



Contents

- 165 Poliomyelitis in Tajikistan—
update
- 166 Dracunculiasis eradication –
global surveillance summary,
2009
- 176 WHO Strategic Advisory Group
of Experts (SAGE) on immuni-
zation: request for nominations

Sommaire

- 165 Poliomyélite au Tadjikistan –
mise à jour
- 166 Éradication de
la dracunculose – bilan
de la surveillance mondiale,
2009
- 176 Le Groupe Stratégique
Consultatif d'Experts (SAGE)
de l'OMS sur l'immunisation:
appel aux candidatures

★ OUTBREAK NEWS

Poliomyelitis in Tajikistan— update¹

As of 29 April 2010, the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan had reported 171 cases of acute flaccid paralysis (AFP), including 12 deaths, since January 2010. Of these cases, 32 have been confirmed as wild poliovirus type 1; results are pending for the remaining cases. In the majority of these cases, onset of paralysis occurred within the past 3 weeks.

Of the 32 cases of confirmed wild poliovirus, 17 are aged <2 years, 14 are aged 2–5 years, and 1 is aged 6–15 years; 66% are male; 15 had paralysis onset during March; and 17 had paralysis onset during April. Information on vaccination history is available for 21 of these cases; 2 (10%) are reported to have received <3 doses of oral poliovirus vaccine (OPV) and 19 (90%) received ≥3 of OPV.

All the reported cases occurred in the south-western part of the country, including Dushanbe, the capital city. This region borders Afghanistan and Uzbekistan. Genetic sequencing has determined that the poliovirus is closely related to virus originating from Uttar Pradesh, India.

In response to the outbreak, the Government of Tajikistan confirmed the planning of 3 supplementary rounds of immunization targeting every child <5 years (approximately 1.1 million children). Monovalent OPV1 vaccine will be used to quickly build immunity levels among children in the country. The first immunization round for children aged <5 years started in Dushanbe and in 6 surrounding districts on 1 May 2010 and on 4 May in other regions. Two additional national rounds have been scheduled for 18–22 May and 1–5 June 2010.

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Poliomyélite au Tadjikistan – mise à jour¹

Au 29 avril 2010, le Ministère de la Santé de la République du Tadjikistan avait notifié 171 cas de paralysie flasque aiguë (PFA) – dont 12 décès – depuis le mois de janvier 2010. Le poliovirus sauvage de type 1 a été confirmé pour 32 de ces cas et on attend les résultats pour les autres. Dans la majorité des cas, la paralysie est apparue au cours des 3 dernières semaines.

Sur les 32 cas confirmés d'infection par le poliovirus sauvage, 17 ont <2 ans, 14 entre 2 et 5 ans et le dernier a entre 6 et 15 ans. Il s'agit de garçons pour 66 % des cas. Jusqu'à présent, la paralysie est apparue en mars pour 15 cas confirmés et en avril pour les 17 autres cas. On a des informations sur les antécédents vaccinaux de 21 des 32 cas confirmés. Il a été signalé que 2 d'entre eux (10 %) avaient reçu <3 doses de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) et 19 (90 %) ≥3 doses.

Tous les cas ont été signalés dans le sud-ouest du pays, y compris dans la capitale, Douchanbé. Cette région se trouve à la frontière de l'Afghanistan et de l'Ouzbékistan. Par séquençage, on a déterminé que la parenté génétique était la plus grande avec un virus provenant de l'Uttar Pradesh (Inde).

Face à cette flambée, le gouvernement du Tadjikistan a confirmé la planification de 3 tournées supplémentaires de vaccination ciblant tous les enfants âgés de <5 ans (soit environ 1,1 million d'enfants). Le VPO monovalent de type 1 sera utilisé pour obtenir rapidement l'immunité des enfants dans le pays. La première campagne a commencé le 1^{er} mai 2010 dans la capitale, Douchanbé, et dans 6 districts voisins. Les autres régions commenceront la vaccination des enfants de <5 ans le 4 mai. Deux tournées nationales supplémentaires sont pour l'instant prévues du 18 au 22 mai et du 1^{er} au 5 juin.

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 346.–

05.2010
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ See No. 18, 2010, pp. 157–157.

¹ Voir N° 18, 2010, pp. 157–157.

Neighbouring countries are responding to the outbreak by heightening surveillance at all health care facilities and reporting sites while reviewing the immunization status of children. Uzbekistan (target population: 2.89 million children aged <5 years) is planning 2 national rounds of supplementary immunization with efforts to synchronize these rounds with Tajikistan in May and June 2010. In Kyrgyzstan, a campaign to boost the immunity of children against vaccine-preventable diseases including polio, which was planned by the government as part of European Immunization Week, ended on 30 April 2010. Kyrgyzstan is also planning to conduct additional subnational immunization days in defined geographical areas.

WHO maintains its recommendation not to impose restrictions to the international movement of persons as a control measure at this time. It is important that international travellers to and from polio affected areas are adequately immunized against polio as recommended in Chapter 6 of *International Travel and Health*.²

Further information can be found at the following links: <http://www.polioeradication.org/> and http://www.euro.who.int/communicablediseases/outbreaks/20100423_1 ■

² See <http://www.who.int/ith/ITH2010chapter6.pdf>; accessed April 2010.

Les pays voisins réagissent à cette flambée en renforçant la surveillance dans tous les établissements de santé et sites de notification, tout en examinant le statut vaccinal des enfants. L'Ouzbékistan (avec une population ciblée de 2,89 millions d'enfants de <5 ans) planifie 2 tournées nationales de vaccination supplémentaires, en s'efforçant de les synchroniser avec le Tadjikistan en mai et en juin 2010. Le 30 avril 2010, le Kirghizistan a achevé une campagne que les autorités avaient planifiée dans le cadre de la Semaine européenne de la vaccination, pour renforcer l'immunité des enfants contre les maladies à prévention vaccinale, dont la poliomyélite. Ce pays prévoit d'organiser des journées locales de vaccination supplémentaires dans certaines zones géographiques bien définies.

L'OMS maintient pour l'instant sa recommandation de ne pas imposer, comme mesure de lutte, des restrictions aux déplacements internationaux des personnes. Il est important que les voyageurs internationaux à destination ou en provenance des zones affectées soient correctement vaccinés contre la poliomyélite, comme cela est préconisé au chapitre 6 de la publication «*Voyages internationaux et santé*».²

De plus amples informations sont disponibles aux liens suivants: <http://www.polioeradication.org/> et http://www.euro.who.int/communicablediseases/outbreaks/20100423_1 ■

² Voir <http://www.who.int/ith/ITH2010chapter6fr.pdf>; consulté en avril 2010.

Dracunculiasis eradication – global surveillance summary, 2009

In 2004, during the 57th World Health Assembly, the Geneva Declaration for the Eradication of Dracunculiasis by 2009 was signed, committing signatories to intensifying activities with the goal of eradicating the disease worldwide by 2009; signatories included ministers of health from the 12 countries¹ where the disease was then endemic, and WHO, UNICEF and the Carter Center. Resolution WHA 57.9 urged support for the eradication goal by endemic countries, WHO Member States, WHO, UNICEF, the Carter Center and other entities. This report summarizes the progress made until the end of 2009.

The eradication goal has not been reached, but significant progress has been made with support from the public and private sectors. Altogether, 8 of the 12 countries² in which the disease was endemic in 2004 had interrupted transmission by the end of 2009; another 3 countries³ are close to achieving this goal during 2010. In 2009, Sudan reported the highest number of cases, and it remains the only country for which complete interruption of transmission is not likely in the near-term. Transmission in Sudan is exclusively limited to areas in southern Sudan that have been affected by civil strife for many years; a full-scale eradication programme has been in place only since 2006, 2 years after the signing of the Geneva Declaration for the Eradication of Dracunculiasis.

¹ In 2004, dracunculiasis was endemic in Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ethiopia, Ghana, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Sudan, Togo and Uganda.

² By the end of 2009 transmission had been interrupted in Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mauritania, Niger, Nigeria, Togo and Uganda.

³ The countries that are close to interrupting transmission are Ethiopia, Ghana and Mali.

