



Date: 27 janvier 2006



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

Sujet: RESUME DE LA DRACUNCULOSE #159

A: Destinataires

LE BENIN ET LA MAURITANIE ARRETENT LA TRANSMISSION!



BENIN



MAURITANIA

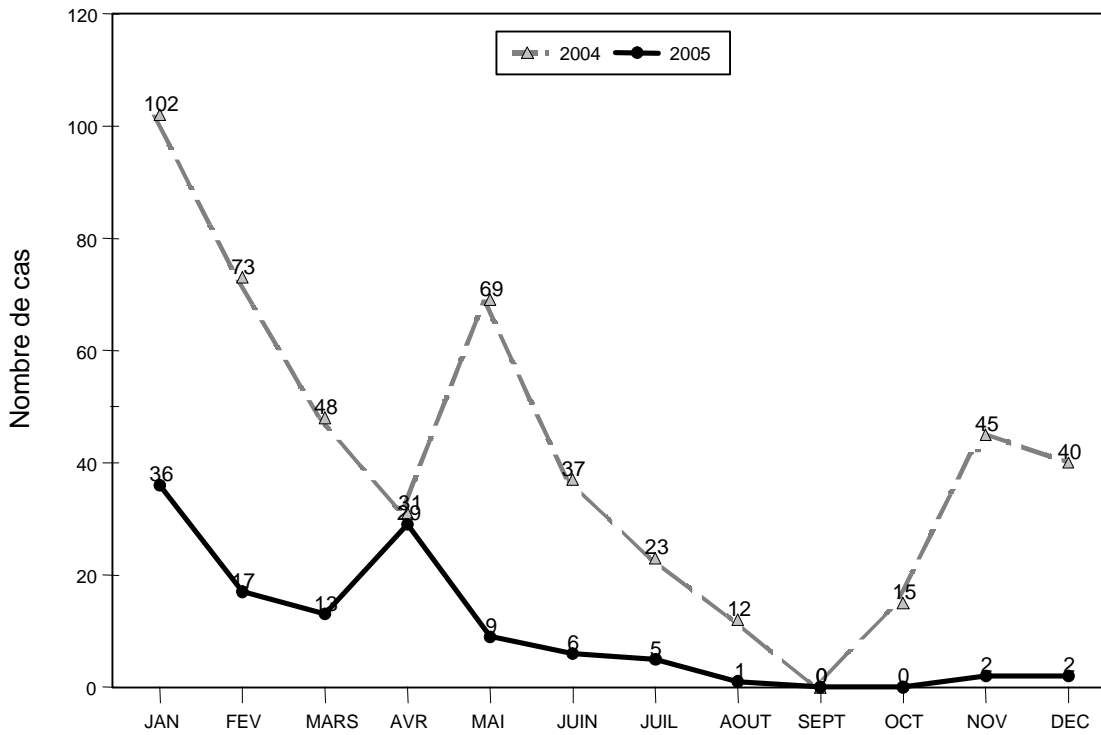
Le Bénin et la Mauritanie ont tous deux notifié zéro cas autochtones de dracunculose (maladie du ver de Guinée) pendant toute une année pour la première fois en 2005. Le dernier cas autochtone notifié par le Bénin a été indiqué en mars 2004 et le cas final de la Mauritanie en juin 2004. Ces deux pays ont signalé des pics de 37 414 et de 8 301 cas, respectivement, en 1990. Félicitations au Coordinateur National du Bénin, Docteur Aristide Paraiso et au Coordinateur National de la Mauritanie, Docteur M'hammed Ould Sidi Lebatt, ainsi qu'à leur personnel respectif du PED pour leur accomplissement ! Nous sommes ravis d'accueillir ces pays au rang des pays de non-endémicité à l'étape de précertification, soutenue et dirigée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) !!! Onze des 20 pays où la maladie était auparavant endémique ont à présent interrompu la transmission de la dracunculose.

