

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

*DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE*

*DIRECTION DE LA LUTTE
CONTRE LA MALADIE*

PNEVG

BURKINA FASO

UNITE-PROGRES-JUSTICE

**RAPPORT DU BURKINA FASO
A LA REVUE DES PROGRAMMES NATIONAUX
D'ERADICATION DU VER DE GUINEE DES PAYS
FRANCOPHONES.
OUAGADOUGOU DU 20 AU 22 OCTOBRE 03.**

**Présenté par le Dr Dieudonné P. SANKARA
Coordonnateur National du PNEVG-BF**

INTRODUCTION

- Le Burkina Faso fait partie des douze derniers pays d'endémie ver de Guinée, malgré les efforts déployés tant par le gouvernement que par les différents partenaires au développement.
- Toute fois, des progrès notables ont été enregistrés depuis la mise en œuvre du programme en 1992. On est passé de 11784 cas recensés dans 908 villages en 1992 à 1956 cas recensés dans 363 villages en l'an 2000.
-
- Le taux de réduction entre l'année 2000 et 2001 est de **47,30%**.
-
- Pour l'année 2002, la dracunculose a été endémique dans 9 régions, 22 districts sanitaires. Le nombre de cas notifiés au cours de cette année a été **de 591 dont 443** ont été isolés soit **un taux d'isolement de 75%**.
- Le taux de **réduction est de 43%** comparé aux 1031 cas notifiés en 2001.
- Pour les 9 premiers mois de l'année le Burkina Faso a enregistré **171 cas dont 99 cas** isolés soit **un taux d'isolement de 58%**.

- **Nous ne perdons pas de vue qu'il s'agit d'un programme d'éradication et non de contrôle, ainsi les efforts doivent se renforcer davantage.**

OBJECTIF OPERATIONNEL DU PROGRAMME :

L'OBJECTIF EST DE METTRE FIN A LA TRANSMISSION DU VER DE GUINEE D'ICI FIN 2003, SI NON LE PLUS TOT POSSIBLE, DANS TOUS LES VILLAGES ENDEMIQUES DU BURKINA FASO.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Renforcer la mobilisation sociale pour l'éradication de la maladie ;

Assurer une détection et une notification active de tous les cas de ver de Guinée ;

Isoler tous les cas détectés

Renforcer la surveillance épidémiologique de la maladie y compris dans les zones libérées;

Approvisionner en eau salubre les populations vivant dans les zones d'endémie (y compris la lutte antivectorielle).

Renforcer le suivi et l'évaluation des activités

STRATEGIES :

***L'intensification de la mobilisation sociale, par une plus forte participation des communautés elles-mêmes et par une meilleure sensibilisation et participation active des décideurs aux efforts déployés en vue de l'éradication.**

***Le renforcement de la surveillance dans les villages d'endémie et ceux qui sont exposés au risque avec détection et isolement de tous les cas, par une intensification des supervisions et une implication effective des communautés concernées.**

***L'approvisionnement conséquent en eau potable des populations concernées grâce à une collaboration intersectorielle dynamique engageant tous les acteurs.**

*** La lutte anti vectorielle (filtrage de l'eau de surface et traitement des points d'eau contaminée au Téméphos.)**

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE

QUELLES SONT LES REGIONS OU SUBSISTENT DES PROBLEMES, OU SE SITUENT-ELLES ET QUELS SONT LES GROUPES ENCORE ATTEINTS ?

9 Directions régionales de la santé sur un total de 13 sont endémiques.

22 districts sanitaires sur 53 sont endémiques.

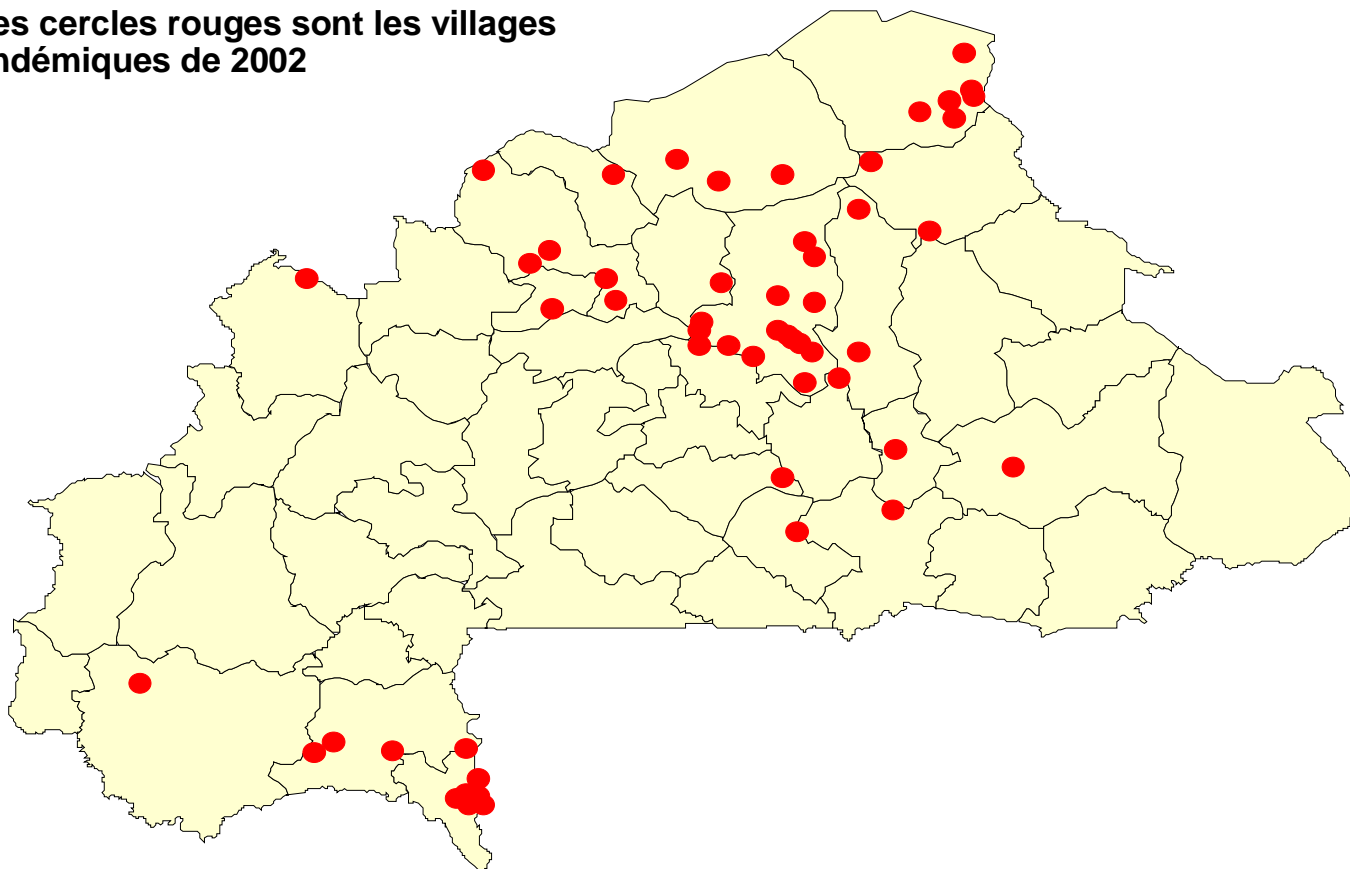
171 cas notifiés de janvier à septembre 2003 contre 427 cas en 2002 pour la même période, soit une réduction de 60% ; avec 58 % d'isolement en 2003 contre 75% en 2002 et 73% en 2001.

