

Date: 12 janvier 2010

Du: Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche et l'éradication en matière de dracunculose

Sujet: RÉSUMÉ DE LA DRACUNCULOSE#1

A: Destinataires

LE NIGERIA A GAGNÉ: ZÉRO CAS EN GUINÉE

A la fin de décembre 2009, Nigeria a achevé son éradication de la dracunculose (maladie du ver de Guinée), son premier pays à le faire après des siècles et des générations de souffrance. Le Nigeria abritait le plus grand nombre de dracunculose dans le monde, avec plus de 5 000 cas dans 5 879 villages en 1988/89, le Nigeria célèbre à présent ce triomphe alors que le pays se prépare également pour le jubilé d'or de son indépendance (50^e anniversaire en 2010). Le dernier patient nigérian avait été une femme de 65 ans vivant dans le sud-est du Nigeria (État d'Enugu Est de l'état d'Enugu et dont le ver avait été découvert pour la première fois en 1981). Son village avait connu une flambée de cas le 11 novembre 2008. Son village avait connu une flambée de cas découverte en 2006 et avait continué en 2007 avant de s'éteindre en novembre 2008.

Figure 1

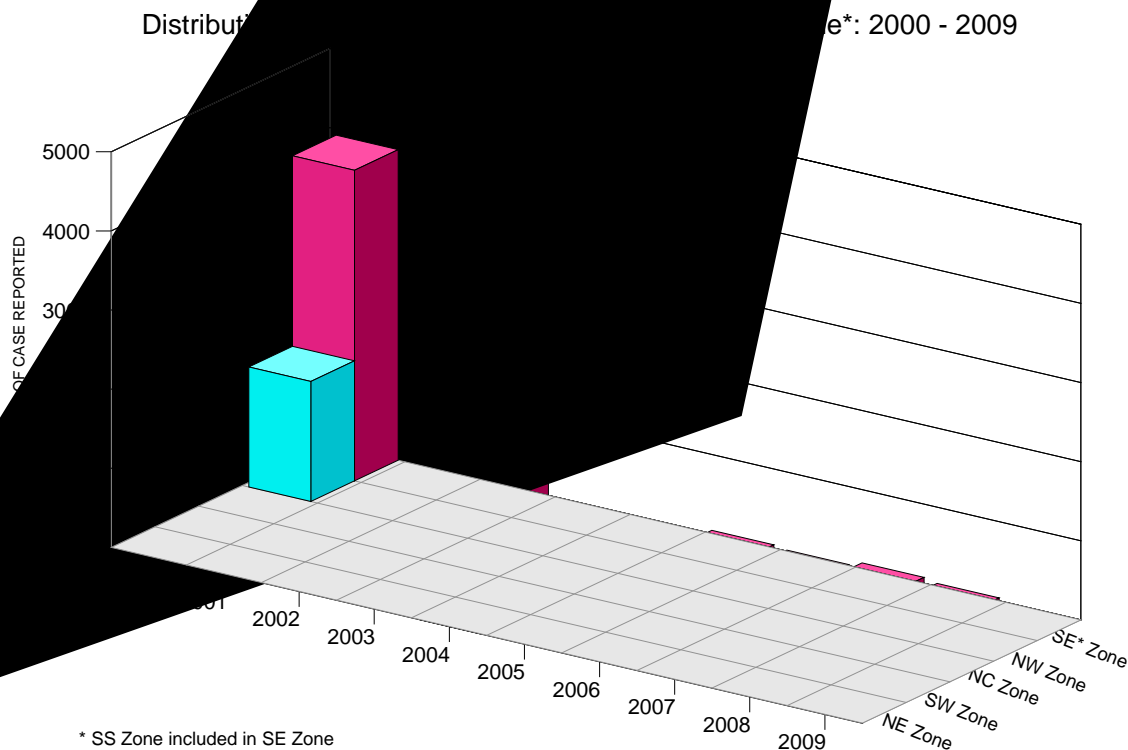


Tableau 2

Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés par mois en 2009* (Pays disposés en ordre décroissant de cas en 2008)

	Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés												TOTAL*	%
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre		
SOUDAN	4 / 12	12 / 18	37 / 47	172 / 223	293 / 431	423 / 461	456 / 523	480 / 549	257 / 284	112 / 142	/	/	2246 / 2690	83
GHANA	40 / 45	49 / 50	50 / 24	96										
	#DIV/0!													