Éradication de la dracunculose – bilan de la surveillance mondiale, 2009

En 2004, au cours de la 57^{ème} Assemblée mondiale de la Santé a été signée la Déclaration de Genève sur l'éradication de la dracunculose d'ici 2009, les signataires s'engageant à intensifier les activités d'éradication pour libérer le monde de la dracunculose d'ici 2009; parmi les signataires figuraient les ministres de la santé des 12 pays¹ où la maladie était alors endémique, l'OMS, l'UNICEF et le Carter Center. La résolution WHA57.9 appelait les pays d'endémie, les États Membres de l'OMS, l'UNICEF, le Carter Center et les autres organismes compétents à soutenir cet effort d'éradication. Le présent rapport résume les progrès accomplis jusqu'à la fin de 2009.

L'objectif d'éradication de la maladie n'a pas été atteint, mais des progrès importants ont été accomplis grâce au soutien des secteurs public et privé. Globalement, 8 des 12 pays² dans lesquels la maladie était endémique en 2004 avaient réussi à interrompre la transmission à la fin de 2009; 3 autres pays³ sont sur le point d'atteindre cet objectif en 2010. En 2009, le Soudan a fait état du plus grand nombre de cas, et il reste le seul pays pour lequel une interruption complète de la transmission n'est pas envisageable à court terme. La transmission au Soudan est exclusivement limitée aux zones du Sud-Soudan qui sont le théâtre de troubles civils depuis de nombreuses années; un programme d'éradication à grande échelle n'a pu être mis en place qu'en 2006, 2 ans après la signature de la Déclaration de Genève sur l'éradication de la dracunculose.

¹ En 2004, la dracunculose était endémique au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Éthiopie, au Ghana, au Mali, en Mauritanie, au Niger, au Nigeria, au Soudan, au Togo et en Ouganda.

² À la fin de 2009, la transmission avait été interrompue au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Mauritanie, au Niger, au Nigeria, au Togo et en Ouganda.

³ Les pays qui sont sur le point de parvenir à interrompre la transmission sont l'Éthiopie, le Ghana et le Mali.

During 2009, a total of 3190 new cases of dracunculiasis were reported, a decrease of >99% from the 892 055 cases reported in 1989 (when most endemic countries began to report monthly from each endemic village) (Fig. 1). Compared with 2008, the largest decline in the number of cases occurred in Mali (55% decrease); the smallest decline was reported in Sudan (24% decrease). The countrywide number of cases reported and the number of villages reporting are shown in Table 1. Sudan accounted for 86% of new cases; this was followed by Ghana, accounting for 8%; Mali, accounting for 6%; and Ethiopia, accounting for <1%.

Niger and Nigeria, where the disease was considered endemic at the beginning of 2009, reported no indigenous cases for the first time during 2009, thus reducing the number of countries with indigenous cases from 6 in 2008 to 4 in 2009. Niger was the only country to record internationally imported cases: 4 cases were allegedly imported from Mali and 1 from Ghana.

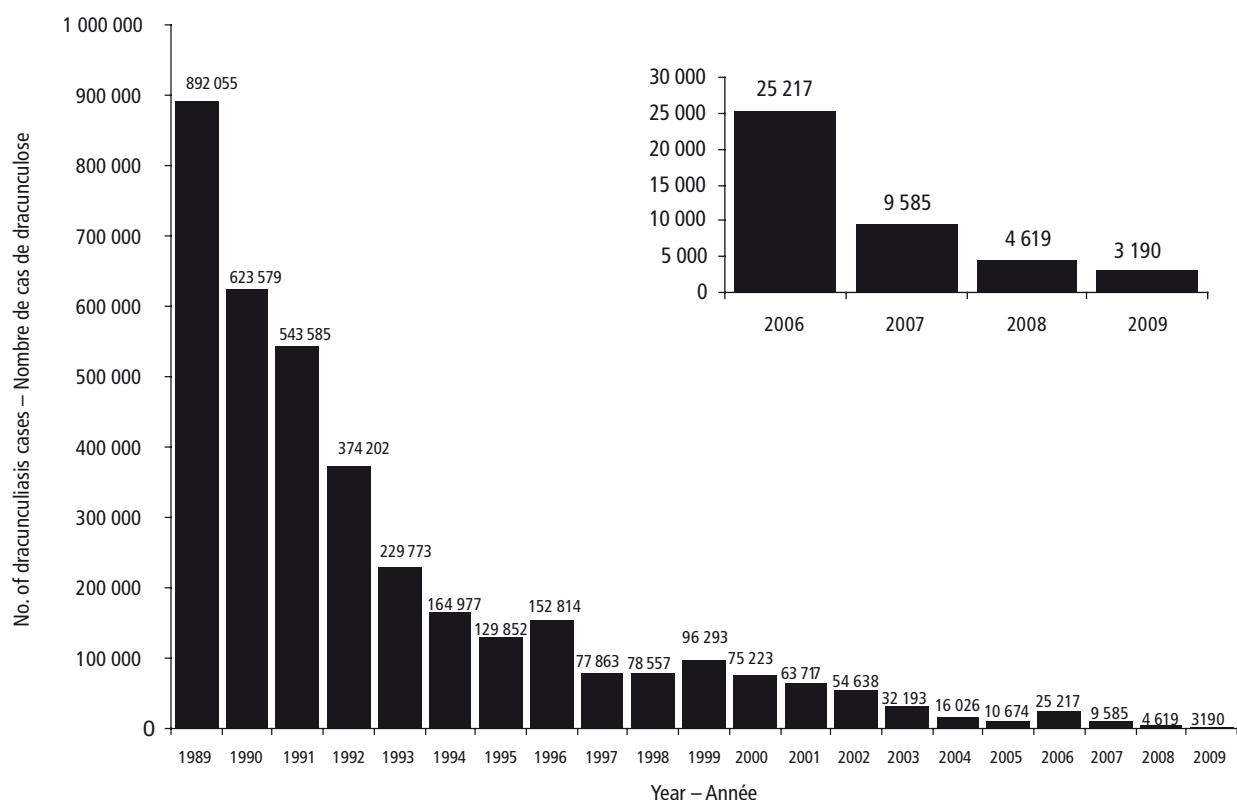
During 2009, national eradication programmes reported an overall containment rate of 79%. The age and sex distributions of cases are shown in Table 2. The monthly occurrence of cases for 2009 by country has been reported earlier.⁴ Data from Ethiopia, Ghana, Mali and Niger indicated that in 80% of cases (367) only a single worm emerged; in 18% of cases (83) 2–4 worms emerged; in 2% of cases (7) ≥ 5 worms emerged (Table 3).

Au cours de l'année 2009, un total de 3190 nouveaux cas de dracunculose ont été déclarés, soit une baisse >99% par rapport aux 892 055 cas signalés en 1989 (alors que la plupart des pays d'endémie commençaient à signaler chaque mois les cas survenus dans chaque village d'endémie) (Fig. 1). Par comparaison à 2008, la baisse la plus importante dans le nombre de cas notifiés a eu lieu au Mali (une diminution de 55%); la baisse la plus faible en revanche est celle enregistrée au Soudan (diminution de 24%). Le Tableau 1 récapitule le nombre de cas signalés dans chaque pays ainsi que le nombre de villages faisant état de nouveaux cas. Le Soudan a totalisé 86% des nouveaux cas; suivi du Ghana, avec 8%; puis du Mali, qui a comptabilisé 6% des nouveaux cas; et de l'Éthiopie, où le nombre de cas est <1%.

Le Niger et le Nigéria, où la maladie était considérée comme endémique au début de 2009, n'ont fait état d'aucun cas autochtone pour la première fois au cours de 2009, ramenant ainsi le nombre de pays signalant des cas autochtones de 6 en 2008 à 4 en 2009. Le Niger a été le seul pays à signaler des cas importés d'autres pays: 4 cas ont semble-t-il été importés du Mali et 1 du Ghana.

Au cours de 2009, les programmes d'éradication nationale ont fait état d'un taux de confinement global de 79%. La répartition par âge et par sexe des cas est indiquée dans le Tableau 2. Le nombre de cas notifiés chaque mois par pays en 2009 a été rapportée antérieurement.⁴ Les données venant d'Éthiopie, du Ghana, du Mali et du Niger ont indiqué que dans 80% des cas (367), un seul ver était apparu; dans 18% des cas (83), 2 à 4 vers étaient apparus; et dans 2% des cas (7), 5 vers ou plus étaient apparus (Tableau 3).

Fig. 1 Annual number of dracunculiasis cases reported worldwide, 1989–2009
Fig. 1 Nombre de cas de dracunculose signalés chaque année dans le monde, 1989–2009



⁴ See No 16, 2010, pp. 147–148.