L'intensification de la surveillance épidémiologique au niveau de l'ensemble des districts avec investigation de rumeurs et des cas avérés a permis la découverte de nouvelles localités à problèmes.

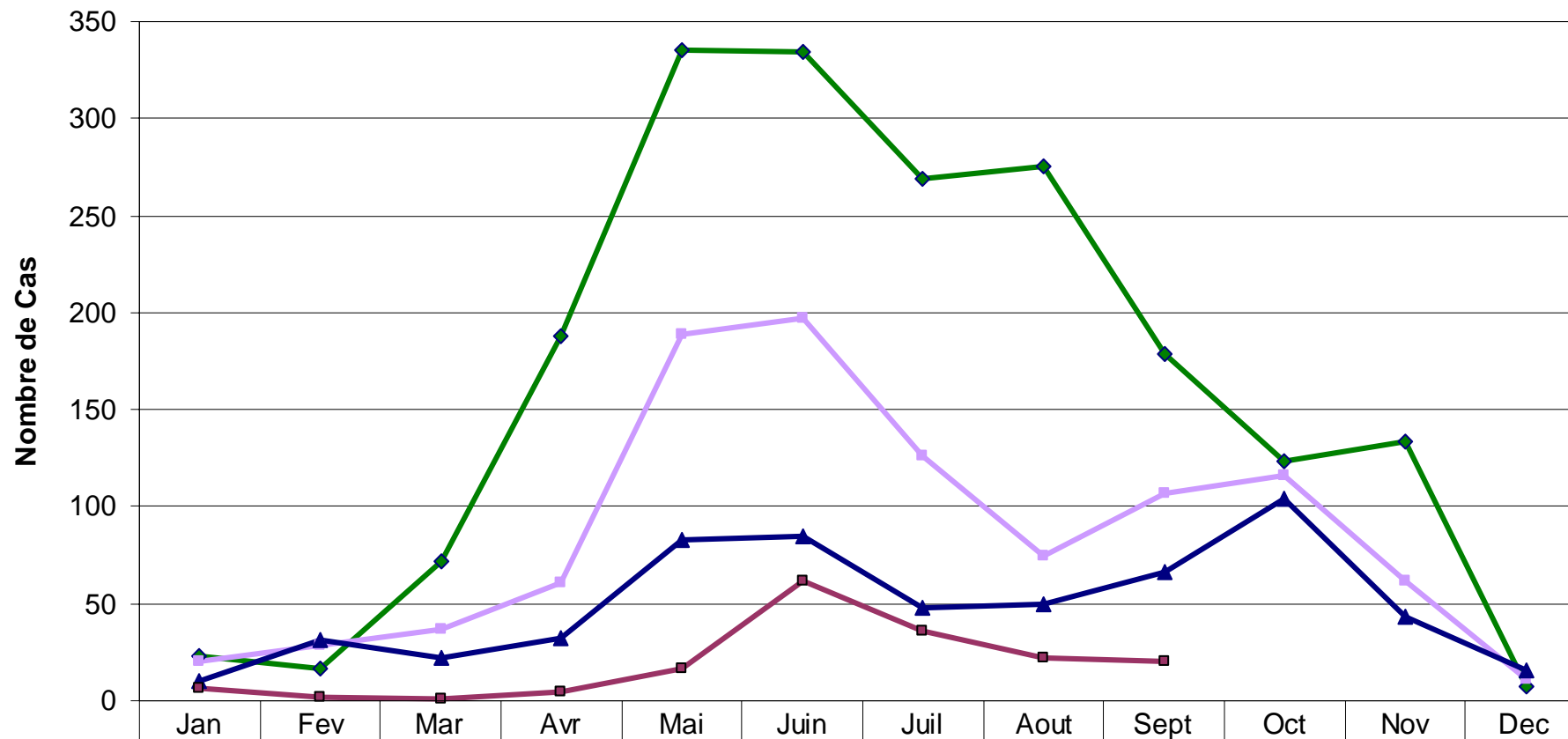
Les groupes encore atteints sont toujours les populations rurales, en particulier celles où l'accessibilité géographique est difficile et la couverture en eau potable nulle ou insuffisante.