Sur les neuf pays où la maladie est toujours endémique, le Nigeria et le Togo ont fait les progrès les plus notables en 2005, diminuant le nombre de leurs cas autochtones de 76% (passant de 495 à 120 cas) et de 70% (passant de 232 à 70 cas), respectivement. Le Nigeria a notifié, pour la première fois, moins de cas que le Mali et le Niger, alors que le Togo a signalé, pour la première fois, moins de 100 cas pendant toute une année. (Figures 1, 2 et 3). Pendant les cinq derniers mois de 2005, le Nigeria n'a notifié que 5 cas autochtones, comparé aux 112 cas autochtones signalés pendant les mêmes cinq mois de 2004, soit une diminution de 96% lors d'une période considérée auparavant comme la saison de transmission pic du Nigeria. On a indiqué que tous les cinq cas notifiés en août-décembre 2005 avaient été endigués, comparé à 91% des 112 cas lors de la même période en 2004. Seuls 40 villages au Nigeria ont signalé un cas ou plus de dracunculose en 2005, soit une réduction de 53% à partir des 85 villages qui avaient indiqué un cas ou plus en 2004. Le Comité national sur la Certification pour l'Eradication de la Dracunculose du Nigeria s'est rencontré pour la première fois les 29 et 30 novembre 2005 à Minna, dans l'état du Niger (voir *Résumé de la Dracunculose #156* pour la liste des membres). Au cours des 5 derniers mois de 2005, le Togo n'a signalé que 17 cas autochtones, comparé à 78 cas autochtones pendant les mêmes cinq mois de 2004, soit une réduction de 78% lors d'une période considérée auparavant comme la saison de transmission pic du Togo. Quatorze (82%) des 17 cas notifiés au Togo d'août à septembre 2005 ont été endigués. Le Nigeria a indiqué un pic de 653 492 cas en 1988 et le Togo un pic de 10 349 cas en 1993.

Parmi les pays suivants où la maladie est la moins endémique, l'Ethiopie a notifié 5 cas non endigués (sur un total de 37) en 2005, la Côte d'Ivoire 6 cas non endigués (sur 10) et le Burkina Faso 9 cas non endigués (sur 30).

Figure 1

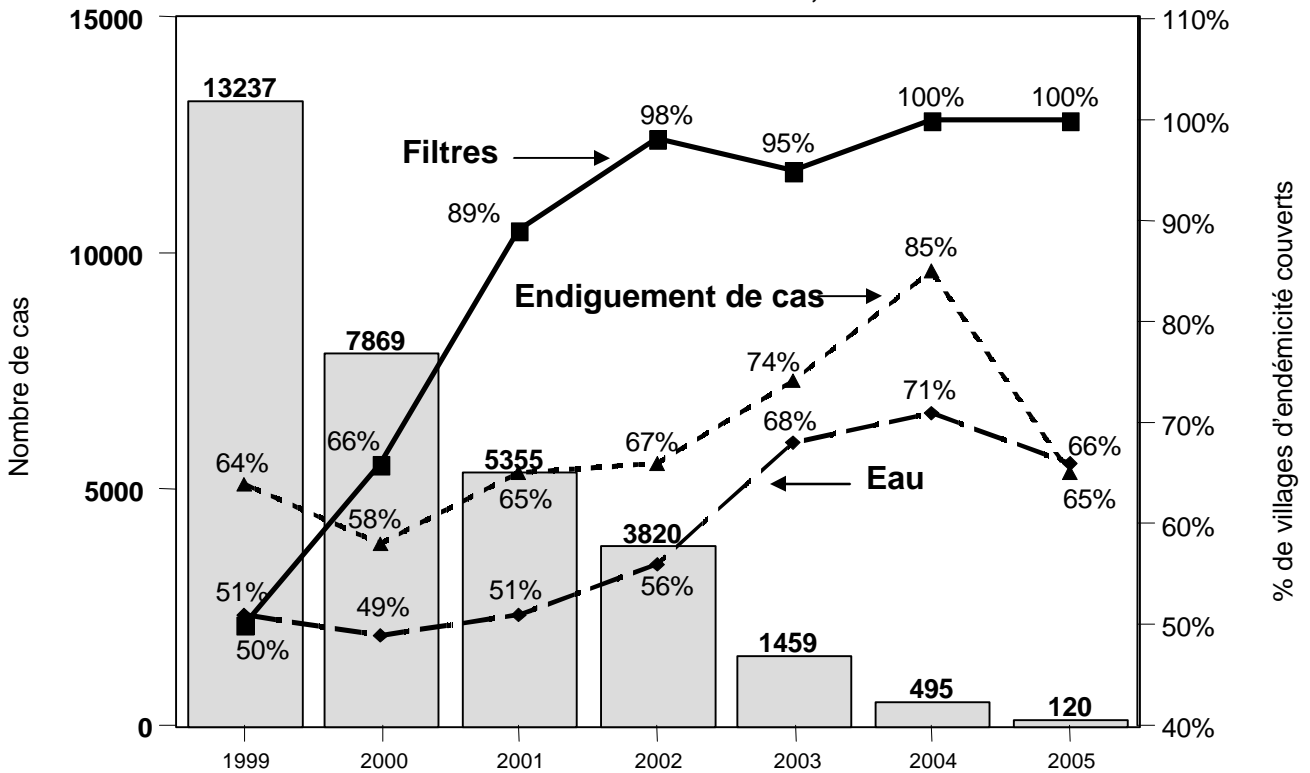
**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DU NIGERIA
DISTRIBUTION MENSUELLE DE CAS DE DRACUNCULOSE NOTIFIES EN 2004-2005**