⁴ Voir N° 16, 2010, pp. 147–148.

Table 1 **Reported cases of dracunculiasis by country and number of villages reporting indigenous or only imported cases, 2009**Tableau 1 **Cas de dracunculose notifiés par pays, et nombre de villages notifiant des cas autochtones ou uniquement des cas importés, 2009**

Country – Pays	No. villages or communities reporting cases – Nombre de villages ou de communautés notifiant des cas	No. reported cases – Nombre de cas notifiés	No. villages or communities reporting indigenous cases – Nombre de villages ou de communautés notifiant des cas autochtones	No. indigenous cases reported – Nombre de cas autochtones notifiés	No. villages or communities reporting only imported cases – Nombre de villages ou de communautés notifiant uniquement des cas importés
Ethiopia – Éthiopie	9	24	3	7	6
Ghana	52	242	19	194	33
Mali	52	186	23	95	29
Niger	5	5	0	0	5
Sudan – Soudan	1011	2733	584	1954	427
Total	1129	3190	629	2250	500

Table 2 **Distribution of dracunculiasis cases by age group and sex, 2009**Tableau 2 **Répartition des cas de dracunculose par groupe d'âge et par sexe, 2009**

Country – Pays	Children ^a – Enfant ^a		Adult – Adulte		Not specified – Non précisé		Total
	Male – Garçon	Female – Fille	Male – Garçon	Female – Fille	Male – Garçon	Female – Fille	
Ethiopia – Éthiopie	4	7	6	7	0	0	24
Ghana	61	42	82	57	0	0	242
Mali	34	31	58	62	1	0	186
Niger	2	0	2	1	0	0	5
Sudan – Soudan	562	647	679	845	0	0	2733
Total	663	727	827	972	1	0	3190

^a In all countries except Sudan, children were considered to be aged <15 years; in Sudan children were considered to be aged <16 years. – Dans tous les pays à l'exception du Soudan, les enfants sont considérés comme ayant moins de 15 ans; au Soudan les enfants sont considérés comme ayant moins de 16 ans.

Table 3 **Distribution of dracunculiasis cases by number of worms per patient, 2009**Tableau 3 **Répartition des cas de dracunculose en fonction du nombre de vers par patient, 2009**

Country – Pays	Number of worms emerging – Nombre de vers apparus		
	1	2–4	≥5
Ethiopia – Éthiopie	16	8	0
Ghana	213	29	0
Mali	133	46	7
Niger	5	0	0
Sudan – Soudan	ND	ND	ND
Total	367	83	7

ND, No data. – ND: Données non disponibles.

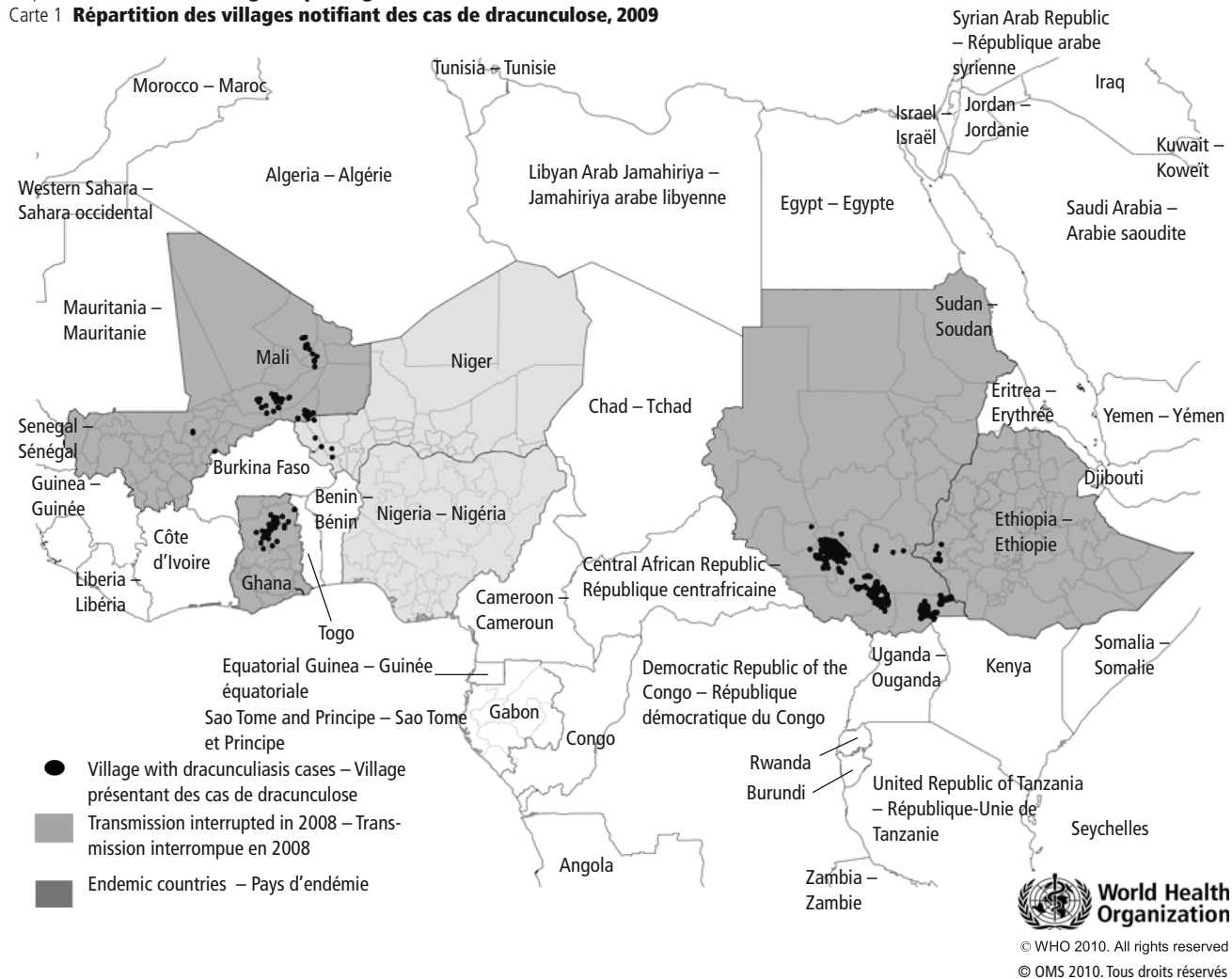
The number of villages reporting cases dropped from a peak of 23 735 in 1991 to 1129 in 2009, an overall reduction of 95%. The geographical distribution of villages reporting cases in 2009 is shown in *Map 1*. A total of 500 (44%) of these villages reported only cases imported from another endemic village; 629 villages reported indigenous cases (*Table 1*).

During 2009, a total of 7716 rumours of cases were reported from Burkina Faso (26 rumours), Chad (2), Côte d'Ivoire (28), Ethiopia (19), Ghana (5327), Mali (107), Niger (226), Nigeria (238), Sudan (1732) and Togo (11). Altogether, 1411 of these rumours came from areas that

Le nombre de villages signalant des cas a chuté d'un niveau record de 23 735 en 1991 à 1129 en 2009, soit une réduction globale de 95%. La répartition géographique des villages faisant état de cas en 2009 fait l'objet de la *Carte 1*. Un total de 500 (44%) de ces villages ont signalé uniquement des cas importés d'un autre village d'endémie; 629 villages ont fait état de cas autochtones (*Tableau 1*).

Au cours de 2009, un total de 7716 rumeurs de cas ont été signalées dans les pays suivants: au Burkina Faso (26 rumeurs), au Tchad (2), en Côte d'Ivoire (28), en Éthiopie (19), au Ghana (5327), au Mali (107), au Niger (226), au Nigéria (238), au Soudan (1732) et au Togo (11). Globalement, 1411 de ces rumeurs de

Map 1 **Distribution of villages reporting dracunculiasis cases, 2009**
 Carte 1 **Répartition des villages notifiant des cas de dracunculose, 2009**



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – Les frontières et les noms indiqués et les appellations employées sur cette carte n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Data Source: World Health Organization – Source des données: Organisation mondiale de la Santé
 Map Production: Public Health Mapping & GIS – Carte: élaborée par Public Health Mapping & GIS
 World Health Organization – Organisation mondiale de la Santé

are now reported to be free of dracunculiasis; however 55 rumours from areas considered to be free of the disease were confirmed (Ghana, with 5 confirmed cases; Mali, 5; Niger, 2; and Sudan, 43.)

