

CRITERES DE CERTIFICATION DE L'ELIMINATION DE LA DRACUNCULOSE¹

Table des matières

	<u>Pages</u>
1. Introduction	2
2. Définitions	3
3. Aspects zoonosiques	3
4. Processus de certification	3
4.1 Processus de certification à l'échelon national	3
4.2 Processus de certification à l'échelon international	4
4.3 Stratégies applicables à la certification	5
4.4 Fonctionnement des équipes internationales de certification	5
5. Critères de certification de l'élimination	5
5.1 Pays où la transmission de la dracunculose a eu lieu au cours des années 1980	6
5.2 Pays où la maladie était précédemment endémique (transmission antérieure à 1980)	6
6. Etapes de la certification	7
Références bibliographiques	7
Tableaux et cartes	9
Annexe 1. Liste des participants	14
Annexe 2. Aspects zoonosiques	18
Annexe 3. Fonctionnement des équipes internationales de certification	22

¹ Rapport d'une consultation informelle sur les critères de certification de l'élimination de la dracunculose (Genève, 19-21 février 1990), organisée par l'unité Lutte contre la filariose, Division de la Lutte contre les Maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. Voir liste des participants à l'annexe 1.

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Note : Dans le présent document, l'élimination de la dracunculose pays par pays est considérée comme la dernière étape avant l'éradication.

1. INTRODUCTION

La dracunculose (ou ver de Guinée) est une maladie endémique qui touche certaines communautés ne bénéficiant pas d'un approvisionnement sûr en eau potable; elle a des effets fortement défavorables sur la santé, la production agricole et la fréquentation scolaire. La dracunculose sévit en Inde et au Pakistan ainsi que dans 17 pays d'Afrique répartis dans la zone sahélienne de l'Afrique occidentale à l'Afrique orientale, à l'exception probable de la Gambie, de la Guinée-Bissau et de la Somalie où apparemment elle a cessé d'être endémique (voir carte 1). En Afrique, on estime à 120 millions le nombre de personnes exposées au risque de l'infection (Watts, 1987), alors qu'en Asie elles sont au nombre de 10 millions. Chaque année, 5 à 10 millions de personnes contractent cette maladie. En 1989, 14 pays ont rapporté à l'Organisation mondiale de la Santé un total de 845 143 cas de dracunculose, dont plus de 98 %, comme pour 1988, proviennent du continent africain (OMS, 1990, données non publiées).

Au début du XX^e siècle, la dracunculose humaine semble avoir spontanément disparu de certains pays où elle sévissait à l'état endémique, par exemple en Egypte. La maladie avait été introduite au cours des siècles précédents dans plusieurs pays du continent américain (par exemple, au Brésil) au moment de la traite des esclaves, mais elle semble y avoir disparu spontanément (Hoepli, 1969). Elle a été considérablement réduite en Iran au cours des années 1960 (Sahba, 1973) et a été délibérément éliminée du sud de l'URSS au cours des années 1920 (Litvinov et Lysenko, 1982). En 1984, elle a été éliminée dans l'Etat du Tamil Nadu en Inde (Kapali et al., 1984). Dans le cadre de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1981-1990) organisée par les Nations Unies, une campagne mondiale d'éradication de la dracunculose a été lancée au début des années 1980; elle est actuellement en plein essor.

Au cours de la conférence régionale sur l'éradication de la dracunculose dans les pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale, qui a eu lieu à Islamabad, au Pakistan, en avril 1989, il a été recommandé que l'OMS établisse des critères, acceptables par tous, pour certifier l'élimination de la dracunculose dans les pays où cette maladie était précédemment endémique (OMS, 1989). L'élaboration de ces critères est particulièrement urgente dans les Régions OMS de la Méditerranée orientale, de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique. En outre, avec les résolutions WHA39.21 en mai 1986 et WHA42.29 en mai 1989, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé les efforts en vue de l'élimination de la dracunculose pays par pays et s'est fixé pour objectif l'élimination de cette endémie en tant que problème de santé publique, à l'échelle mondiale, d'ici la fin des années 1990 (OMS, 1990).

Le présent document a pour but de décrire les critères et processus destinés à vérifier l'absence de transmission de la dracunculose et à certifier son élimination des pays où cette maladie était auparavant endémique. Les diverses étapes des programmes nationaux d'élimination sont indiquées au tableau 1. Des critères de certification normalisés sont nécessaires pour les raisons suivantes :

- a) Assurer, sur le plan international, la crédibilité des futures déclarations faisant état de l'élimination de la dracunculose d'une zone donnée.
- b) Disposer d'un mécanisme officiel pour juger de la réussite des récents programmes nationaux d'élimination de la dracunculose.
- c) Disposer d'un outil efficace et normalisé pour identifier et éliminer tous foyers de transmission méconnus.
- d) Aider à rechercher des foyers suspects ou l'apparition sporadique de cas d'infection dans des zones d'endémie potentielle non confirmée.

La nécessité d'une certification est inhérente aux objectifs de tout programme d'élimination ou d'éradication, contrairement à ce qui se passe pour un programme de lutte. Il faut disposer d'une base objective, étayée par des critères reconnus, pour décider si la dracunculose a ou non été éliminée; les critères doivent tenir compte du risque d'importation de la maladie à partir des pays voisins, ainsi que de la nécessité de poursuivre la surveillance. Il est prévu que la certification de l'élimination de la dracunculose pays par pays soit faite plus ou moins simultanément pour tout un groupe de pays contigus jusqu'à ce que l'objectif final, à savoir la certification de l'éradication mondiale de la dracunculose, soit atteint.

Principe de base. Il n'existe pas d'état de porteur asymptomatique de la dracunculose, la période d'incubation ne dépasse pas une année, et il n'existe pas de réservoir animal connu. Par conséquent, l'absence de cas autochtones pendant une période de trois ans, en présence d'un système approprié de détection des cas, peut être admise comme preuve de l'éradication locale de la maladie.

2. DEFINITIONS

Un cas de dracunculose est un individu présentant ou ayant présenté une lésion cutanée avec émergence de ver de Guinée (OMS, 1988). En général, les programmes de surveillance ne prennent en compte que les cas récents (une année au plus) de lésion cutanée avec émergence de ver de Guinée.

L'élimination de la dracunculose correspond à l'absence confirmée de maladie clinique (interruption de la transmission de Dracunculus medinensis chez l'homme) depuis trois ans ou plus à l'intérieur d'une entité géographique donnée (par exemple, un pays) avec un risque si faible de réintroduction du parasite que les mesures préventives peuvent être réduites au strict minimum.

L'éradication de la dracunculose correspond à l'absence confirmée de manifestations cliniques (interruption de la transmission de Dracunculus medinensis chez l'homme) depuis trois ans ou plus, à l'échelle d'un continent.

3. ASPECTS ZONOSIQUES

Aucun réservoir animal de l'infection n'a été identifié (voir annexe 2).

4. PROCESSUS DE CERTIFICATION

4.1 Processus de certification à l'échelon national

Les méthodes utilisées dans le processus de certification à l'échelon national seront différentes selon que la campagne d'élimination a été suivie immédiatement par une phase de surveillance et par le processus de certification, ou que les activités de précertification ont été entreprises de nombreuses années après le dernier cas connu de dracunculose. Les pays devront inclure dans leurs plans d'action les ressources nécessaires pour mener à bien les activités de surveillance au niveau national en vue de la certification. Ils devraient prendre contact avec l'OMS avant la mise en oeuvre du processus de vérification et de certification. Tout processus de certification devra comprendre un rapport détaillé sur l'historique et l'état actuel de la dracunculose dans le pays. Les rapports nationaux devront donner les informations suivantes :

1) Historique de la dracunculose dans le pays, comprenant une revue détaillée des campagnes d'élimination de la maladie ainsi que des projets "eau et assainissement" avec leur contribution à l'effort de lutte.