* Provisoire

Figure 2

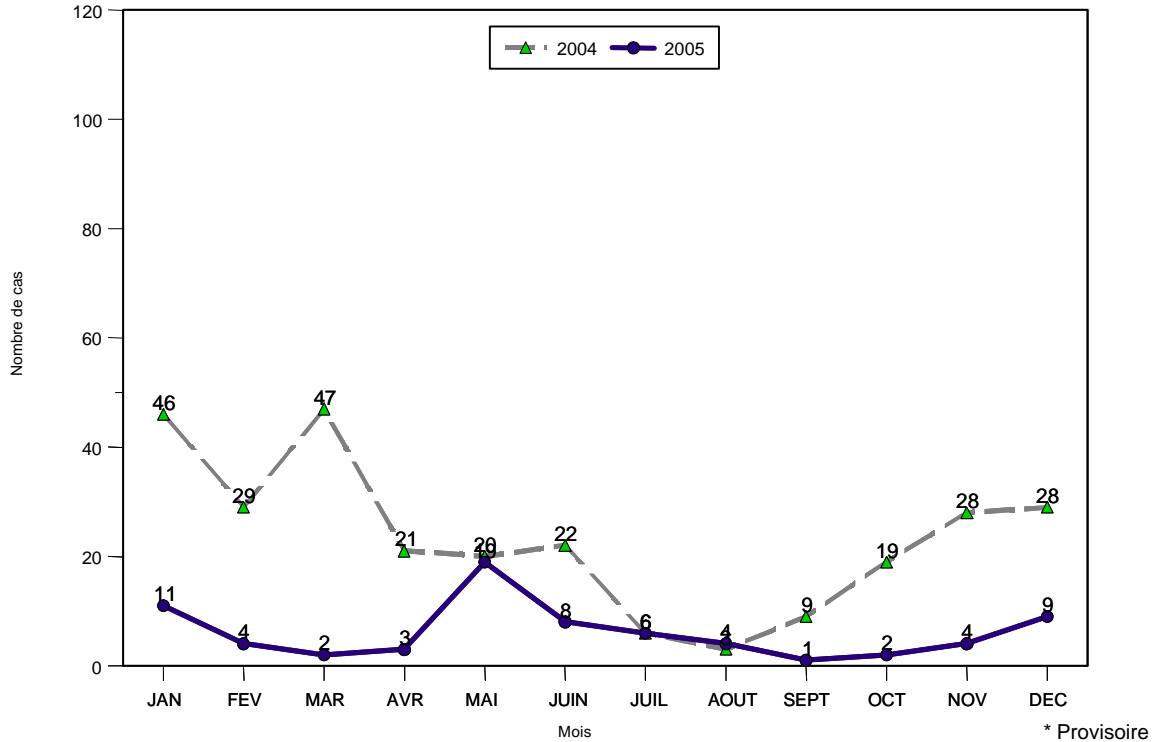
**CAS NOTIFIES, MOYENNE DE VILLAGES ENDEMIQUES AVEC FILTRES ET EAU
SALUBRE ET CAS ENDIGUES : NIGERIA, 1999-2005**