Certification of countries meeting the criteria for eradication

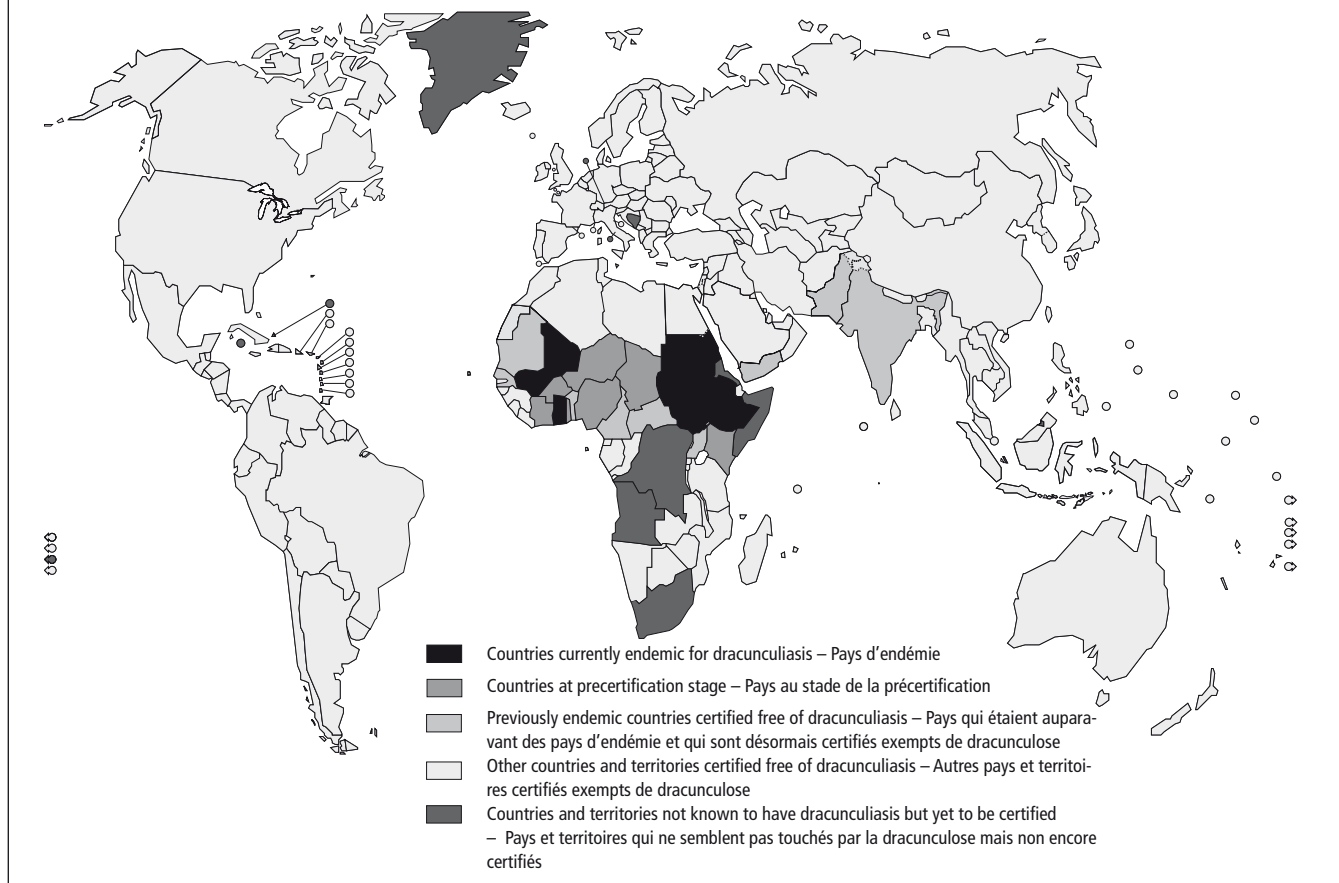
The 7th meeting of the International Commission for the Certification of Dracunculiasis Eradication was held in October 2009. After reviewing claims from countries that had submitted dossiers and completed questionnaires, 7 additional countries were certified as being free of dracunculiasis transmission; these countries were Benin, Cambodia, Guinea, the Marshall Islands, Mauritania, Uganda and the Republic of Palau. Thus, 187 countries and territories have been certified by WHO as having eliminated dracunculiasis (Map 2).

cas provenaient de zones qui sont désormais signalées comme étant exemptes de la dracunculose; 55 rumeurs de cas venant de zones considérées comme exemptes de la maladie ont été confirmées comme des cas avérés (Ghana, 5 cas confirmés; Mali, 5; Niger, 2; et Soudan, 43).

Certification des pays satisfaisant aux critères d'éradication

La 7^{ème} réunion de la Commission internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose s'est tenue en Octobre 2009. Après examen des demandes des pays ayant présenté des dossiers et complété les questionnaires, 7 pays supplémentaires ont été certifiés comme étant exemptes de transmission; ces pays étaient le Bénin, le Cambodge, la Guinée, les Îles Marshall, la Mauritanie, l'Ouganda et la République des Palaos. Ce qui porte à 187 les pays et territoires ayant désormais été certifiés par l'OMS comme ayant éliminé la dracunculose (Carte 2).

Map 2 **Global status of dracunculiasis eradication, 2010**
 Carte 2 **Le point sur l'éradication de la dracunculose dans le monde, 2010**



The epidemiological situation

Endemic countries

Ethiopia

In 2009, the eradication programme in Ethiopia reported 24 new cases from 8 villages and Gambella Town in 3 districts of the Gambella region: 22 cases in the Gog district and 1 each in the Abobo and Itang districts. The case reported from Gambella Town was an imported case from Abawiry village. This is a 78% reduction from the 41 cases reported from 11 villages in 2008. A total of 21 cases (88%) were reported to have been contained. A total of 7 imported cases were reported in the Pugnido Refugee Camp as well as 6 imported cases in Agenga and 5 indigenous cases in Abawiry. Awukoy village in the Gog district reported 30 cases in 2008 but reported no cases in 2009. All cases occurred among members of the Agnuak ethnic group. During 2009, all 102 villages under active surveillance reported in 9/12 months.

The country has adopted a nationwide policy offering a cash reward of Biir 500 (about US\$ 37) for reporting cases that are confirmed as dracunculiasis. In 2009, 19 rumours were reported, all from endemic districts; 16 were reported from non-endemic villages and 3 from endemic villages. No rumours were reported outside the endemic districts.

La situation épidémiologique

Pays d'endémie

Éthiopie

En 2009, le programme d'éradication éthiopien a notifié 24 nouveaux cas provenant de 8 villages et de la ville de Gambella dans 3 districts de la région de Gambella: 22 cas dans le district de Gog et 1 cas dans le district d'Abobo et dans celui d'Itang. Le cas provenant de la ville de Gambella était un cas importé venant du village d'Abawiry. Cela représente une réduction de 78% par rapport aux 41 cas signalés dans 11 villages en 2008. Vingt-et-un cas au total (88%) ont été déclarés comme ayant été confinés. Au total, 7 cas importés ont été signalés dans le camp de réfugiés de Pugnido ainsi que 6 cas importés à Agenga et 5 cas autochtones à Abawiry. Le village d'Awukoy dans le district de Gog a fait état de 30 cas en 2008 mais n'a signalé aucun cas en 2009. Tous les cas concernaient des membres du groupe ethnique Agnuak. Au cours de 2009, l'ensemble des 102 villages faisant l'objet d'une surveillance active ont transmis des rapports pour 9/12 mois.

Le pays a mis en place à l'échelle nationale un système de récompense pécuniaire d'un montant de 500 Biir (environ US\$ 37) pour la notification de cas confirmés comme étant des cas de dracunculose. En 2009, 19 rumeurs de cas ont été signalées, provenant toutes de districts d'endémie; 16 ont été déclarées à partir de villages ne faisant pas partie des villages d'endémie et 3 autres à partir de villages d'endémie. Aucune rumeur de cas n'a été signalée en dehors des districts d'endémie.

Ghana

In 2009, the Ghana's national eradication programme reported 242 cases from 52 villages. This is the first time that the number of cases in Ghana fell to <300, representing a 52% reduction from the 501 cases reported in 2008. Altogether, 98% of cases (236) were reportedly detected within 24 hours of worm emergence, and 93% (226) were effectively contained.