BURKINA FASO
PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU VER DE GUINEE
VILLAGES ENDEMIQUES EN 2003

- Les cercles rouges sont les villages endémiques de 2002



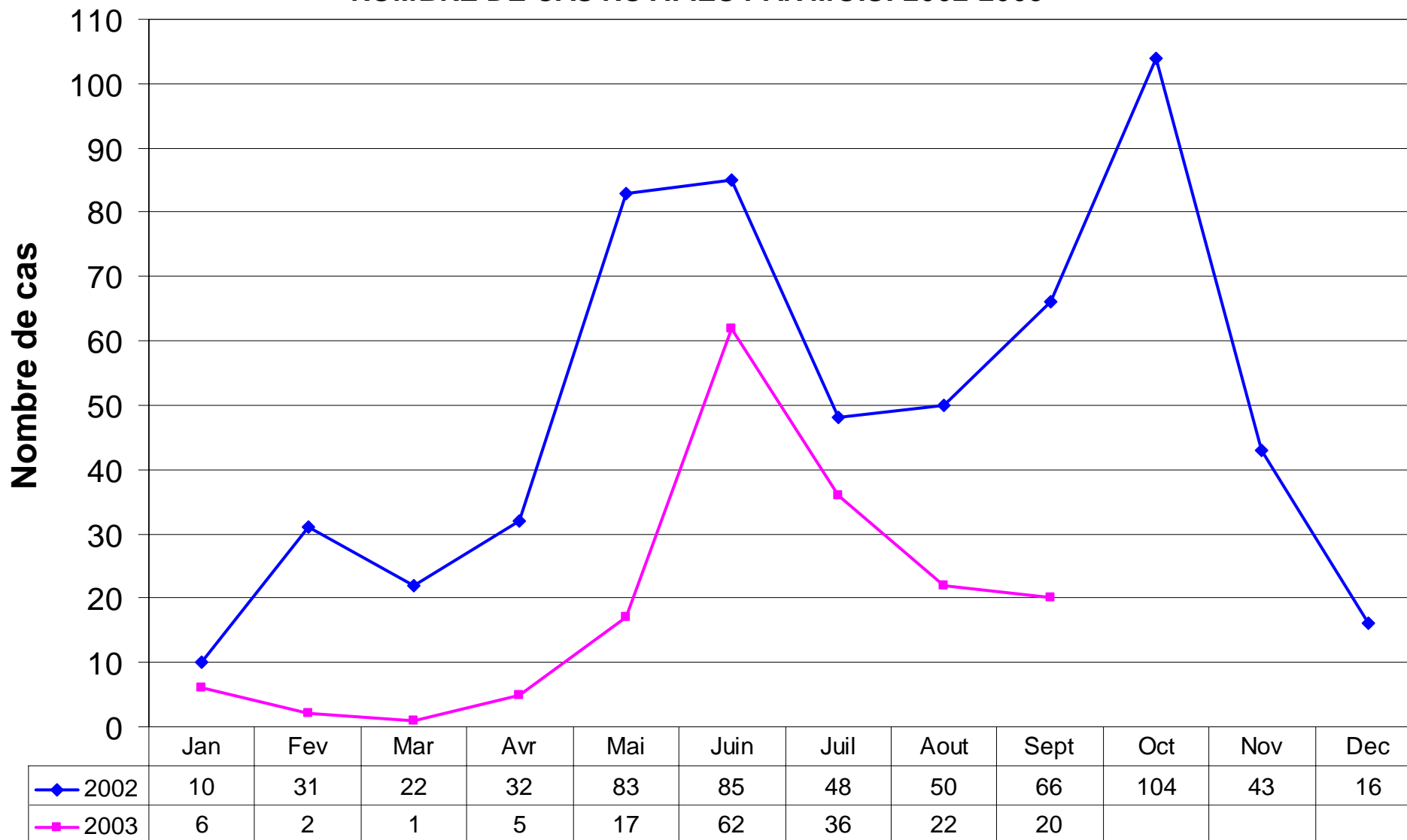
Burkina Faso
Ministère de la Santé - PNEVG
Nombre de cas notifiés par mois



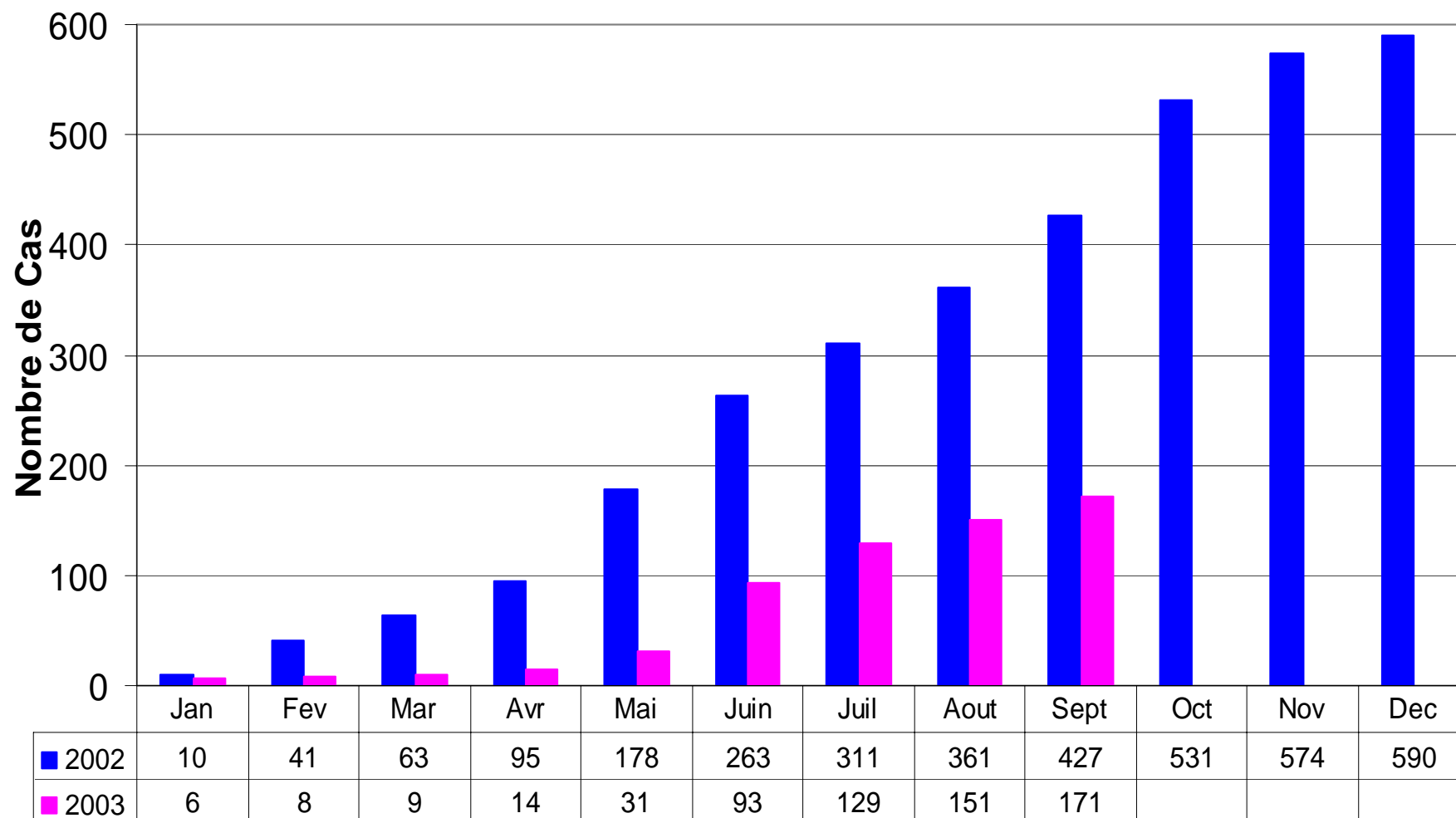
	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Aout	Sept	Oct	Nov	Dec
◆ 2000	23	17	72	188	335	334	269	275	179	123	134	7
■ 2001	20	29	37	61	189	197	126	75	107	116	62	11
▲ 2002	10	31	22	32	83	85	48	50	66	104	43	16
■ 2003	6	2	1	5	17	62	36	22	20			