* provisoire

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

Nombre de cas endigués et nombre notifiés par mois en 2008* (Pays disposés en ordre décroissant de cas en 2007)

	Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés												TOTAL*	%
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre		
SOUDAN	8 / 32	13 / 34	39 / 88	112 / 258	259 / 618	394 / 759	399 / 783	313 / 536	126 / 254	94 / 160	16 / 75	8 / 21	1781 / 3618	49
GHANA	66 / 73	62 / 80	38 / 48	61 / 68	70 / 74	57 / 73	26 / 30	12 / 13	4 / 5	8 / 8	12 / 14	12 / 15	428 / 501	85
MALI	1 / 1	0 / 0	0 / 0	1 / 1	16 / 16	59 / 60	111 / 120	50 / 60	48 / 72	44 / 56	20 / 27	4 / 4	354 / 417	85
NIGERIA	28 / 28	8 / 8	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	38 / 38	100
NIGER	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0						

Figure 2

Où en sommes-nous arrivés concernant les priorités avancées dans chaque pays en 2009?

Soudan. Nous avons souligné la nécessité d'augmenter le taux d'endiguement des cas (s'est amélioré passant de 49% à 83% en 2009) et nous avons espéré pour une « insécurité minimale dans les zones d'endémicité » (incidents d'insécurité ont augmenté en 2009).

Ghana. Nous avons souligné la nécessité de dépister, d'endiguer et d'expliquer la source de chaque cas dans les 24 heures (ont été dépistés et endigués 93% des cas, presque tous ont été expliqués).

Mali. Nous avons souligné la nécessité de dépister, d'endiguer et d'expliquer chaque cas de la maladie du ver de Guinée dans les 24 heures et nous avons espéré que l'insécurité n'entraverait pas la bonne marche des opérations en 2009 (taux d'endiguement de 72% en 2009 contre 85% en 2008 mais l'insécurité a freiné certaines opérations dans les Régions de Kidal et de Gao en 2009).

Nigeria. Nous avons noté que le Nigeria semblait avoir dépisté, endigué et expliqué chaque cas en 2008 (zéro cas en 2009).

Ethiopie. Nous avons souligné la nécessité de dépister et d'endiguer chaque cas dans la Région de Gambella en 2009 et de travailler de manière constructive avec le Programme d'éradication de la dracunculose dans le Soudan du Sud pour évaluer les sources des cas importés soupçonnés (tous les cas autochtones ont été endigués à l'exception d'un seul et il n'y avait pas de cas importés que l'on sache en Ethiopie en 2009).

Niger. Nous avons souligné la nécessité d'être vigilant pour dépister tout éventuel cas autochtone et cas importé (il n'y a pas eu de cas autochtone en 2009, le Niger a endigué officiellement seuls 2 des 5 cas importés en 2009).

SOUDAN DU SUD : EXAMEN ANNUEL DU PROGRAMME, MOINS DE FOYERS LOCAUX

Le Programme d'éradication de la dracunculose du Soudan du Sud (SSGWEP) a convoqué son examen de programme annuel à l'hôtel Juba au Soudan du Sud le 9 décembre 2009. Récapitulant les données provisoires présentées lors de la réunion, le directeur du programme, M. Makoy Samuel Mitié qu'après quatre interventions de la part du SSGWEP, seuls subsistent à présent trois des quatre foyers originaux: Greater Tonj (état de Warrap), Central Equatoria / Lakes (Greater Kapoeta état d'Eastern Equatoria) (Figure 4, Table 5). Le SSGWEP a signalé un total provisoire de 2,690 cas de dracunculose en janvier-octobre 2009, dont 87% se sont présentés dans trois seulement des états du Soudan du Sud (Warrap, Eastern Equatoria Lakes), et si on ajoute Central Equatoria, 97% des cas sont survenus dans quatre états (Tableau 3). Ces quatre états ont noté des changements provisoires dans le nombre de cas, entre janvier et octobre 2009, et la même période de 2008, de l'ordre de 2%, 50%, et 46% respectivement. Dans l'ensemble, le SSGWEP a noté une diminution de 21% dans le nombre de cas qui ont été signalés en janvier-octobre 2009, comparé à une réduction de 38% entre 2007 et 2008 et 72% entre 2006 et 2007. Dans l'ensemble, 54% des cas notifiés en 2009 étaient des femmes (1164).

