*).

BURKINA FASO

Le Ministère de la Santé, l'OMS et les autres partenaires doivent s'assurer qu'une surveillance épidémiologique active et accrue a lieu dans les zones sans dracunculose qui sont à risques.

MALI

Le PED du Mali devrait :

1. former/recycler, sur une base annuelle, les agents de santé communautaires (ASC) dans les zones où la maladie est endémique ;
2. renforcer une surveillance et une recherche actives des cas de dracunculose dans les régions nomades où la dracunculose est endémique et dans les zones qui sont à risques.

L'UNICEF/Mali devrait utiliser, de manière exclusive et avant la fin de 2005, le Fonds de Contingement pour la Dracunculose de Gates alloué pour l'approvisionnement en eau potable des villages où la maladie est endémique dans les districts de Gao, Ansongo et Gourma-Rharous.

NIGER

Le PED du Niger devrait :

1. renforcer une surveillance et une recherche actives des cas de dracunculose dans les régions nomades où la dracunculose est endémique et dans les zones qui sont à risques.

L'UNICEF/Niger devrait utiliser, de manière exclusive et avant la fin de 2005, le Fonds de Contingement pour la Dracunculose de Gates alloué pour l'approvisionnement en eau potable des villages où la maladie est endémique des districts de Tillabéri et de Téra.

TOGO

1. L'UNICEF/Togo devrait utiliser, avant la fin de 2005, le Fonds de Contingement pour la Dracunculose de Gates alloué pour l'approvisionnement en eau potable des villages où la maladie est endémique.
2. Le PED et l'UNICEF devraient inclure à la liste des villages déjà choisis pour bénéficier du Fonds Gates les 2 villages endémiques du district d'Ogou, qui se trouvent à la limite du village de Kokogberi, au Bénin.
3. Conformément à la « Déclaration de Genève sur l'Eradication de la Dracunculose, » on encourage le Gouvernement du Togo à inclure, dès 2005 et sur une base annuelle, une rubrique budgétaire pour le financement des activités du PED.

LE GHANA TIENT SON EXAMEN DE PROGRAMME SEMI-ANNUEL

Le Coordinateur national, Docteur Andrew Seidu-Korkor, a récapitulé, lors de l'examen national semi-annuel qui s'est tenu à Accra les 16 et 17 août, l'état actuel du Programme d'Eradication de la Dracunculose du Ghana en revoyant systématiquement la place où se situe le PED par rapport à chacun de ses objectifs de 2004. Au cours de la période allant de janvier à juillet 2004, le Ghana a notifié 5 925 cas, comparé à 5 942 cas lors de la même période de 2003, soit aucun changement. Le nombre de cas de la région du Nord a diminué de 13% (4 148 comparé à 4 465) et celui de Brong-Ahafo de 44% (140 comparé à 252), mais le nombre de cas de la région de la Volta a augmenté de 90% (785 comparé à 1 495). Après les augmentations de janvier-avril, les cas de la région de la Volta ont diminué de 37%, 28% et 79% en mai, juin et juillet, respectivement. Dans le district de Nkwanta (flambée de cas notifiée en février 2003), zone la plus affectée de la région de la Volta et district avec le taux d'endémicité le plus élevé du pays, le nombre de cas a diminué de 44%, 30% et 82% en mai, juin et juillet 2004. Dans le district de Savelugu-Nanton (flambée indiquée en avril 2003), qui le troisième district avec le taux d'endémicité le plus élevé du pays, le nombre de cas a été réduit de 23% et 68% en juin et juillet 2004. Les réductions ne sont pas encore notables dans le district de Tolon-Kumbungu, où on a noté une flambée de cas en juin 2003. Le district de Kete Krachi a notifié une diminution dans le nombre de ses cas de 83% en juillet. En général, l'endiguement des

cas est resté à peu près le même jusqu'à présent en 2004, 61% comparé à 59% en 2003. Le taux d'endiguement des cas est de 70% dans la région du Nord, de 32% dans la région de la Volta et de 96% dans la région de Brong-Ahafo. L'état de la dracunculose dans les 20 districts où l'endémicité est la plus élevée de janvier à juillet 2003 et 2004 est indiqué sur la Figure 1.

Sur les 278 puits forés planifiés dans le cadre de l'initiative HIPC financée par le gouvernement, on a foré 189 puits, parmi lesquels 96 ont été installés avec succès (55 dans la région du Nord, 11 dans la région de Brong-Ahafo et 30 dans la région de la Volta), mais, en date de cette réunion, aucun des puits forés installés avec succès dans la région du Nord et dans la région de Brong-Ahafo n'ont été équipés de pompes manuelles. Les 55 puits forés installés de manière réussie dans la région du Nord sont destinés aux villages notifiant 139 cas, alors que les 24 puits installés avec réussite qui fournissent à présent une eau potable dans le district de Nkwanta, se destinent aux villages ayant notifié 353 cas. L'UNICEF, Church of Christ et plusieurs autres ONG sont également en train de forer des puits dans les villages où la maladie est endémique.

