



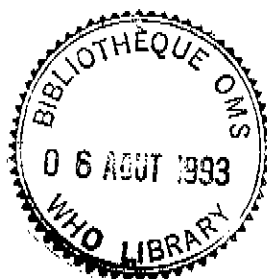
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

46310

Distr.: Limited
Distr.: Limitée

WHO/FIL/93.187
Original: Anglais

CRITERES DE CERTIFICATION DE L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE



Division de la Lutte contre les Maladies tropicales

1993



CRITERES DE CERTIFICATION DE L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE¹

Table des matières

	Pages
1. INTRODUCTION	3
2. DEFINITIONS	4
3. ASPECTS ZONOSIQUES	4
4. PROCESSUS DE CERTIFICATION	4
4.1 Processus de certification à l'échelon national	4
4.2 Processus de certification à l'échelon international	5
4.3 Stratégies applicables à la certification	5
4.4 Fonctionnement des équipes internationales de certification	6
5. CRITERES DE CERTIFICATION DE L'ERADICATION	6
5.1 Pays où la transmission de la dracunculose a eu lieu au cours des années 80	6
5.2 Pays où la maladie était précédemment endémique (transmission antérieure à 1980) ..	7

¹ Ce document présente la version révisée du rapport d'une consultation informelle sur les critères de certification de l'élimination (éradication) de la dracunculose (Division de la Lutte contre les Maladies tropicales, OMS, Genève, 19-21 février 1990). Le rapport original a été publié dans la série WHO/FIL sous la cote WHO/FIL/90.185. La présente version révisée du rapport est basée sur les commentaires et modifications apportés par une table ronde sur les critères de certification de l'éradication de la dracunculose, tenue le 26 mars 1993 à Cotonou, Bénin, à l'occasion de la deuxième réunion des directeurs de programmes pour l'éradication de la dracunculose, organisée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en collaboration avec l'UNICEF, Global 2000 et le Centre collaborateur de l'OMS pour l'éradication de la dracunculose (Cotonou, 23-26 mars 1993). La liste des participants à cette table ronde, qui se divise en groupe anglophone et groupe francophone, se trouve à la fin de 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.

	Pages
6. STRATEGIES	8
6.1 Pays où les programmes de surveillance de précertification font immédiatement suite à la campagne d'éradication de la dracunculose	8
6.2 Pays où les programmes de surveillance de précertification sont conduits de nombreuses années après le dernier cas de dracunculose connu	8
7. ETAPES DE LA CERTIFICATION	9
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	9
TABLEAUX ET CARTES	11
ANNEXE 1. LISTE DES PARTICIPANTS	16
ANNEXE 2. ASPECTS ZONOSIQUES	21
ANNEXE 3. FONCTIONNEMENT DES EQUIPES INTERNATIONALES DE CERTIFICATION	25
ANNEXE 4. RAPPORT PAR PAYS	26

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 16 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, 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, 2 à 3 millions de personnes contractent cette maladie (Muller, 1992). En 1992, 15 pays ont rapporté à l'Organisation mondiale de la Santé un total de 374 202 cas de dracunculose, dont plus de 99,6 % proviennent du continent africain (OMS, 1993).

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 éradiquée d'Iran à la fin des années 70 (Sahba, 1973, Sahba et al., 1992) et de l'Ouzbékistan au cours des années 20 (Litvinov et Lysenko, 1982). En Inde, elle a été éradiquée de l'Etat du Tamil Nadu en 1984 (Kapali et al., 1984), puis des Etats du Gujerat et du Maharashtra depuis 1991 (OMS, 1992). 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 80; elle est actuellement en voie d'être accomplie.

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'éradication 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 1986, WHA42.29 en 1989 (OMS, 1990) et WHA44.5 en 1991 (OMS, 1991), l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé les efforts en vue de l'éradication de la dracunculose pays par pays et s'est fixé pour objectif l'arrêt de la transmission d'ici 1995 et la certification de l'éradication, à l'échelle mondiale, d'ici la fin des années 90 (OMS, 1991).

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 éradication des pays où cette maladie était auparavant endémique. Les diverses étapes des programmes nationaux d'éradication 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'éradication de la dracunculose d'une zone donnée.
- b) Disposer d'un mécanisme officiel pour confirmer la réussite des récents programmes nationaux d'éradication de la dracunculose.
- c) Disposer d'un outil efficace et normalisé pour identifier et éradiquer 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'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 éradiquée; 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'éradication de la dracunculose pays par pays soit faite jusqu'à ce que l'objectif final, à savoir la certification de l'éradication mondiale de la dracunculose, soit atteint.

2. DEFINITIONS

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

L'éradication locale 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 totale 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 mondiale.