Tableau 3

Programme d'éradication de la dracunculose dans le Soudan du Sud
Nombre de cas de dracunculose par mois et par état, 2009 et nombre total
de 1+ villages et de 5+ villages par état, en date d'octobre 2009*

Etat	1+ Villages	5+ Villages	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Warrab			1	4	9	47	79	196	290	316	150	74			1166
Eastern Equatoria			0	3	11	125	215	124	83	73	39	5			678
Lakes			1	0	4	11	95	85	100	119	52	27			494
Central Equatoria			5	9	23	35	35	53	34	27	28	16			265
Western Bahr Al Ghazal			4	2	0	5	8	4	10	11	7	7			58
Western Equatoria			0	0	0	1	2	2	6	2	2	1			16
Jonglei			1	0	0	0	0	0	1	2	3	0			7
Northern Bahr Al Ghazal			0	0	0	0	1	0	0	0	0	5			6
Unity															0
Upper Nile															0
TOTAL	982	124	12	18	47	224	435	464	524	550	281	135	0	0	2690

* provisoire

Un total de 982 villages ont signalé un cas ou plus en janvier 2009 (dont 579 villages ont notifié des cas autochtones et 403 villages ont signalé seulement des cas importés), y compris seuls 124 villages qui ont notifié 5 cas ou plus chacun. Par ailleurs, pratiquement la moitié (1319 soit 49%) des cas notifiés jusqu'à présent en 2009 sont survenus dans des villages qui n'avaient pas eu de cas en 2008, soit parce que leur village avait indiqué zéro cas (1000 cas) cette année ou parce que leur village n'avait pas présenté de rapports de surveillance en 2008 (319 cas). Anomalie qui est due en partie à l'insécurité croissante dans le Soudan du Sud en 2009 (32 incidents ont affecté les payans qui ont notifié 2 222 cas en 2008) ainsi que le mouvement croissant des gens sortant et entrant les camps de bétail à cause de la sécheresse, deux phénomènes généralement liés aux augmentations des cas importés dans les villages de non-endémicité.

Le SSGWEP a étendu progressivement la couverture des interventions ces quatre dernières années, tel que le montre la Figure 3 bien que la couverture des villages d'endémicité salubre (dont le programme n'est d'ailleurs pas responsable) n'ait pas changé grandement. Fait le plus notable, le taux d'endiguement des cas est passé de 49% en 2008 à 83% jusqu'à présent en 2009 et le pourcentage de villages d'endémicité où a été utilisé le larvicide ABATE a augmenté, passant de 34% à 45% alors que le pourcentage de villages d'endémicité où tous les ménages avaient un filtre en tissu est passé de 79% à 97% (le faible taux de couverture d'éducation sanitaire en 2009 est attribuée à une saisie incomplète de données). Le Tableau 4 fait le point de la surveillance et des interventions en 2009.