Le Docteur George Amofa, Directeur de la Division de Santé publique des Services sanitaires du Ghana, a ouvert la réunion. Les représentants résidents de l'OMS et de l'UNICEF ainsi qu'un représentant du Centre Carter ont pris la parole lors de la brève cérémonie d'ouverture. Lors d'un discours lu en son nom, le *Ministre de la Santé a annoncé qu'il venait d'allouer 1,7 milliard de cedis (188 888\$) afin d'assurer une surveillance active dans les villages qui venaient d'être libérés de la dracunculose dans le pays.* Le Ministre adjoint des Travaux publics et du Logement, qui inclut l'Agence communautaire d'Assainissement et d'Eau, ainsi que le Directeur adjoint des Services sanitaires du Ghana, ont également pris part à la réunion lors du premier jour. Le Directeur régional des Services sanitaires pour la région de la Volta, nouvellement appointé, et un représentant du JICA de l'ambassade japonaise ont participé aux deux jours de l'examen.

EXAMEN MI-ANNUEL DU PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DU GHANA POUR LES COORDINATEURS REGIONAUX, 16-17 AOUT 2004, GNAT HALL, ACCRA AVANT-PROJET DES RECOMMANDATIONS

SURVEILLANCE A BASE COMMUNAUTAIRE

1. Le Service sanitaire du Ghana (SNG) devrait mettre en œuvre, immédiatement, le système de Surveillance à Base communautaire (SBC) sur l'ensemble du pays. De plus, il devrait vérifier l'intégration de la SBC aux activités intégrées du système de Surveillance et Réponse à la Maladie.
2. Le SNG devrait revoir le registre de la SBC pour s'assurer qu'il est conforme aux formats actuels de comptes rendus et qu'il reflète les maladies transmissibles actuelles et autres événements vitaux existant dans d'autres régions et que peuvent détecter des volontaires villageois.

SURVEILLANCE DU PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE

3. Le Programme d'Eradication de la Dracunculose devrait améliorer la surveillance par l'entremise des moyens suivants :
 - Diffusion et utilisation à grande échelle des formulaires adéquats pour enquêter sur les cas et faire un compte rendu des cas importés.
 - Enquêtes approfondies sur les cas afin de confirmer et d'établir l'origine.
 - Utilisation des définitions internationales pour faire des comptes rendus au Programme d'Eradication.
4. Le PED devrait porter une attention spéciale aux zones à faible endémicité et utiliser les formulaires adéquats (formulaires pour les cas importés, formulaires pour les cas soupçonnés, formulaires pour les enquêtes de cas) pour documenter et conserver des dossiers sur les activités de surveillance.

SUIVI ET SUPERVISION

5. Les superviseurs devraient utiliser, sur une base hebdomadaire, la liste de vérification standard (y compris le feed-back) pour suivre toutes les interventions en place et résoudre tous les problèmes dans les villages où la maladie est endémique.

INTERVENTIONS

6. Les Ministres de la Santé et des Travaux publics et du Logement devraient suivre, sur une base mensuelle, l'état de l'approvisionnement en eau dans les villages où la maladie est endémique.

7. Le PED devraient faire un compte rendu mensuel au Ministère de la Santé sur l'état de l'approvisionnement en eau potable dans les villages où la maladie est endémique.

8. Les Assemblées de District devraient encourager les programmes d'eau dans les zones rurales afin d'assurer l'entretien régulier et en temps opportun des puits forés.

9. L'UNICEF/partenaires devraient donner des conseils sur d'autres technologies pour utiliser les eaux de surface dans les zones où le forage de puits n'est pas faisable.

10. Les sections de villages où l'endémicité est élevée (5000+) qui utilisent l'eau des étangs devraient recevoir des filtres.

PROPRIETE ET GESTION

11. Les Directeurs des Services sanitaires de District devraient prendre part aux réunions nationales et régionales du Programme d'Eradication de la Dracunculose.

12. Les Equipes médicales sanitaires régionales et de District devraient jouer un rôle central dans la planification et la mise en œuvre des activités du Programme. Les équipes de district du Programme d'Eradication devraient mettre au courant, tous les mois, les Equipes médicales sanitaires de District concernant les progrès, les besoins et les plans.

PARTENARIAT ET COLLABORATION

13. Le PED du Ghana devraient envisager la collaboration avec d'autres secteurs pertinents, tels que l'agriculture, l'éducation, les collectivités locales (santé environnementale, assemblées de district), etc.

14. Les clubs de mères de la Croix Rouge du Ghana devraient être reconnus comme des volontaires communautaires et inclus aux formations, réunions mensuelles et autres activités de motivation.