* Provisoire

Figure 3

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DU TOGO
DISTRIBUTION MENSUELLE DE CAS DE DRACUNCULOSE NOTIFIES EN 2004-2005**



CAS SOUPÇONNES IMPORTES DU NIGERIA AU CAMEROUN

Le Docteur Dama Mana, Coordinateur du Programme National du Cameroun, a notifié un cas d' dracunculose importé au Cameroun de la Collectivité locale Bama dans l'état de Borno, au Nigeria. L'analyse de l'ADN sur le spécimen que les CDC ont reçu du siège de l'OMS en novembre 2005 confirme que le ver examiné est *D. medinensis*. On indique que le patient, un garçon camerounais de 12 ans, est arrivé au Nigeria en février 2004 après avoir étudié dans une école coranique au Cameroun depuis 2002 et que le ver a été obtenu après incision et écoulement d'un abcès le 13 mars 2004. Même si, tel que l'a fait remarquer un membre du personnel du PED du Nigeria, l'état de cette personne n'était pas conforme à la définition internationale d'un cas de dracunculose, il ne subsiste aucun doute à présent que cette personne était infectée avec *Dracunculus medinensis*. On ne connaît toujours pas l'endroit où ce jeune garçon a été infecté. On a encouragé le Nigeria reprendre à partir de l'école coranique où allait ce garçon, et l'enquête qui a pris du retard se poursuit à présent. NOTE DE L'EDITEUR : *Le long retard pris dans l'enquête et la confirmation de ce cas important sont des aspects décevants vu que l'on pense que le dernier cas autochtone du Cameroun a été signalé en octobre 1997 et qu'aucun cas autochtone n'a été détecté dans l'état de Borno, au Nigeria, depuis octobre 2000. Le premier compte rendu de ce patient aux autorités camerounaises devrait avoir entraîné une réponse plus approfondie et plus rapide tant au Cameroun qu'au Nigeria il y a presque deux ans de cela !*

Tableau 1

NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 2005*
(PAYS DISPOSES EN ORDRE DECROISSANT DE CAS EN 2004)