2) Résultats de la recherche des cas, avec : i) les données d'au moins trois enquêtes annuelles de détection des cas, basées sur des visites domiciliaires, village par village, et également à partir de registres des cas régulièrement mis à jour au niveau

des villages; ii) toute donnée permettant la validation des résultats, issue de la recherche active des cas et des mesures d'isolement appliquées par les équipes; et iii) les résultats de toutes autres évaluations réalisées par exemple dans des écoles, sur des marchés ou dans d'autres lieux où les nomades et les populations migrantes ont l'habitude de se rassembler.

3) Evaluation de l'efficacité du système de routine de déclaration de la maladie, avec : i) le nombre et la répartition des postes de soins de santé primaires, des dispensaires, des centres de santé, etc. dans les zones d'endémie; ii) des données démontrant l'inclusion de la dracunculose en tant que maladie à déclaration obligatoire dans les formulaires officiels de déclaration des cas de maladie; iii) la régularité et l'exhaustivité de la notification des cas par les services sanitaires; iv) la validation de la spécificité des rapports; et v) une description des mesures prises lorsque des cas de dracunculose ont été notifiés au cours des derniers stades de la campagne.

4) Description de toutes les campagnes d'éducation du public avec, le cas échéant, la mention de toute récompense payée pour la notification de cas de dracunculose, ainsi que les résultats de ces efforts.

5) Renseignements d'ordre démographique, comprenant la répartition des populations par région géographique et les phénomènes migratoires importants connus.

Certains pays, en particulier les pays où la maladie est actuellement endémique, pourront réunir une commission nationale ou un groupe national pour examiner les activités du programme et en soumettre les données à l'équipe internationale de certification (EIC).

4.2 Processus de certification à l'échelon international

La valeur d'une certification d'élimination de la dracunculose dépendra du laps de temps écoulé depuis le dernier cas autochtone identifié, et de l'intensité et de l'efficacité des activités de surveillance. Si la recherche active des cas, commencée avec le programme national d'élimination, est poursuivie pendant trois ans après le dernier cas autochtone identifié, cette période sera suffisante pour juger si l'élimination a été menée à bien ou non. Dans les pays où une plus longue durée s'est écoulée depuis le dernier cas connu, sans recherche spécifique de nouveau cas, on ne considérera pas qu'une surveillance moins sensible sera suffisante pour déceler une éventuelle transmission. La dracunculose touche des populations vivant dans des endroits reculés et, par conséquent, des sujets infectés, handicapés, pourront être dans l'incapacité de recourir à un service médical même s'il s'agit d'un poste de soins de santé primaires, qui peut déjà être situé à une distance considérable. Afin de préparer la certification, qui devra de préférence être réalisée au niveau sous-régional, l'OMS devra envisager les approches suivantes :

1) Souligner l'importance de la certification en intensifiant les communications à ce sujet entre le personnel de l'OMS et les autorités nationales compétentes.

2) Elaborer un formulaire normalisé pouvant être utilisé par les pays où la maladie était précédemment endémique, en vue de la préparation d'un rapport national. Ce formulaire devra clairement souligner les éléments nécessaires tels que cartes, figures, tableaux, etc.

3) Comme pour la certification de l'élimination de la variole (Fenner et al., 1988), constituer une commission internationale indépendante qui conseillera l'Organisation sur les critères, les processus et les progrès de la vérification de l'absence de transmission, et qui contribuera activement aux processus nationaux de certification.

4) Etablir une liste d'experts à partir de laquelle des équipes internationales de certification pourront être constituées comme il est indiqué à l'annexe 3.

5) Coordonner les processus nationaux de certification en encourageant des visites régulières de membres du personnel de l'OMS, de membres des équipes internationales de certification ou de consultants spécialement désignés, dans le pays ou la sous-région concernée.

6) Etablir un registre des pays demandant la certification et également de ceux où la certification officielle de l'élimination de la dracunculose est imminente. L'OMS devrait en outre constituer un registre officiel des pays dans lesquels la dracunculose a été éliminée, en se fondant sur les évaluations des équipes internationales de certification.

7) Mobiliser les fonds nécessaires à la mise en oeuvre du processus de certification.

4.3 Stratégies applicables à la certification

En plus du recueil de données de base pour l'établissement de la situation de la dracunculose dans chaque pays, des visites de membres du personnel de l'OMS et de consultants pourraient être nécessaires afin de : i) examiner les questions soulevées au vu des rapports; et ii) évaluer la situation par la recherche active de cas.

L'OMS devra participer à la sélection des membres des EIC et au suivi de leurs activités. Celles-ci devront inclure l'évaluation des rapports fournis par les pays et par les consultants OMS, ainsi qu'un examen approfondi des activités nationales de surveillance et de lutte ayant conduit à la demande de certification. Les membres des EIC ne devront pas être des personnes qui auraient participé à l'exécution des programmes nationaux à évaluer. La composition des EIC pourra être modifiée de temps à autre, mais chaque nouvelle équipe devra comprendre au minimum un ou deux membres ayant pris part à une évaluation et une certification antérieures. Les EIC seront amenées à présenter l'une des deux conclusions suivantes : soit i) un satisfecit pour une élimination menée à bien, soit ii) une déclaration selon laquelle l'élimination n'est pas encore effective (par exemple si certaines conditions, à préciser, ne sont pas remplies). Les autorités du pays demandant la certification devront garantir le libre accès de l'EIC à la totalité du dossier sur les activités du programme et son libre accès à toutes les régions du pays où des investigations supplémentaires seraient nécessaires.

L'OMS et/ou une commission internationale devront déterminer quel degré d'investigation sera approprié pour le pays demandant la certification. Par exemple, une ou plusieurs des activités suivantes pourront être exigées : une visite par une EIC; des visites par un ou plusieurs experts désignés; la soumission d'un rapport écrit détaillé ou de déclarations écrites par les autorités sanitaires du pays, etc.

Le tableau 2 énumère les pays dans lesquels la dracunculose humaine a été : i) endémique au cours des années 1980; ii) endémique entre les années 1940 et 1980; iii) peut-être endémique avant 1940; iv) signalée de façon sporadique sans notion de transmission endémique. La carte 2 présente les pays inclus dans les quatre catégories du tableau 2. Le tableau 3 présente une prévision de calendrier pour les demandes de certification de l'élimination de la dracunculose. A l'heure actuelle (1990), on manque encore de données sur la date d'interruption de la transmission du ver de Guinée dans nombre de pays. La liste de pays donnée au tableau 2 sera mise à jour au fur et à mesure des nouvelles informations communiquées au cours des activités de certification. La fiabilité des données sera également vérifiée et mise à jour lorsque ce sera nécessaire.

4.4 Fonctionnement des équipes internationales de certification

Voir annexe 3.

5. CRITERES DE CERTIFICATION DE L'ELIMINATION

Compte tenu de la situation actuelle de la dracunculose, des efforts actuellement réalisés pour éliminer la maladie pays par pays et des recommandations figurant dans les résolutions WHA39.21 et WHA42.29 adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé (OMS, 1990) et dans la résolution AFR/RC38/R13 adoptée par le Comité régional OMS pour l'Afrique (OMS/Bureau régional de l'Afrique, 1988), les critères suivants de certification de l'élimination sont proposés.

5.1 Pays où la transmission de la dracunculose a eu lieu au cours des années 1980

Les pays demandant une certification d'élimination doivent soumettre à l'OMS un rapport national (voir annexe 3) décrivant le processus d'élimination de la dracunculose et fournissant des preuves à l'appui de la déclaration selon laquelle la dracunculose a été éliminée.