Burkina Faso
Ministère de la Santé - PNEVG

NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS: 2002-2003



Burkina Faso
 Ministère de la Santé
 Programme National d'Eradication du Ver de Guinée
Cumul Annuel des Cas Notifiés



SECTION 1 (d)

PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU VER DE GUINEE DU BURKINA FASO

CAS IMPORTES DE L'INTERIEUR DU BURKINA FASO EN FIN SEPTEMBRE 2003

Lieu où le cas importé a été détecté			Lieu d'origine probable du cas				Cas isolé (oui, ou non)	Date	
Village	District	Région	Village	District	Région	Pays		Détection du cas	Notification croisée
Barga	Barsalogho	Centre Nord	Pensa(Kinésoumdi)	Barsalogho	Centre Nord	BF	oui	01/06/2003	01/06/2003
Ourséni	Barsalogho	Centre Nord	Koulwogo	Boulsa	Centre Nord	BF	oui	06/06/2003	06/06/2003
Batié	Batié	Sud Ouest	Konkatama	Batié	Sud Ouest	BF	Non	20/05/2003	20/05/2003
	Boulsa	Centre Nord	Toubayir	Boulsa	Centre Nord	BF	oui	27/08/2003	27/08/2003
Pelga	Boulsa	Centre Nord	Kouini	Boulsa	Centre Nord	BF	oui	Septembre	Septembre
Sourgoubila	Boussé	Plateau Central	Berenga	Séguénéga	Nord	BF	Non	01/08/2003	03/08/2003
Sempel	Djibo	Sahel	Kaya	Kaya	Centre Nord	BF	oui	02/08/2003	06/08/2003
Kekenonda	Djibo	Sahel	Boulsa	Boulsa	Centre Nord	BF	oui	Juillet	Juillet
Sempel	Djibo	Sahel	Kaya	Kaya	Centre Nord	BF	oui	20/08/2003	20/08/2003
Sempel	Djibo	Sahel	Kaya	Kaya	Centre Nord	BF	oui	25/08/2003	26/08/2003
Sempel	Djibo	Sahel	Kaya	Kaya	Centre Nord	BF	oui	27/08/2003	27/08/2003
Wodo	Gaoua	Sud Ouest	Zeri	Gaoua	Sud Ouest	BF	oui	03/07/2003	03/07/2003
Tin Agadel	Gorom	Sahel	Korotigui	Gorom	Sahel	BF	Non	16/09/2003	16/09/2003
Tin Agadel	Gorom	Sahel	Korotigui	Gorom	Sahel	BF	Non	16/09/2003	16/09/2003
Tin Agadel	Gorom	Sahel	Korotigui	Gorom	Sahel	BF	oui	25/09/2003	25/09/2003
Tin Agadel	Gorom	Sahel	Korotigui	Gorom	Sahel	BF	oui	25/09/2003	25/09/2003
Korotigui	Gorom	Sahel	Sella	Dori	Sahel	BF	Non	30/06/2003	30/06/2003
Noaka	Kaya	Centre Nord	Ribilou	Kaya	Centre Nord	BF	Non	15/07/2003	15/07/2003
Oui	Kongoussi	Centre Nord	Djibo	Djibo	Sahel	BF	oui	10/08/2003	10/08/2003
	Ouaga	Centre	Ignorée	Ziniaré	Plateau Central	BF	Non	Avril	Avril

CAS IMPORTES DE L'EXTERIEUR DU BURKINA FASO EN FIN SEPTEMBRE 2003

Lieu de Détection du Cas			Lieu d'Origine Probable du Cas				Cas Isolé (O/N)	Date	
Village	District	Région	Village	District	Région	Pays		Détection du cas	Notification croisée
Mekpa	Batié	Sud Ouest	Kantouro	Wa		Ghana	oui	février	
Bomboré	Zorgho	Centre Sud	Guillo	Wa		Ghana	Non	02/04/2003	
Koriba	Batié	Sud Ouest	Namon	Wa		Ghana	Non	02/04/2003	
Toeghin	Koungoussi	Centre Nord	Accra (quartier newtown)	Wa		Ghana	Non	14/06/2003	
Mekpa	Batié	Sud Ouest	Kantouro	Wa		Ghana	oui	30/06/2003	
Bangueldaou	Dori	Sahel	Rague-Rague	Tilabery		Niger	Non	18/09/2003	
Bangueldaou	Dori	Sahel	Rague-Rague	Tilabery		Niger	Non	19/09/2003	
Talle	Kaya	Centre Nord	Boudouanga(Sassandra)	Sassandra		Côte d'Ivoire	Non	02/07/2003	
Nordo	Kongoussi	Centre Nord	Milloulè (Vavoua)	Vavoua		Côte-d'Ivoire	oui	18/08/2003	09/09/2003
Goungam	Gorom	Sahel	Bakal	Gao	Gao	Mali	oui	25/05/2003	30/05/2003
Goungam	Gorom	Sahel	Bakal	Gao	Gao	Mali	oui	25/05/2003	30/05/2003
Ouaga	Ouaga	Centre	Gnagassadjou	Douentzan		Mali	Non	23/07/2003	29/07/2003
Petelnaague	Djibo	Sahel	Gnagassadjou	Douentzan		Mali	Non	09/08/2003	02/08/2003
Petelnaague	Djibo	Sahel	Gnagassadjou	Douentzan		Mali	Non	09/08/2003	02/08/2003
Petelnaague	Djibo	Sahel	Gnagassadjou	Douentzan		Mali	Non	09/08/2003	02/08/2003

SECTION 1 (e)

BURKINA FASO
PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU VER DE GUINEE
NOMBRE DE VILLAGES NOTIFIANT 1+ CAS EN 2002 ET 2003

GROUPE	STATUT	NOMBRE DE VILLAGES	NOMBRE DE CAS		CHANGEMENT EN 2002-2003
			2002	2003	
I	NOTIFIANT 1+ CAS EN 2002 ET 2003	25	225	86	62%
II	NOTIFIANT 1+ CAS EN 2002 ET ZERO CAS EN 2003	76	202	0	100%
III	NOTIFIANT ZERO CAS EN 2002 ET 1+ CAS EN 2003	28	0	85	
TOTAL		129	427	171	60%

Groupe III Villages	Nombre de Cas en 2003				
	1	2	3	4+	Total
28	19	5	1	3	28
% total	68%	18%	4%	11%	100%

•
SECTION 1(F) - ZONES AVEC DES PROBLEMES SPECIFIQUES :

DISTRICT SANITAIRE DE KAYA

Le cas du village de Toegin (avec le quartier Riboulou) dans le district sanitaire de Kaya constitue l'exemple type d'une sous surveillance et d'une bonne investigation de cas. Il s'agit en effet d'une localité qui a présenté des cas (4 cas) en 2002. L'ASC du village aurait fait état de la situation à l'ICP du CSPA couvrant la zone, mais celui-ci n'a pas daigné informer ni le staff du district, ni la région, ni la coordination de la situation. C'est la recherche de l'origine d'un cas trouvé dans un autre village (Poullalé) qui a permis de remonter l'histoire jusqu'au foyer de Riboulou, où 45 cas ont été notifiés entre Juin et Août 2003.

