



Date: Juin 28, 2002



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

Sujet: RESUME DE LA DRACUNCULOSE #124

A: Destinataires

### **Quoi de neuf en 2002 ? Utiliser les soins de santé primaires pour arrêter la transmission des patients des patients de la dracunculose**

Ces dix dernières années, les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose, en dehors du Soudan, ont réduit constamment l'incidence de la dracunculose – en 2001, seuls 14 246 cas étaient notifiés de la part de 12 pays endémiques. Ainsi, en sommes-nous aux étapes finales de la campagne, si on ne tient pas compte du Soudan, et c'est la raison pour laquelle nous devons trouver des manières d'améliorer l'efficacité de l'endiguement pour éviter toute transmission provenant de ceux atteints du ver de Guinée. L'année dernière, nous avons publié un éditorial (Voir Résumé de la dracunculose # 113, juin 2001, pages 2 à 4) avançant certains des arguments irréfutables sur le plan biologique, épidémiologique, opérationnel et économique en faveur d'un tel assaut final. Le présent éditorial constitue un autre appel aux responsables des ministères de la santé dans les pays endémiques afin d'encourager le système des soins de santé primaires à fournir des soins médicaux au plus grand nombre possible de patients, surtout pendant les 4 à 7 premiers jours après l'émergence du ver de Guinée et pour encourager simultanément les patients avec le ver de Guinée d'aller se faire soigner avant l'apparition du ver ou dans les 24 heures qui suivent son émergence.

L'avantage pour les patients est le suivant : de bons soins médicaux peuvent réduire la gravité et la durée de la maladie, leur permettant ainsi de reprendre le travail ou de retourner à l'école plus vite. Et pour les programmes d'éradication de la dracunculose, l'avantage est le suivant : la prestation rapide de soins aux patients permet d'éviter qu'ils ne contaminent les points d'eau et, partant, met fin à la transmission de leur infection à d'autres personnes. Tel est bien l'objectif de cette campagne qu'il faut chercher à atteindre rapidement et avec un sentiment d'urgence. Si les programmes d'éradication de la dracunculose ne peuvent pas installer des points d'eau salubre dans les communautés endémiques mais davantage recommander et préconiser que de tels services soient fournis par d'autres, il en va de même du système des soins de santé primaires et d'autres dispensaires avec du personnel des organisations non gouvernementales. Le rôle du programme d'éradication consiste là-aussi à encourager et à demander que de telles structures fournissent un traitement et aident à isoler les personnes atteintes de la dracunculose.

L'isolement physique des personnes infectées afin d'éviter que la maladie ne se propage à d'autres personnes est un principe de santé publique qui a fait ses preuves depuis longtemps et qui ferait avancer le combat le menant plus loin : Pour arrêter la transmission maintenant. Mais si l'on veut qu'ils soient efficaces, ces programmes doivent vérifier que les patients du ver de Guinée recherchent volontairement de tels soins, aussi rapidement que possible (de préférence juste avant que les vers ne commencent à émerger), aussi longtemps que nécessaire, en s'assurant par ailleurs que de tels services soient dispensés au plus grand nombre possible de patients atteints du ver de Guinée.

Exception faite du Soudan, le nombre de cas qui se présente actuellement est gérable dans la plupart des régions. Partout où existent des dispensaires ou structures de soins de santé primaires, il faudrait les utiliser. Dans les zones endémiques qui ne sont pas proches d'un dispensaire ou d'un autre centre de soins de santé primaires, les communautés devraient faire ce que les villageois ont fait spontanément par le passé pour la variole : construire des abris temporaires et apporter aux patients qui s'y trouvent de la nourriture, de l'eau et des soins médicaux. La qualité du séjour doit être telle que les patients du ver de Guinée souhaiteront se rendre dans de telles cases. L'expérience doit être positive. En effet, de même qu'une mauvaise expérience va laisser des traces et repousser les gens qui ne voudront pas venir, une bonne expérience encouragera d'autres à venir chercher de tels soins et soulager leur douleur.