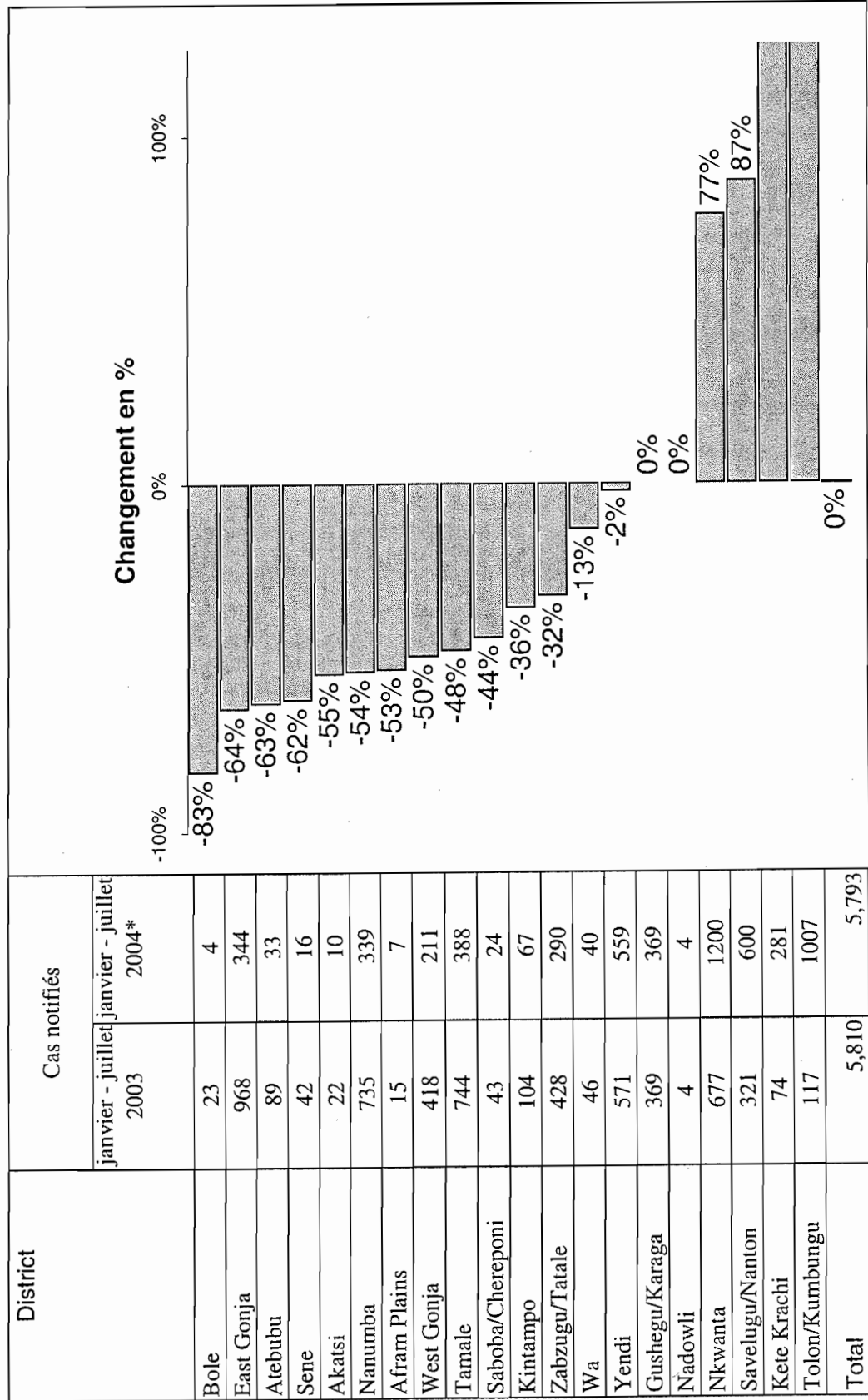
15. Les réunions mensuelles du Comité de Coordination intersectoriel (CCI) devraient se tenir aux niveaux régional et de district afin de faciliter le dialogue entre les partenaires du développement qui s'occupent de l'approvisionnement en l'eau et afin de remédier aux problèmes de communication sur les questions de l'approvisionnement en eau.

Figure 1

PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DU GHANA

Etat des 20 districts où la maladie est la plus endémique en 2003

Nombre de cas notifiés en janvier-juillet 2003 et 2004*, changement en pourcentage dans le nombre de cas notifiés



