



# Memorandum

**Date:** 8 septembre 1995

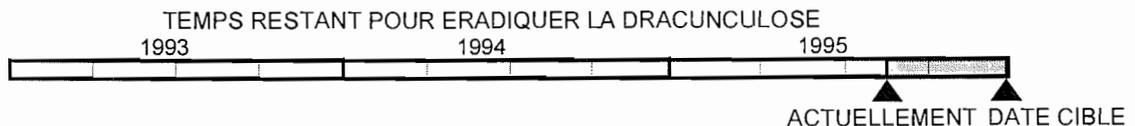
**Du:**



Centre de Collaboration de l'OMS pour la Recherche, la Formation,  
et l'Éradication de la Dracunculose

**Sujet:** RESUME DRACUNCULOSE No. 50

**A:** Destinataires



## M. et MME CARTER SE RENDENT DANS DEUX VILLAGES ENDEMIQUES AU SUD DU SOUDAN



SUDAN GWEP

Lors d'une visite revenant fin juillet au Soudan, l'ancien président américain et Mme Jimmy Carter ont visité deux villages au sud du Soudan pour voir par eux-mêmes certaines des activités humanitaires réalisées pendant le cessez-le-feu qui est en vigueur depuis la fin 1995. Accompagnés du Ministre de la Santé fédéral du Soudan, le Lieut. Col. G. Deng Gareng; du Coordinateur national du Programme, le Dr. Nabil Aziz; du représentant de l'UNICEF au Soudan, M. Tarique Farooqui; et de journalistes de CNN, du magazine Life, et de l'Associated Press, M. et Mme Carter sont partis le 20 juillet de Khartoum pour se rendre à Juba, dans l'Etat de Bahr-Al-Jabel, où ils ont été reçus par le Gouverneur de l'Etat, Mme Agnes Poni Lukudu pour une visite au village de Nyamini, à environ une heure de voiture vers l'ouest. A Nyamini, les visiteurs ont vu plusieurs douzaines de personnes souffrant de dracunculose qui étaient traitées et ont également vu une démonstration de l'usage des filtres en tissu, faite par un agent de santé pour les villageois. Assistaient également plusieurs personnes souffrant d'onchocercose et qui recevaient un traitement à base d'ivermectine ainsi qu'un groupe d'enfants attendant d'être vaccinés. Après une séance d'information à la base d'Operation Lifeline à Lokichokio au Kenya, donnée ce soir-là par le Directeur de l'OLS, M. Philip O'Brien et les membres de son personnel, M. et Mme Carter ont pris l'avion le lendemain matin pour se rendre au village soudanais de Tambura dans l'Equatoria occidentale. A Tambura, les Carter étaient accompagnés par le Secrétaire des Affaires humanitaires de Sudan Relief and Rehabilitation Association (SRRA), M. Arthur Akuien Chol; et par le Directeur médical par intérim du SRRA, le Dr. Monywa Arop. Les agents de santé de CARE et de l'International Medical Corps ont montré les microfilariaes d'onchocercose sous microscope, le traitement à base d'ivermectine pour les patients atteints d'onchocercose ainsi que les vaccinations pour les enfants. On a également vu un cas importé de dracunculose (de l'Etat de Bahr Al-Ghazal). Avant et après les visites aux deux villages du sud, les Carter ont eu des discussions avec les dirigeants politiques et médicaux à Khartoum, à Nairobi et à Kampala.

Le Dr. Donald Hopkins, consultant senior de Global 2000, l'ambassadeur résident du Centre Carter, M. Vince Farley, et le fils de l'ancien président, "Chip" Carter, accompagnaient également l'ancien président lors de ses visites. Une fois la visite terminée, le président Carter a indiqué que tous les belligérants du conflit soudanais avaient "convenu à continuer d'observer le cessez-le-feu tant que des progrès importants étaient en train d'être faits vers une paix durable". A la fin des quatre premiers mois du cessez-le-feu, plus de 150 000 filtres en tissu avaient été distribués à pratiquement 2 500 villages endémiques au Soudan. Plus de 50 000 personnes avaient reçu de l'ivermectine pour traiter ou prévenir l'onchocercose. Outre le travail des représentants officiels sanitaires du Soudan des deux côtés du conflit, ces accomplissements ont grandement bénéficié des efforts

Tableau 1

Mettre à jour: 11 Septembre 1995

NOTIFICATION MENSUELLE DE CAS DE DRACUNCULOSE EN 1995  
(PAYS DISPOSES EN ORDRE DECREISSANT DES CAS D'INCIDENCE EN 1994)

PAYS	NO. DE CAS EN 1994*	NOMBRE DE CAS NOTIFIES EN 1995												TOTAL 1995*			
		JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC				
SOUDAN*	53271	147	454	513	373	13119	5296	419									20321
NIGERIA	39774	1882	1860	1394	1357	843	1802	1642									10780
NIGER	18562	28	55	65	273	1046	2996	3275									7738
OUGANDA	10425	215	225	295	1114	924	891	735									4399
GHANA	8432	1971	1986	1517	1004	862	579	341									8260
BURKINA FASO	6861	340	19	114	167	286	886	710	68								2590
MALI	5581	29	20	107	255	185	335	455									1386
COTE D'IVOIRE	5061	497	699	540	451	273	240	137									2837
TOGO	5044	330	118	59	133	177	73	75									965
MAURITANIE	5029			3	20	43	62	66									194
BENIN	4302	438	172	61	62	95	35	36									899
ETHIOPIE	1252	19	8	12	86	94	101	106	26								452
TCHAD	640	1	20	19	21	3	0	4									68
INDE	371	0	0	2	4	2	14										22
SENEGAL	195	0	0	0	0	0	2	8	11								21
YEMEN	106	1	1	1	10	8	9	14	30								74
KENYA	37	0	0	0	0	0	0	0									0
CAMEROUN	30	0	0	1	0	0	0	2	3								6
PAKISTAN	0	0	0	0	0	0	0	0									0
TOTAL	164973	5898	5637	4703	5330	17960	13321	8025	138	0	0	0	0	0	0	0	61012

\* Nombres provisionnels

# Cas notifiés par le biais de la surveillance active et passive

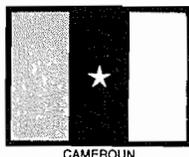
déployés par Operation Lifeline Sudan, plusieurs organisations non-gouvernementales (ONG), et Global 2000 du Centre Carter. A la fin d'août, le président Carter a annoncé qu'il reviendrait une troisième fois cette année au Soudan, fin septembre, pour aider à promouvoir la recherche de la paix et l'éradication de la dracunculose au Soudan.

En attendant, Global 2000 a annoncé qu'à partir de début septembre son conseiller résident à Khartoum sera M. P. Craig Withers qui sera transféré de Ouagadougou. M. Withers était auparavant le premier conseiller résident de Global 2000 auprès du Programme d'Eradication de la Dracunculose au Nigéria, dès 1988, et par la suite a travaillé au siège social de Global 2000 à Atlanta, Georgie aux Etats-Unis avant d'être transféré l'année dernière à Ouagadougou où il a travaillé avec l'ITECH. M. Withers a collaboré avec le Programme soudanais d'Eradication de la Dracunculose à Khartoum temporairement en juin et juillet 1995. En août, le Dr. Philippe Ranque et M. Pierre Catand de l'OMS se sont rendus au Soudan pour faire un examen sur l'état d'avancement des activités de lutte contre la dracunculose et la trypanosomiase et pour être tenus au courant des développements concernant ces maladies.