Figure 3



Les responsables de l'approvisionnement en eau du Soudan du Sud et leurs partenaires, dans le mois précédent en décembre 2008, se sont donnés pour but de forer, en 2009, 200 nouveaux puits dans les 10 emplacements où la dracunculose est la plus endémique bien que le Ministère des ressources hydrauliques et de l'irrigation (MWRI) signale que seuls 36 nouveaux points d'eau ont été installés et 75 ont été remis en état dans les villages d'endémicité des États de l'Équatoria, Central Equatoria, Warrap et Bahr AlGhazal de janvier à octobre 2009. Neuf de ces nouveaux puits ont été installés dans le comté de Kapoeta Sud où le pourcentage de villages d'endémicité ayant accès à un ou plusieurs points

d'eau est passé de 15% en 2008 à 24% en 2009. Lors de l'examen de décembre 2009, le MWRI a indiqué qu'il avait l'intention en 2010 de fournir 115 points d'eau salubre et de rénover 150 autres dans les villages où la dracunculose est endémique, avec l'assistance de l'UNICEF et de PACT (une ONG) dans le but de couvrir au moins 50% des villages où la dracunculose est endémique actuellement. Le but du SSGWEP est d'arriver à 100% pour toutes les autres interventions en 2010.

Figure 4

Tableau 5

Programme d'eradication de la dracunculose dans le Soudan du Sud
Trois zones focales (janvier-octobre 2009)

—

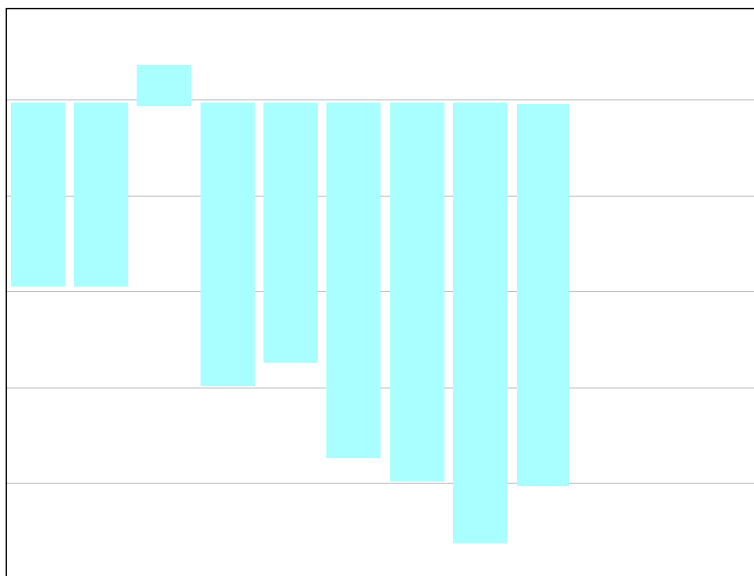
LE GHANA ARRIVE À SON PREMIER MOIS DE ZÉRO CAS SUR L'ENSEMBLE DU PAYS!

Pour la première fois depuis que le Programme d'éradication de la dracunculose du Ghana (GGWEP) avait démarré en 1988, c'est en novembre 2009 que le Ghana a atteint le fabuleux jalon : un mois entier avec zéro cas de dracunculose sur l'ensemble du pays. Ce premier mois d'absence totale du ver de Guinée est venu à la fin de quatre mois (septembre), y compris le début de la saison de transmission pic 2009, pendant lesquels le Ghana n'a notifié que 5 cas au total, alors que l'année précédente en 2008 il avait notifié 40 cas (Figure 5). Seuls 5 cas ont été signalés à l'extérieur de la Région du Nord en novembre 2009 dont 4 cas ont été importés de la Région du Nord : deux dans la Région de Brong Ahafo et deux dans la Région d'Ashanti. Le GGWEP continue à resserrer les mesures d'endiguement autour des cas restants et à rapetisser le nombre de villages avec des cas, comme nous pouvons le voir sur le Tableau 6.

Des messages radiophoniques sur la prévention de la dracunculose sont passés sur les ondes du 15 novembre 2009 au 15 mai 2010. Une équipe de cinq membres du Parlement faisant partie du SousComité de lutte contre la dracunculose se sont rendu à la jonction de Fulfuso et dans le distrit de Central Gonja du 4 au 5 novembre 2009. Du 3 décembre 2009, l'Unité nationale de surveillance des maladies du Service de santé du Ghana et le personnel du GGWEP se sont rencontrés à Kumasi pour discuter des préparations en vue de la certification et pour mettre en place des activités de surveillance dans les régions du Ghana exemptes de dracunculose, avec l'assistance de l'OMS. Des représentants de toutes les dix régions du pays ont participé.