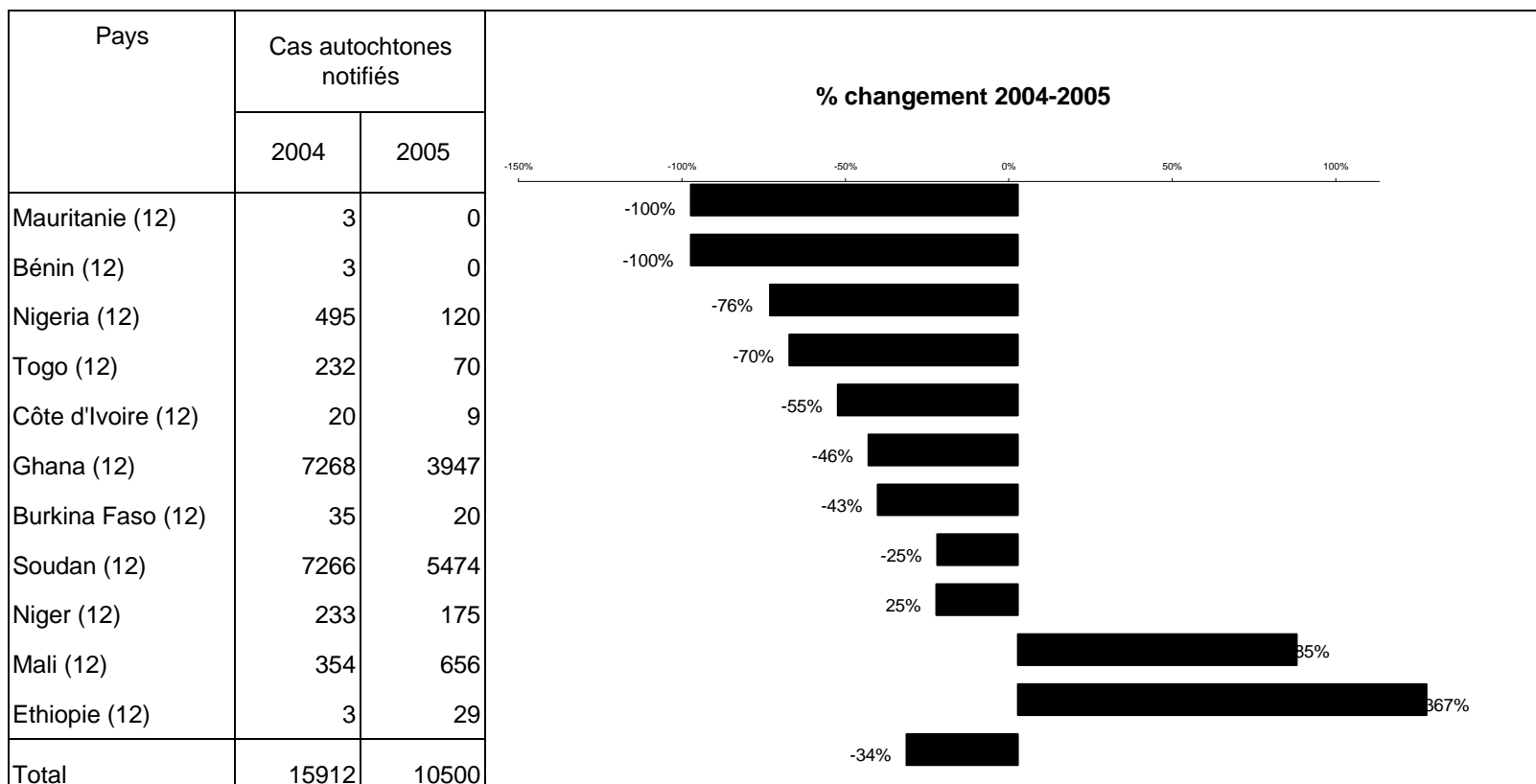
Pays	Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés													%
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	total *	
GHANA	375 / 547	343 / 483	282 / 395	248 / 395	330 / 460	244 / 386	97 / 161	21 / 61	26 / 54	75 / 218	129 / 347	174 / 444	2344 / 3951	59
SOUDAN	0 / 68	1 / 48	1 / 160	5 / 96	9 / 1618	1 / 1446	11 / 543	2 / 482	6 / 321	6 / 398	4 / 292	0 / 2	46 / 5474	1
NIGERIA	25 / 36	13 / 17	9 / 13	11 / 29	7 / 9	4 / 6	4 / 5	1 / 1	0 / 0	0 / 0	2 / 2	2 / 2	78 / 120	65
MALI	3 / 4	1 / 1	1 / 1	1 / 1	22 / 25	25 / 25	42 / 84	99 / 132	163 / 203	96 / 116	47 / 51	10 / 13	510 / 656	78
NIGER	2 / 2	4 / 4	1 / 1	1 / 4	1 / 3	3 / 3	5 / 7	22 / 23	19 / 19	41 / 43	51 / 59	14 / 15	164 / 183	90
TOGO	11 / 11	1 / 4	2 / 2	3 / 3	16 / 19	7 / 8	5 / 6	1 / 4	0 / 1	1 / 2	4 / 4	8 / 9	59 / 73	81
BURKINA FASO	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	3 / 3	0 / 5	13 / 15	0 / 0	1 / 1	3 / 4	0 / 1	21 / 30	70
COTE D'IVOIRE	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 3	1 / 4	1 / 1	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	4 / 10	40
BENIN	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	100
ETHIOPIE	2 / 2	0 / 0	0 / 0	3 / 3	7 / 7	16 / 20	2 / 2	2 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	32 / 37	86
MAURITAINE	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0
OUGANDA	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	4 / 4	1 / 1	2 / 2	2 / 2	0 / 0	0 / 0	0 / 0	9 / 9	100
TOTAL*	418 / 670	363 / 557	298 / 574	273 / 532	392 / 2141	307 / 1904	168 / 818	164 / 724	216 / 600	221 / 779	240 / 759	208 / 486	3268 / 10544	31
% endigué	62	65	52	51	18	16	21	23	36	28	32	43	31	

* Provisoire

Les cellules grisées dénotent des mois où zéro cas autochtones ont été notifiés (les nombres indiquent le nombre de cas importés notifiés et endigués lors de ce mois)

Figure 4

Nombre de cas autochtones notifiés pendant la période spécifiée en 2004 et 2005 et changement en pourcentage dans les cas notifiés