### **DIMINUTION DE 37% DANS LE NOMBRE DE CAS MONDIAL PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS DE 1995**

En général, le nombre de cas de dracunculose a diminué, passant de 83 332 cas pendant les six premiers mois de 1994 à 52 667 cas pendant les six premiers mois de 1995, soit une réduction de 36,8% (Tableau 1). Dans les pays endémiques qui avaient des données comparables pendant cette période en 1994, le taux de réduction est de 41% (Tableau 2, Figure 1). Les Figures 1 et 2 attirent également l'attention sur les réductions très nettes dans le nombre de cas au Cameroun, au Sénégal, en Inde, au Nigéria, au Togo, et au Mali, dont tous dépassent 50%, et sur le fait que le Kenya jusqu'à présent n'a aucun cas de notifié en 1995. Le Pakistan approche les deux ans sans un seul cas. L'on ne sait pas si au Tchad les notifications sont complètes. Plus de 80% des villages où on sait que la maladie est endémique ont à présent des agents de santé basés dans le village qui ont reçu une formation portant sur l'endiguement des cas, bien que cette formation vienne juste de commencer dans les quelques 2400 villages endémiques du Soudan (Figure 4). A présent tous les pays endémiques utilisent l'Abate pour lutter contre le vecteur dans des villages endémiques choisis (Figure 3). Le Tableau 3 présente un récapitulatif de la proportion des cas de 1995 dont on indique qu'ils sont entièrement endémiques ainsi que la proportion de notification mensuelle complète des villages endémiques. Ces deux derniers indices prennent une importance de plus en plus grande lors de cette étape finale de la campagne d'éradication et les programmes qui ne suivent pas encore ce type d'information doivent commencer à le faire immédiatement.

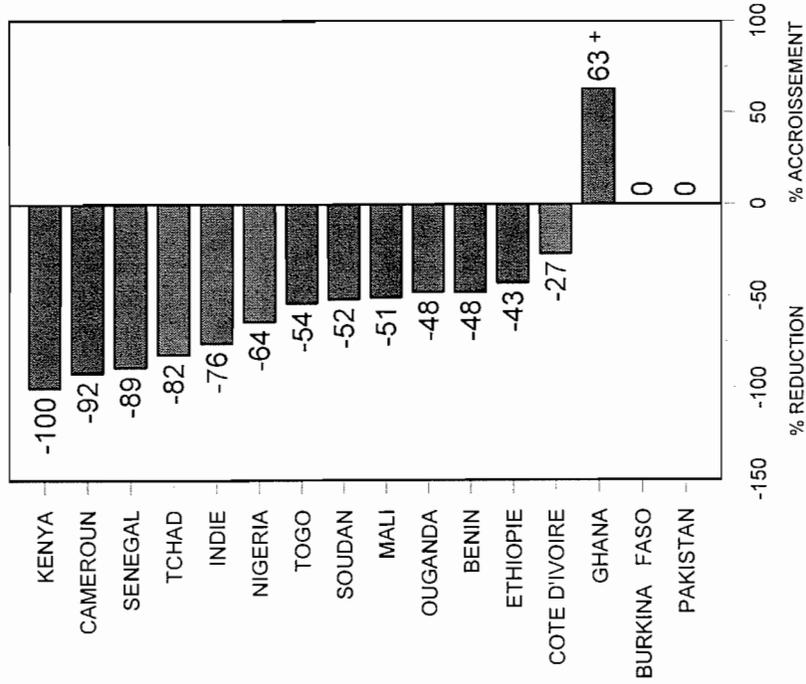
### **CAMEROUN: 6 CAS DONT 5 SONT DES CAS IMPORTES**



Jusqu'à la mi-août, le Cameroun signalait un total de six cas de dracunculose en 1995, dans quatre villages. Le seul cas autochtone a été détecté lors du stade pré-émergence dans le village endémique de Kerewa, le 29 mars. Il a été entièrement endigué. Quatre des cas restants viendraient du Nigéria et auraient été introduits dans les anciens villages endémiques de Kangeri (déclaré le 24 juillet) et de Amchide (déclarées les 1 et 7 août), et dans le village de Blabodi (déclaré le 29 juillet), lequel n'était pas endémique auparavant. L'autre cas a été apparemment importé du Niger à Amchide, et s'est déclaré le 7 août. L'on ne connaît pas l'état des mesures d'endiguement pour les cinq cas importés et l'on ne sait pas non plus s'ils ont été officiellement contre-notifiés au Nigéria et au Niger par le biais de l'OMS. Le Cameroun a indiqué 17 cas jusqu'à la fin de juillet 1994.

Figure 1

CHANGEMENT EN POURCENTAGE DANS LE NOMBRE DE CAS DE DRACUNCULOZE NOTIFIES PENDANT LA PERIODE JANVIER - JUIN 1994 ET JANVIER - JUIN 1995 PAR PAYS\*



\* SONT EXCLUS LE NIGER, LA MAURITANIE ET LE YEMEN CAR CES PAYS NE NOTIFIAIENT PAS DE DONNEES COMPARABLES PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS DE 1994.

Tableau 2

STATUT DE L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOZE

PAYS	NOMBRE DE CAS DETECTES		CHANGE- MENT %
	JANV. - JUIN 1994	JANV. - JUIN 1995	
KENYA	31	0	-100
CAMEROUN	13	1	-92
SENEGAL	19	2	-89
TCHAD	356	64	-82
INDIE	90	22	-76
NIGERIA	25179	9138	-64
TOGO	1948	890	-54
MALI	1913	931	-51
BENIN	1670	863	-48
OUGANDA	6938	3635	-48
ETHIOPIE	564	320	-43
SOUDAN	32670	19902	-39
COTE D'IVOIRE	3477	2547	-27
BURKINA FASO	2533	2522	0
PAKISTAN	0	0	0
GHANA	4859	7919	+63
NIGER	*	4463	--
MAURITANIE	*	137	--
YEMEN	*	30	--
TOTAL	82260	48756**	-41

\*Dénotes aucun cas signalés ou une notification incomplète pour la période janv. - juin 1994

\*\* Ce total exclut 4630 cas notifiés du Niger, de la Mauritanie et du Yémen qui ne Notifiaient pas de données comparables pendant les six premiers mois de 1994.

Tableau 3

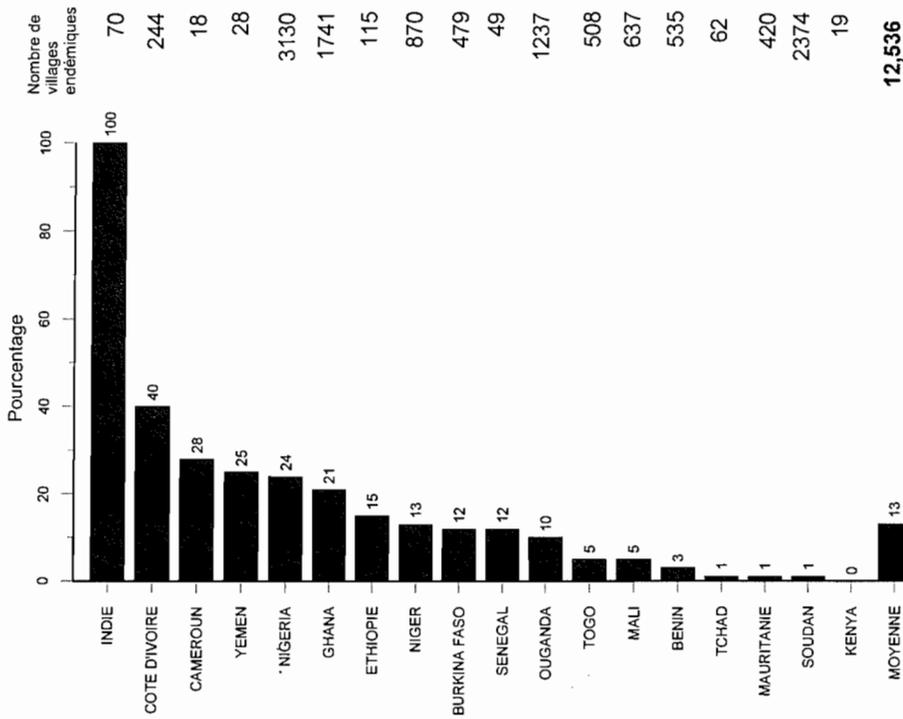
POURCENTAGE DE VILLAGES ENDEMIQUES NOTIFIES ET POURCENTAGE DE CAS ENDIGUES EN 1995