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'éradication 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'éradication de la maladie ainsi que des projets "eau et assainissement" avec leur contribution à l'effort d'éradication.
- 2) Résultats du dépistage actif des cas, avec : i) les données d'au moins trois rapports annuels de détection des cas, basés sur le relevé mensuel des registres des cas quotidiennement 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; et iii) les résultats de toute autre évaluation réalisée par exemple dans des écoles, des marchés ou 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 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 de l'éradication 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 surveillance active, commencée avec le programme national d'éradication, est poursuivie pendant trois ans après le dernier cas autochtone identifié, cette période sera suffisante pour juger si l'éradication 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 :

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

4.2.2 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.

4.2.3 Comme pour la certification de l'éradication 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.

4.2.4 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.

4.2.5 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.

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

4.2.7 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 d'éradication 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 antérieure. Les EIC seront amenées à présenter l'une des deux conclusions suivantes : soit i) un satisfecit pour une éradication menée à bien, soit ii) une déclaration selon laquelle l'éradication 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 80; ii) endémique avant 1980; iii) endémique à un moment de son histoire; iv) signalée de façon sporadique sans que l'existence d'une endémicité de la maladie soit connue. 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'éradication de la dracunculose. A l'heure actuelle (1993), 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'ERADICATION

Compte tenu de la situation actuelle de la dracunculose, des efforts réalisés pour éradiquer la maladie pays par pays et des recommandations figurant dans les résolutions WHA39.21, WHA42.29 et WHA44.5 adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé (OMS, 1990, 1991) 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'éradication sont proposés.

5.1 Pays où la transmission de la dracunculose a eu lieu au cours des années 80

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

Dans ces pays, l'éradication sera considérée comme acquise lorsqu'une surveillance épidémiologique efficace n'aura permis de découvrir aucun indice de transmission, lors d'enquêtes annuelles soigneusement 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 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 :

5.1.1 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. L'idéal serait d'utiliser un système de détection demeuré en place dans chaque village précédemment endémique avec une transmission de l'information rapide au niveau opérationnel le plus proche. La couverture de la surveillance sera réellement adéquate : i) si 85 % ou plus des groupements de villages placés sous surveillance fournissent leurs rapports dans les délais chaque mois, ou bien ii) si chaque village sous surveillance effectue son rapport au moins 9 mois sur 12. Une récompense, pour le malade dépisté et pour l'agent de santé qui l'a contrôlé et a pris les mesures nécessaires (isolement ou hospitalisation), renforcerait considérablement la fiabilité de cette approche.

Principes 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.

5.1.2 En cas d'importation dans une zone indemne de dracunculose, il doit être démontré que chaque cas confirmé, en remontant à son origine, provient bien d'une zone d'endémie dracunculienne. Lorsque l'origine du cas importé est prouvée et lorsque la transmission ne se poursuit pas au-delà d'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.

5.1.3 Tenue d'un registre des cas suspects de dracunculose déclarés ou observés pendant la période de trois ans. Il est recommandé de diagnostiquer chaque cas de dracunculose, de préférence au moment de la formation de la phlyctène ou même avant et de mettre en place les mesures adéquates (isolement ou hospitalisation et extraction chirurgicale du ver si les conditions d'asepsie le permettent). Le registre doit également mentionner : i) les déplacements et les activités du malade depuis la sortie du ver de manière à identifier toutes les sources d'eau de boisson ayant pu être contaminées, et ii) l'origine et la source possible de l'infection.

Principes de base

Chaque sortie de ver ignorée est un risque de nouvelles infections l'année d'après. A la différence de la variole, il n'existe pas de vaccin qui puisse empêcher la dissémination de la dracunculose en protégeant les sujets à risques. La surveillance de la dracunculose doit être active et toucher tous les villages. L'isolement des cas résiduels est primordial.

5.1.4 Donner une description détaillée de l'histoire de la dracunculose dans le pays (voir annexe 4).

Principes de base

L'objectif de la surveillance de la dracunculose pendant la période de précertification de trois ans est de détecter rapidement et d'isoler chaque cas qui pourrait survenir afin de prévenir une nouvelle transmission. La confirmation de l'absence de transmission dans un pays est fondée sur l'assurance de : i) la capacité du système de surveillance de pouvoir détecter des cas de dracunculose s'ils apparaissent, et ii) la valeur du recueil des données, vérifiées par les autorités sanitaires nationales et dont la qualité pourra être appréciée pendant la visite sur le terrain d'une équipe internationale de certification. D'une manière générale, la fiabilité de la certification dépendra du temps qui s'est écoulé depuis le dernier cas connu et la sensibilité de la surveillance active.