In 2008, the Northern region accounted for the highest proportion of cases in Ghana. In 2009, it accounted for 98% of cases (237). The remaining 2% of cases (5) were reported from the Ashanti, Brong-Ahafo, and Eastern regions. Fulfulso-Junction, in the Central Gonja district in the Northern region, reported 120 cases, accounting for 51% of cases. In 2007, Fulfulso-Junction reported 1 imported case that was allegedly contained; in 2008 the area reported 10 cases, with a 60% case-containment rate. Fulfulso-Junction is a crossroads area without a safe source of drinking water. Altogether, 46/48 cases reported as being imported internally from endemic villages within Ghana came from Fulfulso-Junction.

A total of 52 villages reported cases in 2009, a 60% reduction from 131 villages in 2008; only 19 villages (37%) reported indigenous cases; 33 villages (63%) reported only imported cases. A total of 111 villages that reported cases in 2008 did not report cases in 2009.

The majority of cases occurred among the Dagomba ethnic group (59%), followed by the Gonjas (29%) and the Chokosi (7%) ethnic groups.

On average, 82% (681) of the 828 villages under active surveillance submitted a report in 9/12 months in 2009. Ghana does not have a cash-reward system for reporting dracunculiasis cases. Ghana reported a total of 5327 rumours in 2009. A total of 154 rumours (3%) were reported from dracunculiasis-free areas; 67 (44%) of these were investigated within 24 hours, and 5 cases were confirmed.

Mali

During 2009, Mali's eradication programme reported 186 cases of dracunculiasis from 52 locations in 7 endemic districts, a decline of 55% compared with the 417 cases reported from 69 locations in 2008. Altogether, 74% of cases (138) were detected within 24 hours, and 73% (135) were reported to have been contained.

Transmission has been interrupted in 3 of Mali's 8 regions (Kayes, Koulikoro and Sikasso), but the Gao, Kidal, Segou, Mopti and Tombouctou regions reported indigenous cases during 2009.

All previously endemic districts, except Gao, had significant decreases in the number of cases reported during 2009 when compared with 2008. A significant rise was observed in the Gao district in the Gao region and the Tenenkou district in the Mopti region. In Gao, 80 cases were reported in 2009 compared with 35 cases in 2008. The Doro zone in the Gao district accounted for 66 cases, including 27 cases in Tagaribouch and 20 in

Ghana

En 2009, le programme national d'éradication ghanéen a notifié 242 cas provenant de 52 villages. C'est la première fois que le nombre de cas au Ghana est tombé en dessous de 300, ce qui représente une réduction de 52% par rapport aux 501 cas signalés en 2008. Globalement, 98% des cas (236) ont été, selon les déclarations, signalés dans les 24 heures qui ont suivi l'apparition du ver, et 93% (226) d'entre eux ont été confinés avec succès.

En 2008, la région nord a comptabilisé la plus grande proportion de cas du pays. En 2009, elle totalisait représentait 98% des cas (237). Les 2% de cas restants (5) ont été signalés dans les régions d'Ashanti, de Brong-Ahafo et dans la région est. Fulfulso-Junction, dans le district du Gonja central dans la région nord, a fait état de 120 cas, soit 51% de l'ensemble des cas. En 2007, Fulfulso-Junction signalait un cas importé qui a semble-t-il été confiné; en 2008, la zone signalait 10 cas, avec un taux de confinement de 60%. Fulfulso-Junction est une zone carrefour sans source d'eau potable sûre. Globalement, 46 des 48 cas signalés comme étant importés de villages d'endémie à l'intérieur du Ghana venaient de Fulfulso-Junction.

Au total, 52 villages ont notifié des cas en 2009, soit une réduction de 60% par rapport aux 131 villages de 2008; seuls 19 villages (37%) ont signalé des cas autochtones; 33 villages (63%) n'ont déclaré que des cas importés. Au total, 111 villages qui avaient déclaré des cas en 2008 n'ont fait état d'aucun cas en 2009.

La majorité des cas ont eu lieu dans le groupe ethnique des Dagomba (59%), suivis par le groupe ethnique des Gonjas (29%) et des Chokosi (7%).

En moyenne, 82% (681) des 828 villages faisant l'objet d'une surveillance active ont présenté un rapport pour 9/12 mois de 2009. Le Ghana ne dispose pas d'un système de récompense pécuniaire pour la notification des cas de dracunculose. Le pays a déclaré un total de 5327 rumeurs de cas en 2009. Au total, 154 de ces rumeurs (3%) ont été signalées à partir de zones exemptes de dracunculose; 67 (44%) de celles-ci ont fait l'objet d'une enquête dans les 24 heures qui ont suivi leur notification, et 5 cas ont été confirmés.

Mali

Au cours de 2009, le programme d'éradication malien a signalé 186 cas de dracunculose dans 52 localités de 7 districts d'endémie, soit une baisse de 55% par comparaison aux 417 cas déclarés dans 69 localités en 2008. Globalement, 74% des cas (138) ont été signalés dans un délai de 24 heures, et 73% (135) ont, selon les notifications, fait l'objet d'un confinement.

La transmission a été interrompue dans 3 des 8 régions du Mali (Kayes, Koulikoro et Sikasso), mais les régions de Gao, Kidal, Segou, Mopti et Tombouctou ont notifié des cas autochtones au cours de l'année 2009.

L'ensemble des districts qui étaient auparavant des districts d'endémie, à l'exception de Gao, ont enregistré une baisse significative du nombre des cas signalés au cours de 2009, par comparaison à 2008. En revanche, une augmentation importante du nombre de cas a été observée dans le district de Gao dans la région de Gao et dans le district de Tenenkou dans la région de Mopti. À Gao, 80 cas ont été déclarés en 2009, par comparaison à 35 cas en 2008. Soixante six cas ont été comptabilisés

Smikit Iferwane; Tagaribouch and Smikit Iferwane accounted for 25% (47) of all cases reported in Mali in 2009. The Tenenkou district, which had reported no cases in 2008, reported 4 indigenous cases in 2009. The programme reported reintroduction of local transmission in 2 adjacent formerly endemic villages (Bougoura and Toundé, where the last cases occurred in 1974) in the Tenenkou district of the Mopti region.

The case-containment rate in the Gao district was 48% in 2008; in 2009, it remained relatively low at 66%. In 2008, Tagaribouch reported 1 case that was not contained, and Smikit Iferwane reported 5 cases, of which 2 were not contained.

In 2009, the Ansongo district reported 40 cases, with a case-containment rate of 88% compared with 78 cases in 2008. Similarly, reductions occurred in the Kidal district, which reported 26 cases with 62% case-containment compared with 65 cases in 2008. The Tessalit district reported 9 cases, all of which were contained, compared with 201 cases in 2008. The Gourma Rharous district reported 24 cases, 66% of which were contained, compared with 31 cases in 2008.

The majority of cases (95%) occurred among the Touareg ethnic group; other ethnic groups affected were the Bambara, Bobo, Peulh, Sonrhai and Tam.

Altogether, 43 villages that reported 259 cases in 2008 did not report cases in 2009; 26 villages that reported no cases in 2008 reported 55 cases in 2009.

A total of 91 cases were imported internally; 29 villages reported only imported cases (86 from another village or community).

A nationwide cash reward of CFA 5000 (about US\$ 10) is in place for voluntary reporting of cases. Mali reported a total of 107 rumours in 2009, of which Gao reported 56, Kidal 30, Tombouctou 9, Mopti 5, Bamako 4, Segou 2 and Kayes 1. All rumours were investigated; 40 cases were confirmed in Gao, 4 in Mopti and 1 in Segou.

Sudan

During 2009, transmission in Sudan was restricted to states in southern Sudan. States in northern Sudan have remained free of transmission since 2003. Southern Sudan's eradication programme reported 2733 cases from 1011 villages in 2009, a reduction of 24% from the 3618 cases reported in 2008, and a reduction of 19% in the number of villages reporting cases from 1243 in 2008. The overall case-containment rate in 2009 was 78%. This increase from the reported containment rate of 49% in 2008 is due to improvements in data compilation: previously, information on cases was lost when there was incomplete emergence of a worm during the month of reporting, even when the case was subsequently fully contained.