Les mesures prises ont été :

- La mobilisation sociale et les séances de sensibilisation ont immédiatement été mises en œuvre par le district sanitaire avec l'appui permanent de la coordination.
- Traitement immédiat et régulier des nombreuses mares (28) qui sont de fait les lieux d'approvisionnement en eau potable des populations de ce village, malgré la présence d'un forage fonctionnel dans le village.
- Distribution active de filtres avec démonstration de filtration devant chaque concession.
- Une case de prise en charge des patients a été installée urgemment pour palier aux besoins immédiats de soins et de limitation de la transmission.
- L'Infirmier Chef de Poste (ICP) a été relevé de ses fonctions par le Médecin Chef de District.

Une journée spéciale de mobilisation sociale a été organisée par le District, la Région Sanitaire et la Coordination du Programme, présidée par Monsieur le Haut Commissaire du Sanmatenga, (appuyé de toute son administration) qui s'est personnellement investi, malgré l'accessibilité très difficile du village en saison hivernale. Les leaders d'opinion de la localité concernée et des villages environnants ont pris l'engagement solennel devant M. le Haut Commissaire d'assurer l'arrêt total et rapide de la transmission de la maladie dans toute la zone.

Une surveillance active journalière et intensive pour rechercher les cas, remplacer les filtres, et retrouver d'éventuels points d'eau suspects, a été mise en œuvre, assurée par les agents du district et de la coordination. Cette surveillance a été renforcée pendant deux semaines par une consultante de G2000.

Une journée de formation de nouveaux Volontaires du Corps de la Paix Américain a permis de mobiliser la communauté et de faire encore une sensibilisation de masse.

REGION DU SAHEL

- Les cas des villages de Sampel et Kindé à Djibo sont détectés au sein d'une population nomade Bella qui ne vient dans ces localités à la recherche d'eau et de terre cultivable à partir des mois d'avril – mai. La saison de transmission commence dès ces mois et se poursuit jusqu'au mois de septembre.

- Le problème réside dans la découverte de leur circuit de nomadisme, non pas tant pour savoir le lieu de contamination, que pour s'assurer qu'il n'y a pas d'autres foyers non maîtrisés, sachant que ces populations occupent l'espace de part et d'autre de la frontière Burkina- Mali.
- Le même phénomène se décrit dans le district de Gorom Gorom au niveau des localités de Tambao, Tin-akoff, du côté burkinabé et celles aux alentours de Tessit du côté malien. La difficulté dans cette zone réside dans le fait d'une mobilité extrême de la population qui connaît les deux types de mouvements : Un déplacement saisonnier soit par transhumance soit pour des raisons de travaux champêtres, et un déplacement incessant (sur plusieurs jours) pour raison de marché, de famille, récolte de fonio sauvage, ou encore par ce que les champs se trouvent de part et d'autre de la frontière Burkina –Mali. Par ailleurs, dans ces conditions, comment déterminer si un cas est importé du Mali, ou exporté du Burkina Faso?
- Une meilleure maîtrise de la situation dans ces deux localités frontalières est observée depuis l'instauration de la surveillance nomade, et la mise en pratique des différents plans de travail arrêtés lors des rencontres transfrontalières.
- Des échanges entre les superviseurs frontaliers des trois pays (Burkina Faso, Mali, Niger), des surveillances croisées et des suivis de cas au delà des frontières ce sont effectués, malgré des situations de terrain souvent très difficiles (cours d'eau à traverser par pirogue, crevaisons fréquentes et journalières des pneus des engins, embourbements réguliers).

DISTRICT SANITAIRE DE BATIO:

- Le district est frontalier avec la région de Wa au Ghana qui se trouve également dans une zone endémique du Ghana.
- Les populations des deux côtés de la frontière fréquentent chaque semaine les mêmes marchés et sont du reste le plus souvent de la même famille.
- Cette situation engendre l'importation d'un grand nombre de cas de part et d'autre.
- En effet un tiers des cas de Batio (4/12) est importé du Ghana.
- Aussi bien que la situation épidémiologique du district de Batio soit améliorée notablement avec plus de 87% de réduction des cas par rapport à l'année 2002, une grande vigilance a été recommandée à l'équipe du district pour une surveillance exhaustive de l'aire de santé du district.

SECTION 1(g) - DONNEES PAR AGES, SEXE ET PROFESSIONS :

Tous les cas se recrutent en milieu rural, au sein des paysans et éleveurs. Chaque zone étant spécifique.

Toute fois sur les 171 cas où les données par âges et par sexe ont été étudiées (tableau ci dessous) nous pouvons retenir :

D'une manière générale il n'y a pas de différence significative entre hommes (50,29%) et femmes (49,71%).

Mais nous pouvons noter que les petits garçons d'âge compris entre 5 et 14 ans semblent plus atteints que les jeunes filles du même âge. Ceci pourrait s'expliquer par la plus grande liberté de déplacement des garçons et surtout par le fait qu'ils sont le plus souvent les bergers.

Ces deux situations ci-dessus décrites sont comparables à celles observées sur les 591 cas de 2002.