Pays	Pourcentage de villages endémiques notifiant	Pourcentage de cas endigués en 1995
Soudan	NR	NR* (13% de prise en charge)
Nigeria	77% (Janv.-Juil.)	26% (Janv.-Juil.)
Niger	70% (Janv. Mars.)	65% (Janv.-Juin.)
Ouganda	92% (Janv.-Juil.)	48% (Janv.-Juil.)
Ghana	98% (Janv.-Juil.)	75% (Janv.-Juil.)
Burkina Faso	NR	51% (Janv.-Mars.)
Mali	88% (Janv.-Juil.)	68% (Janv.-Juil.)
Cote d'Ivoire	PN	PN
Togo	PN	PN
Mauritanie	PN	PN
Benin	PN	55% (Janv.-Fev.)
Ethiopie	86% (Janv.-Juil.)	80% (Janv.-Juil.)
Tchad	PN	PN
Indie	100% (Janv.-Juin.)	100% (Janv.-Juin.)
Senegal	100% (Janv.-Juil.)	100% (Janv.-Juil.)
Yemen	100% (Janv.-Juil.)	20% (Janv.-Juil.)
Kenya	PN	---
Cameroun	100% (Janv.-Juil.)	100% (Janv.-Juil.)
Pakistan	100%	---

\* prise en charge continue.  
PN = pas de notification

Figure 2

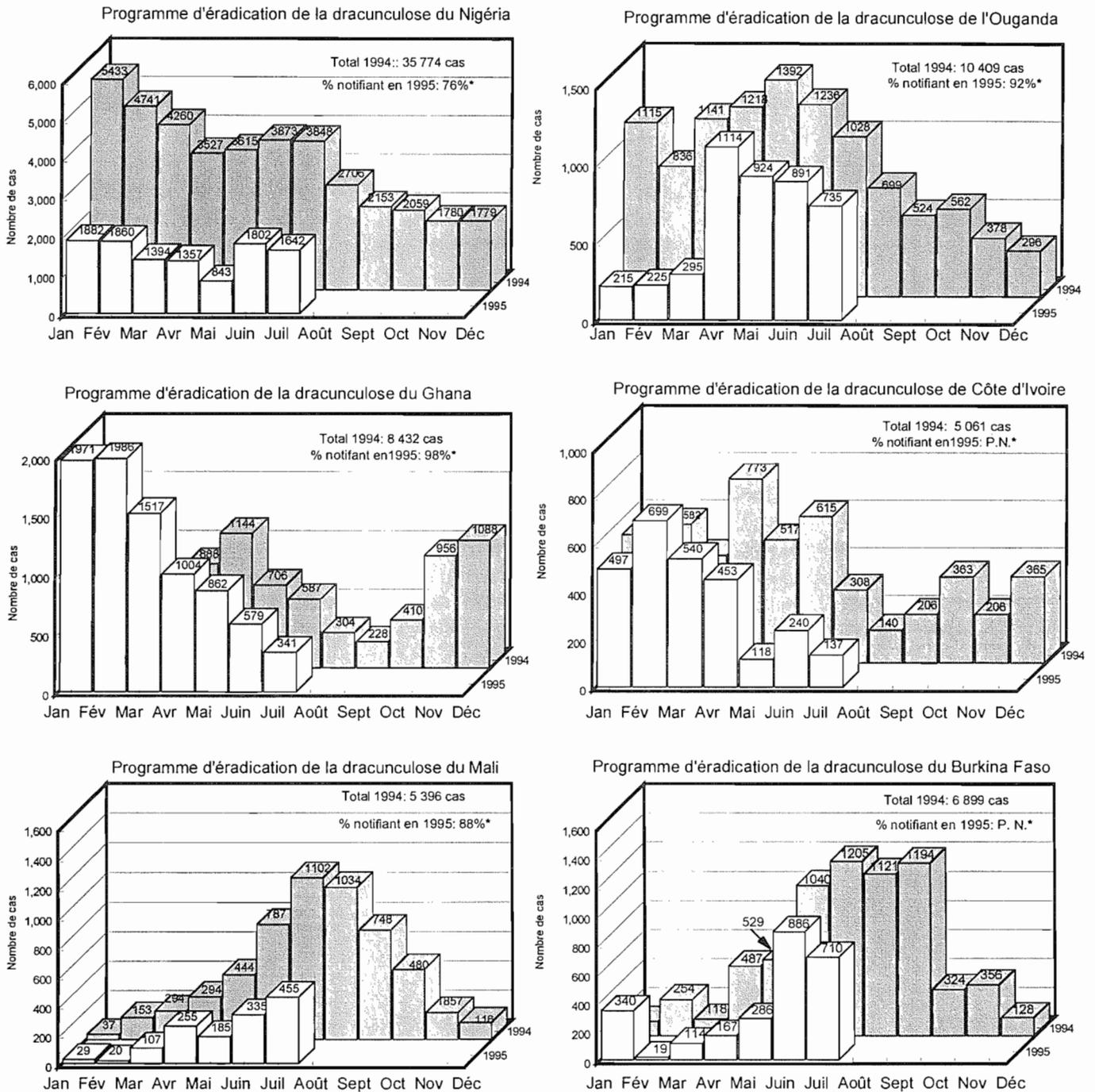
POURCENTAGE DE VILLAGES AVEC DRACUNCULOSE ENDEMIQUE ET LUTTE CONTRE LE VECTEUR: AOUT 1995



\*Le Pakistan a Notifié 0 cas en 1994

\*\* Cette intervention n'est pas toujours appropriée dans 100% des villages endémiques.

**Figure 3** NOMBRE DE CAS DE DRACUNCULOSE NOTIFIES AU NIGERIA, EN OUGANDA, AU GHANA, EN COTE D'IVOIRE, AU MALI, ET AU BURKINA FASO: 1994 - 1995



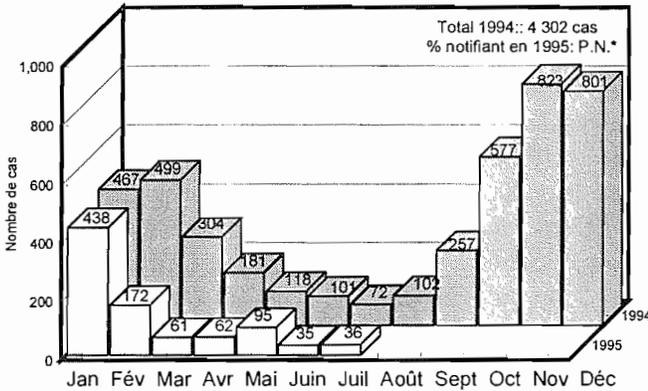
\* PROPORTION MOYENNE DE VILLAGES NOTIFIANT DES CAS EN 1995

P.N. PAS DE NOTIFICATION

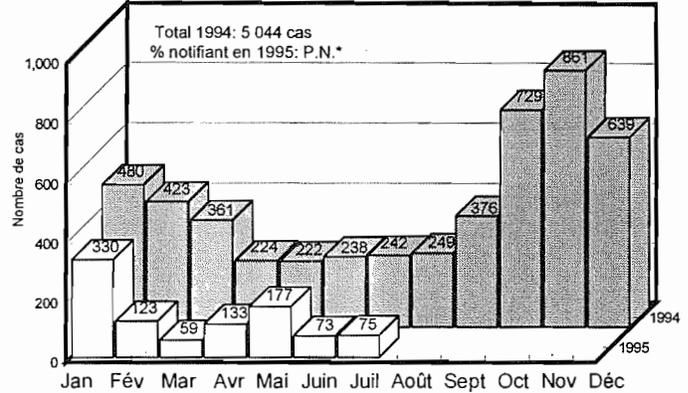
Figure 3  
(suite)