Dans ces pays, l'élimination sera considérée comme acquise lorsqu'une surveillance épidémiologique efficace n'aura permis de découvrir aucun indice de transmission, lors d'enquêtes annuelles soigneuses effectuées durant trois années consécutives pendant la saison de transmission prévue. La surveillance, pour être efficace, devra comprendre un dépistage actif des cas, si nécessaire jusque dans les zones les plus reculées du pays. Pour tous détails sur les systèmes de surveillance appropriés, on se reportera aux Directives en matière de surveillance épidémiologique pour les programmes d'éradication de la dracunculose, publiées par le Centre collaborateur OMS de recherche, formation et éradication de la dracunculose (1989). Toute déclaration concernant une zone spécifique bien définie doit remplir les conditions suivantes :

- 1) Preuve qu'un système actif de détection des cas a fonctionné dans la zone considérée pendant au moins trois ans depuis la notification du dernier cas autochtone connu.
- 2) Preuve que, durant cette période de trois ans, aucun cas autochtone n'a été découvert. En cas d'importation dans une zone indemne d'endémie, lorsque l'origine du cas importé est trouvée et vérifiée et lorsque la transmission ne se poursuit pas plus longtemps qu'un seul cycle parasitaire, le cas importé et les cas secondaires qui en découlent ne seront pas considérés comme foyer autochtone. Si, à la suite d'un cas importé, la transmission se poursuit au-delà d'un cycle parasitaire, ou si l'origine du cas n'est pas élucidée, le nouveau foyer sera considéré comme foyer de transmission endémique.
- 3) Tenue d'un registre des cas suspects de dracunculose déclarés ou observés pendant la période de trois ans. Il doit être démontré que chaque cas confirmé était un cas importé, en remontant à son origine qui doit être située dans une zone d'endémie dracunculienne.
- 4) La certification de l'élimination pour un pays donné ne pourra être accordée que lorsque le risque de réintroduction à partir de pays où la dracunculose est endémique sera négligeable. En général, les pays limitrophes devront être certifiés en même temps. Il est particulièrement important de tenir compte du risque de réintroduction de la maladie à partir des pays limitrophes.

5.2 Pays où la maladie était précédemment endémique (transmission antérieure à 1980)

Dans ces pays, la certification de l'élimination peut être accordée après examen d'un dossier satisfaisant sur les questions suivantes :

- 1) Description détaillée de l'étendue de la ou des zones précédemment endémiques.
- 2) Résultats d'une recherche active des cas, réalisée au cours des deux dernières années dans les zones précédemment endémiques, au cours de la saison de transmission prévue, village par village, en utilisant des cartes d'identification. Ces résultats doivent vérifier l'absence de foyers résiduels. On tiendra également compte des données de la surveillance passive.
- 3) La certification de l'élimination dans un pays donné ne sera accordée que lorsque le risque de réintroduction de la transmission à partir de pays où la dracunculose est endémique sera négligeable. En pratique, les pays limitrophes devraient, dans la mesure du possible, être inclus dans le processus de certification en même temps.

6. ETAPES DE LA CERTIFICATION

La séquence d'événements décrite ci-dessous devra rester souple. Elle résume les étapes du processus de certification.

- 1) Le Centre collaborateur OMS de recherche, formation et éradication de la dracunculose, Centers for Disease Control, Atlanta, Etats-Unis d'Amérique, distribuera une série de directives internationales sur la vérification de l'absence de transmission de la dracunculose et la certification de son élimination.
- 2) Les pays où la dracunculose était précédemment endémique seront encouragés à demander officiellement à l'OMS de vérifier l'absence de transmission et de certifier en conséquence l'élimination de la maladie.
- 3) Ces demandes officielles devront être présentées selon les protocoles donnés dans les directives préparées par le Centre collaborateur OMS de recherche, formation et éradication de la dracunculose (1989). En particulier, les pays demandeurs devront fournir un rapport détaillé de toutes leurs activités de surveillance et de lutte. Les pays pourront juger utile de constituer un comité national chargé d'évaluer le rapport du programme d'élimination de la dracunculose avant de le soumettre officiellement à l'OMS.
- 4) L'OMS devra désigner une équipe internationale de certification (EIC) chargée d'évaluer le rapport du pays et, en collaboration avec ce dernier, de déterminer à quel stade du processus de certification il se trouve.
- 5) L'EIC entreprendra le processus de certification et présentera à l'OMS des recommandations concernant l'approbation de la déclaration d'élimination de la dracunculose.
- 6) Si la certification de l'élimination est accordée, le pays sera inscrit sur un registre officiel des zones où l'absence de transmission de la dracunculose a été vérifiée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Brackett, S. (1938) Description of the life of the nematode Dracunculus ophidensis n.sp. with redescription of the genus. Journal of parasitology, 24: 353-361.
- Crichton, V. F. J. & Beverley-Burton, M. (1977) Observations on the seasonal prevalence, pathology and transmission of Dracunculus insignis (Nematoda: Dracunculoidea) in the raccoon (Procyon lotor (L.)) in Ontario. Journal of wildlife diseases, 13: 273-277.
- Fenner, F., Henderson, D. A., Arita, I., Jezek, Z. & Ladnyi, I. D. (1988) Smallpox and its eradication. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Hashikura, T. (1926) A case of Filaria medinensis in Chosen (Korea). Chosen igakka zasshe, 68 (en japonais).
- Hashikura, T. (1927) One case of Filaria medinensis in Korea. Japanese medical world, 7: 145-146 (en japonais).
- Hoeppli, R. (1969) Parasitic diseases in Africa and the western hemisphere. Early documentation and transmission by the slave trade. Acta tropica (Suppl. 10): 124-132.
- Joseph, S. A. & Kandasamy, S. (1980) On the occurrence of the guinea worm, Dracunculus medinensis (Linneus, 1758); Gallandant (1773) in an Alsatian dog. Cheiron, 9: 363-365 (Tamil Nadu, Inde).

Kapali, V., Sadanand, A. V. & Prakasam, J. (1984) Eradication of dracontiasis in Tamil Nadu State. Journal of communicable diseases, 16(3): 244-246.

Kobayashi, A., Katakura, K., Hamada, A., Suzuki, T., Hatada, Y., Tashiro, N. & Yoshida, A. (1986) Human case of dracunculiasis in Japan. American journal of tropical medicine and hygiene, 35(1): 159-161.

Lalitha, C. M. & Anandan, R. (1980) Guinea worm infections in dogs. Cheiron, 9: 198-199 (Tamil Nadu, Inde).

Litvinov, S. K. & Lysenko, A. (1982) Dracunculiasis: its history and eradication in the USSR. In: Workshop on opportunities for control of dracunculiasis, Washington D.C.

Litvinov, V. F. & Litvinov, V. P. (1981) Helminths of predatory mammals from eastern Azerbaijan SSR, USSR. Parazitologiya, 13: 219-223.

Muller, R. (1971) Dracunculus and dracunculiasis. Advances in parasitology, 9: 73-151.

OMS (1988) Deuxième atelier régional sur la dracunculose en Afrique. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 63(19) : 139-142.

OMS (1989) Dracunculose : Conférence régionale pour la Méditerranée orientale. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 64(25) : 193-194.

OMS (1990) Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif (1985-1989), Vol. III, deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé.

OMS/Bureau régional de l'Afrique (1988) Trente-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue à Brazzaville, République populaire du Congo, du 7 au 14 septembre 1988. Rapport final. Brazzaville, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, pp. 26-27.