L'Ouganda et l'Ethiopie sont deux pays qui ont utilisé, ces dernières années, des « cases d'endiguement » à cette fin avec des résultats favorables. Le Togo ouvre la voie en Afrique de l'Ouest en ce qui concerne l'adoption de ce concept. Depuis l'ouverture de son premier centre d'endiguement dans le district d'Ogou en août 2001, le Programme d'éradication de la dracunculose au Togo a identifié 12 centres supplémentaires, couvrant huit des douze districts où la maladie est la plus endémique dans le pays. Un centre a été débordé par un trop grand nombre de patients pendant la dernière saison de transmission pic mais les autres, par contre, essentiellement des centres de santé, des dispensaires ou des hôpitaux de district, indiquent tous qu'ils sont en mesure de prendre en charge les patients atteints du ver de Guinée tout en continuant à soigner les autres patients. Jusqu'à présent, cette année (jusqu'en mai), seuls 28% des 436 cas ont été isolés dans de tels centres, mais cette proportion devrait augmenter très nettement. Le Ghana et le Nigeria ont également ajouté cette stratégie à leurs interventions.

### DERNIÈRES INFORMATIONS SIGNALÉES

Le tableau 1 indique le nombre de cas de dracunculose signalés jusqu'à présent en 2002 par chaque pays où la maladie est endémique et la figure 1 montre les réductions en pourcentage de cas autochtones notifiés pendant des périodes comparables en 2001 et en 2002. Les données obtenues jusqu'à présent sur l'état d'avancement des interventions dans chaque pays endémique sont présentées sur le tableau 2. La figure 2 indique les tendances concernant le nombre de cas de dracunculose signalés depuis 1989 du Nigeria, du Ghana et de l'Ouganda, trois pays les plus endémiques au début de la campagne. Le tableau 3 présente le nombre d'importations et d'exportations signalées de cas de dracunculose par mois et pays d'origine.

### EN BREF

**Burkina Faso.** En mai, le Conseil des Ministres a cité les progrès réalisés par le Programme national d'éradication de la dracunculose et a félicité officiellement le coordinateur du programme national, le Docteur Dieudonné Sankara pour son bon travail ! La conseillère technique de Global 2000, Mme Leslie Blanton est arrivée en mai pour aider le programme d'éradication dans le district de Gorom-Gorom pendant la saison de transmission pic.

**Le Soudan** signale ZERO cas autochtone dans les états au Nord en avril 2002 ! L'année dernière en avril 2001, trois cas autochtones étaient signalés. Trois cas importés ont été dépistés dans les Etats au Nord en mai 2001 et les trois ont été endigués.

**Ghana.** Global 2000/le Centre Carter a nommé Mme Nwando Diallo comme la nouvelle conseillère technique résidente. Elle est arrivée dans le pays le 9 juin et prendra officiellement ses nouvelles fonctions le 1<sup>er</sup> juillet 2002. Mme Diallo a fait ses études à l'Université de Princeton. Elle a travaillé comme responsable de programme dans le service du Directeur technique de Global 2000, Dr Ernesto Ruiz, de 1998 à 2002. Elle a également été consultante résidente pour le programme d'éradication en Côte d'Ivoire pendant six mois. Son prédécesseur au Ghana, M. Emmanuel Puplampu, retournera aux Centers for Disease Control and Prevention.

**Nigeria :** Le Général (Dr) Yakubu Gowon a fait des visites de suivi dans les Etats du Niger, d'Oyo et d'Ogun, le 16 et le 23-24 mai respectivement. Le Programme d'éradication de la dracunculose au Nigeria a organisé sa première réunion du Comité directeur en 2002, à Ikoyi, dans l'Etat d'Oyo, du 21 au 22 mai. Le NIGEP a également tenu une réunion inter-frontalière avec le Cameroun à Mora au Cameroun le 23 mai. Les petites réductions dans le nombre de cas notifiés par le programme nigérian en avril et en mai 2002, comparés à l'année dernière, sont dues essentiellement à l'accroissement de cas dans les deux états centraux, Niger et Benue, lors de ces mêmes mois.