NOMBRE DE CAS DE DRACUNCULOSE NOTIFIES  
AU BENIN, AU TOGO, EN ETHIOPIE, AU SENEGAL,  
EN INDE, ET AU CAMEROUN: 1994 - 1995

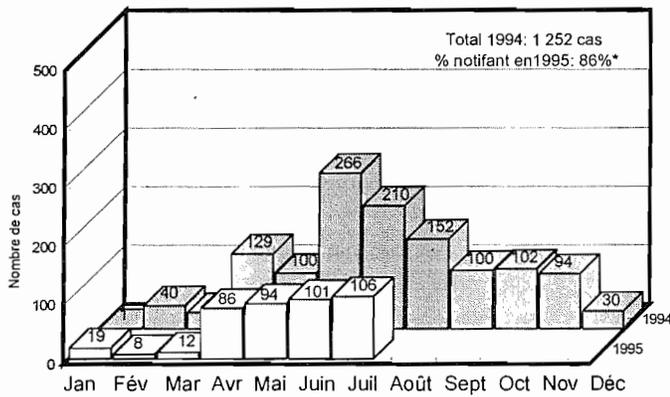
Programme d'éradication de la dracunculose du Benin



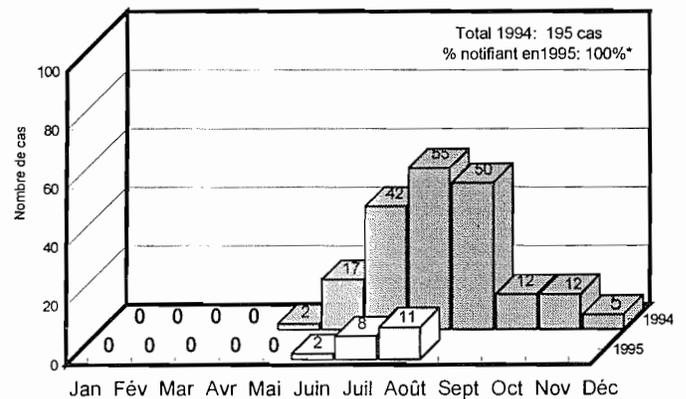
Programme d'éradication de la dracunculose du Togo



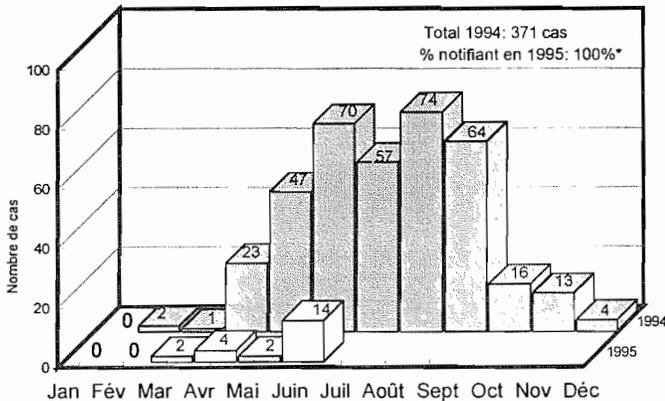
Programme d'éradication de la dracunculose d'Ethiopie



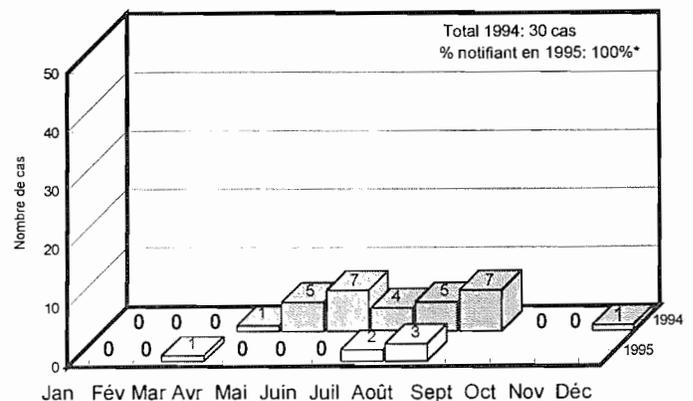
Programme d'éradication de la dracunculose du Sénégal



Programme d'éradication de la dracunculose d'Inde



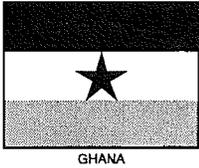
Programme d'éradication de la dracunculose du Cameroun



\* PROPORTION MOYENNE DE VILLAGES NOTIFIANT DES CAS EN 1995

P.N. PAS DE NOTIFICATION

## GHANA: REDUCTION AMELIOREE DES CAS



Le Ghana semble avoir repris la lutte de l'éradication de la dracunculose. Alors qu'il signalait une augmentation de 115% dans le nombre de cas notifiés pendant les quatre premiers mois de 1995, comparé à la même période en 1994, tenant aux problèmes ethniques qui avaient entravé les activités de lutte contre la maladie dans les parties très endémiques de la région du nord au début de 1994, le pays a noté une diminution de 26,8% dans le nombre de cas indiqués cette année de mai à juillet, comparé à l'année dernière. De plus, la diminution des cas notifiés en juillet s'élevait à 41,9% comparé à juillet 1994. Bien que les mois de l'incidence la plus faible de la dracunculose au Ghana soient août, septembre et octobre, déjà en juillet de cette année, deux des dix régions (du Nord et Volta) indiquaient ce mois 315 des 341 cas (92,3%). Selon les indications, sur les 123 cas indiqués dans la région Volta, 92% auraient été entièrement endigués, comparé à 69% des 192 cas dans la région du Nord. Sur les huit régions restantes, deux (de l'Ouest, de l'Est supérieur) indiquaient zéro cas; l'une (le grand Accra) ne notifiait que 2 cas importés dont les deux ont été endigués; une autre (Brong Ahafo, auparavant la région endémique no. 2 du pays) n'indiquait que 5 cas autochtones dont tous ont été entièrement endigués. Les régions centrales et de l'extrême Ouest ont notifié respectivement 6 et 9 cas dont tous ont été entièrement endigués. Les régions de l'Est et d'Ashanti notifiaient chacun 1 cas autochtone et 1 cas importé et chacune a endigué 1 de ces deux cas, tout en fournissant pour les deux cas des soins d'immersion et de bandage. En général, 79% des cas au Ghana en juillet ont été endigués. Jusqu'à la fin de juillet, des cas ont été notifiés par un total de 962 villages différents au Ghana en 1995, y compris 409 nouveaux villages endémiques.