* Provisoire

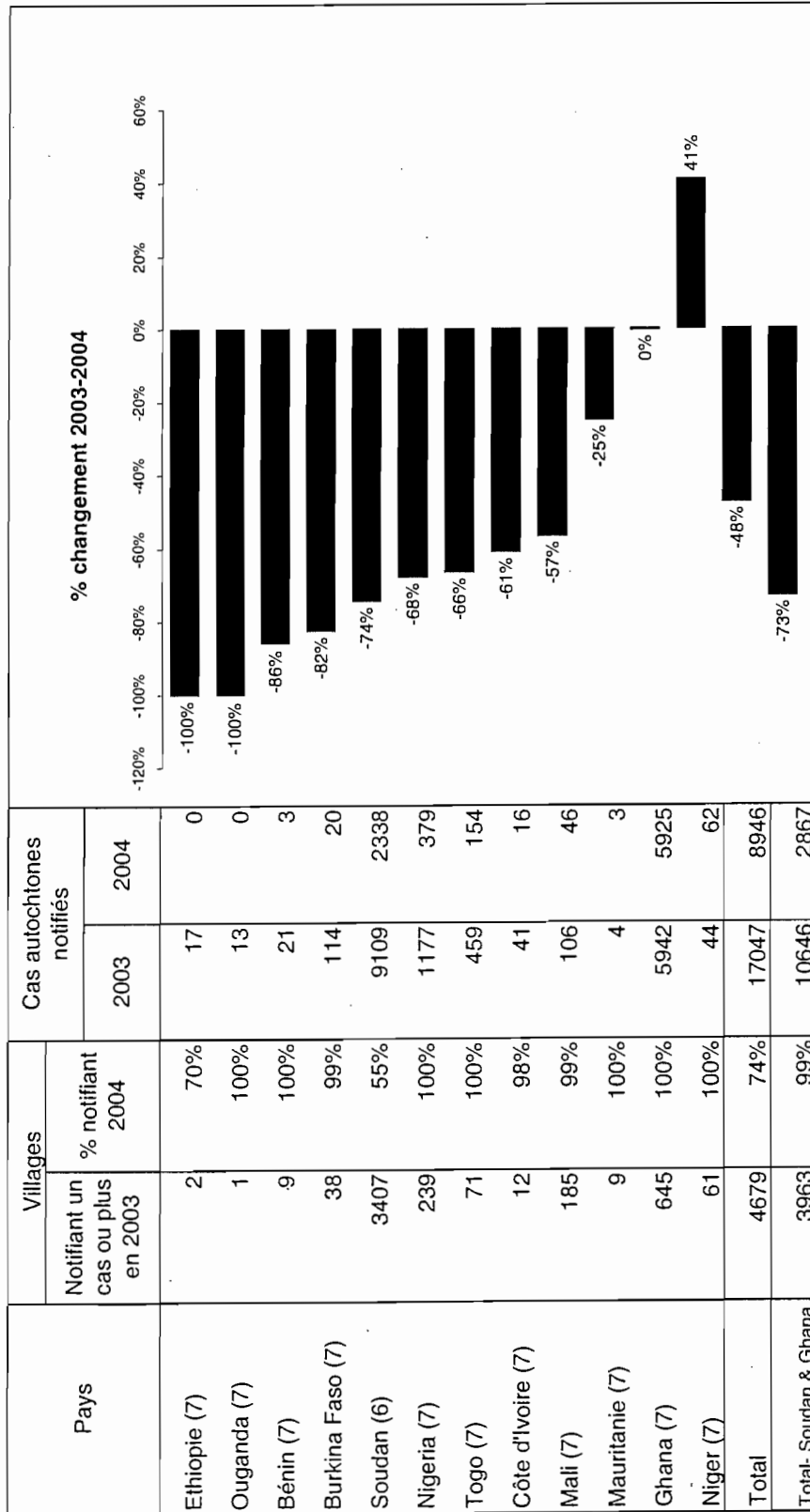
Table 2
NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 2004*
 (PAYS DISPOSES EN ORDRE DECREISSANT DE CAS EN 2003)

COUNTRIES REPORTING CASES	Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés												total *	%
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre		
SOUUDAN	33 / 193	46 / 220	31 / 163	52 / 415	124 / 779	131 / 568	/	/	/	/	/	/	417 / 2338	18
GHANA	647 / 1214	668 / 1139	625 / 981	593 / 906	671 / 906	281 / 521	134 / 258	/	/	/	/	/	3619 / 5925	61
NIGERIA	81 / 101	64 / 73	40 / 48	25 / 31	63 / 69	31 / 35	17 / 22	/	/	/	/	/	321 / 379	85
MALI	1 / 1	0 / 1	0 / 1	0 / 0	5 / 5	9 / 12	22 / 27	/	/	/	/	/	37 / 47	79
TOGO	35 / 46	20 / 28	18 / 47	12 / 21	17 / 20	16 / 22	4 / 6	/	/	/	/	/	122 / 191	64
NIGER	1 / 1	2 / 2	1 / 1	3 / 4	4 / 9	13 / 16	28 / 33	/	/	/	/	/	52 / 66	79
BURKINA FASO	1 / 1	1 / 2	0 / 0	2 / 2	5 / 5	2 / 3	7 / 13	/	/	/	/	/	18 / 26	69
COTE D'IVOIRE	1 / 2	5 / 5	0 / 5	1 / 4	0 / 1	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	7 / 17	41
BENIN	0 / 0	2 / 2	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	3 / 3	100
ETHIOPIE	0 / 0	1 / 1	0 / 0	2 / 2	4 / 4	3 / 4	2 / 2	/	/	/	/	/	12 / 13	92
OUGANDA	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	1 / 1	0
MAURITANIE	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	2 / 2	0 / 0	/	/	/	/	/	3 / 3	100
TOTAL*	801 / 1560	809 / 1474	716 / 1247	690 / 1385	894 / 1799	488 / 1183	214 / 361	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	4612 / 9009	51
% endigué	51	55	57	50	50	41	59						51	

* Provisione
 Les cellules grises dénotent des mois où zero cas anouchonex ont été notifiés (les nombres indiquent le nombre de cas imprimés notifiés et endigués lors de ce mois)
 Pour d'autres cas imprimés, voir le tableau des cas imprimés par mois et par pays

Figure 2

Nombre de villages/emplacements notifiant des cas de dracunculose en 2003, pourcentage de villages endémiques notifiant en 2004*, nombre de cas autochtones notifiés pendant la période spécifiée en 2003 et en 2004* et changement en pourcentage dans les cas



Les cellules grisées dénotent les mois où zéro cas autochtones ont été notifiés. Les chiffres indiquent le nombre de cas importés qui ont été notifiés et encadrés ce mois. Provisoire