**Niger.** Le chef de l'Etat, l'Honorable Mamadou Tanja a enregistré des messages en Hausa parlant de la prévention de la dracunculose et de l'état d'avancement de la campagne au Niger lors d'une visite faite, le 31 mai, à un village où la dracunculose est endémique (Kissambana) dans la région de Zinder. Les messages seront diffusés par le programme Voice of America. Le 10 juin, le Ministre de la Santé du Niger, l'Honorable Ibrahim Komma a écrit au coordinateur du programme national, M.Sadi Moussa, le félicitant des progrès et de la « qualité remarquable du travail » réalisé par le Programme d'éradication de la dracunculose au Niger.

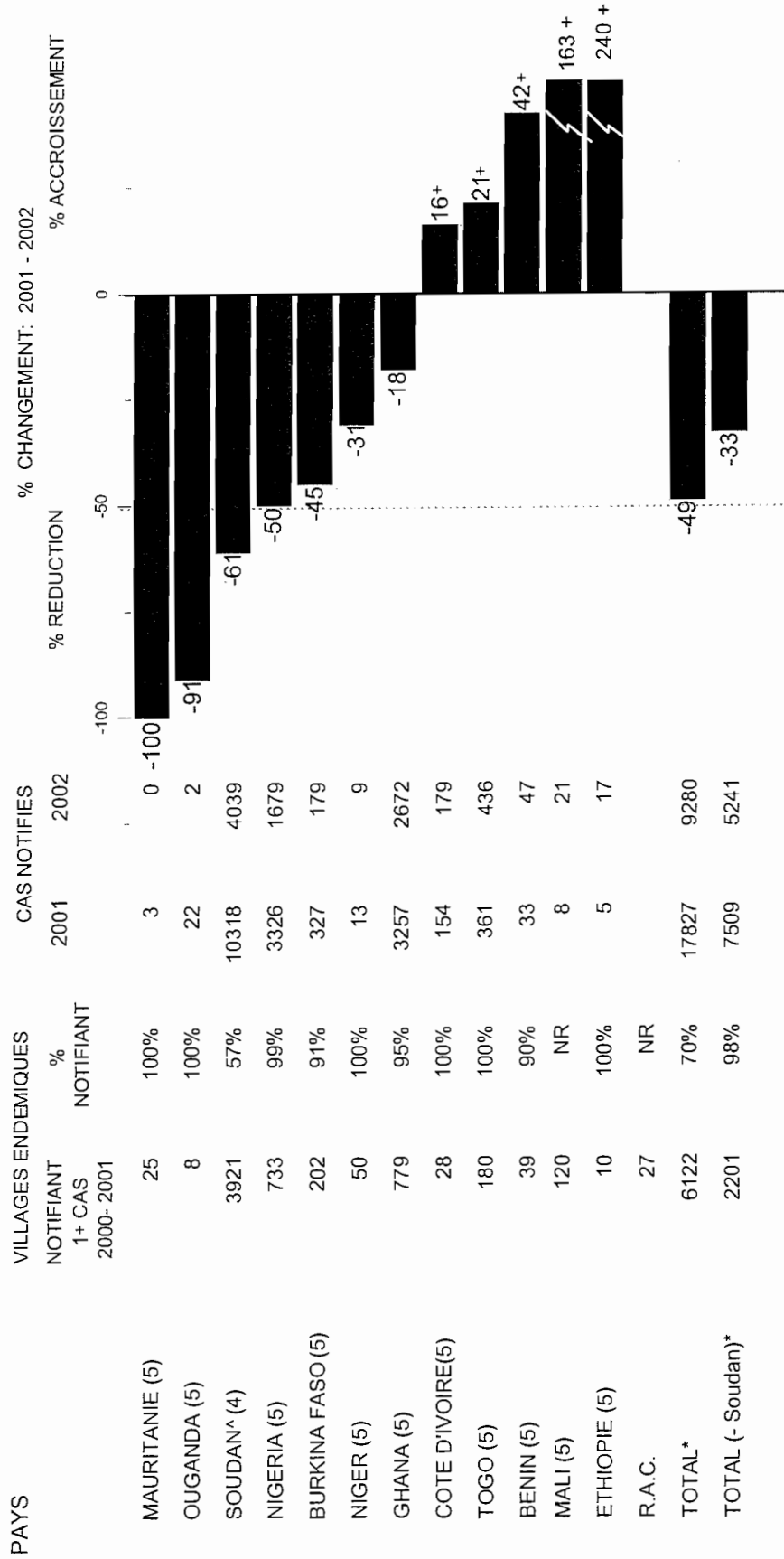
Tableau 1

**NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 2002\***  
 (PAYS DISPOSES EN ORDRE DECREISSANT DE CAS EN 2001)

Pays	Nombre de cas endigués/hombre de cas notifiés												total *
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	
Soudan	632 / 1074	534 / 1022	459 / 800	590 / 1143	/	/	/	/	/	/	/	/	2215 / 4039
NIGERIA	350 / 647	195 / 336	148 / 220	152 / 232	205 / 244	/	/	/	/	/	/	/	1050 / 1679
GHANA	497 / 744	389 / 680	303 / 412	283 / 367	291 / 469	/	/	/	/	/	/	/	1763 / 2672
BURKINA FASO	147 / 189	70 / 98	18 / 40	12 / 24	32 / 85	/	/	/	/	/	/	/	279 / 436
NIGER	8 / 10	27 / 30	21 / 22	23 / 33	67 / 84	/	/	/	/	/	/	/	146 / 179
TOGO	4 / 5	4 / 5	4 / 5	0 / 0	1 / 6	/	/	/	/	/	/	/	13 / 21