(12) indique les mois pendant lesquels les rapports ont été reçus, à savoir de jan à dec 2005
Provisoire

LE GHANA SIGNALE 46% DE CAS EN MOINS EN 2005, PLUS DE FILTRES-CONDUITES

Le Ghana a notifié un total provisoire de 3 951 cas de dracunculose en 2005, soit une réduction de 46% à partir des 7 275 cas que le Ghana avait signalés en 2004. Tous les cas en 2005, à l'exception de 81, se trouvaient dans quatre régions : Northern (2 973), Upper West (322), Volta (286) et Brong Ahafo (289). Le nombre de cas dans la première moitié de 2005 avait connu une diminution de 53%, comparé à la même période de 2004 (2 666 versus 5 700 cas), alors que le nombre de cas n'avait diminué que de 20% de juillet à décembre 2005 comparé à la même période de 2004 (1 285 cas versus 1 575 cas).

L'Agence de Coopération internationale du Japon a fait un don d'environ 29 210\$ pour l'achat de filtres-conduites et le Haut Commissariat britannique à Accra a fait un don d'environ 10 189\$ pour la même raison, ce dernier ayant été fait à la demande de Miss Ghana 2005. Ces deux dons vont permettre au Programme d'Eradication de la Dracunculose du Ghana d'acheter un total d'environ 207 000 filtres-conduites supplémentaires pour distribuer dans les villages où la maladie est endémique. Le Gouvernement du Ghana et ses partenaires ont fourni 124 nouveaux puits forés à 89 villages où la maladie est endémique qui ont notifié, ensemble, 30%, soit 2 177 des 7 275 cas signalés au Ghana en 2004.

LE PRESIDENT DU MALI SE REND A GAO, LE MINISTRE DE LA SANTE A TOMBOUCTOU

Le Président du Mali, Amadou Toumani Touré, a rencontré pendant plus d'une heure, le 20 décembre 2005, des représentants administratifs et de la santé publique dans la région de Gao, dont le gouverneur de Gao, le préfet du district d'Ansongo, des districts de Gao et de Bourem, ainsi que d'autres représentants et agents de santé prenant part au Programme d'Eradication de la Dracunculose dans la région de Gao. Le président a fait savoir que le but de cette réunion était de comprendre ce qu'il fallait faire afin d'éradiquer complètement la dracunculose dans la région. De retour récemment d'une réunion avec l'ancien Président américain Jimmy Carter à Atlanta le 9 décembre, le Président Touré a indiqué qu'il était gêné à la vue du statut de la maladie au Mali. Il a annoncé le transfert du personnel du programme de Bamako à Mopti avant la prochaine saison de transmission pic afin qu'il se trouve plus près des derniers foyers d'endémicité restants. Il a demandé aux Ministères de l'Eau et de la Santé de fournir une plus grande assistance et il a annoncé son intention de donner un nouvel élan au Comité intersectoriel et de revoir régulièrement le statut du programme. En 2005, la région de Gao, surtout les districts d'Ansongo de Gao, enregistrait 518 (79%) des 656 cas notifiés au Mali.

Le 15 janvier 2006, le Ministre de la Santé du Mali, Madame Maiga Zenab Mint Yoube, s'est rendu dans la troisième région restante où la maladie est la plus endémique, Tombouctou, afin de discuter du statut du programme avec les représentants administratifs et de la santé. Elle a fait une visite analogue à Mopti, deuxième région où la maladie est la plus endémique, en octobre dernier (voir *Résumé de la Dracunculose #157*). L'Examen du Programme national, qui devait se tenir en janvier 2006, a été repoussé à une date ultérieure.

En date de janvier 2006, le Docteur Mamadou Bathily devient le nouveau conseiller technique senior du Centre Carter auprès du PED dans la région de Mopti. Monsieur Jim Ting, Conseiller Technique du Centre Carter, est le nouveau Conseiller Technique Résident du Centre Carter auprès du PED du Mali, basé à Bamako. Bienvenue Jim Ting !