Figure 3

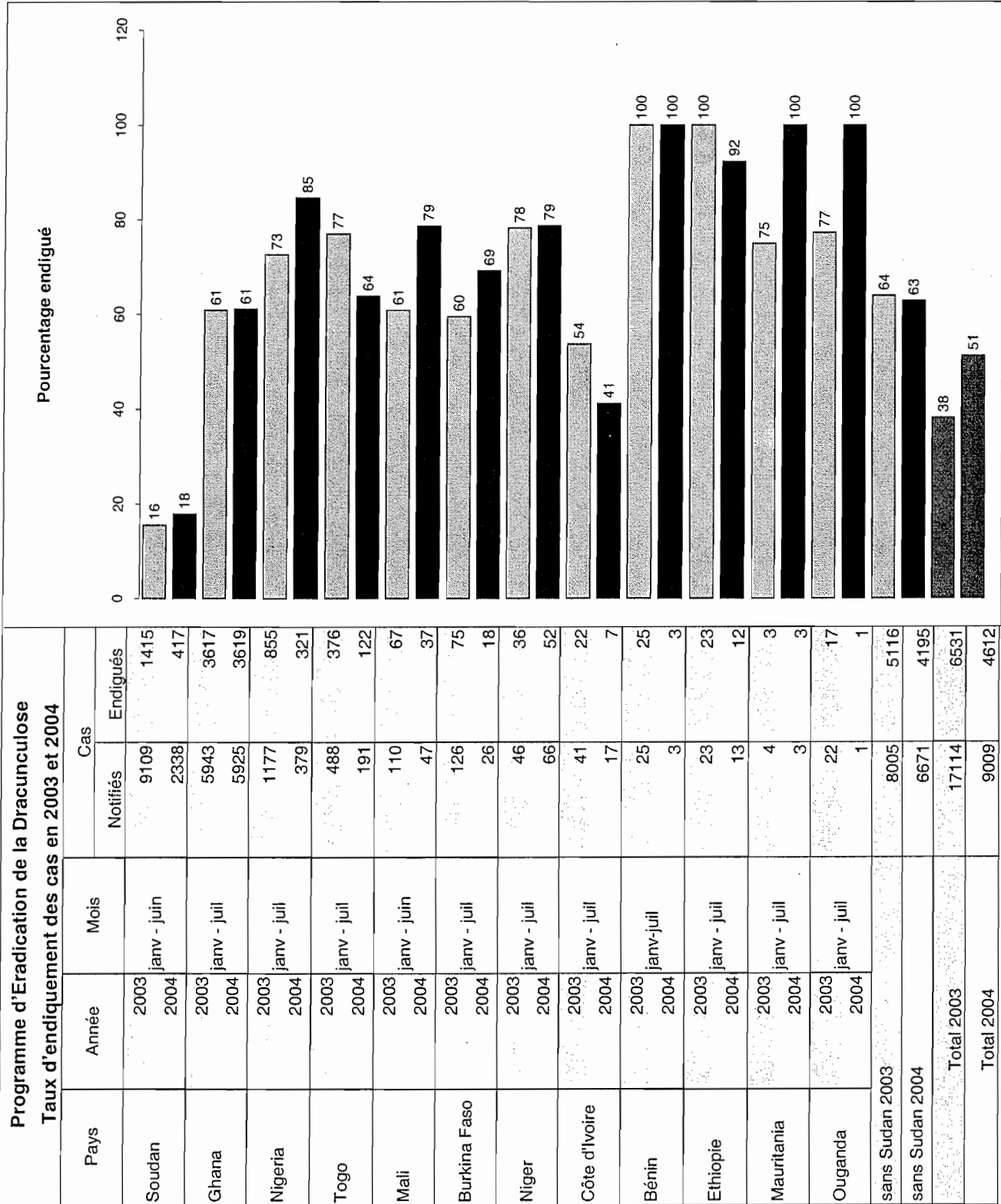
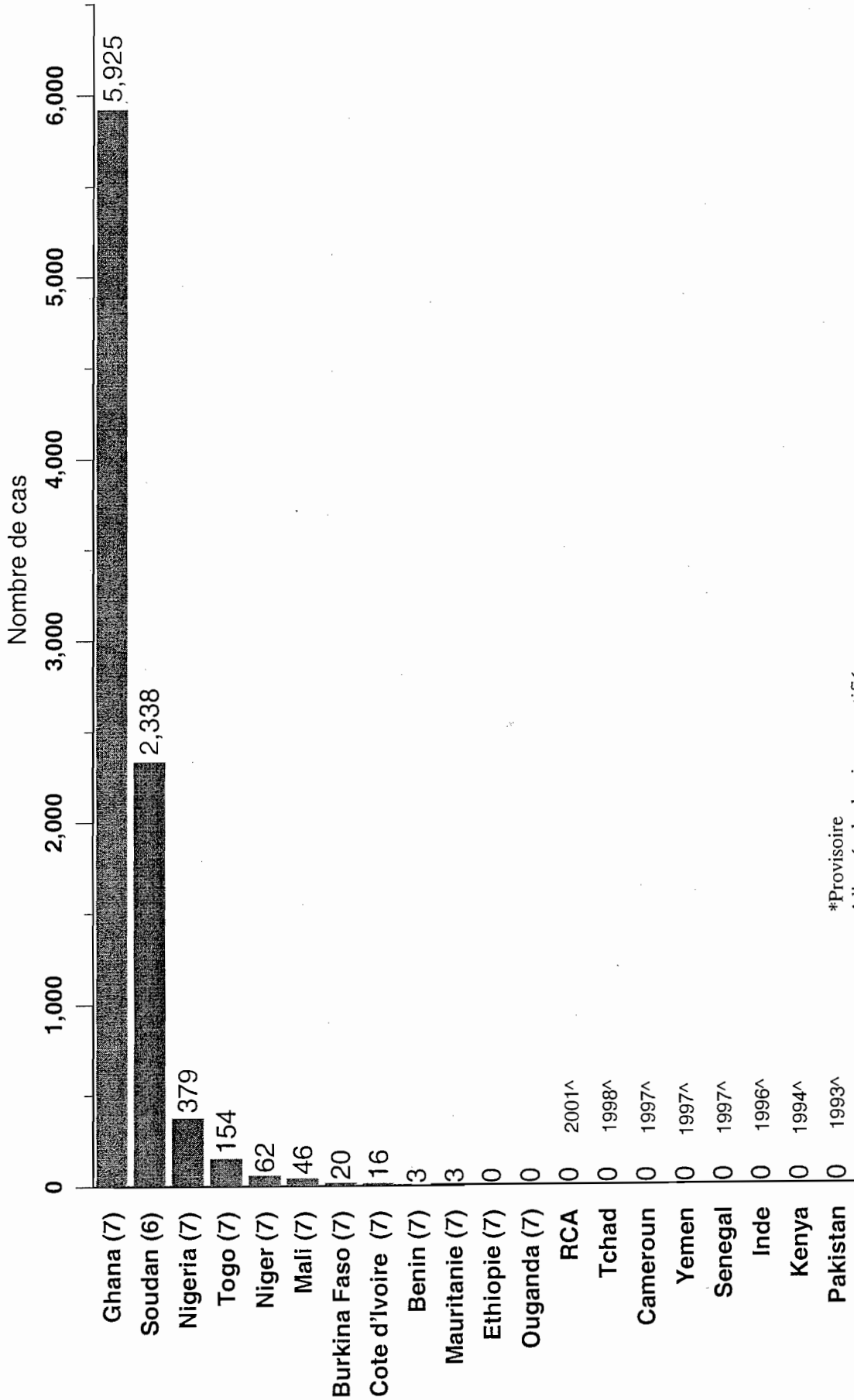