MALI	6 / 6	0 / 0	0 / 0	0 / 0	4 / 4	/	/	/	/	/	/	/	10 / 10
COTE D'IVOIRE	90 / 91	52 / 52	23 / 24	9 / 9	1 / 3	/	/	/	/	/	/	/	175 / 179
BENIN	28 / 28	8 / 11	7 / 8	5 / 5	1 / 1	/	/	/	/	/	/	/	49 / 53
MAURITANIE	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0
UGANDA	0 / 0	0 / 0	1 / 1	1 / 1	3 / 3	/	/	/	/	/	/	/	5 / 5
ETHIOPIE	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0
R.C.A.	0 / 0	0 / 0	1 / 1	2 / 5	10 / 14	/	/	/	/	/	/	/	13 / 20
KENYA	/	/	/	2 / 2	/	/	/	/	/	/	/	/	2 / 2
TOTAL*	1762 / 2794	1279 / 2234	985 / 1533	1079 / 1821	615 / 913	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	5720 / 9295
% cas endigués	63	57	64	59	67								62

\* Provisoire  
 Les cellules grises dénotent zéro cas autochone notifié. Les nombres indiquent combien de cas importés ont été notifiés et endigués lors de ce mois.  
 L'Ouganda a notifié 1 cas importé du Soudan en mars et 2 en mai.  
 L'Ethiopie a notifié 1 cas importé du Soudan en mars et 2 en mai.  
 Le Kenya a notifié 2 cas importés du Soudan en avril.

## POURCENTAGE DE VILLAGES ENDEMIQUES NOTIFIANT ET CHANGEMENT EN POURCENTAGE DANS LE NOMBRE DE CAS AUTOCHTONES DE DRACUNCULOSE EN 2001 ET EN 2002\*, PAR PAYS



\* Provisoire  
 2 523 (31%) des 8 269 villages endémiques ne sont pas accessibles au programme  
 4) indique les mois pour lesquels les comptes rendus ont été reçus, à savoir janvier à avril 2002  
 PCR Pas de compte rendu