OMS/Centre collaborateur de recherche, formation et éradication de la dracunculose (1989) Directives en matière de surveillance pour les programmes d'éradication de la dracunculose. Atlanta, Centers for Disease Control, Division of Parasitic Diseases (document de base, 8 mai 1989).

Sahba, G. H. (1973) Studies on dracontiasis in Iran. American journal of tropical medicine and hygiene, 22(3): 343-347.

Watts, S. J. (1987) Dracunculiasis in Africa: its geographic extent, incidence, and at-risk population. American journal of tropical medicine and hygiene, 37(1): 119-125.

TABLEAU 1. ETAPES DE LA PLANIFICATION, DE LA MISE EN OEUVRE ET DE L'EVALUATION DE PROGRAMMES D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE (D'après : OMS/Centre collaborateur de recherche, formation et éradication de la dracunculose, 1989)

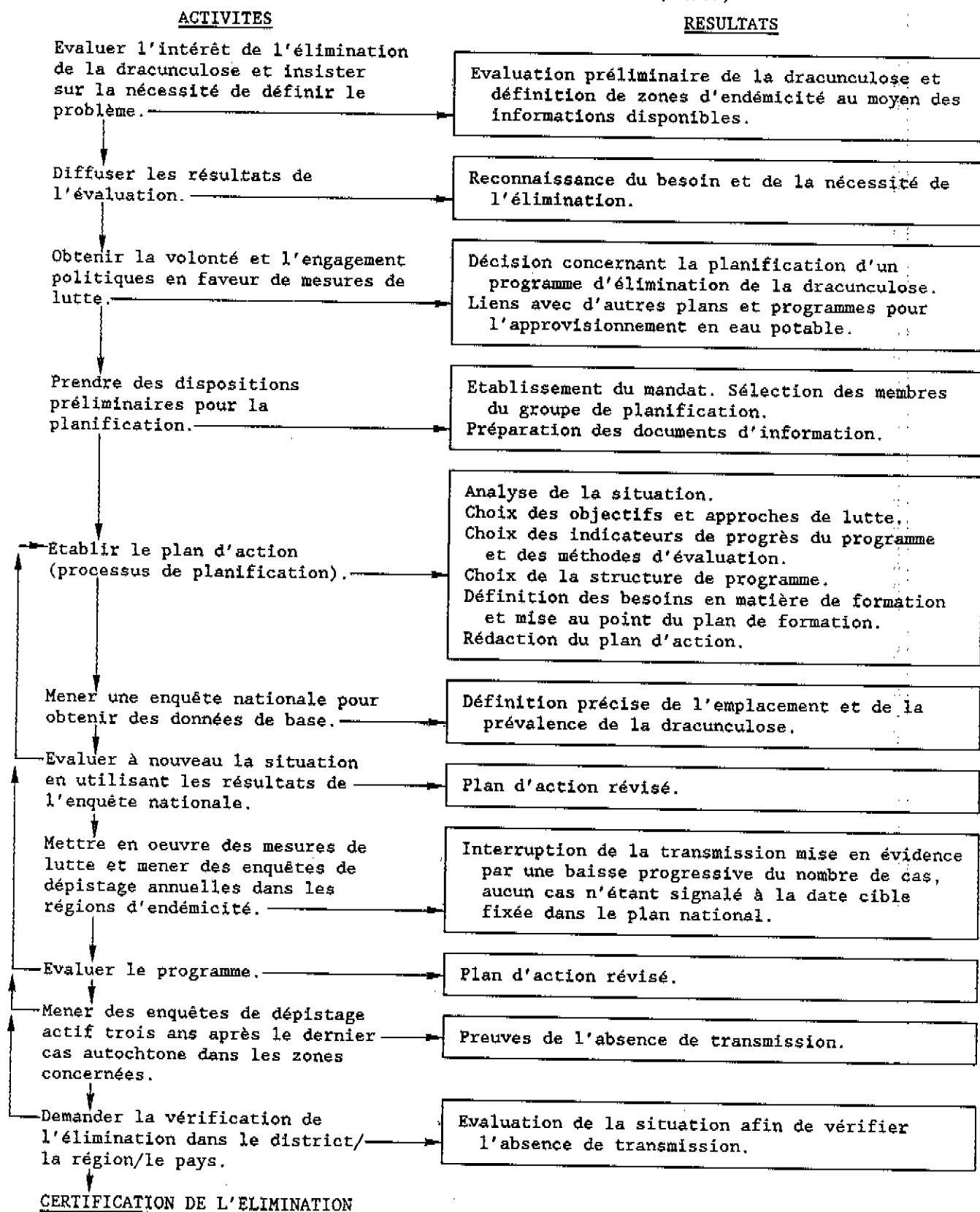


TABLEAU 2. LISTE PROVISOIRE DES PAYS ET TERRITOIRES AYANT DES ANTECEDENTS DE CAS DE DRACUNCULOSE HUMAINE

Pays où la transmission a été endémique au cours des années 1980 (Groupe A)

1. Bénin	8. Inde	15. Pakistan
2. Burkina Faso	9. Kenya	16. République centrafricaine
3. Cameroun	10. Mali	17. Sénégal
4. Côte d'Ivoire	11. Mauritanie	18. Soudan
5. Ethiopie	12. Niger	19. Tchad
6. Ghana	13. Nigéria	20. Togo
7. Guinée	14. Ouganda	

Pays précédemment endémiques (avant 1980)

Pays où la transmission a été endémique entre 1940 et 1980 (Groupe B)

1. Arabie saoudite	3. Guinée-Bissau	5. Yémen
2. Gambie	4. Iran	

Pays et territoires où la transmission a peut-être existé avant 1940 (Groupe C)

1. Afghanistan	15. Guyana ?	29. Myanmar
2. Algérie	16. Guyane française	30. Oman ?
3. Argentine ?	17. Haïti ?	31. Qatar ?
4. Barbade ?	18. Indonésie (Java) ?	32. République dominicaine
5. Brésil	19. Iraq ?	33. République-Unie de Tanzanie ?
6. Colombie	20. Israël ?	34. Somalie ?
7. Comores ?	21. Jordanie ?	35. Sri Lanka
8. Cuba	22. Koweït ?	36. Suriname
9. Djibouti	23. Libéria ?	37. Thaïlande
10. Egypte	24. Libye	38. Tunisie ?
11. Emirats arabes unis	25. Madagascar	39. URSS
12. Gabon ?	26. Malawi	40. Yémen démocratique ?
13. Grenade ?	27. Mexique	41. Zaïre ?
14. Guinée équatoriale ?	28. Maroc ?	

"?" - cas non confirmés.

Cas autochtones sporadiques, sans transmission endémique (Groupe D)