Figure 4 Distribution des 8 946 cas autochtones de dracunculose notifiés en 2004*, par pays



*Provisoire

[^] l'année de dernier cs notifié

Le Pakistan a été certifié par l'OMS comme étant libéré de la maladie en 1988 et l'Inde en 2000.

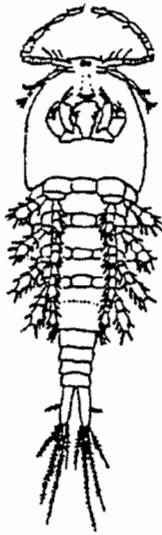
Senegal and Yémena été certifié par l'OMS comme étant libéré de la maladie en 2004

PROCEDURE CONSEILLEE PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ET LE CENTRE CARTER POUR EVALUER L'EFFET DU LARVICIDE ABATE SUR LES COPEPODES CYCLOPOIDES, HOTE INTERMEDIAIRE DU VER DE GUINEE

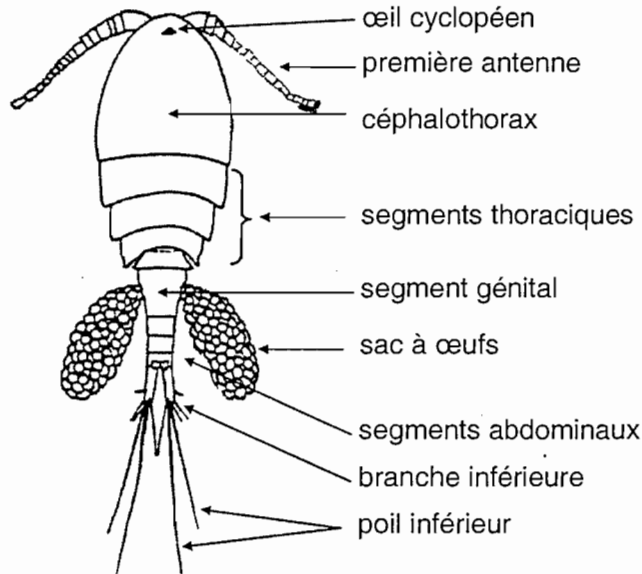
Données générales

Les copépodes cyclopoïdes font partie de la division des arthropodes, de la classe des crustacés, de la sous-classe des copépodes, de l'ordre des cyclopoïdes, de la famille des cyclopoïdes. Les copépodes sont d'importants constituants de planctons et de chaînes alimentaires dans les points d'eau. Leurs habitats préférés sont les points d'eau stagnante transitoires ou permanents, tels que les étangs, les puits et les puits ouverts.

Les copépodes femelles pondent des œufs (voir figure ci-dessous). Tandis que les copépodes immatures grandissent pour atteindre leur taille adulte, ils se dépouillent de leur carapace (mue) à chaque fois. Les femelles adultes mesurent entre 1 et 3 millimètres, selon les espèces. Les mâles sont plus petits. Les copépodes adultes représentent généralement une petite proportion de tous les copépodes aux différents stades que l'on trouve dans les sources d'eau stagnante, c'est-à-dire que la plupart sont immatures. Chose importante : les sources d'eau stagnante non seulement favorisent la croissance des populations de copépodes, mais sont aussi un bon milieu où se développent d'autres petits organismes, tels que les ostracodes et, pris ensemble, ils constituent en partie le plancton d'eau.