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

Dans ces pays, la certification de l'éradication peut être accordée après examen d'un dossier satisfaisant les points suivants :

5.2.1 Description détaillée de l'étendue de la ou des zones précédemment endémiques.

5.2.2 Résultats d'une recherche active de 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.

6. STRATEGIES

6.1 Pays où les programmes de surveillance de précertification font immédiatement suite à la campagne d'éradication de la dracunculose

6.1.1 Augmenter la sensibilité de la détection des cas à l'échelle nationale en continuant à informer le public sur la dracunculose et son éradication, sur l'importance et la nécessité de signaler les cas de dracunculose, sur les récompenses pour la déclaration des cas et sur les méthodes d'isolement des cas. Suivre la campagne d'information périodiquement en s'assurant de sa bonne couverture et de la compréhension des messages, particulièrement dans les zones rurales les plus reculées où les risques de dracunculose sont les plus élevés.

6.1.2 Continuer à rendre obligatoire la notification des cas par toutes les formations sanitaires constituant le système national de surveillance passive (postes de soins de santé primaires, centres de santé, hôpitaux).

6.1.3 Maintenir fonctionnel le système de surveillance et d'isolement des cas dans tous les villages précédemment touchés par la dracunculose.

6.1.4 Maintenir, dans tous les villages endémiques et précédemment endémiques, un registre de relevé des cas de dracunculose et l'utiliser pour noter toutes infections suspectes déclarées ou découvertes pendant la période de précertification et mentionner que chaque cas confirmé est soit importé, en identifiant le lieu de contamination, soit autochtone.

6.1.5 Incorporer la surveillance d'autres maladies ou d'autres actions de santé et de développement dans le système de surveillance de la dracunculose et vice versa.¹

6.2 Pays où les programmes de surveillance de précertification sont conduits de nombreuses années après le dernier cas de dracunculose connu

6.2.1 Augmenter la sensibilité du dépistage des cas à l'échelon national en continuant d'informer le public sur la dracunculose et son éradication dans les pays voisins, en insistant sur : i) l'importance et la nécessité de signaler les cas de dracunculose, ii) les récompenses pour les déclarations, et iii) la manière d'isoler les malades. Suivre la campagne d'information périodiquement en s'assurant de sa bonne couverture et de la compréhension des messages, particulièrement dans les zones rurales les plus reculées où les risques de dracunculose sont les plus élevés (par exemple villages dépourvus d'eau de boisson saine et situés sur les frontières avec des pays d'endémie dracunculienne ou dans des zones précédemment endémiques).

6.2.2 Instituer la notification obligatoire des cas de dracunculose par toutes les formations sanitaires constituant le système national de surveillance passive (postes de soins de santé primaires, centres de santé, hôpitaux).

6.2.3 Maintenir un registre des cas de dracunculose et l'utiliser pour : i) noter toute infection suspecte déclarée ou découverte pendant la période de précertification, ii) mentionner que chaque cas confirmé est soit importé, en identifiant le lieu de contamination, soit autochtone. Vérifier que tous les rapports ont été analysés.

6.2.4 Entreprendre au moins une enquête de dépistage actif de cas, village par village, dans les zones précédemment endémiques et pendant la saison de transmission en utilisant une carte d'identification et

¹ Dans les pays qui sont sur le point d'éradiquer la dracunculose, il serait trop coûteux de maintenir un système de surveillance uniquement pour cette maladie afin d'obtenir les informations nécessaires pour la certification. La lutte contre la dracunculose au moyen de l'éducation pour la santé, la fourniture de matériel de filtration pour l'eau de boisson, l'aménagement de sources d'eau de boisson saine, la destruction chimique des cyclopes ainsi que la désinfection et le bandage des plaies consécutives à la sortie des vers peuvent être assurés par les seuls soins de santé primaires. Lorsque les efforts consacrés à l'éradication auront abouti, les liens établis avec les populations enclavées au cours de la campagne d'éradication pourront être utilisés progressivement par le système de santé. La surveillance de la dracunculose pourra être couplée avec celle d'autres maladies, avec la vaccination des enfants ou avec d'autres actions de santé publique.

le nom vernaculaire de la dracunculose. Des enquêtes dans les écoles (Chippaux et Larsson, 1991), dans les marchés (Brieger, 1991) et auprès des organisations non gouvernementales (ONG) travaillant sur le terrain peuvent être utiles pour obtenir des informations au sujet de villages dans lesquels des cas auraient pu survenir au cours de la dernière saison de transmission.

7. ETAPES DE LA CERTIFICATION

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

7.1 L'OMS distribuera une série de directives internationales sur la vérification de l'absence de transmission de la dracunculose et la certification de son éradication.

7.2 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'éradication de la maladie.

7.3 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 d'éradication. Les pays pourront juger utile de constituer un comité national chargé d'évaluer le rapport du programme d'éradication de la dracunculose avant de le soumettre officiellement à l'OMS.

7.4 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.

7.5 L'EIC entreprendra le processus de certification et présentera à l'OMS des recommandations concernant l'approbation de la déclaration d'éradication de la dracunculose.