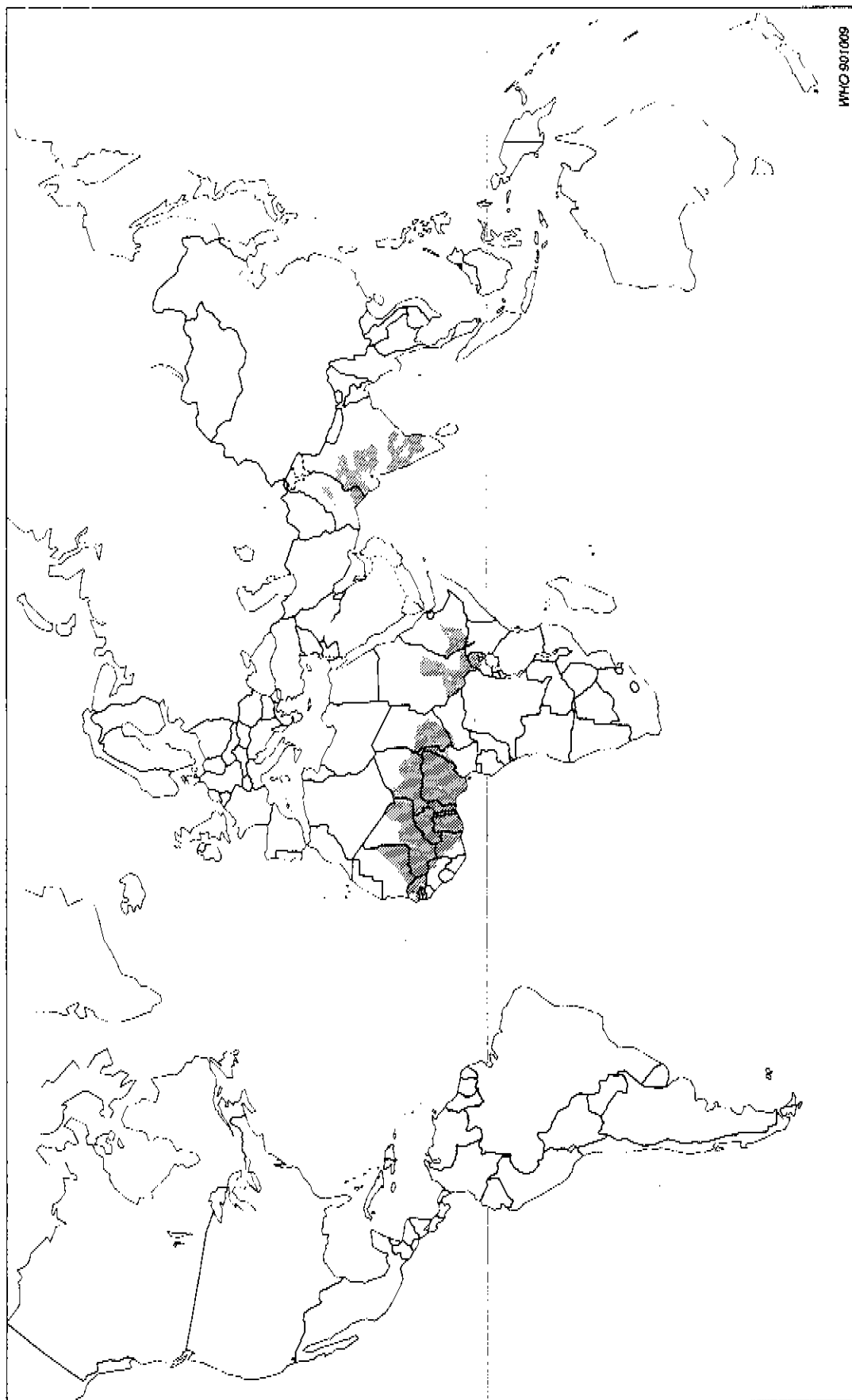
1. Corée	2. Japon
----------	----------

TABLEAU 3. CALENDRIER PREVU DES DEMANDES DE CERTIFICATION
DE L'ELIMINATION DE LA DRACUNCULOSE

Année	Pays	Nombre de pays par an
1990	Arabie Saoudite, Yémen	2
1991	Brésil, Cuba, Iran, Iraq, Japon, Myanmar	6
1992	Afghanistan, Egypte, Suriname, URSS	4
1993	Inde, Pakistan, Sri Lanka	3
1994		0
1995		0
1996	Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Sénégal	7
1997		0
1998	Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte-d'Ivoire, Ghana, Niger, Nigéria, Togo	8
1999	Ethiopie, Kenya, Ouganda, République centrafricaine, Somalie, Soudan, Tchad	7
	Total	37

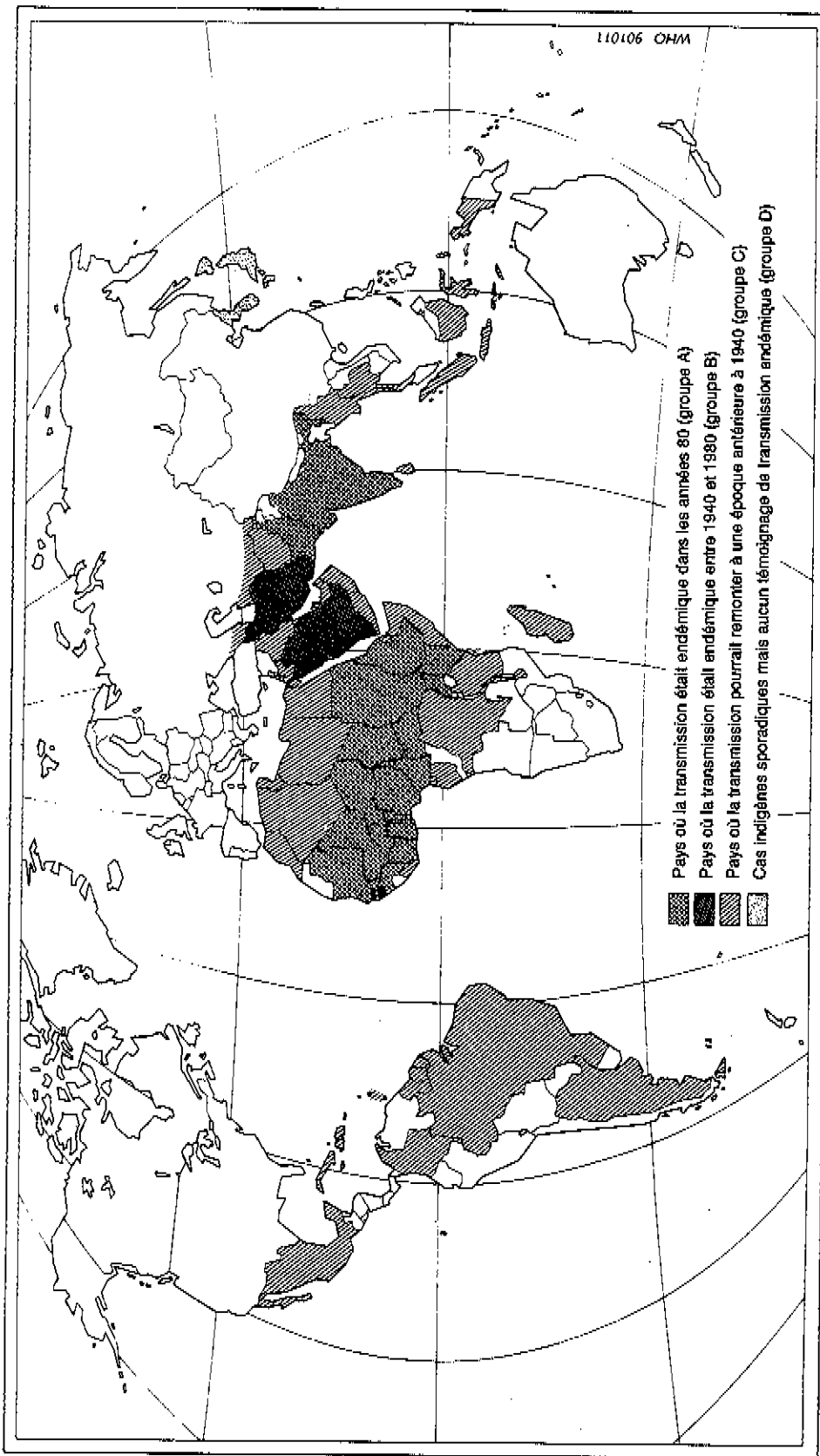
CARTE 1

Zones où des cas de dracunculose ont été signalés ou dans lesquelles la maladie existe probablement, 1990



CARTE 2

Pays où la dracunculose existe ou a existé (carte provisoire)