## MALI: UNE BAISSSE SPECTACULAIRE CONTINUE DANS LA REGION DE KAYES



Pendant les six premiers mois de 1995, la région de Kayes a diminué de 81,5% les cas de dracunculose, passant de 325 cas pendant cette période en 1994 à 60 cas uniquement pendant la même période en 1995. 89% des 220 villages endémiques de Kayes, qui est la deuxième région endémique du Mali, ont présenté des comptes rendus en juin. Dans le Mopti, région la plus endémique, le nombre de cas de maladie a diminué de 44,3% sur la même période de six mois, passant de 1.585 à 883. 94% des 355 villages endémiques du Mopti ont notifié des cas en juin. Pendant la même période, la région de Koulikoro n'indiquait que trois cas, dont deux étaient importés de l'extérieur de cette région. Dix-sept cas ont été notifiés à Segou. Segou a commencé à utiliser l'Abate pour la lutte contre le vecteur dans 19 villages qui ont connu des cas l'année dernière et le Mopti l'utilise dans 10 villages endémiques. Les résultats provisoires de la surveillance active de la région de Gao indiquent que la maladie est nettement moins répandue que ne l'avaient suggéré des comptes rendus non confirmés faits auparavant. La formation portant sur l'endiguement des cas a été achevée dans 80% des villages endémiques.

## LE NOMBRE DE CAS CONTINUE A CHUTER AU NIGERIA



Avec 81% des 3.133 villages notifiant, le Nigéria a noté 1.642 cas de dracunculose en juillet, à savoir une réduction de 57,3% par rapport aux 3.848 cas notifiés en juillet 1994. Le plus grand nombre de cas pour le mois a été notifié dans les Etats de Katsina (594), suivi de Sokoto (296) et de Bauchi (227). Pendant les sept premiers mois de 1995, des cas ont été notifiés par un total de 1.187 villages différents du Nigéria, y compris 35 nouveaux villages endémiques. Des interventions spéciales de nature intensive dans les 12 collectivités locales les plus endémiques de la zone Sud-Est ont été achevées en août. Huit équipes se sont rendues dans 395 villages comptant au total plus de 500.000 habitants. Parmi les consultants externes qui ont concouru au programme

en juillet, notons les anciens volontaires du Corps de la Paix, Mme Nomi Fuchs, qui travaillait dans la zone Sud-Est dans le cadre des interventions spéciales, Mme Michelle Ellefson, qui travaillait dans l'état de l'Ohio, ainsi que le Dr. Patrick Kachur des CDC, qui a travaillé dans trois des collectivités locales les plus endémiques de l'Etat de Sokoto. La British Overseas Development Administration (ODA) a commencé des préparations pour un projet communautaire d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans la collectivité locale d'Oju qui est la collectivité la plus endémique de l'Etat de Benue. La Haute Commission canadienne a approuvé la construction de 52 puits creusés à la main dans la zone du Sud-Est et l'Ambassadeur américain a également convenu de fournir un financement pour plusieurs puits creusés à la main dans les communautés endémiques. La mission de l'UNICEF au Nigéria et Global 2000 continuent à apporter un solide soutien à ce programme. Au début d'août, le Dr. K. Ojodu a été nommé le nouveau coordinateur du programme national pour le programme d'éradication de la dracunculose au Nigéria (NIGEP).

### UTILISATION DU MATERIEL DONNE POUR LES FILTRES EN NYLON EN 1995 ET EN 1996



L'attention des Coordinateurs des programmes nationaux et de tous les autres concernés est attirée sur le besoin urgent d'utiliser très soigneusement le matériel donné pour les filtres en nylon pendant le restant de 1995 et pendant 1996. Plus de 1,7 millions de yards carrés de ce matériel, représentant l'un des volets les plus chers et les plus importants de cette campagne d'éradication, ont été généreusement donnés depuis 1990 par Dupont Corporation et Precision Fabric Group au Centre Carter pour être utilisés en Afrique. Mais les fournitures ne sont pas illimitées. Il convient tout particulièrement que les programmes distribuent ce matériel uniquement aux villages qui connaissent actuellement des cas de

dracunculose et aux familles des villages endémiques qui ont besoin d'un nouveau filtre. Les villages qui sont uniquement sous surveillance et qui n'ont pas actuellement de cas de dracunculose ne devraient PAS recevoir de filtres en tissu. Il faut éviter tout modèle de filtre qui représente un gaspillage de matériel. Il faut mettre en garde les villageois leur indiquant qu'on ne peut pas sécher les filtres à la lumière directe du soleil car cela détériore le nylon ou qu'il ne faut pas les accrocher sur des objets pointus; qu'il ne faut pas trop les frotter lorsqu'on les lave; et qu'il ne faut pas utiliser le matériel à d'autres fins si ce n'est filtrer l'eau de boisson. Les programmes devraient donner cette ressource précieuse aux villages et aux familles qui en ont besoin et seulement à eux quelle que soit leur capacité ou volonté de payer pour les filtres.

Les engagements déjà pris par des bailleurs de fonds représentent un total de 229.000 yards carrés supplémentaires de filtres en nylon qui seront expédiés plus tard cette année (1995) aux programmes qui en ont besoin et un total de 49.000 yards carrés qui seront expédiés en 1996.

C'est pour cette raison ainsi que pour d'autres qu'on rappelle aux coordinateurs des programmes nationaux qu'il faut utiliser toutes les interventions disponibles (éducation sanitaire, filtres en tissu, Abate, approvisionnement en eau salubre, et prise en charge des bassins individuels) de la manière la plus efficace qui soit et qu'il faut concentrer les interventions de leurs programmes sur les villages où la maladie est actuellement endémique pour arriver rapidement à éradiquer la dracunculose. Pour cela, pas de secret: il faut utiliser la surveillance active, l'endiguement des cas, et une mobilisation sociale efficace.

**EN BREF**

Bénin. En juillet, le Bénin comptait 420 villages endémiques. Douze des 36 cas notifiés ont été endigués, et 100% des villages endémiques ont envoyé ce mois des rapports de surveillance.

L'Ethiopie a contre-notifié huit cas de dracunculose importés du Soudan dans la région de Gambella. Les huit cas qui concernent des personnes âgées de 16 à 28 ans (cinq femmes et trois hommes) ont vu le ver émerger en juin 1995. Sur les 144 villages sous surveillance, 72 (non compris les camps de réfugiés et les grandes villes avec des cas importés) ont notifié des cas jusqu'à présent en 1995 (à la fin juillet). Un nouveau coordinateur du programme national a été nommé pour le Programme d'Éradication de la Dracunculose: le Dr. Desta Alamerew du Service d'Épidémiologie et de Lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé. M. Teshome Gebre continuera de travailler à temps plein pour le programme.

Inde. L'ancien coordinateur du programme national, le Dr. Ashok Kumar, a été promu au poste de Directeur général adjoint des Services de Santé du Gouvernement indien. Il a pris son poste le 25 juillet 1995. Le nouveau Chef du Programme national d'Éradication de la Dracunculose n'a pas encore été nommé. Nous souhaitons transmettre nos félicitations les plus sincères au Dr. Kumar.

Niger. Les numéros de téléphone corrects pour le Coordinateur du Programme national, M. Sadi Moussa, sont (227) 73 54 59 ou 73 28 57; son numéro de fax est (227) 73 28 87.

Sénégal. Les 21 cas notifiés jusqu'à la mi-août 1995 ont été enregistrés uniquement dans six villages endémiques. Tous les cas ont été endigués et l'Abate a été utilisée pour lutter contre le vecteur dans les six villages où la maladie est actuellement endémique.

L'Ouganda a contre-notifié huit cas de dracunculose importés du Soudan dans le district d'Arua (Camp Rhino) en Ouganda en mars 1995. Les vers étaient en train d'émerger chez ces patients âgés de 11 à 37 ans et qui venaient de la zone de Bahr Al-Ghazal au Soudan du sud lorsqu'ils ont pénétré dans le camp.