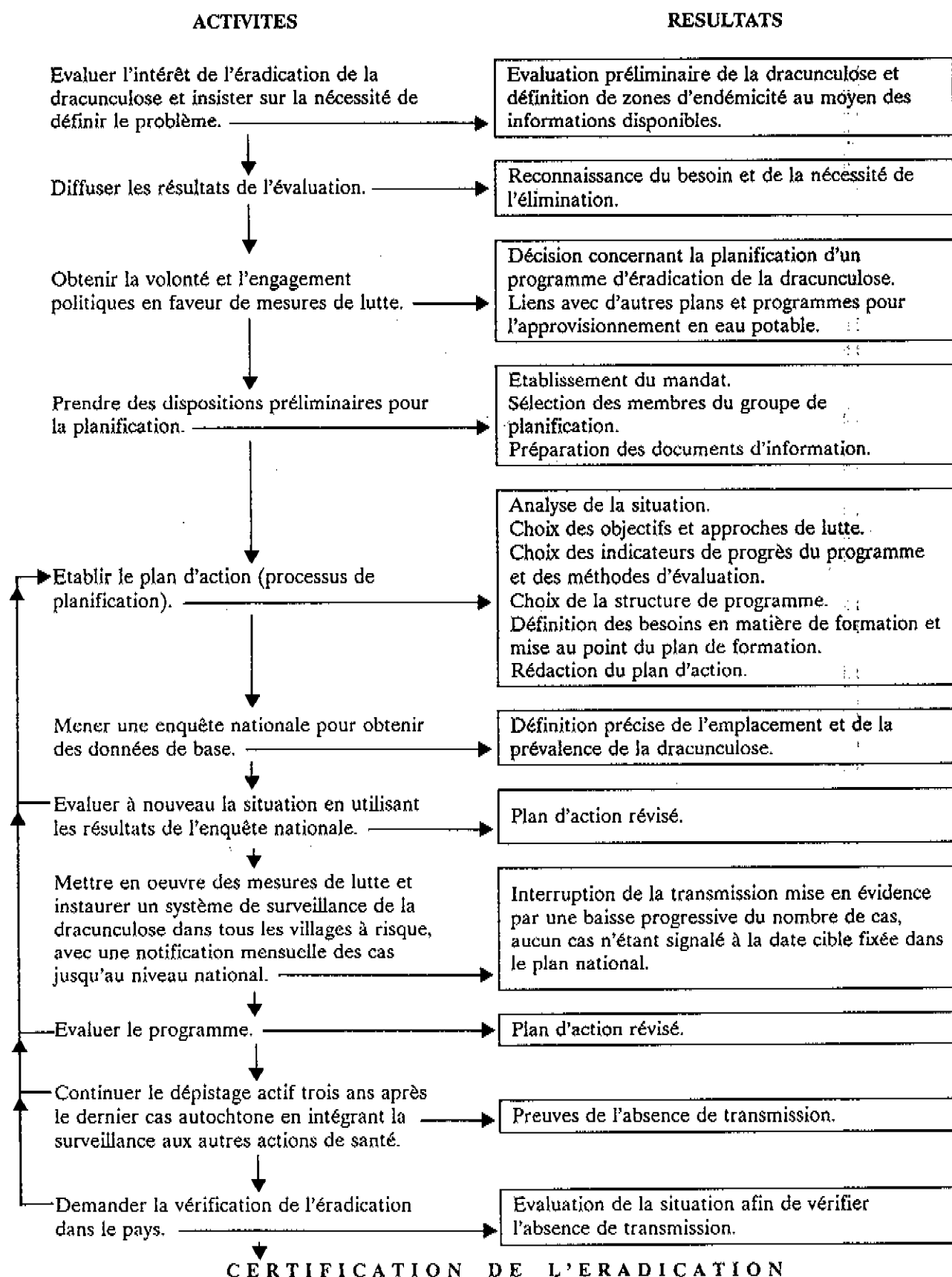
7.6 Si la certification de l'éradication est accordée, le pays sera inscrit sur un registre officiel des zones où l'absence de transmission de la dracunculose a été vérifiée.

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.
- Brieger, W. R. (1991) *Finding guinea worm: Guidelines for developing and utilizing market-based surveillance in rural Africa*. UNICEF pamphlet.
- Chippaux, J.-P. & Larsson, W. (1991) L'absentéisme scolaire lié à la dracunculose au Bénin. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 84 : 775-782.
- 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., Hataba, 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.
- Muller, R. (1992) Guinea worm eradication: four more years to go. *Parasitology today*, 8: 387-390.
- 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 (1991) *Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 6-16 mai 1991 : Résolutions et décisions, annexes*, Genève, OMS (WHA44/1991/REC/1).
- OMS (1992) Dracunculose. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 67(15) : 105-107.
- OMS (1993) Dracunculose : Bilan de la surveillance mondiale, 1992. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 68(18) : 125-131.
- 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.
- Sahba, G. H., Farahmandian, I., Jalali, H & Ardalani, A. (1992) Use of antibiotic in eradication of dracontiasis in Iran. In: *XIIIth International Congress for Tropical Medicine and Malaria, 29 November-4 December 1992, Jomtien, Pattaya, Thailand, Abstracts, Vol. 2*. Bangkok, Faculté de Médecine tropicale, Université de Mahidol, p. 255, ThP 4-6.
- 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.