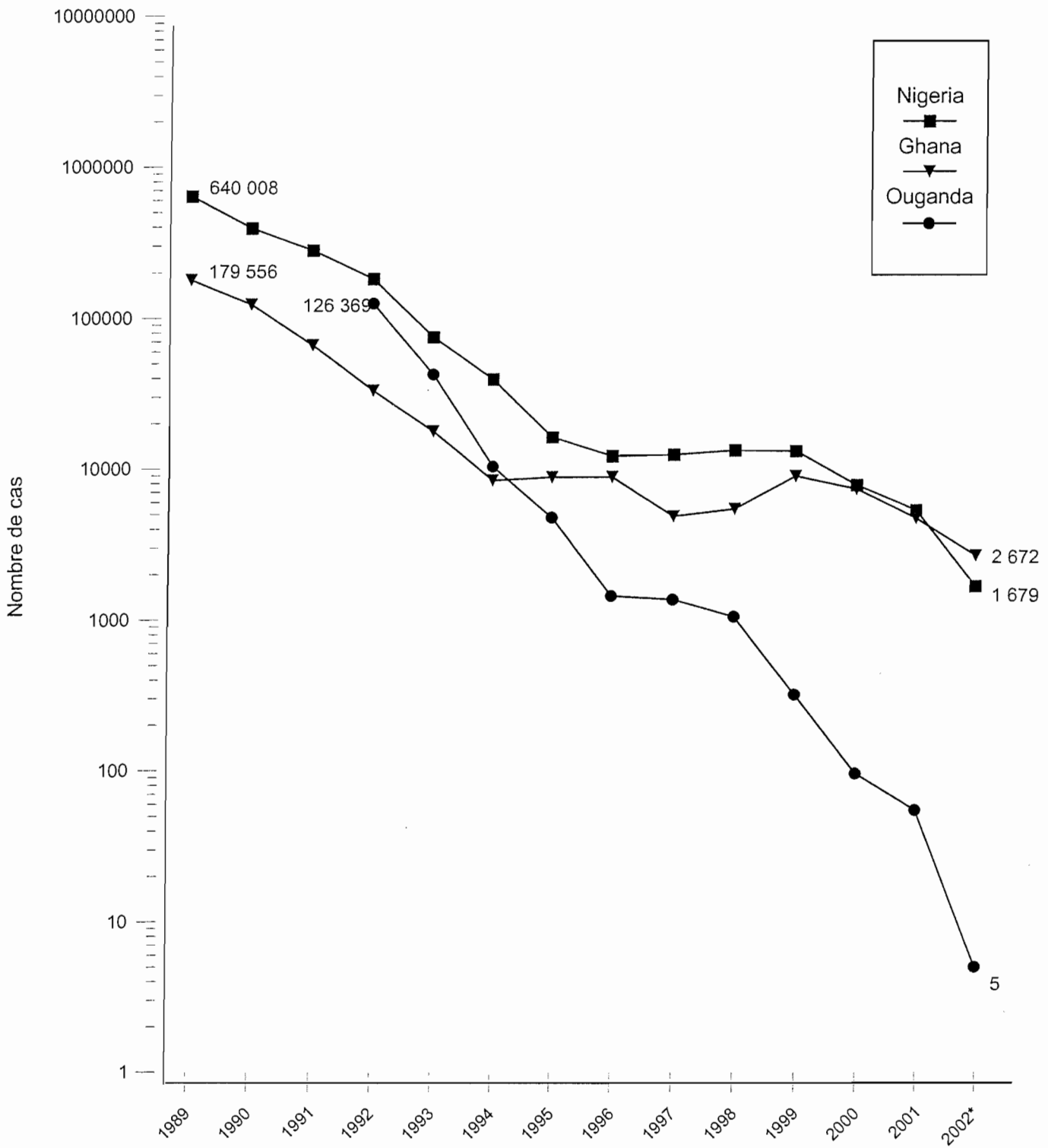
Tableau 2  
Campagne d'éradication de la dracunculose : Etat d'avancement des interventions en 2002

Pays	Nb de cas notifiés en 2002	Nombre de villages notifiant 1 cas ou plus en 2001	Pourcentage de villages endémiques				a fourni une éducation sanitaire	% de cas endigués
			avec filtres dans 100% des ménages	utilisant l'abate	avec un point d'eau potable ou plus			
Soudan (4)	4039	3921	45%	1%	62%	56%	55%	
Nigeria (5)	1679	733	96%	27%	53%		84%	
Ghana (5)	2667	799	59%	17%	31%	65%	66%	
Togo (5)	436	180	93%	86%			38%	
Burkina Faso (5)	176	202	56%	24%	82%	64%	80%	
Mali (5)	21	120	33%	0%	24%	100%	17%	
Niger (5)	10	50	80%	0%	59%	100%	100%	
Cote d'Ivoire (5)	179	28	65%	65%	65%	70%	33%	
Bénin (5)	53	39	78%	80%	80%	80%	100%	
Mauritanie (5)	0	25						
Ouganda (5)	5	8	77%	54%	65%		100%	
Ethiopie (5)	20	10	73%	60%	47%	100%	71%	