**JOURNEE NATIONALE D'ERADICATION DU VER DE GUINEE DE L'O.C.C.G.E.****O.C.C.G.E.**

Le Dr. Alhousseini Maiga de l'ITECH nous a informés qu'outre le Mali, le Niger et le Sénégal, dont les célébrations ont été décrites dans le numéro précédent du Résumé de la Dracunculose, la Journée 1995 pour l'Éradication de la Dracunculose dans les pays francophones a également été observée au Bénin, au Togo et dans certaines provinces du Burkina Faso. Au Bénin, elle a été célébrée le 25 avril dans la Province de Zou où des visites ont été faites dans deux villages (Foki et Glokougou) par des représentants des ministères de la santé et de l'hydraulique, des délégations des six provinces et des représentations de l'UNICEF, de l'OMS et du Corps de la Paix américain. Mobilisation sociale, éducation sanitaire, démonstration de filtres, et exposition de photographies à la mairie d'Abomey étaient au titre des activités. Au Burkina Faso, la Journée a été célébrée en juin dans les provinces dans le cadre de la Semaine nationale de la Santé. Des activités sportives ont été réalisées. Au Togo, la Journée d'Éradication du Ver de Guinée a été célébrée le 18 février à Notse dans la préfecture d'Haho, en présence du ministre de la santé, le Dr. Afatsao Amedome, et du Général Amadou Toumani Toure du Mali. Les principales activités: éducation sanitaire et diffusions radiophoniques et télévisées.

## EDITORIAL

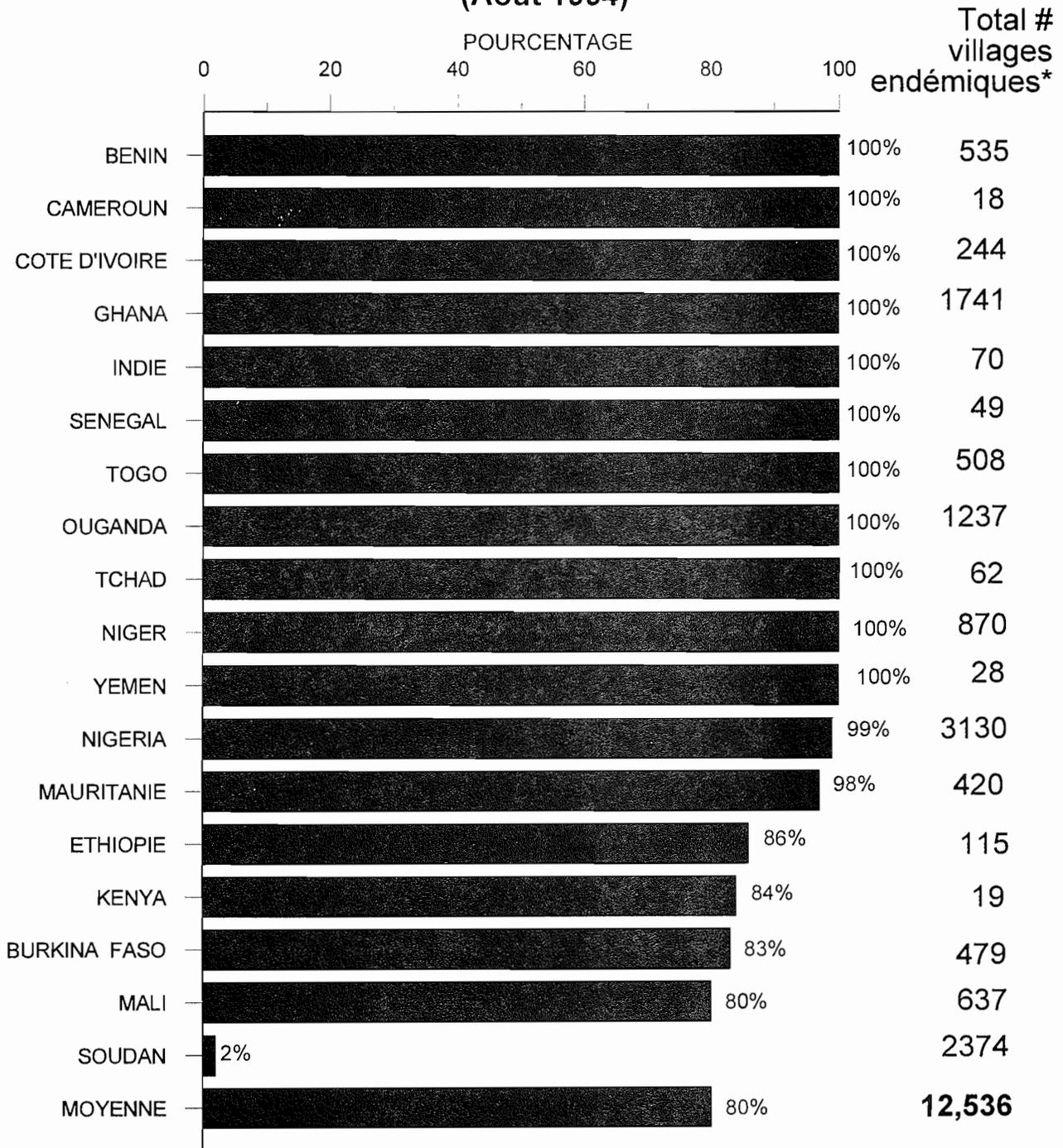
### ERADICATION - NOTRE PRIORITE NUMERO UN

Alors que nous traversons l'étape finale de la campagne en vue de l'éradication de la dracunculose, l'on a proposé d'intégrer cette surveillance ou d'autres aspects des programmes d'éradication de la dracunculose aux activités de lutte contre d'autres maladies. S'il est souhaitable de maximiser les bénéfices des Programmes d'Éradication de la Dracunculose, nous ne devrions pas en ce faisant perdre de vue le fait que cette campagne a pour objectif principal d'éliminer la dracunculose. Atteindre aussi vite que possible ce but est le critère à l'aune duquel sera mesuré la réussite ou l'échec de la campagne. Les avantages liés à la seule éradication de la dracunculose justifient pleinement les investissements faits en vue de l'éradication. Tous les autres aspects qui ne contribuent pas à enrayer la transmission de la dracunculose devraient être jugés 1) au vu de la mesure dans laquelle ils affectent la réalisation de l'objectif primaire, et 2) au vu de leurs avantages éventuels s'ils sont exécutés correctement.

L'expérience en matière de santé publique enseigne qu'une approche raisonnable pour combiner la surveillance de la dracunculose et la surveillance d'autres maladies devrait commencer en vérifiant que les responsables au niveau national de la lutte contre d'autres maladies soient également responsables de l'effort complémentaire déployé pour la surveillance de ces autres maladies, et qu'ils doivent à commencer à utiliser les données qui en résultent pour la prévention et la lutte contre les maladies. Par exemple, si nous prenons la rougeole ou la poliomyélite, toute surveillance significative pour ces maladies devrait également couvrir des villages qui n'ont pas de cas de dracunculose. Normalement, le programme de vaccination devrait logiquement assurer l'identification, la formation, la supervision et le feedback de l'information aux agents de santé concernés dans tous ces villages y compris ceux où la dracunculose est endémique ou l'était récemment. Par conséquent, les agents de santé dans les villages travaillant surtout dans le cadre du Programme national d'Éradication de la Dracunculose pourraient être facilement transférés au programme élargi de vaccination et être soutenus par ce réseau tout en restant vigilants pour détecter les cas importés de dracunculose. On pourrait faire de même pour l'éducation sanitaire. La responsabilité garantissant une réponse rapide et appropriée face aux cas soupçonnés de dracunculose, selon les critères établis pour l'endiguement des cas, restera confiée au Programme national d'Éradication de la Dracunculose jusqu'à ce que l'éradication soit réalisée. Offrir des récompenses monétaires pour la notification d'un cas de dracunculose, et faire savoir qu'elles existent, est probablement le moyen le plus fiable de renforcer la sensibilité à la surveillance de la dracunculose juste avant et juste après l'éradication.