EN BREF :

Niger. Le conseiller technique résident du Centre Carter, Monsieur M. Salissou Kane, et le président de Santé et Développement international, le Docteur Anders Seim, ont rencontré, le 13 janvier, le Président Tandja Mamadou du Niger. Le Président Tandja a demandé une liste des villages restants où la maladie est endémique au Niger afin de la coordonner avec un projet d'approvisionnement en eau de son gouvernement. Le directeur de santé régional de la région de Tillabéri, qui a signalé 93% des cas du Niger en janvier-novembre 2005, a été remplacé. Le Docteur Lado Abdoulaye est le nouveau directeur de santé régional. Il travaillera avec le nouveau coordinateur du ver de Guinée et le nouvel assistant technique pour l'éradication du ver de Guinée de la région de Tillabéri.



Togo. L'UNICEF et le Centre Carter ont soutenu le recyclage des 1 096 volontaires villageois pour le PED en 2005. Sur les 73 cas notifiés au Togo en 2005, 59 (81%) ont été notifiés comme endigués et 48 (66%) des 73 cas ont été endigués dans un centre d'endiguement de cas. Depuis le 28 janvier 2006, Monsieur Wilbert Quintanilla est le nouveau conseiller technique du Centre Carter auprès du PED du Togo. Bienvenue Wilbert !

MISE A JOUR DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



Le Département de la Lutte, de la Prévention et de l'Eradication de l'OMS à Genève, auquel était affilié le Programme d'Eradication de la Dracunculose, a été réorganisé. Il s'appelle à présent le Département de la Lutte contre les Maladies Tropicales négligées dont le Directeur est le Docteur Lorenzo Savioli. Il se compose de deux unités principales qui reflètent l'approche opérationnelle en termes de maladies tropicales. L'Unité de la Lutte contre la Transmission et la Chimiothérapie préventive (PCT) encouragera le concept de traitement à grande échelle avec un nombre limité de médicaments afin d'alléger la charge d'une vaste gamme de maladies tropicales, principalement helminthias. Le Programme d'Eradication de la Dracunculose fait partie de cette unité. Le bien-fondé est de fournir la possibilité d'intégrer les volontaires villageois de la dracunculose dans les villages où la maladie était endémique auparavant à des activités de distribution de médicaments à base communautaire lorsque c'est approprié. Le Docteur Dirk Engels est le Coordinateur de l'Unité PCT. L'Unité de la Prise en Charge novatrice et intensifiée des Maladies (IDM), dirigée par le Docteur Jean Jannin, encouragera un diagnostic précoce et la prise en charge de maladies telles que la trypanosomiase, la leishmaniose et l'ulcère Buruli, ainsi qu'un accès rapide à de nouveaux outils de lutte dès qu'ils seront disponibles. Ces Unités sont soutenues par l'équipe Ecologie du Vecteur (le chef d'équipe est le Docteur Mike Nathan) et la Lutte contre les Maladies de l'équipe des Urgences humanitaires (le chef d'équipe est le Docteur Maire Connolly).

Madame Katherine Conlon quitte l'OMS afin de travailler pour l'Agence de Protection sanitaire, la Branche des Maladies transmissibles du Service de Santé publique au Royaume-Uni. Katherine a apprécié son travail pour l'effort mondial en vue d'éradiquer la dracunculose. Elle quitte l'OMS en remerciant toutes les admirables personnes qu'elle a rencontrées et avec lesquelles elle a travaillé, et qui sont dévouées à l'effort mondial visant à éradiquer la dracunculose. Elle part en souhaitant bonne chance à tous pour le dernier obstacle le plus difficile de la course finale ! Tous nos vœux de réussite vous accompagnent Katherine, et merci de votre contribution !

Le consultant de l’OMS, le Docteur Robert T. Guiguemdé, s’est rendu au Tchad pour fournir une assistance technique et évaluer le système de surveillance du Programme d’Eradication de la Dracunculose du Tchad. La visite a eu lieu du 16 au 27 janvier 2006. Il s’est rendu dans deux districts, Fianga de la région de Mayo-Kébbi et Benoye de la région de Logone.

L’OMS prévoit de réaliser une évaluation indépendante externe pour confirmer l’interruption de la transmission de la maladie du ver de Guinée en Mauritanie. L’évaluation proposée se tiendra du 1^{er} au 15 mars 2006. Les CDC, l’UNICEF et l’OMS prendront part à l’évaluation.