TABEAU 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)



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

Pays où la maladie était endémique dans les années 80 (Groupe A)

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

Pays avec des antécédents de dracunculose endémique avant 1980 (Groupe B)

1. Gambie	4. Iran	7. Sierra Leone
2. Guinée	5. Libéria	8. Somalie
3. Guinée-Bissau	6. République centrafricaine	9. Zaïre

Autres pays et territoires où des antécédents de dracunculose ont peut-être existé (Groupe C)

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

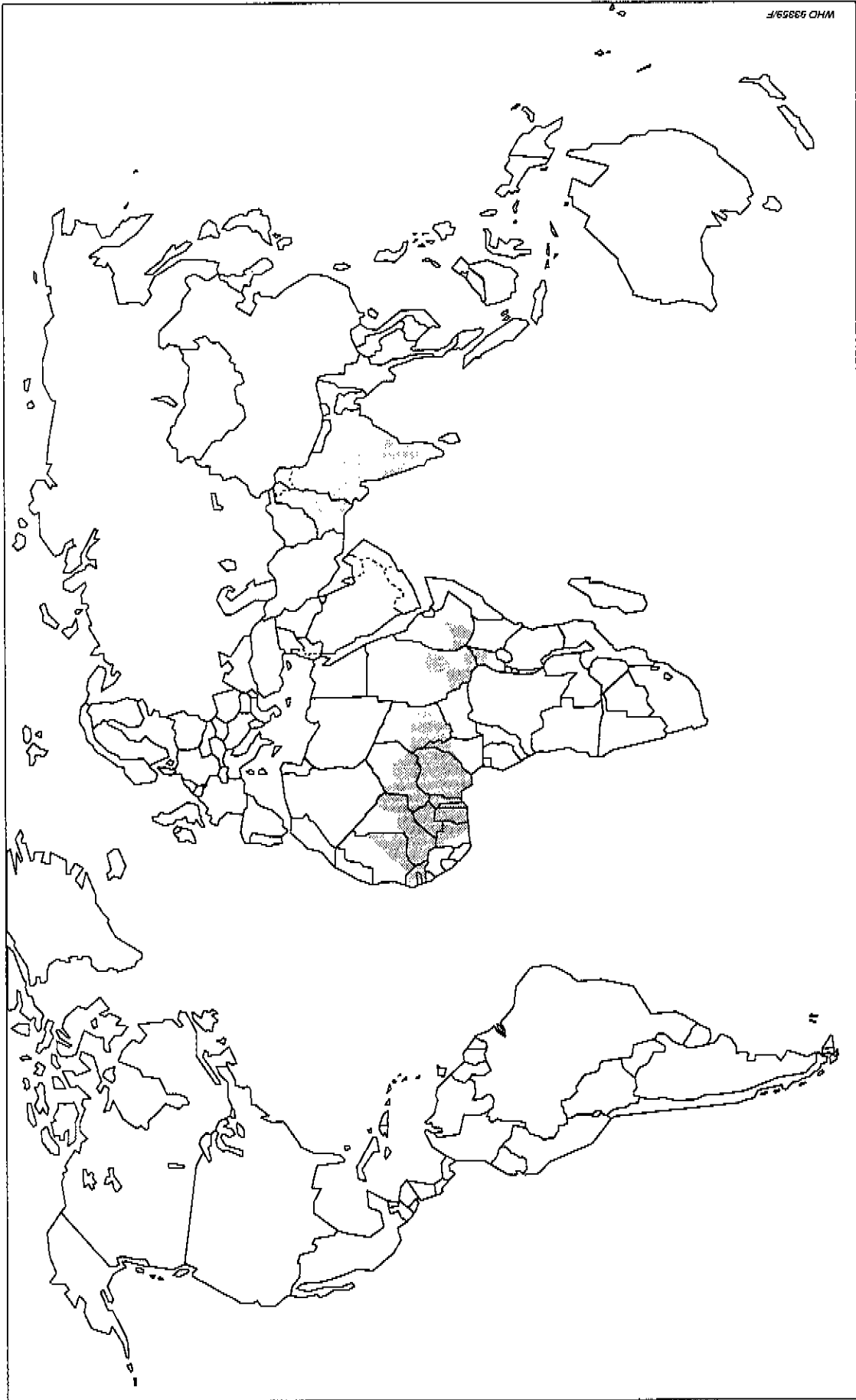
Cas autochtones sporadiques, sans dracunculose endémique (Groupe D)