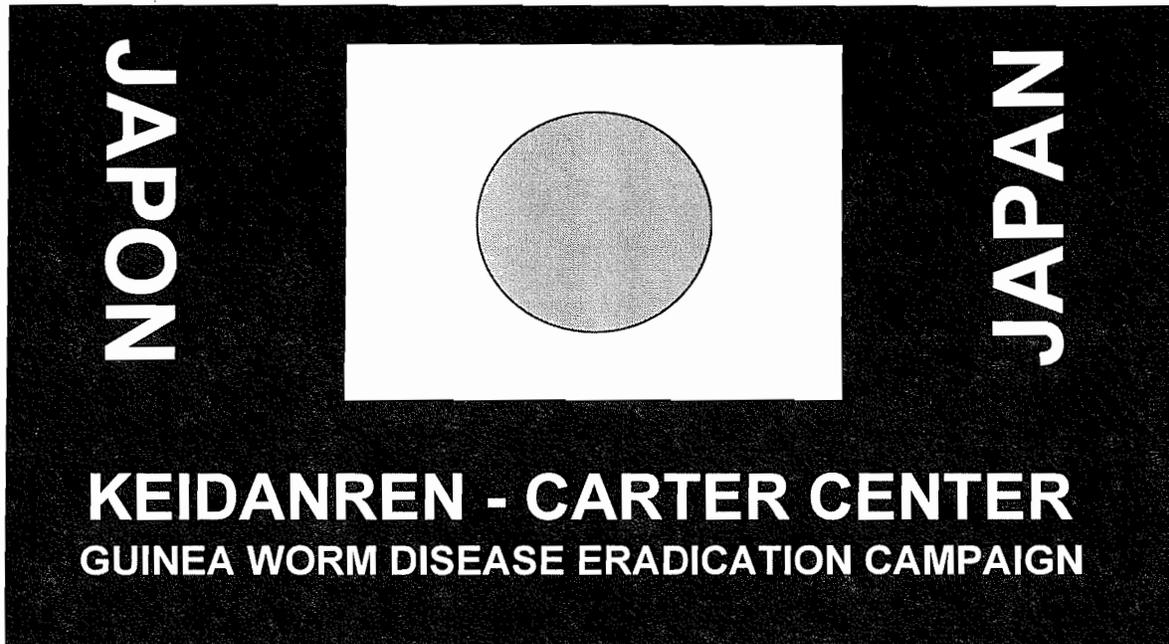
Lors de l'adjonction d'activités autres que celles se rapportant à la dracunculose pour un agent de santé établi dans un village et pour son superviseur, les décideurs ne doivent pas assumer que le travail fait pour lutter contre la dracunculose diminue parallèlement et au même degré que le nombre de cas. Au contraire, au fur et à mesure que diminuent les cas, des efforts plus intensifs sont nécessaires pour détecter et endiguer chaque cas aussi rapidement et efficacement que possible. Par conséquent, au fur et à mesure que les cas diminuent, la charge de travail et le coût pour endiguer chaque cas augmentent. Cette constatation est une partie inévitable du prix de l'éradication permettant de mettre fin aux mesures de lutte contre la maladie et d'amortir pour toujours le coût de l'éradication. C'est la raison pour laquelle les dirigeants des Programmes d'Éradication du Ver de Guinée devraient d'abord donner la priorité à un meilleur endiguement des cas et à une meilleure supervision des agents de santé, à l'intensification de la surveillance active pour les nouveaux cas de dracunculose, et à des niveaux plus élevés de mobilisation sociale.

**Figure 4 POURCENTAGE DE VILLAGES OU LA DRACUNCULOSE EST ENDEMIQUE AVEC ENDIGUEMENT DES CAS\* (Aout 1994)**



\* Formation et déploiement d'agents de santé villageois.

\*\* Le Pakistan a notifié zéro cas pour 1994.



### LES VEHICULES KEIDANREN ARRIVENT

Les quarante (40) véhicules à quatre roues motrices donnés par Keidanren au Centre Carter pour les Programmes d'Eradication de la Dracunculose en Afrique sont arrivés dans les 14 pays concernés: le Bénin, le Burkina Faso, le Tchad, la Côte d'Ivoire, l'Ethiopie, le Ghana, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigeria, le Sénégal, le Soudan, le Togo, et l'Ouganda. Tel qu'indiqué dans le Résumé de la Dracunculose No. 48, Keidanren est une fédération d'environ 1.000 sociétés japonaises privées qui ont fait ce don généreux en réponse à un appel personnel du Président Jimmy Carter. Les 72 motocyclettes données sont également arrivées dans neuf des pays (la Côte d'Ivoire, l'Ethiopie, le Mali, la Mauritanie, et le Sénégal ne recevront pas de motocyclettes de ce don). Pour le moment les motocyclettes à l'intention du Bénin (5), du Ghana (5), du Nigéria (12), et de l'Ouganda (8) ont été dédouanées. Le Soudan a reçu de cette source 12 véhicules à quatre roues motrices et 25 motocyclettes.

### PUBLICATIONS RECENTES



Bierlich B, 1995. Notions and treatment of Guinea worm in northern Ghana. *Soc Sci Med*, 41:501-509.

Brieger WR, 1995. Educating the educators. *Health Action*, Numéro 11: décembre 1994-février 1995.

Hopkins DR, Azam M, Ruiz-Tiben E, Kappus KD, 1995. Eradication of dracunculiasis from Pakistan. *Lancet*, 346:621-624.

**50ème NUMERO DU RESUME DE LA DRACUNCULOSE!!**

*Le 31 janvier 1983, Le Résumé de la Dracunculose était imprimé et distribué pour la première fois, en anglais uniquement, à moins de 50 personnes. Dès le numéro 15 (30 mars 1987), Le Résumé de la Dracunculose a été traduit et distribué à des lecteurs francophones intéressés en Afrique et en Europe. Le présent numéro, le 50ème, marque 12 années et 9 mois d'effort en vue d'informer la coalition de personnes (y compris des dirigeants nationaux et internationaux) et d'organisations de soutien sur l'état d'avancement des efforts nationaux vers l'éradication de la dracunculose dans les pays affectés en Afrique et en Asie. Alors que se rapproche de plus en plus le but d'éradication de la dracunculose, nous engageons à garder informés tous ceux qui doivent rester au courant des progrès faits par cette campagne mondiale.*

*Les éditeurs du Résumé de la Dracunculose remercient les coordinateurs nationaux des programmes d'éradication dans les 18 pays affectés qui continuent à fournir la substance de cette publication et toutes les autres personnes qui, à un moment ou à un autre, ont apporté des informations à cette communication administrative.*

*L'inclusion d'informations dans Le Résumé de la Dracunculose ne constitue pas une "publication" de cette information.*

*Le Résumé de la Dracunculose est publié en mémoire de BOB KAISER.*

*Pour de plus informations sur Le Résumé de la Dracunculose, prière de contacter Trenton K. Ruebush, MD, Directeur, Centre de Collaboration de l'OMS pour la Recherche, l'Information, et l'Eradication en matière de Dracunculose, NCID, Centers for Disease Control and Prevention, F-22, 4770 Buford Highway, NE, Atlanta, GA 30341-3724, U.S.A. FAX: (404) 488-4532.*



Les CDC sont le Centre de Collaboration de l'OMS pour le Recherche, l'Information, et l'Eradication en matière de Dracunculose.