Figure 5

Programme d'éradication de la dracunculose du Ghana
Changement en pourcentage de l'incidence mensuelle de la dracunculose 2008*
et pourcentage des cas de 2009* qui ont été endigués chaque mois



* provisoire

Tableau6

Ghana Guinea Worm Eradication Program

	2008	2009*
# villages avec 1+ cas	131	52
# villages avec des cas autochtones	46	19
% de cas endigués	85%	93%
% de cas endigués dans un centre d'enfermement des cas	37%	75%

MALI

Pendant les six premiers mois de 2009, le GWEP du Mali a endigué et expliqué la source apparente de tous les 8 cas de dracunculose qui sont survenus dans le pays. En novembre, le programme a endigué 71% (124) de tous les 175 cas notifiés et a expliqué la source apparente de tous les cas, à l'exception de deux, un en octobre et un en novembre, y compris un cas dans la Région de Ségou où la maladie n'est pas endémique. Dans l'ensemble, le Mali signale des cas qui ont été dépistés dans 49 emplacements de janvier à novembre 2009 et dont 25 ont notifié uniquement des cas importés.

EDITORIAL

SURVEILLANCE ET RÉPONSE AUX PRÉTENDUS CAS DE DRACUNCULOSE DANS DES RÉGIONS EXEMPTES DE TRANSMISSION EN ETHIOPIE, AU GHANA, AU MALI ET AU SOUDAN

Un des volets importants de la stratégie actuelle en vue d'accélérer la période qui doit s'écouler pour interrompre la transmission endémique dans les pays où la maladie est encore endémique (Ethiopie, Ghana, Mali et Soudan) est celui de l'amélioration de la surveillance et de la réponse aux cas allégués de dracunculose dans les régions de ces pays qui sont à présent exemptes de la maladie. La période d'incubation d'une année de la dracunculose permet aux personnes d'être porteuses de la maladie pendant ce temps et donne amples occasions aux porteurs de se déplacer et ainsi les vers émergent une année plus tard dans des lieux inattendus. De telles flambées de cas surprises ont accablé la plupart des programmes nationaux d'éradication lors des dernières étapes de leur campagne. Et, d'après l'expérience recueillie jusqu'à présent, chaque fois qu'une telle flambée survient, il faut à nouveau deux à trois années en plus pour que la transmission soit interrompue avec tout le soutien programmatique supplémentaire que cela suppose entre temps.

Tout effort en vue d'améliorer la surveillance à l'échelle nationale, et surtout dans les régions où la transmission a cessé, doit reposer obligatoirement sur la santé publique et l'intérêt de chacun face à l'importance de l'activité nationale d'éradication et l'urgence de notifier immédiatement les cas de la maladie. La diffusion à grande échelle de l'information sur la dracunculose par tous les moyens possibles pour encourager les personnes qui souffrent de la maladie ou qui pensent avoir contracté le ver viennent le signaler ou encore indiquent qu'une autre personne risque de l'avoir est probablement la meilleure manière de générer des rumeurs sur les cas possibles. La diffusion d'information sur les récompenses pour la confirmation des cas notifiés peut également inciter au signalement de personnes dont on soupçonne qu'elles sont atteintes de dracunculose, surtout lorsque l'incidence annuelle de la dracunculose est à quelques centaines de cas ou moins et que la transmission est limitée à quelques zones.