LISTE DES PARTICIPANTS

Membres

- Dr Akoa Amanaman, Sous-Directeur des Grandes Endémies et Coordonnateur national des Soins de Santé primaires, Direction de la Santé publique et de la Population, B.P. V 16, Abidjan, Côte d'Ivoire
- Dr J. Breman, Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia 30333, Etats-Unis d'Amérique
- Dr S. Bugri, National Coordinator, Ghana Guinea Worm Eradication Programme, Global 2000 Guinea Worm Project, Kotoka International Airport Post Office, Private Mail Bag, Accra, Ghana
- Dr Cheikh Ould Dah, Chef, Service Maladies transmissibles, Ministère de la Santé, Nouakchott, Mauritanie
- Dr Batchassi Essosolem, Médecin-Chef, Subdivision sanitaire de la Kozah, Chr. Kara, B.P. 18, Kozah, Lomé, Togo
- Dr Abou Beckr Gaye, Médecin Chef du Service national des Grandes Endémies, Ministère de la Santé publique, Dakar, Sénégal
- *M. Kotiga Guerinan, Ministre de la Santé publique, B.P. 440, Ndjaména, Tchad
- Professeur Robert Guiguemdé, Secrétaire général adjoint, Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte contre les Grandes Endémies, B.P. 153, Bobo-Dioulasso 01, Burkina Faso
- Dr Abdoullaye Chirifi Haïdara, Coordonnateur national de la Lutte contre la Dracunculose, Division Epidémiologie et Prévention, B.P. 228, Bamako, Mali
- *Dr Abdullahi Ali Hersi, c/o Représentant de l'OMS, P.O. Box 374, Mogadiscio, Somalie
- Dr Donald R. Hopkins, Global 2000, 1840 N. Hudson, Chicago, Illinois 60614, Etats-Unis d'Amérique (Président)
- Dr R. L. Kaiser, Director, Division of Parasitic Diseases, Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia 30333, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Matthieu Kamwa, Directeur adjoint de la Médecine préventive et rurale, Ministère de la Santé publique, Yaoundé, Cameroun
- Dr Larba Théodore Kangoye, Directeur du Contrôle des Maladies transmissibles, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, B.P. 7019, Ouagadougou, Burkina Faso
- Dr Moussa Keita, Médecin épidémiologiste-paludologue, Directeur national de Lutte contre le Paludisme et autres Maladies parasitaires, B.P. 817, Conakry, Guinée
- M. Maman Kelzou-Gana, Ingénieur sanitaire, Division de l'Hygiène et de l'Assainissement (DHA), Ministère de la Santé publique, B.P. 371, Niamey, Niger
- Dr Farouk Ahmed el Khitam, Technical Director, Office of the Ministry of Health, Khartoum, Soudan

* Empêché.

- Dr Daniel Kouka-Bemba, Secrétaire général, Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique centrale (OCEAC), B.P. 288, Yaoundé, Cameroun
(Vice-Président)
- Dr S. K. Litvinov, Chef, Laboratoire de Coordination et de Relations internationales, Institut central de Recherche en Epidémiologie, Ministère de la Santé, Novogireevskaya St. 3A, Moscou 111123, URSS
- Dr F. S. McCullough, Consultant indépendant sur l'écologie et la santé humaine, Villard, 01220 Divonne-les-Bains, France
- Dr Celestino M. Mendes Costa, Directeur, Centre de Médecine tropicale de Bissau, B.P. 50, Bissau, Guinée-Bissau
- Dr G. B. Mpigika, Assistant Director of Medical Services/Communicable Disease Control, Ministry of Health, P.O. Box 8, Entebbe, Ouganda
- Dr R. L. J. Muller, Director, C.A.B. International Institute of Parasitology, 395a Hatfield Road, St Albans, Herts AL4 0XU, Royaume-Uni (Rapporteur)
- Dr Sheik Ahmed Nisar, Deputy Director, National Institute of Health, Islamabad, Pakistan
- Dr Mostafa Pourtaghavi-Shahrestani, Conseiller CDC, Ministère de la Santé, 68 Avenue Iran Shahr, Téhéran, République islamique d'Iran
- Professeur A. Rougemont, Unité de Santé communautaire et Médecine tropicale, Hôpital Cantonal, 1211 Genève 4, Suisse (Rapporteur)
- Dr Ernesto Ruiz-Tiben, Chief, Guinea Worm Task Force, Division of Parasitic Diseases, Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia 30333, Etats-Unis d'Amérique
- Dr Hassan Mohammed Sabah, c/o Représentant de l'OMS, c/o Programme des Nations Unies pour le Développement, P.O. Box 2047, Alwiyah Post Office, Bagdad, Iraq
- Dr Lola Sadiq, Assistant Director, Disease Control and International Health; National Coordinator, Nigerian Guinea Worm Programme and National Schistosomiasis Control Programme, Ikoyi, Lagos, Nigéria
- Dr S. Sahadeb Chandra, Deputy Director General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, Nirman Bhavan, New Delhi 110011, Inde
- Dr D. K. Sang, Senior Parasitologist, Division of Vector-borne Diseases, P.O. Box 20750, Nairobi, Kenya
- Dr Seyoum Tatischeff, Deputy General Manager and Head of the Department of Microbiology and Epidemiology, National Research Institute of Health, P.O. Box 1242, Addis-Abeba, Ethiopie
- Professeur Théophile Zohoun, Agrégé de la Santé publique, Directeur Protection sanitaire nationale, Ministère de la Santé publique, B.P. 882, Cotonou, Bénin
- Secrétariat
- M. H. Benaziza, Chef, Moyens audiovisuels et Appui au Programme, Division de l'Education sanitaire, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- M. R. Bos, Approvisionnement public en eau et Assainissement, Division de l'Hygiène du Milieu, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

- Mme C. Bwakira, Bureau de la Coopération internationale, Bureau du Directeur, Planification, Coordination et Coopération, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- Mme T. Gastaut, Directeur, Bureau de l'Information, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- Dr R. H. Henderson, Sous-Directeur général, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- M. H. Hueb, Approvisionnement public en eau et Assainissement, Division de l'Hygiène du Milieu, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- Dr Sujarti Jatanasen, Conseiller régional sur les maladies transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, New Delhi-110002, Inde
- Dr B. Knudsen, Formation, Division de la Lutte contre les Maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- Dr R. Le Berre, Chef, Lutte contre la filariose, Division de la Lutte contre les Maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- Dr A. Maïga, Bureau de la Sous-Région I, Organisation mondiale de la Santé, P.O. Box 192, Bamako, Mali
- Dr K. E. Mott, Chef, Lutte contre la schistosomiase, Division de la Lutte contre les Maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- Dr J. A. Najera-Morrondo, Directeur, Division de la Lutte contre les Maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- Dr N. Neouimine, Conseiller régional, Programme des maladies parasitaires, Bureau régional de la Méditerranée orientale, P.O. Box 1517, Alexandrie - 21511, Egypte
- Dr A. Prost, Elaboration et Surveillance des Programmes, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- Dr C. P. Ramachandran, Secrétaire, Comité d'orientation sur la filariose, Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- Dr P. Ranque, Lutte contre la filariose, Division de la Lutte contre les Maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse (Secrétaire)
- M. A. Rotival, Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- Mme R. Villars, Bureau des Organes directeurs et du Protocole, Bureau du Directeur, Planification, Coordination et Coopération, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse
- Dr C. Vlassoff, Recherche sociale et économique, Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse

Observateurs

*Dr Prince Akpabio, Patron, Nigerian Guinea Worm Eradication Foundation; Clinical Lecturer, UCM, Dental School, University of London, Senate House, Londres, WCl, Royaume-Uni

M. Bonev, Programme des Nations Unies pour le Développement, Petit-Saconnex, Suisse

Dr Aloysius Hanson, Director, Liberian Institute for Biomedical Research, P.O. Box 1012, Monrovia, Libéria

*Dr Ashok Kumar, Deputy Director and Head, Division of Helminthology, NICD, 22 Shammath Marg, P.O. Box N° 1492, New Delhi 110051, Inde

Dr J. Sherry, Senior Adviser, Office of the Director, Programme Division, United Nations Children's Fund, United Nations Plaza, New York, N.Y. 10017, États-Unis d'Amérique

* Empêché.