En 2003 les plus de 15 ans semblent toujours plus affectés que les moins de 15 ans mais avec un taux relativement plus bas que celui observé en 2002 : 58% en 2003 contre 65% des cas en 2002.

section 1(g)

BURKINA FASO
PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU VER DE GUINEE
REPARTITION DES CAS PAR AGE ET SEXE EN 2003

REGION	DISTRICT	Cas Endigués / Cas Notifiés	AGE / SEXE						
			0-4 ANS		5-14 ANS		15 ET +		
			M	F	M	F	M	F	
Centre Nord	Kaya	29,31%	0	1	15	6	19	17	
Sahel	Djibo	83,33%	0	2	12	11	11	12	
Sahel	Gorom Gorom	81,82%	0	0	3	5	6	5	
Sud Ouest	Batie	84,62%	1	0	1	3	4	4	
Sud Ouest	Gaoua	47,37%	0	0	4	1	1	5	
Centre Nord	Boulsa	100,00%	0	0	0	0	2	5	
Centre Nord	Kongoussi	85,71%	0	0	0	0	1	2	
Centre Nord	Barsalogho	66,67%	0	0	0	1	0	1	
Sahel	Dori	100,00%	0	0	1	0	1	0	
Centre Plateau	Ouagadougou	0,00%	0	0	0	0	0	2	
Central Plateau	Ziniare	50,00%	0	0	1	0	0	1	
Central	Bousse	0,00%	0	0	0	0	1	0	
Centre Sud	Manga	0,00%	0	0	0	1	0	0	
Mouhoun Plateau	Nouna	100,00%	0	0	1	0	0	0	
Central	Zorgho	0,00%	0	0	1	0	0	0	
Total		55,26%	1	3	39	28	46	54	171
		Ratio	0,58%	1,75%	22,81%	16,37%	26,90%	31,58%	

Section 1h
NOMBRE DE VILLAGES NOTIFIANT 1-5+ CAS EN 2003

District	Nombre de Villages Notifiant 1 - 5+ Cas en 2003					Nombre Total de Villages Notifiant 1+ Cas	Nombre de Cas notifiant en 2003					Total Nombre de Cas Notifié
	1 Cas	2 Cas	3 Cas	4 Cas	5+ Cas		Village avec 1 Cas	Village avec 2 Cas	Village avec 3 Cas	Village avec 4 Cas	Village avec 5+ Cas	
Kaya	4	3	1	0	1	9	4	6	3	0	45	58
Djibo	3	1	0	1	1	6	3	2	0	4	39	48
Gorom Gorom	6	0	1	1	1	9	6	0	3	4	6	19
Batié	5	4	0	0	0	9	5	8	0	0	0	13
Gaoua	1	0	1	0	1	3	1	0	3	0	7	11
Boulsa	5	1	0	0	0	6	5	2	0	0	0	7
Kongoussi	3	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	3
Barsalogho	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2
Zorgho	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2
Ouagadougou												2
Dori	0	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2
Manga	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Bousse	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Ziniaré	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Nouna	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Total	35	10	3	2	4	54	35	20	9	8	97	171

ACTIVITES REALISEES EN 2003 :

QUEL EST LE STATUT DES INTERVENTIONS, ENDIGUEMENT DES CAS ET SURVEILLANCE ACTIVE DANS LES VILLAGES EN 2003 COMPARE A 2002 ?

SECTION 2(A) - POUR L'ENSEMBLE DU PAYS, LES INDICES CLES EN MATIERE D'INTERVENTIONS DANS LE CADRE DE L'ERADICATION, SONT RESUMES DANS LE GRAPHIQUE 2A.

ETAT D'AVANCEMENT DES INTERVENTIONS: SEPT 2002 & 2003 :

1) Les Filtres

Catégories de filtres utilisés

Les filtres tamis usuels utilisés pour les canaris

Les grands tamis filtres utilisés pour les marmites ou gros canaris à large ouverture.

Les filtres bonnets utilisés aussi pour les larges ouvertures.

Les filtres pailles ou en tuyau utilisés par les bergers et les enfants. Ce sont des espèces de pipettes en plastique dur, emmanchés avec au bout une toile filtre.

Les filtres entonnoirs utilisés pour les bidons et les outres surtout dans les zones nomades.

- Ces différents types de filtres permettent de répondre aux besoins spécifiques de chaque communauté, et d'accroître ainsi le taux et la qualité d'utilisation des filtres.
- Les filtres sont distribués activement, de porte à porte, à la population cible selon le type de filtre. Une sensibilisation et une démonstration du filtrage précèdent la distribution devant chaque concession.
- -Les tamis et les filtres bonnet sont distribués aux ménages, et dans les villages les plus endémiques à toutes les femmes ou filles en âge d'aller chercher de l'eau.
- -Les autres types (pailles et entonnoirs) sont distribués aux populations nomades, bergers et aux enfants dans certains villages d'endémie.
- Ainsi, en 2003, 40 000 tamis filtres, plus de 100 000 filtres tissus, 50 000 pailles filtres et 60 000 entonnoirs ont été distribués. L'utilisation de ces filtres est suivie par les ASC, les agents renforts et les agents de santé.
-

2) L'Abate

- La couverture en Abate a été améliorée en 2002 et en 2003. La systématisation des programmes de traitement est très rigoureux. L'ensemble des districts a mieux utilisé cette stratégie en 2002 et en 2003 qu'en 2001.

3) Approvisionnement en eau salubre

- Global 2000, a financé la réhabilitation de cinq forages dans les villages de TINTARADEK, WASSAKORE, KUR HARI(DEBERE), KUR HARI et KORITIGUI très endémiques de Gorom Gorom avant la période de transmission(en Août 2003) de ces localités, cette activité a été très salubre.
- Le village très endémique (Nakourtenga) du district de Kaya a bénéficié en janvier 2003, de la réhabilitation de son forage avant sa période de transmission (financement Global 2000).
- 26 forages ont été réalisés sur financement UNICEF au cours de la campagne 2002.
- Pour cette année 2003, des fonds ont été annoncés au niveau de l'UNICEF, dans le cadre de l'approvisionnement en eau potable des villages endémiques.

4) L'IEC et mobilisation sociale

Les activités d'IEC sont multiples et vont des activités des ASC aux interventions nationales en passant par celles des districts et des CSPS. Nous pouvons retenir :

Un engagement au plus haut niveau a été pris par le Ministère de la Santé .

Les causeries éducatives (ASC, ICP, Volontaires du Corps de la paix Américain, membres de la coordination). Elles regroupent plusieurs personnes et peuvent atteindre parfois plus de 300.

Les communications interpersonnelles

Les cinés-débats (projections de films suivis de débats)

Les animations par la musique moderne et les chanteurs traditionnels

Les journées ou semaines de sensibilisation organisées de concert avec les volontaires du Corps de la Paix (9 semaines ont été organisées au niveau des districts).

A toutes ces séances, on implique les leaders (chefs coutumiers, RAV...)

Les émissions Radio télévisuelles n'ont pas été suffisamment utilisées.