MISE A JOUR DU STATUT DE L’APPROVISIONNEMENT EN EAU DE L’UNICEF/GATES POUR LE MALI, LE NIGER ET LE TOGO

Mali. Des puits forés ont été creusés et fonctionnent. Ils sont équipés de pompes manuelles et sont utilisés dans 9 des 14 villages ciblés où la maladie est endémique. Quatre de ces puits sont utilisés depuis juillet 2005. Ces neuf villages ont indiqué un total de 106 cas en 2005.

Niger. Des puits forés ont été creusés et fonctionnent dans 7 des 12 villages ciblés où la maladie est endémique. On a placé des pompes manuelles sur six d’entre eux. Ces 7 villages ont indiqué un total de 31 cas de dracunculose en 2005.

Togo. Des puits forés ont été creusés et fonctionnent dans 14 des 14 villages ciblés où la maladie est endémique, mais aucun de ces puits n’a été équipé de pompe manuelle. Ces 14 villages ont signalé un total de 28 cas de dracunculose en 2005.

PUBLICATIONS RECENTES

Elsheikh, Ayman M, 2005. An evaluation of the Ghana Red Cross Mothers Clubs in the eradication efforts of dracunculiasis. Masters thesis submitted to Rollins School of Public Health, Emory University.

REUNIONS

Réunion d’examen du Programme d’Eradication de la Dracunculose de l’Ethiopie. Addis Ababa, 27 février 2006.

Réunion d’examen du PED national du Ghana. Accra, Ghana. 2-3 mars 2006.

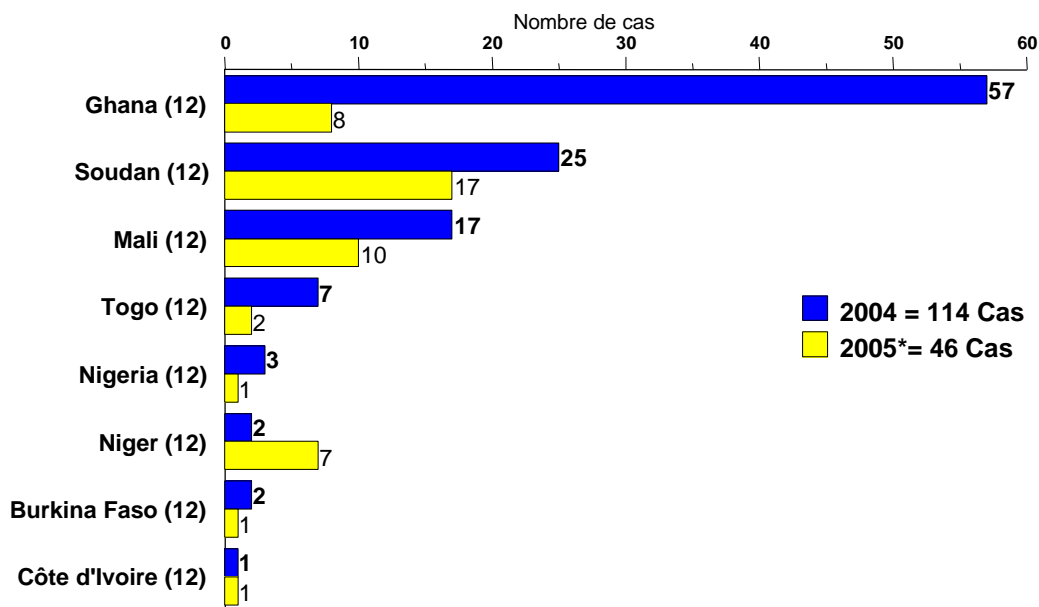
Réunion des pays au stade de précertification. Niamey, Niger. 27-28 mars 2006.

Réunion des Responsables de Programme des PED. Niamey, Niger, 29-31 mars 2006.

59^e Assemblée mondiale de la Santé. Genève, Suisse, 22-27 mai 2006.

Figure 5

DISTRIBUTION, PAR PAYS D'ORIGINE, DES CAS COMBINES DE DRACUNCULOSE EXPORTES VERS D'AUTRES PAYS EN 2004 ET 2005*



* Provisoire

(12) Indique les mois pour lesquels des comptes rendus ont été reçus, par exemple, Jan-Déc 2005

*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 Sharon Roy, 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.