ASPECTS ZONOSIQUES

Aucun réservoir animal de l'infection n'a été identifié. Bien qu'il puisse être difficile de distinguer les différents nématodes Dracunculidés, des infections que l'on pense dues à Dracunculus medinensis ont été rapportées chez des animaux très divers dans de nombreuses parties du monde : chiens, chats, chevaux, bovins, loups, renards, blaireaux et léopards. Les animaux le plus souvent trouvés parasités sont les chiens. Cependant, il n'existe aucune preuve que ces animaux, sauvages ou domestiques, puissent jouer le rôle d'hôtes réservoirs capables de transmettre l'infection à l'homme. Néanmoins, il a été constaté que l'infection des chiens existe toujours dans des régions où la dracunculose humaine était autrefois endémique, par exemple dans le sud de l'URSS (Litvinov & Litvinov, 1981; Litvinov & Lysenko, 1982) et dans l'Etat du Tamil Nadu, en Inde (Joseph & Kandasamy, 1980; Lalitha & Anandan, 1980).

Les mammifères sauvages et domestiques s'infectent probablement par ingestion accidentelle de copépodes parasités alors qu'ils boivent de l'eau. Bien que ce mécanisme soit possible, il est probable qu'il n'intervient que rarement, pour deux raisons : premièrement, ces animaux avalent l'eau par lapement, processus inefficace pour ingérer des copépodes car l'action de laper agite la surface de l'eau, ce qui entraîne la fuite des copépodes par une nage rapide; deuxièmement, les copépodes infectés changent leur mode de vie (Muller, 1971; Crichton & Beverly-Burton, 1977) et s'éloignent de la surface de l'eau. Une autre alternative, plus probable, pourrait être un mode de transmission par des hôtes paraténiques (transport), tels que batraciens ou poissons, qui ingèrent des copépodes et sont capables de concentrer les larves infectantes dans leurs tissus. Ce mécanisme a été évoqué pour la transmission des Dracunculidés chez les ratons laveurs (Procyonidés), les Mustélidés et les reptiles (qui ne boivent jamais d'eau directement); cette hypothèse a été confirmée expérimentalement (Brackett, 1938; Crichton & Beverley-Burton, 1977; Eberhard, 1989, communication personnelle).

Les cas documentés de transmission de Dracunculus medinensis de l'animal à l'homme sont extrêmement rares; seuls deux cas, apparemment indiscutables, ont été décrits, le premier en Corée (Hashikura, 1926, 1927), et le deuxième au Japon (Kobayashi et al., 1986). Dans les deux cas, il n'y avait aucune preuve indiquant que les malades avaient voyagé en pays d'endémie dracunculienne durant les 12 à 24 mois précédant la maladie. De plus, il n'existe aucune autre information prouvant que des foyers de dracunculose humaine en Corée ou au Japon aient jamais existé. Le point commun à ces deux infections était la consommation de loches crues (petits poissons d'eau douce de la famille des Cobitidés). Les loches sont d'actifs prédateurs de copépodes, à partir desquels elles s'infectent par Gnathostoma. Ce nématode, parasite habituel de carnivores, n'infecte qu'accidentellement l'homme, en Asie, après consommation de loches crues; il provoque des manifestations oculaires et viscérales ainsi qu'un syndrome de larva migrans. Dans un cas comme dans l'autre, il n'y a pas eu de transmission ultérieure à d'autres humains.

On trouvera ci-dessous une liste de références bibliographiques sur Dracunculus medinensis chez les animaux (classées par ordre chronologique) :

Smyttan, G. (1825) On Dracunculus. Transactions of the Medical and Physical Society, Calcutta, 1: 179 (chien, Inde).

Clarkson, N. F. (1844) Case of Filaria medinensis in the horse. Veterinary record, London, 1, 73-74 (cheval, Katasherry, Inde).

Valenciennes, A. (1856) Note sur une nouvelle espèce de Filaria trouvée sous la peau d'un léopard. Comptes rendus des séances de l'Académie des Sciences, 43: 259-261 (léopard, Kordofan, Soudan).

- Smith, F. & Cobbold, T. S. (1881) An equine guinea worm. Lancet, ii: 1102 (poney, Secunderabad, Inde).
- Griffith, G. R. (1888) Dracunculus medinensis in the dog. Veterinary journal, 27: 317-318 (chien, Le Caire, Egypte).
- Piot, J. B. (1889) In: Recueil de médecine vétérinaire, N° 8 : 167 (4 chiens, chacal, loup, Egypte).
- Railliet, A. (1889) Présence du ver de Guinée chez les animaux. Bulletin de la Société de Zoologie de France, 14: 747.
- Cinotti, F. (1906) A case of Dracunculus medinensis in a dog. Nuovi Ercolani Pisa, 11 : 466-470 (chien, Egypte).
- Piot, J. B. (1906) Tropical diseases of domestic animals observed in Egypt. In: Report of the 8th International Veterinary Congress, Budapest, 2: 589.
- Leiper, R. T. (1910) Guinea worm in domesticated animals, with a note of its discovery by Mr Charles Grey, in a leopard. Journal of tropical medicine and hygiene, 13(5): 65-66.
- Leiper, R. T. (1910) Guinea worm (Dracunculus medinensis) in a leopard at Broken-Hill, northwest Rhodesia. Veterinary news, 7: 113.
- Geiger, S. H. (1910) Filaria medinensis in the dog. Journal of tropical veterinary science, Calcutta, 5: 491 (cinq cas de Filaria medinensis chez le chien, Punjab et Simla, Inde).
- Mitter, S. N. (1910) Cutaneous filariasis in a dog. Journal of tropical veterinary science, Calcutta, 5: 411-414.
- Turkhud, D. A. (1920) Dracontiasis in animals, with notes on a case of guinea worm in a cobra. Indian journal of medical research, 7: 727-734.
- Hashikura, T. (1926) A case of Filaria medinensis in Chosen (Korea). Chosen igakka zasshe, 68.
- Hashikura, T. (1927) One case of Filaria medinensis in Korea. Japanese medical world, 7: 145-146.
- Ghosal, M. L. (1932) Dracunculus medinensis (guinea worm) in veterinary practice. Indian veterinary journal, 8: 264-265.
- Hsu, H. F. & Wyatt, J. Y. C. (1933) Dracunculus medinensis infection in two dogs in Feiping. Chinese medical journal, 47: 1326-1330.
- Chikmath, N. C. (1934) A case of Filaria medinensis in a dog. Indian veterinary journal, 9: 120.
- Brackett, S. (1938) Description of the life history of the nematode Dracunculus ophidensis n.sp. with redescription of the genus. Journal of parasitology, 24: 353-361.
- Rahim-Ud-Din, M. (1941) Guinea worm in a dog. Indian veterinary journal, 17: 300.
- Goble, F. C. (1942) The guinea worm in a Bonaparte weasel. Journal of mammalogy, 23: 221.
- Sharma, G. K. & Hussain, A. (1946) A note on guinea worm disease in dogs in Lahore. Indian journal of veterinary science and animal husbandry, 16: 31-32.

Dubnitsky, A. A. (1950) In: Proceedings of the Central Scientific Research Laboratory on Fur Farming, 6: 329 (rapport de D. medinensis chez un renard au Kazakhstan).