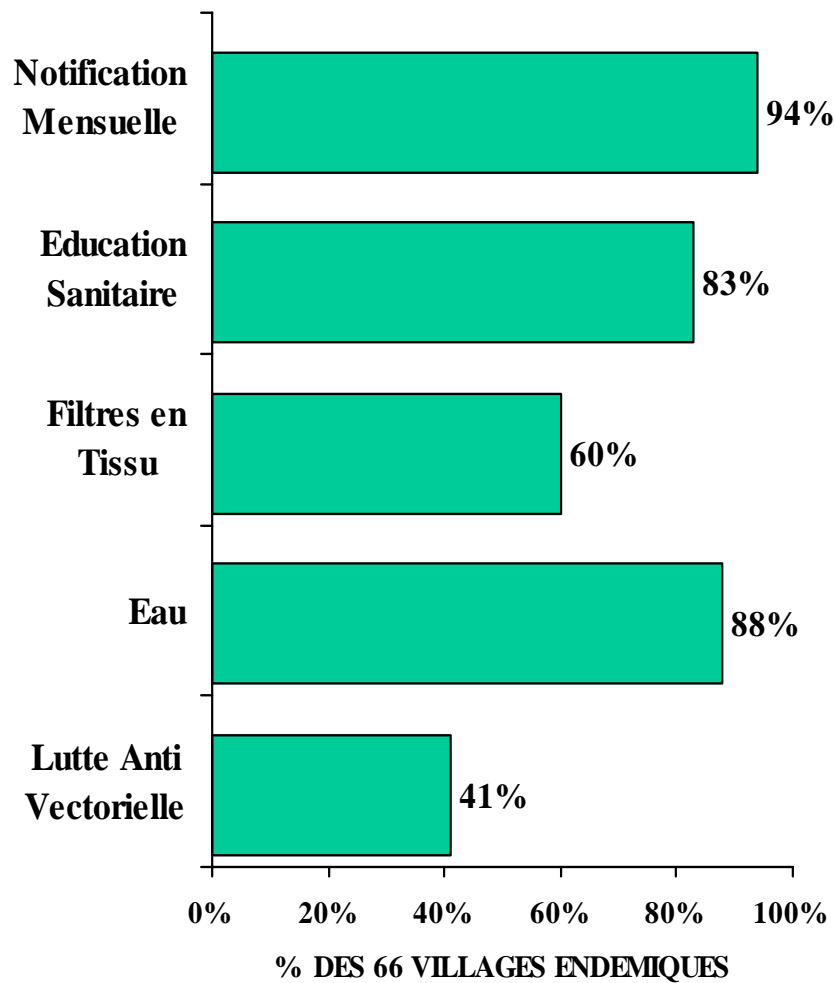
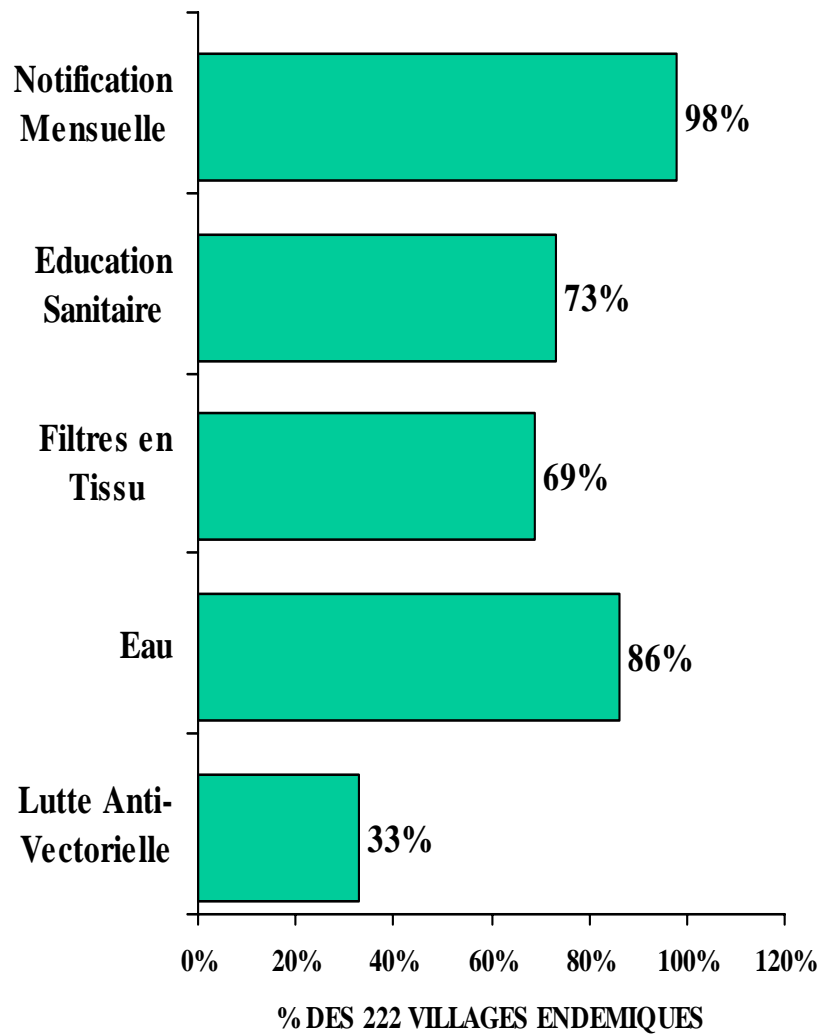
La mise à disposition des écoliers de bandes dessinées a été effective.

L'implication des autorités administratives et politiques pour une plus grande mobilisation sociale (exemple de Gorom Gorom et de Kaya).

- **Au moins une fois par mois, chaque village endémique a reçu des séances de sensibilisation soit de groupe ou individuelles lors du dépistage et de l'isolement des cas.**

Programme National d'Eradiation du Ver de Guinee du Burkina Faso

Etat d'Avancement des Interventions: SEPT 2002 & 2003



Section 2 (b)

BURKINA FASO – PNEVG

CLASSEMENT PRIORITAIRE PAR LIGNE DES INTERVENTIONS EN 2003, PAR VILLAGE* :

(DISPOSES EN ORDRE DECROISSANT DE CAS NOTIFIES EN 2003 POUR LES PREMIERS 20 VILLAGES)