Vue ventrale, mâle adulte



Vue dorsale, femelle adulte

Afin d'estimer de manière précise la densité des copépodes cyclopoïdes dans les échantillons d'eau d'une source stagnante, il faut faire un tamisage systématique de l'eau avec des filets à plancton et séparer les formes des cyclopoïdes (étapes immature et adulte) des myriades d'autres organismes trouvés dans ces échantillons. Cette procédure est généralement réalisée avec l'aide d'un microscope à dissection et par une personne ayant des connaissances et pouvant identifier ces organismes. Cette procédure demande du temps et beaucoup de patience.

La procédure d'échantillonnage soulignée ci-dessous fournit les moyens pratiques pour évaluer rapidement l'impact de l'abate® sur tout le plancton animal (cyclopoïdes, copépodes, ostracodes, etc.) dans les sources d'eau stagnante. Dans l'idéal, cette procédure d'échantillonnage devrait être réalisée avant l'application du larvicide abate® et répétée 48 à 72 heures après le traitement. Toutefois, si le PED n'effectue que des évaluations ponctuelles de l'utilisation adéquate du larvicide abate®, il suffit de réaliser une seule fois la procédure indiquée ci-dessous, c'est-à-dire 48 à 72 heures après le traitement.

Evaluer la densité des copépodes cyclopoïdes avant le traitement avec le larvicide abate®

1. Seul le personnel formé du Programme d'Eradication de la Dracunculose (PED) nommé pour réaliser cette activité devrait faire ce test. Ce personnel devrait être indépendant des personnes chargées du traitement des sources d'eau potable avec le larvicide abate®.
2. Il serait préférable de faire l'échantillonnage de l'eau lorsque les copépodes cyclopoïdes se dirigent vers la surface (matin ou soir).
3. Il faudrait échantillonner 25 litres d'eau. Cinq échantillons d'eau, chacun contenant un volume de 5 litres, devraient être collectés, 4 pris autour des bords de l'étang (mais sans gratter le fond), par exemple, 2 échantillons d'un côté et 2 de l'autre côté de l'étang et, si possible, un échantillon prélevé au centre de l'étang. Le conteneur utilisé pour collecter l'échantillon devrait être plongé jusqu'au fond et ensuite ressorti de l'eau.
4. Le conteneur utilisé peut être un seau en plastique ou en métal ouvert sur le dessus et tenu avec une corde reliée à une poignée ou retenue à quatre points de la partie supérieure du seau. Ne pas utiliser des seaux avec de petites ouvertures.
5. Chacun des échantillons de cinq litres (25 litres au total) doivent être filtrés en utilisant un filtre en nylon standard (filet de 100 microns).
6. Après avoir filtré l'échantillon de 25 litres, le matériel filtré devrait être soigneusement transvasé (en utilisant de l'eau propre d'un puits foré ou d'une bouteille d'eau) dans des verres transparents (on recommande une capacité de 0,5 litre).
7. Examiner le verre en l'élevant vers une source de lumière (par exemple, le soleil) et estimer la densité d'organismes nageant. Evaluer la densité d'organismes nageant sur une échelle de 0 à 10. Une notation de 10 signifie une densité telle qu'il n'y a presque pas de place pour que les organismes se déplacent, une notation de 5 indique qu'environ la moitié de la colonne d'eau ne contient pas d'organisme et une notation de 0 indique qu'il n'y a pas d'organisme nageant. Il est très important d'utiliser la même taille de verre transparent à chaque fois pour visualiser les organismes nageant et pour estimer leur densité. Utiliser une loupe pour vérifier les copépodes cyclopoïdes et pour avoir une idée de leur nombre. Les copépodes cyclopoïdes se déplacent en zigzag (traversent, vont d'un côté à l'autre) sont en forme de poire, ont généralement un seul œil rouge, sont de couleur blanche et mesurent environ de 1 à 3 mm. Il est possible d'apercevoir des femelles avec des sacs à œufs sur leur côté (voir figure ci-dessus).

Evaluer la densité des copépodes cyclopoïdes après le traitement avec le larvicide abate®

L'évaluation de l'effet de l'application du larvicide abate® devrait être faite entre 48 et 72 heures après le traitement. Il faut répéter les étapes 1 à 7 (voir ci-dessus). La densité de copépodes cyclopoïdes après le traitement devrait être estimée à nouveau. Dans l'idéal, après l'application du larvicide abate®, le nombre de copépodes cyclopoïdes dans 25 litres d'eau devrait être de zéro. Toutefois, il est rare d'obtenir un compte de zéro, parce que certains des stades immatures des copépodes cyclopoïdes survivent au traitement avec le larvicide abate®. Même si les stades immatures trouvés 48 à 72 heures après le traitement sont trop petits pour digérer la larve du ver de Guinée, ils vont grandir pour arriver au stade adulte en 4 semaines. C'est la raison pour laquelle le traitement des sources d'eau stagnante avec du larvicide abate® doit être répété toutes les 4 semaines tout au long de la saison de transmission. Une diminution de 80%-90% dans la densité des organismes, comparée à la densité estimée avant le traitement, indique que l'application du larvicide abate® a été réussie. En utilisant la loupe, vérifier encore une fois le nombre de copépodes cyclopoïdes. Si le traitement à base de larvicide abate® a été réussi, le nombre de copépodes devrait avoir grandement diminué et ces copépodes devraient être bien plus petits qu'avant le traitement.