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

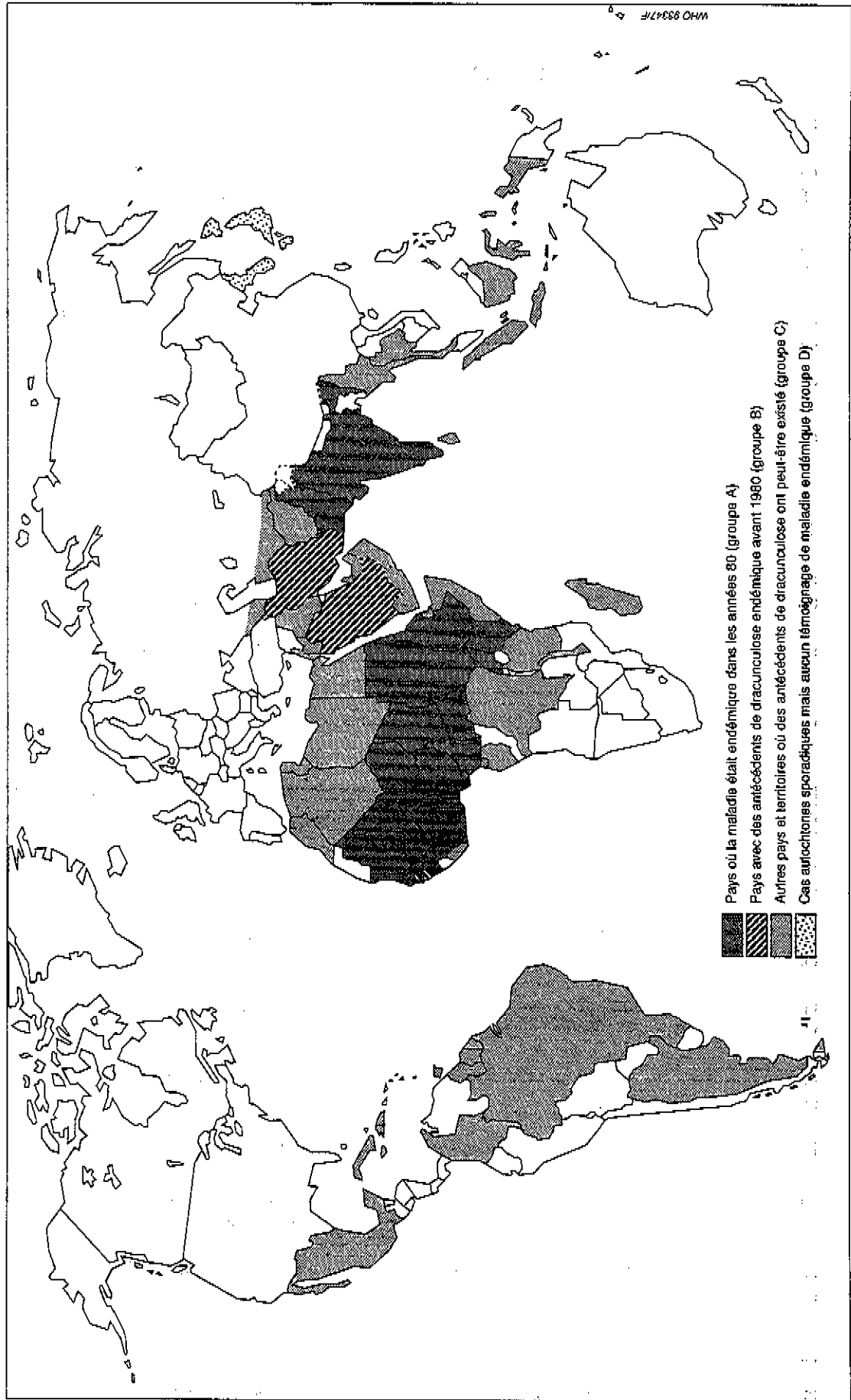
TABLEAU 3. CALENDRIER PREVU DES DEMANDES DE CERTIFICATION DE L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE

Année	Pays	Nombre de pays par an
1993	Arabie saoudite, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Pakistan, République centrafricaine, Yémen	7
1994	Cameroun, Ghana, Libéria, Ouzbékistan, Sierra Leone, Zaïre	6
1995	Iran, Tadjikistan	2
1996	Inde, Mali, Mauritanie, Nigéria, Sénégal	5
1997	Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger, Togo	5
1998	Kenya, Ouganda, Tchad	3
1999	Ethiopie, Soudan	2
	Total	30

Carte 1. Zones où des cas de dracunculose ont été signalés ou dans lesquelles la maladie existe probablement, 1992



Carte 2. Pays et territoires où la dracunculose existe ou a existé (selon la liste du Tableau 2)



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 and Prevention, **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

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 Abdoulaye Chirifi Haïdara, Coordonnateur national de la Lutte contre la Dracunculose, Division Epidémiologie et Prévention, B.P. 228, **Bamako**, Mali

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 and Prevention, **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

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**, Fédération de Russie

* Empêchés : M. Kotiga Guerinan, Ministre de la Santé publique, B.P. 440, **N'Djamena**, Tchad;
Dr Abdullahi Ali Hersi, c/o Représentant de l'OMS, P.O. Box 374, **Mogadiscio**, Somalie.