\* Provisoire

(5) indique les mois pour lesquels des comptes rendus ont été reçus, par exemple de janvier à mai 2002  
Les espaces en blanc indiquent que des données actuelles n'étaient pas disponibles. Les coordinateurs des programmes nationaux doivent se rappeler de leurs obligations et faire un compte rendu du statut de toutes les interventions chaque mois, outre la notification du nombre de cas dépistés et endigués.

Figure 2  
 Nombre de cas de dracunculose signalés depuis 1989 des programmes d'éradication de la dracunculose au Ghana, au Nigeria et en Ouganda



\* Provisoire janvier à mai 2002

## REUNIONS

L'examen des programmes pour 2002 concernant les pays francophones où la dracunculose est endémique (Bénin, Burkina Faso, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Mali, Mauritanie, Niger, Togo) se tiendra du 28 au 30 octobre à Nouakchott en Mauritanie.

La 43<sup>e</sup> Réunion du Groupe de coordination inter-organisations pour l'éradication de la dracunculose s'est tenue le 20 juin au siège de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID). Des représentants de l'USAID, de l'OMS, de l'UNICEF, de la Banque mondiale, du Centre Carter et des CDC ont participé. La 5<sup>e</sup> Réunion du Comité du Don Gates pour la dracunculose, comptant des représentants de l'OMS, de l'UNICEF, de la Banque mondiale et du Centre Carter, a lieu immédiatement après.

## ACTIVITÉS DE CERTIFICATION



Des membres du personnel de l'OMS ont fait des visites récemment en République centrafricaine (Dr Alhousseini Maiga), en Ethiopie (Dr Ahmed Tayed) et en Ouganda (Dr Tayeh) afin d'aider le programme national de lutte contre la dracunculose. Le Dr Maiga se rendra prochainement en Mauritanie et le Dr Tayed rendra visite au Yemen pour concourir aux préparations pour une éventuelle certification. Des visites officielles par des équipes internationales de certification sont prévues plus tard cette année pour le Sénégal et le Yémen en 2003. L'OMS a demandé des rapports de pays de l'Angola, du Cameroun, du Congo, de la République démocratique du Congo, du Libéria, du Gabon, de la Guinée, de la Guinée Bissau, de Madagascar et de la Sierra Léone. La prochaine réunion (5<sup>e</sup>) de la Commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose est prévue, à titre préliminaire, pour novembre 2003.

## PUBLICATIONS RÉCENTES

Anonymous, 2002. Final Push for Guinea worm eradication. Sudanow Avril (cover story)

WHO 2002. Report on the status of the dracunculiasis eradication campaign in 2001. Genève : Organisation mondiale de la Santé. WHO/CDS/CPE/CEE/2002.30

Zhu W., Baggerman G., Secor WE., Casares F., Pryor SC., Fricchione GL., Ruiz-Tiben E., Eberhard NL., Bimi L., Stefano GB., 2002. *Dracunculus medinensis* and *Schistosoma mansoni* contain opiate alkaloids. Annals of Tropical Medicine & Parasitology. 96(3) : 309-316.

Tableau 3

### Campagne d'éradication de la dracunculose Importations et exportations signalées de cas de dracunculose : 2002

De	»»»	à	Mois et nombre de cas importés							Nombre de cas exportés			
			janv	fev	mars	avr	mai	juin	juil		Total		
Soudan	»»»	Ethiopie			1		2			3	Soudan = 8		
Soudan	»»»	Kenya				2			2				
Soudan	»»»	Ouganda				1	2			3			
Togo			»»»	Bénin			4				4	Togo = 4	
Ghana			»»»	Bénin			1	1			2	Ghana = 2	
Nigeria			»»»	Niger				1			1	Nigeria = 1	
Total					0	0	6	4	5	0	0	15	

\* Provisoire

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.