During 2009, 779 (29%) cases from 427/1011 (42%) villages were reported to have been imported from another endemic village.

dans la zone de Doro dans le district de Gao, dont 27 cas à Tagaribouch et 20 à Smikit Iferwane; Tagaribouch et Smikit Iferwane totalisaient 25% (47) de tous les cas signalés au Mali en 2009. Le district de Tenenkou, qui n'avait fait état d'aucun cas en 2008, a signalé 4 cas autochtones en 2009. Le programme a notifié la réintroduction de la transmission locale dans 2 villages autrefois endémiques adjacents (Bougoura et Toundé, où les derniers cas avaient eu lieu en 1974) dans le district de Tenenkou de la région de Mopti.

Le taux de confinement des cas dans le district de Gao était de 48% en 2008; en 2009, il est resté relativement bas à 66%. En 2008, Tagaribouch a fait état d'un cas qui n'a pu faire l'objet d'un confinement et Smikit Iferwane a signalé 5 cas, dont 2 n'ont pas fait l'objet d'un confinement.

En 2009, le district d'Ansongo a signalé 40 cas, avec un taux de confinement de 88%, par comparaison aux 78 cas de 2008. De même, des réductions du nombre de cas ont eu lieu dans le district de Kidal, qui a signalé 26 cas, avec un taux de confinement de 62%, contre 65 cas en 2008; et dans le district de Tessalit qui a déclaré 9 cas, dont tous ont fait l'objet d'un confinement, contre 201 cas en 2008. Le district de Gourma Rharous a notifié 24 cas, dont 66% ont été confinés, contre 31 cas en 2008.

La majorité des cas (95%) ont eu lieu dans le groupe ethnique des Touareg. D'autres groupes ethniques touchés ont été les Bambara, les Bobo, les Peulh, les Sonrhai et les Tam.

Globalement, 43 villages qui avaient notifié 259 cas en 2008 n'ont signalé aucun cas en 2009; inversement, 26 villages qui n'avaient signalé aucun cas en 2008 ont notifié 55 cas en 2009.

Quatre-vingt-onze cas au total ont été importés à l'intérieur du pays; 29 villages n'ont notifié que des cas importés (86 en provenance d'un autre village ou d'une autre communauté).

Un système de récompenses d'un montant de 5000 CFA (environ US\$ 10) a été mis en place à l'échelle du pays pour la notification volontaire des cas. Le Mali a fait état d'un total de 107 rumeurs de cas en 2009, parmi lesquels 56 venaient de Gao, 30 de Kidal, 9 de Tombouctou, 5 de Mopti, 4 de Bamako, 2 de Segou et 1 de Kayes. Toutes les rumeurs de cas ont fait l'objet d'une enquête; 40 cas ont été confirmés à Gao, 4 à Mopti et 1 à Segou.

Soudan

En 2009, au Soudan, la transmission a été limitée aux États du sud du pays. Les États du nord du Soudan sont toujours exempts de transmission depuis 2003. Le programme d'éradication au Sud-Soudan a signalé 2733 cas dans 1011 villages en 2009, soit une réduction de 24% par comparaison aux 3618 cas déclarés en 2008, et une réduction de 19% du nombre de villages notifiant des cas, qui étaient 1243 en 2008. Le taux global de confinement des cas en 2009 était de 78%. Cette augmentation, par rapport à un taux de confinement notifié qui était de 49% en 2008, est due à des améliorations dans la collecte des données: auparavant, l'information sur les cas était perdue lorsque l'apparition du ver au cours du mois de notification n'était pas complète, même lorsque le cas était ensuite entièrement confiné.

Au cours de 2009, 779 (29%) des cas provenant de 427 sur 1011 villages (42%) ont été déclarés comme ayant été importés d'un autre village d'endémie.

A total of 861 villages that reported cases in 2008 did not report any cases in 2009. However, 640 villages that reported 1351 cases in 2009 had not reported any cases in 2008; 121 of these had never reported a case.

During 2009, 88% of all cases (2402) were reported from the following counties: Tonj North (704 cases) and Tonj East (365 cases) in Warrab state; Awerial (415 cases) in the Lakes state; Kapoeta North (323 cases), Kapoeta East (249 cases) and Kapoeta South (103 cases) in the Eastern Equatoria state; Terekeka (243 cases) in the Central Equatoria state.

The majority of cases occurred in counties where the Dinka are the main ethnic group (62% of cases); the Taposa ethnic group accounted for 25% of cases; and about 10% of cases occurred in counties where there is a mixture of Bari, Mundari and Dinka ethnic groups. The remaining 3% of cases occurred mainly among the Jur and Nuer ethnic groups.

On average 88% of the expected monthly reports were submitted by the 10 539 villages under active surveillance in 2009. In the districts that reported no cases during the past 3 years, a total of 1732 rumours were received and investigated during 2009; 43 rumours were confirmed (cases identified).

Countries in the precertification phase

Seven countries are currently in the precertification phase of the eradication process, including Niger and Nigeria which reported no indigenous cases during 2009.

Burkina Faso

In 2006, Burkina Faso reported its last indigenous cases. During 2009, the programme reported 26 rumours; 24 rumours (92%) were investigated within 24 hours, and none was confirmed. A nationwide in-kind reward system exists for reporting (the person reporting the case receives a T-shirt, cap, sleeping mat, bedsheet and a bucket).

Chad

No cases have been reported in Chad since 2000, when 3 indigenous cases were detected by an external evaluation team. Chad reported 2 rumours in 2009; on investigation, no case of dracunculiasis was identified. On the advice of the international certification team, the International Commission for the Certification of Dracunculiasis Eradication which reviewed the application for elimination, has requested additional evidence on surveillance through the integrated disease surveillance and response system for detecting cases imported into Chad. Chad's national reward system distributes CFA 50 000 (about US\$ 100) for information on confirmed indigenous cases and CFA 25 000 (about US\$ 50) if the case is imported from outside Chad.

Côte d'Ivoire

The last 5 indigenous cases were reported in 2006. No indigenous case has been reported since then. A register

Au total, 861 villages qui avaient notifié des cas en 2008 n'en ont rapporté aucun en 2009. Toutefois, 640 villages qui ont signalé 1351 cas en 2009 n'avaient déclaré aucun cas en 2008; 121 de ceux-ci n'avaient jamais signalé de cas.

En 2009, 88% de tous les cas (2402) ont été notifiés dans les comtés suivants: Tonj North (704 cas) et Tonj East (365 cas) dans l'État de Warrab; Awerial (415 cas) dans l'État des Lacs; Kapoeta North (323 cas), Kapoeta East (249 cas) et Kapoeta South (103 cas) dans l'État d'Équatoria orientale; Terekeka (243 cas) dans l'État d'Équatoria central.

La majorité des cas ont eu lieu dans les comtés où les Dinka sont le principal groupe ethnique (62% des cas); le groupe ethnique des Taposa a comptabilisé 25% des cas; et environ 10% des cas ont eu lieu dans des comtés où l'on trouve à la fois les groupes ethniques Bari, Mundari et Dinka. Les 3% de cas restants sont survenus principalement parmi les groupes ethniques Jur et Nuer.

En moyenne, 88% des rapports mensuels escomptés ont été présentés par les 10 539 villages qui font l'objet d'une surveillance active en 2009. Dans les districts qui n'ont signalé aucun cas au cours des 3 dernières années, un total de 1732 rumeurs de cas ont été reçues et ont fait l'objet d'enquêtes au cours de 2009; 43 de ces rumeurs ont été confirmées comme étant des cas avérés.

Pays parvenus au stade de la précertification

Sept pays sont actuellement au stade de la précertification dans le cadre du processus d'élimination, dont le Niger et le Nigéria qui n'ont signalé aucun cas autochtone au cours de l'année 2009.

Burkina Faso

En 2006, le Burkina Faso a signalé ses derniers cas autochtones. Au cours de 2009, le programme a fait état de 26 rumeurs de cas; 24 de ces rumeurs (92%) ont fait l'objet d'une enquête dans les 24 heures qui ont suivi leur notification, et aucune n'a été confirmée. Un système de récompense en nature existe pour la notification des cas (la personne signalant le cas reçoit un tee-shirt, une casquette, une natte, un drap et un seau).