On encourage les programmes d'éradication à mettre en place un registre national pour les rumeurs sur les cas soupçonnés pour renforcer la surveillance et la capacité de réponse. Ce registre contient des informations sur le moment où la rumeur a été reçue, le moment où les enquêtes ont démarré et sur le résultat de ces enquêtes. La mise au point et l'utilisation de protocoles pour répondre aux rumeurs, même

x Le niveau 1 est l'ensemble de villages où la transmission endémique a lieu et où la surveillance devrait se faire activement au niveau du village (recherche quotidienne de cas) et où les notifications se font mensuellement.

x

Si le volume des rumeurs reçues et l'enquête qui en est faite est une mesure de l'intensité aussi bien de la surveillance passive (dans les régions exemptes de la maladie) que de la surveillance active (dans les zones d'endémicité), il faut pourtant séparer l'information des zones de Niveau 3 de celles des zones de Niveau 1 et 2 pour savoir si le registre des rumeurs et l'enquête des cas soupçonnés fonctionnent bien au Niveau 3. Ce qui est important à présent, c'est d'évaluer à quel rythme et à quelle portée fonctionne le système du registre et de l'enquête des cas soupçonnés dans les zones de Niveau 3.

LE CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS AUX CDC CONFIRME LES VERS DE GUINÉE

En 2005, le personnel du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication de la dracunculose (CCOMS) aux Centers for Disease Control and Prevention a mis au point un test moléculaire pour identifier *Dracunculus medinensis*. Vu que les vers mâles ne sont jamais récupérés et que les vers femelles ne contiennent pas de caractéristiques morphologiques spécifiques à une espèce, le classement par type moléculaire est la seule manière de déterminer exactement si un ver retire est *medinensis* ou une autre espèce. Si un ver émergent est rapidement identifié avec certitude comme étant *D. medinensis*, d'autres actions seront prises, suivant le diagnostic. En utilisant le test moléculaire, ainsi que l'examen morphologique, CCOMS établit le diagnostic des spécimens relevés de deux personnes dans deux zones préoccupant les programmes

- 1) Dans les zones déjà exemptes de dracunculose
- 2) Dans les zones d'endémicité où quelques cas sont notifiés et où l'interruption de la transmission est imminente.

Dans les deux situations, il est vital que les programmes diagnostiquent les véritables cas de dracunculose pour que les mesures adéquates puissent être prises. Un diagnostic confirmé demandera des efforts de taille aux programmes nationaux pour qu'ils remontent jusqu'aux cas, renforcent la surveillance et redémarrent éventuellement d'autres activités de programme si le cas n'est pas endigué.

Depuis 2000, 49 spécimens prélevés sur des humains dans les zones à risque ont été envoyés au CCOMS aux fins d'évaluation et 26 ont été identifiés comme *Dracunculus medinensis* (Tableau 8). Les 23 spécimens restants étaient les suivants : *Onchocerca* (11), d'autres nématodes (13) et des spécimens autres que les vers (tendons, tis
(To p

Tableau 8
Récapitulatif des spécimens reçus par CCOMS aux fins d'évaluation depuis 2000- Par année

Year	2000	2001	2002	2003**	2004	2005	2006	2007	2008	Jan. - Sept. 2009
------	------	------	------	--------	------	------	------	------	------	----------------------

Tableau 10

Etat des interventions jusqu'en octobre 2009 par pays

	# de villages notifiant 1+ cas en 2009	# de cas VG notifiés en 2009	% de cas endigués	% de cas endigués en CCC
Soudan	982	2690	83%	8%
Ghana	52	240	93%	76%
Mali	91	176	72%	72%
Ethiopie	10	24	96%	96%

Figure 6

RAPPEL

Le Résumé de la dracunculose se trouve à l'adresse

suivante: [://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/guineaworm/default.htm](http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/guineaworm/default.htm)

Les numéros passés en anglais et en français sont également disponibles sur le site web du Centre Carter à l'adresse

suivante: [://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea_worm_wrapup_english.htm](http://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea_worm_wrapup_english.htm)

l. [://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea_worm_wrapup_francais.html](http://www.cartercenter.org/news/publications/health/guinea_worm_wrapup_francais.html)

DEFINITION DE L'ENDIGUEMENT DE CAS

Un cas de dracunculose est endigué si les conditions suivantes sont remplies:

1. Le patient est dépisté avant que le ver ne sorte ou dans les 24 heures qui suivent l'émergence du veret