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 and Prevention, 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 Taticheff, 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. Maiga, 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*

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

* Empêchés : Dr Prince Akpabio, Patron, Nigerian Guinea Worm Eradication Foundation; Clinical Lecturer, UCM, Dental School, University of London, Senate House, Londres, WC1, Royaume-Uni. Dr Ashok Kumar, Deputy Director and Head, Division of Helminthology, NICD, 22 Shammath Marg, P.O. Box 1492, New Delhi 110051, Inde.

**LISTE DES PARTICIPANTS A LA TABLE RONDE SUR LES CRITERES DE CERTIFICATION
DE L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE**

Cotonou, Bénin, 26 mars 1993

Groupe anglophone

- Dr M. Azam, Programme Manager, Guinea Worm Eradication Programme, Islamabad, Pakistan
- M. E. M. Bawa, Water and Sanitation Officer, UNICEF, Accra, Ghana
- M. A. Bello, Project Officer, Primary Health Care, UNICEF, Khartoum, Soudan
- Professeur E. Braide, Zonal Facilitator (South-East), Nigerian Guinea Worm Programme, Calabar, Nigéria
- Dr S. Bugri, National Coordinator, Guinea Worm Eradication Programme, Tamale, Ghana
- M. L. Donaldson, Water and Sanitation Officer, UNICEF, Kampala, Ouganda
- Professeur L. Edungbola, Zonal Facilitator (North-West), Nigerian Guinea Worm Programme, Ilorin, Nigéria
- Dr G. Greer, UNICEF Consultant, Tulane University, New Orleans, Louisiana, Etats-Unis d'Amérique
- Dr D. R. Hopkins, Global 2000, Atlanta, Georgia, Etats-Unis d'Amérique
- Dr A. O. Jah, Programme Manager, Guinea Worm Eradication Programme, Banjul, Gambie
- Professeur O. Kale, Zonal Facilitator (South-West), Nigerian Guinea Worm Programme, Lagos, Nigéria
(Modérateur)
- Dr A. Kofi, Head, Epidemiology Unit, Ministry of Health, Accra, Ghana
- M. Chandra Prakash Kumbhat, SWACH, Panchwati Udaipur, Rajasthan, Inde
- Mme R. M. Malkki, Resident Adviser, Global 2000, Ugandan Guinea Worm Eradication Programme, Entebbe, Ouganda
- Dr G. Mpigika, Programme Manager, Ugandan Guinea Worm Eradication Programme, Entebbe, Ouganda
- M. B. C. Nwobi, Zonal Facilitator (North-East), Nigerian Guinea Worm Programme, Lagos, Nigéria
- M. J. Okidi, Field Coordinator, Ugandan Guinea Worm Eradication Programme, Goulou, Ouganda
- Dr E. Ruiz-Tiben, Global 2000/Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, Etats-Unis d'Amérique (Rapporteur)
- Dr L. Sadiq, National Coordinator, Nigerian Guinea Worm Programme, Lagos, Nigéria
- Dr G. H. Sahba, Professor of Parasitology, School of Public Health, Téhéran, Iran
- Dr A. Sam-Abbenyi, Programme Manager, Guinea Worm Eradication Programme, Yaoundé, Cameroun
- Dr D. K. Sang, Programme Manager, Guinea Worm Eradication Programme, Nairobi, Kenya
- Dr A. Seim, Santé et Développement international, Fagerstrand, Norvège

M. A. Sirrag el Gizouli, Programme Manager, Guinea Worm Eradication Programme, **Khartoum**, Soudan

Dr T. Verghese, Director, National Institute for Communicable Diseases, **Delhi**, Inde

Dr F. Wurapa, Conseiller régional, Programme des Maladies parasitaires, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, **Brazzaville**, Congo (**Rapporteur**)

Groupe francophone

M. Amegbo Komi, Directeur, Programme d'éradication du ver de Guinée, **Lomé**, Togo

M. Bamazé Tchao, US Peace Corps, B.P. 3114, **Lomé**, Togo

Dr H. Boualou, Directeur, Programme d'éradication du ver de Guinée, **Abidjan**, Côte d'Ivoire