NOMBRE DE CAS AUTOCHTONES DE DRACUNCULOSE EN OUGANDA AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS



L'Ouganda n'a pas, depuis 12 mois, enregistré un seul cas autochtone de dracunculose et a démarré officiellement le stage de précertification de son programme.
FELICITATIONS, Ouganda !!!

EN BREF :

MONSIEUR ARYC MOSHER REMPLACE MADAME NWANDO DIALLO EN TANT QUE CONSEILLER RESIDENT TECHNIQUE DU CENTRE CARTER AU GHANA

Le 28 juillet 2004, Monsieur Aryc Mosher a officiellement pris le poste de conseiller- résident technique du Centre Carter pour le Programme d'Eradication de la Dracunculose du Ghana. Bienvenue Aryc ! Madame Nwando Diallo a assumé cette position de juillet 2002 à août 2004 et a aidé le PED à mettre en place et à intensifier une gamme élargie d'interventions de lutte contre la maladie du ver de Guinée au Ghana. Elle a collaboré étroitement et de manière efficace avec tous les partenaires du PED du Ghana et a été une excellente gestionnaire des biens et ressources du programme. Merci Nwando !

DON DU ROYAUME DE L'ARABIE SAOUDITE



Le Royaume d'Arabie Saoudite s'est engagé à verser au Centre Carter 1 million \$ sur cinq ans pour le soutien de la campagne en vue d'éradiquer la maladie du ver de Guinée. Cette contribution sera utilisée afin de soutenir les activités du Centre visant à donner le dernier coup de pouce pour éradiquer la maladie du ver de Guinée dans les pays présentant toujours un taux d'endémicité. Le Royaume d'Arabie Saoudite est un partenaire dévoué du Centre Carter depuis 1984 et il a contribué 1,5 million \$ à la construction du Centre. Depuis, le Royaume d'Arabie Saoudite a fourni presque 8 millions \$ pour faire de l'éradication du ver de Guinée une réalité.

Calendrier pour les Examens de Programme :

Soudan : 5-6 octobre à Nairobi

Nigeria : 11-12 octobre à Jos

Ethiopie et Ouganda : 16-18 novembre à Kampala

PUBLICATIONS RECENTES

Organisation mondiale de la Santé. 2004. Dracunculiasis eradication. Rapport épidémiologique hebdomadaire. 79(25):234-235.

Cook GC. 2004. Discovery and clinical importance of the filariases. Infectious Disease Clinics of North America. 18(2):219-30.

Greenaway C. 2004 Dracunculiasis (Guinea worm disease). Canadian Medical Association Journal. Vol. 170(4)(pp 495-500).

Molyneux DH. Hopkins DR. Zagaria N. 2004. Disease eradication, elimination and control: The need for accurate and consistent usage. Trends in Parasitology. Vol. 20(8)(pp 347-351).

ANDY AGLE (1937-2004)



La lutte mondiale contre le ver de Guinée a perdu un de ces guerriers les plus acharnés avec le décès regrettable de Monsieur Andrew Nils Agle, qui est mort dans son sommeil, le 13 août 2004, à Lagos, au Nigeria. Nous sommes au regret de devoir communiquer cette nouvelle. Andy a fait preuve d'une carrière exemplaire en santé internationale en tant que conseiller en santé publique aux CDC, y compris des travaux pour les Programmes d'Eradication de la Variole du Togo, de Dahomey (Bénin), d'Afghanistan et du Bangladesh, avant d'exercer les fonctions de Directeur des Opérations pour Global 2000 au Centre Carter pendant neuf ans, jusqu'en 1999. Il a joué un rôle pivot au Centre Carter, apportant son aide au démarrage et au soutien des Programmes d'Eradication de la Dracunculose, surtout dans la région francophone de l'Afrique de l'Ouest. Le Gouvernement du Mali l'a nommé Chevalier de l'Ordre national du Mali en 1998. Dans une déclaration à la famille et aux amis de Andy Agle, l'ancien Président Jimmy Carter a déclaré, « Andy était un membre vital de notre famille du Centre Carter » et « nous avons beaucoup de chance de l'avoir comme dirigeant de nos activités dans le domaine de l'agriculture, de l'éradication de la dracunculose et de la lutte contre la cécité des rivières. » Les personnes qui souhaitent contacter sa famille peuvent le faire à : The Family of Mr. Andy Agle, 220 Northland Trail, Atlanta, GA 30342, USA; email: ddcidelman@mosaiceducation.com . Les contributions peuvent être versées au fonds Endowment for Global Health Priorities en mémoire de Andy Agle et envoyées à : The CDC Foundation, 50 Hurt Plaza, Suite 765, Atlanta, GA 30303, USA.

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

Pour de plus amples informations sur le Résumé de la dracunculose, prière de contacter Dr James H. Maguire, Directeur, WHO Collaborating Center for Research, Training and Eradication of Dracunculiasis, NCID, Centers for Disease Control and Prevention, F-22, 4770 Buford Highway, NE, Atlanta, GA 30341-3724, USA FAX : 770-488-7761. L'emplacement du site Web a changé : <http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/guineaworm/default.htm>



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