Chernyshev, V. I. (1954) In: Proceedings of the Tadzhikistan Academy of Sciences, Institute of Zoology and Parasitology, 21: 151 (rapport de D. medinensis chez un chacal).

Petrov, A. M. & Chubabriya, I. T. (1955) Occurrence of Dracunculus medinensis (L., 1758) in the subcutaneous tissue of a cat in the Georgian SSR. Trudy Gruzin Nauchno-Issled Vet. Inst., 11: 231.

Laurie, W. (1954) Dracontiasis in Tanganyika, British East Africa. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 48: 538-539.

Tyugi, R. P. S. (1957) Two cases of dracontiasis in dogs. Indian veterinary journal, 34: 214-215.

Chun-Sun, F. (1958) Dracunculus medinensis infection in dogs in Kazakhstan. Medicinskaja parazitologiya i parazitarnye bolezni (Moskva), 27: 219.

Stepanyan, S. G. (1962) In: Proceedings of the 4th Conference on Natural Focality of Diseases and Parasitology Issues for the Central Asian Republics and Kazakhstan, 3: 298 (rapport de D. medinensis chez des chiens en ville de Kzyl Orda, RSS du Kazakhstan).

Chun-Syun, F. & Ghenis, D. E. (1964) In: Proceedings of the 5th Conference on Natural Focality of Diseases and Parasitology Issues in the Central Asian Republics and Kazakhstan, 4: 362 (rapport de D. medinensis chez des chiens en ville de Kzyl Orda, RSS du Kazakhstan).

Murtazev, A. (1965) Presence of Dracunculus medinensis in dogs in Nukus (Uzbek SSR). Vestnik Karakalpiiskogo filiala Akademii Nauk, Uzbek SSR, pp. 1-19 et 99-101.

Sankaranarayanan, M. V., Ramamirthan, S. & Lashminarayanan, K. S. (1965) Record of the guinea worm, Dracunculus medinensis, in an Alsatian bitch. Indian veterinary journal, 42: 972-973.

Chun-Sun, F. (1966) A case of Dracunculus infection in a domestic cat in the Kazakh SSR. Medicinskaja parazitologiya i parazitarnye bolezni (Moskva), 35: 374-375.

Muller, R. (1971) Dracunculus and dracunculiasis. Advances in parasitology, 9: 73-151.

Ghenis, D. E. (1972) New cases of Dracunculus medinensis (L., 1758) detected in domestic cats and dogs in Kazakhstan. Medicinskaja parazitologiya i parazitarnye bolezni (Moskva), 41: 365.

Tirgari, M. & Radhakishnan, C. V. (1975) A case of Dracunculus medinensis in a dog. Veterinary record, 96: 43.

Osmanov, S. O., Arystanov, E. & Ametov, M. (1976) Occurrence of Dracunculus medinensis (L., 1758) in a fox near Lake Dautkul (Uzbek SSR). British journal of venereal diseases, 53: 63-64.

Subrahmanyam, B., Reddy, Y. R. & Paul, S. (1976) Dracunculus medinensis (guinea worm) infestation in a dog and its treatment with Flagyl. A case report. Indian veterinary journal, 53: 637-639.

Crichton, V. F. J. & Beverly-Burton, M. (1977) Observations on the seasonal prevalence, pathology and transmission of Dracunculus insignis (Nematoda: Dracunculoidea) in the raccoon (Procyon lotor (L.)) in Ontario. Journal of wildlife diseases, 13: 273-277.

Verma, B. B. & Dinha, B. P. (1978) Dracontiasis in a dog. Indian veterinary journal, 55: 411-412.

Joseph, S. A. & Kandasamy, S. (1980) On the occurrence of the guinea worm, Dracunculus medinensis (L., 1758); Gallandant (1773) in an Alsatian dog. Cheiron, 9: 363-365 (Tamil Nadu, Inde).

Lalitha, C. M. & Anandan, R. (1980) Guinea worm infections in dogs. Cheiron, 9: 198-199 (Tamil Nadu, Inde).

Litvinov, V. F. & Litvinov, V. P. (1981) Helminths of predatory mammals from eastern Azerbaijan SSR, USSR. Parazitologiya, 13: 219-223.

Hsu, P. K. & Li, D. N. (1981) Dracunculus medinensis (L., 1758) from a cat in Guangdong. Ann. Bull. Soc. Parasit. Guangdong Province, 3: 92.

Riveros, C. E., Moriena, R. A., Bulman, G. M. & Lombardero, O. J. (1981) Dracunculosis in dogs in Formosa (Argentina). Gaceta veterinaria, 43: 255-258.

Rosster, A., Brunel, C. M. & Bulman, G. M. (1981) A first description of dracontiasis in a puma (Puma concolor concolor), Gaceta veterinaria, 43: 164-166.

FONCTIONNEMENT DES EQUIPES INTERNATIONALES DE CERTIFICATION

Le programme des visites des équipes internationales de certification (EIC) dans les pays ainsi que la composition des équipes seront décidés par l'OMS en consultation avec les autorités nationales. Les personnes choisies comme membres des équipes devront faire preuve d'un jugement critique et leurs opinions en tant qu'experts devront être reconnues au niveau tant national qu'international. Ces experts devront être sélectionnés dans toutes les régions du monde afin que les preuves de l'interruption de la transmission soient très largement reconnues. Les scientifiques travaillant sur la dracunculose et les pays ayant un programme d'élimination de cette endémie devront être représentés dans les EIC de façon que leurs compétences techniques puissent être mises en commun et appliquées au processus de certification. Il faudra veiller à éviter d'éventuels conflits d'intérêts en se gardant entre autres de nommer dans l'équipe de certification des ressortissants du pays en cours d'évaluation. En règle générale, les pays limitrophes précédemment endémiques devront faire l'objet d'un processus de certification en même temps.

L'objectif principal de toute visite de l'équipe dans un pays sera d'évaluer la fiabilité du rapport national, en interrogeant le personnel de santé et en examinant les registres au niveau central comme au niveau périphérique, afin de vérifier la probabilité d'une interruption de la transmission de la dracunculose telle qu'elle a été déclarée. Comme les membres de l'équipe ne pourront habituellement pas rester plus de trois à quatre semaines dans un même pays, l'objectif sera d'évaluer la qualité du programme de surveillance et de déterminer la probabilité avec laquelle des cas de dracunculose auraient été dépistés si la transmission s'était poursuivie pendant les trois années précédentes. Des visites préliminaires effectuées par quelques membres de l'équipe pourraient être organisées par l'OMS afin d'évaluer la fiabilité des données communiquées par le pays et de recommander toute mesure supplémentaire qui serait indiquée avant la visite de l'équipe complète.

Une fois arrivée dans le pays, l'EIC devra passer deux à trois jours dans la capitale pour examiner le rapport du pays avec des nationaux et assister à la présentation des activités par les autorités compétentes. Pour permettre la visite de toutes les régions d'importance épidémiologique, l'équipe devra se diviser en sous-groupes de 1 ou 2 membres; les régions visitées seront celles qui présenteront la documentation la moins satisfaisante ou celles qui présenteront un risque particulièrement élevé de maintien de la transmission, par exemple : i) au voisinage de pays où il existe des cas de maladie; ii) dans des régions précédemment hyperendémiques; iii) dans les régions où les derniers cas ont été recensés; iv) dans les régions où l'approvisionnement en eau potable est très peu avancé; et v) dans les régions où autrefois la surveillance épidémiologique de la dracunculose était mal assurée. Les membres de l'équipe indiqueront de manière précise pour chaque journée quels sont les régions, villages et postes de santé qu'ils désirent visiter.

- - -