Dr J.-P. Chippaux, Centre Pasteur Cameroun, **Yaoundé**, Cameroun (**Rapporteur**)

Dr Dama Mana, Directeur départemental Mayo Sava, Programme d'éradication du ver de Guinée, **Mora**, Cameroun

Dr B. Dieng, Directeur, Programme d'éradication du ver de Guinée, **Conakry**, Guinée

M. J. Dossou-Yovo, Directeur, Programme d'éradication du ver de Guinée, **Cotonou**, Bénin

Dr A. A. Edoth, Ministère de la Santé, **Lomé**, Togo

Mme L. Foden, Directrice, US Peace Corps, **Bamako**, Mali

Dr A. B. Gaye, Directeur, Programme d'éradication du ver de Guinée, **Dakar**, Sénégal

Professeur R. T. Guigemdé, Organisation de Coordination et de Coopération pour la Lutte contre les Grandes Endémies, **Bobo-Dioulasso**, Burkina Faso (**Rapporteur**)

Dr R. Hien Sié, Directeur, Programme d'éradication du ver de Guinée, **Ouagadougou**, Burkina Faso

Dr V. Hounkounou, Programme d'éradication du ver de Guinée, Ministère de la Santé, **Cotonou**, Bénin

M. P. Jékinou, Administrateur Action Sociale, **Abomey**, Bénin

M. M. S. Kané, Directeur, Programme d'éradication du ver de Guinée, **Niamey**, Niger

Dr A. Maïga, Equipe technique interorganisations (OMS/UNICEF), Programme d'éradication de la dracunculose en Afrique, **Ouagadougou**, Burkina Faso

Dr G. Mélémo Ndiala, Ministère de la Santé, **Bangui**, République centrafricaine

Dr M. M. Petit, Géographe épidémiologiste, Université de Nouakchott, **Nouakchott**, Mauritanie

Dr P. Ranque, OMS/Siège, **Genève**, Suisse (**Modérateur**)

M. M. Saint-Lôt, Ingénieur UNICEF, **Bamako**, Mali

Dr Sidi Mohamed Ould Lemine, Coordonnateur, Programme d'éradication du ver de Guinée, **Nouakchott**, Mauritanie

Dr V. Van Steirteghem, UNICEF, **Bamako**, Mali

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 en Ouzbékistan (Litvinov et Litvinov, 1981; Litvinov et Lysenko, 1982) et dans l'Etat du Tamil Nadu, en Inde (Joseph et Kandasamy, 1980; Lalitha et 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 et Beverley-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 rats laveurs (Procyonidés), les Mustélidés et les reptiles (qui ne boivent jamais d'eau directement); cette hypothèse a été confirmée expérimentalement (Brackett, 1938; Crichton et 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.

A la veille d'éradiquer *Dracunculus medinensis* responsable de la dracunculose humaine, il a semblé indispensable à l'OMS d'effectuer une identification précise des *D. medinensis* isolés chez l'homme dans différents environnements écoclimatiques en Afrique et en Inde. Il serait également utile de comparer les *D. medinensis* isolés chez l'homme aux *Dracunculus* sp isolés chez des mammifères dans des zones actuellement ou précédemment endémiques. Une étude taxonomique utilisant des technologies récentes (sondes d'ADN) commencera en 1993.

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

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

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

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'éradication 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.

RAPPORT PAR PAYS

1. Description du système de notification de base :

- Nombre et répartition des centres de santé/hôpitaux, accompagné d'une carte de répartition.
- Fréquence et rigueur de la notification de la maladie.
- Actions entreprises lorsque la dracunculose est signalée.

2. Mesures de surveillance active prises, à la fois dans les zones à haut risque et dans l'ensemble du pays, y compris les méthodes utilisées pour contrôler la qualité des enquêtes :

- Notification mensuelle par village.
- Recherche de cas à l'échelle nationale ou locale effectuée juste à la fin de la saison de transmission si possible et dans les endroits suivants :
 - les zones frontalières avec des pays où la dracunculose était récemment endémique;
 - les zones de récentes migrations importantes;
 - les écoles primaires, les centres de santé, les marchés, les campements nomades, afin d'obtenir des renseignements sur la localisation de cas présumés.
- Contrôle de l'efficacité des enquêtes (dans 10 % des unités enquêtées) par une équipe internationale et/ou indépendante.

3. Les moyens de publicité accordés au besoin de notifier les cas de dracunculose, avec mention, là où ceci est proposé, des récompenses offertes pour trouver/signaler un cas et de la connaissance que le public a de ces récompenses et avec indication des rumeurs, s'il y en a. Les actions entreprises pourraient inclure :

- Utilisation des médias (radio, journaux, télévision, prospectus, affiches, cartes d'identification, mégaphones et/ou autres moyens de communication).
- Contrôle de la connaissance du public concernant l'existence des récompenses offertes et de leur montant.

= = =