Tchad

Aucun cas n'a été signalé au Tchad depuis 2000, date à laquelle 3 cas autochtones étaient détectés par une équipe d'évaluation externe. Le Tchad a fait état de 2 rumeurs de cas en 2009. Après enquête, aucune de ces rumeurs n'a été confirmée comme étant un cas de dracunculose. Sur les conseils de l'équipe de certification internationale, la Commission internationale de Certification de l'Éradication de la Dracunculose, qui a examiné la demande en vue de la certification de l'élimination, a demandé des données factuelles supplémentaires sur la surveillance par l'intermédiaire du système intégré de surveillance des maladies et de riposte pour le dépistage des cas importés au Tchad. Le système de récompense mis en place au niveau national offre des récompenses de 50 000 CFA (environ US\$ 100) pour des informations sur des cas autochtones confirmés et de 25 000 CFA (environ US\$ 50) si le cas est confirmé comme ayant été importé au Tchad.

Côte d'Ivoire

Les 5 derniers cas autochtones ont été signalés en 2006. Depuis lors, aucun nouveau cas autochtone n'a été enregistré. Les rumeurs

records rumours and the outcomes of their investigation. There is a nationwide cash-reward system for reporting cases. A reward of CFA 15 000 (about US\$ 30) is offered to informants, to the case-worker and the health-worker if a case is confirmed. In 2009, Côte d'Ivoire reported 28 rumours, all of which were investigated. On investigation, no case of dracunculiasis was found.

Niger

During 2009, for the first time the eradication programme reported no indigenous cases. The last indigenous case emerged in October 2008 in the Tillabéri district. Niger interrupted transmission in 2008.

In 2009, the eradication programme reported 5 imported cases in 5 areas. Only 2 of the 5 imported cases were contained (1 each in Niamey Kowarame town and Tintihoune village). The remaining 3 imported cases (1 each in Diabéri, Niamey 2000 and Say villages) were not contained.

The first case detected in Niamey 2000 in the Niamey district was imported from Fulfulso-Junction in Ghana; the second case detected in Niamey Kowarame town was imported from the Ansongo district in Mali. The remaining 3 cases were detected in the Tillabéri region. Of these, 2 cases were reported in Tintihoune and Daïbéri localities, and the remaining case was reported in the Say locality in Say district in the Tillabéri Region. All 3 cases were alleged to have been imported from the Ansongo district of the Gao Region in Mali. In Tintihoune, 1 indigenous case emerged in October 2008 and was not contained. The Ansongo district in Mali reported indigenous cases in 2008 (40 cases) and 2009 (78 cases).

During 2009, the monthly reporting rate was 100% for 32 localities under active surveillance. A nationwide cash reward of CFA 5000 (about US\$ 10) is in place for voluntary reporting of cases. The eradication programme reported 226 rumours of suspected cases during 2009, none of which, apart from the 5 cases reported above, was confirmed as dracunculiasis. Altogether, 90% (202) of the rumours were investigated within 24 hours.

Nigeria

In 1998, Nigeria reported >650 000 cases; in 2009, Nigeria reported no cases after interrupting transmission in 2008. During 2008, Nigeria reported 38 cases that were fully contained. The last indigenous case emerged in November 2008.

During 2009, the programme reported 238 rumours compared with 526 rumours reported during 2008. In 2009, 98% (49/50) of the villages under active surveillance had reported monthly. There is a nationwide cash-reward system of NGN 10 000 for reporting a case which is confirmed as a case of dracunculiasis.

The integrated disease surveillance and response system was introduced in Nigeria in 2000. At the request of the Nigeria Guinea Worm Eradication Programme, WHO carried out an independent evaluation with external experts in February 2010. The evaluation concluded that

de cas ainsi que les résultats des enquêtes menées sont consignés dans un registre. Il existe un système national de récompense pécuniaire pour la notification des cas. Une récompense de 15 000 CFA (environ US\$ 30) est offerte aux informateurs, à l'enquêteur et à l'agent de santé si un cas est confirmé. En 2009, la Côte d'Ivoire a fait état de 28 rumeurs de cas dont toutes ont fait l'objet d'une enquête, qui n'a révélé aucun cas de dracunculose.

Niger

Au cours de 2009, pour la première fois, le programme d'éradication n'a signalé aucun cas autochtone. Le dernier cas autochtone est apparu en octobre 2008 dans le district de Tillabéri. Le Niger a mis fin à la transmission en 2008.

En 2009, le programme d'éradication a signalé 5 cas importés dans 5 zones. Seuls 2 des cas sur les 5 cas importés ont fait l'objet d'un confinement (un dans la ville de Niamey Kowarame et un autre dans le village de Tintihoune). Les 3 cas importés restants (1 respectivement dans les villages de Diabéri, Niamey 2000 et Say) n'ont pu être confinés.

Le premier cas diagnostiqué à Niamey 2000 dans le district de Niamey était importé de Fulfulso-Junction au Ghana; le second cas diagnostiqué dans la ville de Niamey Kowarame était importé du district d'Ansongo au Mali. Les 3 cas restants ont été diagnostiqués dans la région de Tillabéri. Parmi ceux-ci, 2 cas ont été signalés dans les localités de Tintihoune et Daïbéri, et le cas restant a été notifié dans la localité de Say dans le district de Say dans la région de Tillabéri. Les 3 cas sont supposés avoir été importés du district d'Ansongo dans la région de Gao au Mali. À Tintihoune, 1 cas autochtone est apparu en octobre 2008 et n'a pas fait l'objet d'un confinement. Le district d'Ansongo au Mali a notifié des cas autochtones en 2008 (40 cas) et 2009 (78 cas).

Au cours de 2009, le taux de notification mensuel a été de 100% pour les 32 localités faisant l'objet d'une surveillance active. Un système de récompense s'élevant à 5000 CFA (environ US\$ 10) a été mis en place à l'échelle nationale pour la notification volontaire des cas. Le programme d'éradication a fait état de 226 rumeurs de cas suspectés au cours de 2009, dont aucune – mis à part les 5 cas mentionnés plus haut – n'a été confirmée comme un cas de dracunculose. Globalement, 90% (202) des rumeurs ont fait l'objet d'une enquête dans les 24 heures.

Nigéria

En 1998, le Nigéria notifiait plus de 650 000 cas; en 2009, le Nigéria n'a fait état d'aucun cas après l'interruption de la transmission en 2008, aucun cas n'a été signalé dans le pays. Au cours de 2008, le Nigéria a déclaré 38 cas qui ont été pleinement confinés. Le dernier cas autochtone est apparu en novembre 2008.

Au cours de 2009, le programme a signalé 238 rumeurs de cas, contre 526 en 2008. En 2009, 98% des villages (49/50) faisant l'objet d'une surveillance active ont transmis des rapports mensuels. Il existe un système national de récompense pécuniaire (10 000 NGN) par cas notifié ayant été confirmé comme étant un cas de dracunculose.

Le système intégré de surveillance des maladies et de riposte a été mis en place au Nigéria en 2000. À la demande du programme nigérian d'éradication du ver de Guinée, l'OMS a mené à bien une évaluation indépendante en faisant appel à des experts extérieurs en février 2010. L'évaluation a conclu que

although transmission appears to have been interrupted in Nigeria, the possibility that cases were missed during the past 1–2 years must be ruled out in foci where rumours later occurred, by establishing an effective surveillance mechanism and strengthening the reporting system in dracunculiasis-free areas using the integrated surveillance and response system.

Kenya

Kenya reported no cases during 2009. The last time Kenya reported cases was in 1994. There is no reward system in Kenya. No rumours were reported during 2009. Through the health management information system and integrated disease surveillance and response system, only 4 districts reported that they had no cases.

Togo

Togo has not reported any indigenous or imported cases since 2006 when 25 indigenous cases were reported. There is a nationwide cash-reward system for reporting. The reward was CFA 10 000 (about US\$ 20) but has been increased in 2010 to CFA 20 000 (about US\$ 40). In 2009, Togo reported 11 rumours; on investigation, none of these rumours was confirmed as a case.

Editorial note. The 2009 target date for dracunculiasis eradication – set in 2004 by endemic countries and their partners – having passed, it is time to take stock and move forward with additional efforts to achieve eradication. Eradication is within reach for a disease for which there is no diagnostic test for preclinical detection, no vaccine to immunize at-risk communities, and no drug to kill any stage of the parasite. Eradication can be achieved, as has been demonstrated by 16 of 20 endemic countries that have successfully eliminated dracunculiasis. And 3 more countries are close to reaching the elimination goal (interruption of transmission).

As a full-scale programme could be implemented in southern Sudan only since 2006, after the signing of the comprehensive peace agreement, good and consistent progress has been made, limiting transmission to only 24 counties in southern Sudan; however, with 2733 cases occurring in 2009, the elimination goal is still a few years away. It took countries with a similar number of cases 6–12 years to achieve elimination. However, as the rate of decline varies among countries, it may not take Sudan 6 more years to eliminate dracunculiasis given the government's commitment and the focus of most global resources on elimination in southern Sudan. The major risk to elimination is episodes of insecurity.