**LISTE D'ADRESSES: RESPONSABLES DES PROGRAMMES NATIONAUX DE LA DRACUNCULOSE**

**Bénin**

M. Dossou-Yovo, Julien M.  
S/C UNICEF, Cotonou  
B.P. 2791, Cotonou  
Tel. (229) 31-17-20, Fax. C/O UNICEF (229) 30-06-97

**Burkina Faso**

Dr. Cabore, Joseph W.  
Ministère de la Santé et Action Sociale/DCMT  
B.P. 7013, Ouagadougou  
Tel. (226) Fax. C/O ITECH (226) 31-47-79

**Cameroun**

Dr. Sam Abbenyi, Amos  
Ministère de la Santé publique, Yaounde  
Tel. (237) 22-44-19, Fax. (237)22-67-19, 23-23-72

**Tchad**

Dr. Gagde Hinn-Dandje  
Ministère de la Santé Publique  
Programme Nationale de Lutte Contre la Dracunculose  
B.P. 759, N'Djamena  
Tel. (235) 512-370, Fax. (235) 514-465

**Cote d'Ivoire**

Dr. Boualou, Henri  
Direction de la Santé Communautaire  
B.P. VI6, Abidjan  
Tel. (225) 324-191, Fax. (225) 227-607

**Ethiopie**

Dr. Desta, Alamirew  
Epidemiology and AIDS Department  
Ministry of Health  
P.O. Box 3056, Addis Ababa  
Tel. 251-1-55-66-17, 15-96-82, Fax:

**Ghana**

Dr. Bugri, Samuel  
Ministry of Health  
P.O. Box 2848, Accra  
Tel. (233-21) 663-606, 667-617, Fax. (233-21) 668-556

**Indie**

Reste à nommer  
National Institute of Communicable Diseases  
22 Sham Nath Marg, Delhi - 110 024  
Tel. (91-11) 291-3028,252-1272, Fax. (91-11) 292-2677, 233-482

**Kenya**

Dr. Sang, David  
Ministry of Health  
P.O. Box 20750, Nairobi  
Tel. (254-2) 725-601, Fax. (254-2) 720-050

**Mauritanie**

Dr. Sidi Mohamed, O.M.L.  
Ministère de la Santé Publique  
B.P. 4636, Nouakchott  
Tel. (222) 252-087, Fax. (222) 252-268

**Mali**

Dr. Degoga, Issa  
Ministère de la Santé Publique/DNS/DE/PNEVG  
B.P. 228, Bamako  
Tel. (223) 223-787, Fax. (223) 231-721

**Niger**

M. Moussa, Sadi  
Ministère de la Santé Publique  
B.P. 619, Niamey  
Tel. (227) 73-54-59, 73-28-57, Fax. (227) 73-28-87

**Nigeria**

Dr. Ojodu, K. A.  
National Coordinator, NIGEP  
Federal Ministry of Health, Room 913, 2nd. Phase  
Ikoyi, Lagos  
Tel. (234-12) 694-097, Fax. (234-12) 694-097

**Pakistan**

Dr. Azam, Mohammad  
National Institute of Health, Islamabad  
Guinea Worm Eradication Programme  
Tel. (92-51) 240-464, Fax.

**Senegal**

Dr. Gaye, Abou Bekr  
Ministère de la Santé Publique et Action Sociale  
Dakar  
Tel. (221) 247-434, Fax. (221) 234-615,229-280

**Soudan**

Dr. Aziz, Nabil  
Federal Ministry of Health  
P.O. Box 303, Khartoum  
Tel. (249-11) 771-555, Fax.

**Togo**

M. Amegbo, Ignace K.  
Institute National d'Hygiene  
B.P. 1396, Lome  
Tel. (228) 210-633, Fax. (228) C/O UNICEF (228) 218-949

**Ouganda**

Dr. Mpigika, Gilbert  
Ministry of Health  
P.O. Box 8, Entebbe  
Tel. (256-42) 207-19, Fax. (256-42) 206-08

**Yemen**

Dr. Al Kohlani, Abdul-Hakeem  
Ministry of Public Health  
P.O. Box 8892, Sana'a  
Tel. (967-1) 252-221, Fax. C/O UNICEF (967-1) 251-613

WORLD HEALTH ORGANIZATION



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

QUARANTE-QUATRIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE  
Programme du jour, article 17.2

WHA44.5  
13 mai 1991

ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE

La Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA39.21 et WHA42.29;

Ayant examiné le rapport du Directeur général sur l'éradication de la dracunculose;

Encouragée par les progrès considérables réalisés dans de nombreux pays sur la voie de l'élimination de cette maladie;

Sachant que l'élimination de la dracunculose pays par pays est considérée comme la dernière étape avant que l'éradication mondiale de cette maladie puisse être proclamée;

Consciente de l'appui fourni aux activités nationales de lutte par la communauté internationale;

Déplorant néanmoins les effets néfastes persistants de la dracunculose sur la santé, y compris celle des mères et des enfants, et les limitations qu'elle impose à l'agriculture, au développement durable et à l'éducation dans les zones d'endémie d'Afrique et d'Asie, où plus de 100 millions de personnes restent exposées au risque de l'infection;

Sachant que, face à de tels problèmes, un certain nombre de pays se sont fixé comme objectif national de faire en sorte qu'il n'y ait plus de cas indigène sur leur territoire d'ici la fin de 1995;

1. EXPRIME sa satisfaction devant les progrès réalisés par les Etats Membres concernés en vue de l'élimination de la dracunculose;

2. DECLARE son engagement en faveur de l'éradication de la dracunculose d'ici la fin de 1995, cet objectif étant techniquement réalisable sous réserve d'un soutien politique, social et économique approprié;

3. SOUSCRIT à une stratégie mixte combinant l'approvisionnement en eau saine, la surveillance active, l'éducation pour la santé, la mobilisation des communautés, la lutte antivectorielle et la prophylaxie individuelle;

4. DEMANDE à tous les Etats Membres où sévit encore la dracunculose de déterminer avec précision l'étendue de la maladie et d'élaborer des plans d'action régionaux; d'établir des comités directeurs intersectoriels; d'engager le processus de certification de l'élimination; de coordonner les contributions de la communauté internationale, y compris les organismes multilatéraux et bilatéraux et les organisations non gouvernementales; enfin, d'étudier les possibilités de mobiliser des ressources additionnelles pour éradiquer l'infection dans le contexte des soins de santé primaires;

5. INVITE les donateurs, y compris les organismes bilatéraux et internationaux de développement, les organisations non gouvernementales, les fondations et les organisations régionales compétentes, à continuer d'appuyer les efforts faits par les pays pour éradiquer la dracunculose en les aidant à disposer des fonds nécessaires pour accélérer et poursuivre ces efforts;

6. PRIE INSTAMMENT le Directeur général :

- 1) d'entreprendre immédiatement la certification de l'élimination, pays par pays, pour que la démarche de certification soit terminée d'ici la fin des années 90;
- 2) de soutenir les efforts déployés dans le monde pour éradiquer la dracunculose dans les années 90, en particulier grâce à la certification par l'OMS de l'élimination de cette maladie pays par pays;
- 3) de fournir un appui aux Etats Membres pour les activités de surveillance ainsi que pour l'élaboration et l'exécution de programmes;
- 4) de continuer à rechercher des fonds extrabudgétaires à ces fins;
- 5) de tenir le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé informés des progrès réalisés.