The keys to eradication in all endemic countries will be surveillance and case containment. Programmes have reported an increasing proportion of imported cases, and villages that are reporting only cases imported from elsewhere. Most of these villages are located within districts that have reported cases during the past 3 years; however, a small proportion have been reported from districts that were free of transmission during the past 3 years.

bien que la transmission semble avoir été interrompue au Nigéria, il convient d'éliminer la possibilité de cas ayant échappé à la surveillance au cours des 2 dernières années dans les localités où des rumeurs ont par la suite été recensées, en établissant un système de surveillance efficace et en renforçant le système de notification dans les zones exemptes de dracunculose, au moyen du système intégré de surveillance et de riposte.

Kenya

Le Kenya n'a notifié aucun cas au cours de l'année 2009. Les derniers cas signalés au Kenya remontent à 1994. Il n'existe pas de système de récompense au Kenya. Au cours de 2009, aucune rumeur de cas n'a été rapportée. Seuls 4 districts ont déclaré qu'ils ne comptabilisaient aucun cas par l'intermédiaire du système d'information pour la gestion sanitaire et du système intégré de surveillance des maladies et de riposte.

Togo

Le Togo n'a signalé ni cas autochtones ni cas importés depuis 2006, année au cours de laquelle 25 cas autochtones avaient été notifiés. Il existe à l'échelle nationale un système de récompense pour la notification des cas présumés. La récompense était de 10 000 CFA (environ US\$ 20) mais est passée en 2010 à 20 000 CFA (près de US\$ 40). En 2009, le Togo a fait état de 11 rumeurs de cas; après enquête, aucun de ces cas n'a été confirmé.

Note de la rédaction. La date cible de 2009 pour l'éradication de la dracunculose – fixée en 2004 par les pays d'endémie et leurs partenaires – étant échue, il convient de dresser un bilan de la situation et de poursuivre les efforts afin de parvenir à l'éradication. Une éradication qui est envisageable alors qu'il s'agit d'une maladie pour laquelle il n'existe pas de test de diagnostic permettant de la dépister au cours du stade préclinique, pas de vaccin pour protéger les communautés à risque et aucun médicament permettant de tuer le parasite à quelque stade que ce soit. Comme l'ont montré 16 des 20 pays d'endémie qui ont réussi à éliminer la maladie, l'éradication est possible. Trois autres pays sont sur le point d'atteindre cet objectif de l'élimination.

Depuis qu'un programme de grande ampleur a pu être mis en œuvre au Sud Soudan, en 2006 seulement, après la signature d'un accord de paix global, des progrès satisfaisants et réguliers ont été faits, la transmission se limitant à 24 comtés seulement au sud du pays; toutefois, avec 2733 cas signalés en 2009, l'objectif de l'élimination est encore éloigné de quelques années. Il a fallu 6 à 12 ans aux pays ayant un nombre semblable de cas pour parvenir à l'élimination. Toutefois, étant donné que le rythme de diminution du nombre de cas varie d'un pays à l'autre, il ne faudra pas nécessairement 6 ans supplémentaires au Soudan pour éliminer la dracunculose, compte tenu de l'engagement du Gouvernement, de l'intérêt porté et des ressources consacrées au niveau mondial à l'élimination dans le sud du pays. Le principal risque réside dans les périodes d'insécurité.

La surveillance et le confinement des cas sont les clés de l'éradication dans tous les pays d'endémie. Les programmes ont fait état d'une proportion accrue de cas importés, et de villages signalant uniquement des cas importés d'ailleurs. La plupart de ces villages sont situés dans des districts qui ont fait état de cas au cours des 3 dernières années; toutefois, une petite proportion de ces cas a été notifiée dans les districts qui étaient exempts de transmission au cours des 3 dernières années.

While a vertical structure for dracunculiasis surveillance is neither recommended nor feasible, a greater emphasis on passive surveillance integrated with existing disease surveillance networks should be developed. Since most surveillance networks are facility-based, their links to the community need to be established by instituting widely publicized reward systems for the voluntary reporting of cases. This should be supplemented with active surveillance in endemic areas and areas where there is a high risk of importation in order to detect and contain every case within 24 hours of the emergence of a worm. While in 80% of cases only a single worm emerged, 20% had multiple worms (unpublished data from countries' reports). At this crucial juncture programmes need to focus on the emergence of each worm and ensure complete containment of all cases. ■

WHO Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on immunization: request for nominations

WHO is soliciting proposals for nominations for current vacancies on its Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on immunization. Nominations for members from all regions are required to be submitted no later than 4 June 2010. Nominations are particularly solicited from the WHO African and South-East Asian regions. Nominations will then be carefully reviewed by the SAGE membership selection panel, which will propose the selection of nominees to the WHO Director-General for appointment. The selection panel will also propose the pre-selection of other nominees to be appointed when vacancies arise.

SAGE is the principal advisory group to WHO for vaccines and immunization. SAGE reports directly to the Director-General and advises WHO on overall global policies and strategies, ranging from vaccine and technology research and development, to delivery of immunization and its linkages with other health interventions. Its remit is not restricted to childhood immunization but extends to all vaccine-preventable diseases as well as all age groups¹.

Members are acknowledged experts with an outstanding record of achievement in their own field and an understanding of the immunization issues covered by the group. Consideration is given to ensuring appropriate geographic representation and gender balance.

Instructions for nominations are available at the following link http://www.who.int/immunization/sage_nominations/en/index.html ■

¹ See <http://www.who.int/immunization/sage/en/>

Tandis qu'une structure verticale pour la surveillance de la dracunculose n'est ni recommandée ni envisageable, il convient de mettre davantage l'accent sur la surveillance passive intégrée aux réseaux de surveillance des maladies existants; étant donné que la plupart des réseaux de surveillance sont situés dans des centres de soins, des liens avec les communautés doivent être mis en place en instituant des systèmes de récompense faisant l'objet d'une large publicité afin d'inciter à la notification volontaire des cas; ceux-ci doivent être complétés par une surveillance active dans les villages d'endémie et dans les zones où le risque d'importation est élevé, afin de dépister et de confiner chaque cas dans les 24 heures qui suivent l'apparition du ver. Tandis que dans 80% des cas un seul ver apparaît, dans les 20% restants, ce sont de multiples vers qui apparaissent (données non publiées provenant des rapports des pays). À ce stade crucial de l'éradication, les programmes doivent centrer leurs efforts sur l'apparition de chaque ver et veiller à un confinement complet de tous les cas. ■

Le Groupe Stratégique Consultatif d'Experts (SAGE) de l'OMS sur la vaccination: appel aux candidatures

L'OMS sollicite des propositions de candidatures concernant des postes à pourvoir pour son Groupe Stratégique Consultatif d'Experts (SAGE) sur la vaccination. Les nominations doivent être soumises au plus tard pour le 4 juin 2010. Les candidatures sont particulièrement sollicitées pour des experts provenant des Régions Afrique et Asie du Sud-Est de l'OMS. Les candidatures seront étudiées avec soin par le comité de sélection des membres de SAGE qui proposera une sélection de candidats au Directeur général de l'OMS afin de combler les postes vacants. Le comité de sélection proposera aussi des sélections de candidats pour des sièges devenant vacants dans le futur.

SAGE est le principal groupe consultatif de l'OMS pour les vaccins et la vaccination. SAGE rend directement compte au Directeur général et conseille l'OMS sur les stratégies et les politiques mondiales de vaccination, allant de la recherche et du développement à l'administration des vaccins, incluant les liens avec d'autres interventions sur la santé. Le mandat du groupe n'est pas limité à la vaccination des enfants. Il s'étend à toutes les maladies évitables par la vaccination et à toutes les tranches d'âge.¹

Les membres du groupe sont des experts reconnus pour leurs accomplissements exceptionnels dans leurs domaines respectifs et possédant une bonne compréhension de l'ensemble des sujets couverts par le groupe. La représentation géographique et la parité hommes-femmes sont traitées de manière équitable.

Les instructions concernant les candidatures peuvent être consultées à l'adresse suivante: http://www.who.int/immunization/sage_nominations/en/index.html. ■

¹ Voir <http://www.who.int/immunization/sage/en/>