Village (#)^	District	Nb de cas en 2003	% de				Point d'eau salubre			Case de Prise en Charge			
			Rapport mensuel	Ménages avec des filtres ce mois	Mois de traitement des mares	Mois séance éducative réalisé	Nb de pompes	Nb de pompes qui fonction	Nb de puits	Nb de cas isolés	% Isolé	Nb de cas isolés dans une CPC	% de cas isolés dans une CPC
Ribilou	Kaya	45	100%	100%	100%	50%	1	1	0	11	24%	11	100%
Sampel	Djibo	39	100%	100%	100%	100%	1	1	0	37	95%	37	100%
Soronkina	Gaoua	7	100%	100%	100%	100%	2	2	1	7	100%	7	100%
Tin Agadel	Gorom	6	100%	100%	100%	100%	6	4	0	3	50%	0	0%
Tin Akoff	Gorom	4	100%	100%	100%	89%	0	0	0	3	75%	0	0%
Petelnague	Djibo	4	100%	100%	100%	22%	0	0	0	0	0%	0	n/a
Goungam	Gorom	3	100%	100%	100%	55%	1	1	0	1	33%	0	0%
Wodo	Gaoua	3	100%	100%	100%	78%	1	1	0	2	67%	2	100%
Gnebrella	Kaya	3	100%	100%	100%	100%	1	0	0	0	0%	0	n/a
Nakourtenga	Kaya	2	100%	100%	100%	100%	2	2	0	1	50%	0	0%
Poulalle	Kaya	2	100%	100%	100%	100%	1	1	0	1	50%	0	n/a
Tibtenga	Kaya	2	100%	100%	100%	100%	1	1	0	1	50%	0	0%
Filio	Djibo	2	100%	100%	100%	50%	0	0	0	2	100%	0	0%
Koriba	Batié	2	100%	100%	100%	100%	1	0	2	2	100%	0	n/a

Malteon	Batié	2	100%	100%	100%	100%	1	1	0	2	100%	1	50%
Mekpa	Batié	2	100%	100%	100%	100%	1	0	1	2	100%	2	100%
Takpo	Batié	2	100%	100%	100%	100%	2	2	0	2	100%	1	n/a
Kouini	Boulsa	2	100%	100%	100%	100%	3	3	0	1	50%	0	0%
Soffokel	Dori	2	100%	100%	100%	11%	2	2	0	0	0%	0	n/a
Wayalghin	Manga	1	100%	100%	100%	100%	1	1	4	0	0%	0	n/a
Total		135	100%	100%	100%	83%	28	23	8	78	57%	61	42%

Section 2c:

PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU VER DE GUINEE DU BURKINA FASO

STATUT DES INTERVENTIONS DANS LES VILLAGES DU GROUPE III, EN 2003

District	Nombre de villages du groupe III	Nombre de villages du groupe III avec <4 cas			Pourcentage des villages endémiques			
			Nombre de cas Notifiés	% Endigués	Ayant reçu éducation sanitaire	Avec filtres dans tous les ménages	Protégés avec de l'Abate	Avec 1+ points d'eau potable
Gorom Gorom	4	3	9	55,6%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%
Kaya	7	6	53	30,2%	100,0%	100,0%	100,0%	90,0%
Dori	1	1	2	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Djibo	5	4	9	33,3%	100,0%	100,0%	50,0%	100,0%
Batie	2	2	3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Barsalogho	1	1	1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Boulsa	3	3	3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	42,9%
Kongoussi	3	3	3	66,7%	100,0%	na	100,0%	100,0%
Bousse	1	1	1	0,0%	100,0%	na	100,0%	100,0%
Zorgho	1	1	1	0,0%	100,0%	na	100,0%	0,0%
Total	28	25	85	48,6%	100,0%	100,0%	95,0%	76,1%

Nombre de villages du groupe III notifiant uniquement 1 cas

=

19

Nombre de villages du groupe III nouvellement endémique

=

2

Les villages du groupe III ayant une transmission autochtone sont ceux de Riboulou à Kaya et de Pételagué à Djibo (pas encore claire). Si la situation de Riboulou qui a déjà été décrite précédemment est claire celle de pételagué à Djibo vient du fait d'un cas dont l'enquête n'a pas pu démontré une origine de transmission extérieure.

Section 2 (d)

PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU VER DE GUINEE DU BURKINA FASO
 NOMBRE DE CAS NOTIFIES EN 2003, PAR DISTRICT, QUI REPONDENT AUX NORMES
 INTERNATIONALES POUR L'ENDIGUEMENT DE CAS

District	Nombre total de cas notifiés	Nombre de cas qui répondent aux normes internationales pour					
		Prise en charge intensifiée		Endiguement de cas		Endiguement de cas intensifié	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Kaya	58			"6	11%	"11	19%
Djibo	48					"40	83%
Gorom	19					"9	47%
Batié	13					"11	85%
Gaoua	11					"9	82%
Boulsa	7					"6	86%
Kongoussi	3					"2	67%
Barsalogho	2					"2	100%

Zorgho	2						
Ouaga	2						
Dori	2						
Manga	1				"1		100%
Bousse	1						
Ziniaré	1				"1		50%
Nouna	1				"1		100%
Total	171			8	5%	"91	"53%

Section 2 e : Les rapports des localités endémiques sont régulièrement acheminés à la coordination.

- * 94% de rapport reçus pour les 9 premiers mois.
- * L'insuffisance de complétude et de promptitude est plus liée au non maîtrise de l'outil informatique et au dysfonctionnement du circuit d'acheminement du courrier qu'à un dysfonctionnement au niveau des interventions.
- * Les supervisions et les contacts téléphoniques, permettent de se rendre compte de la situation épidémiologique et de l'état des interventions au niveau des localités concernées.

Section 2(f)

PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU VER DE GUINEE DU BURKINA FASO
FREQUENCE DES RAPPORTS MENSUELLES DES VILLAGES ENDEMIQUES

Nombre de rapports fournis	Nombre de villages endémiques en 2002				Nombre de villages endémiques en 2003			
	Notifiant 0 cas	Notifiant uniquement 1 cas	Notifiant plus d'un cas	Nombre total	Notifiant 0 cas	Notifiant uniquement 1 cas	Notifiant plus d'un cas	Nombre total
12	113	62	63	238	x	x	x	x
9 à 11	1	0	0	1	36	8	12	56
1 à 8	0	3	1	4	8	2	0	10
0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	114	65	64	243	44	10	12	66

SECTION 2G ; H ; I- LES TYPES DE SURVEILLANCES ACTIVES UTILISEES ET LES MESURES DE SURVEILLANCE DANS LES ZONES NON ENDEMIQUES:

- *Le système de surveillance épidémiologique* rentre dans le cadre du système de surveillance intégrée des maladies. Toute fois compte tenue de la spécificité du problème :
- Les villages endémiques ont des agents de santé communautaire formés à la surveillance active, à la détection, à l'isolement et notification des cas. La confirmation des cas est assurée par des agents de santé ou des agents renforts qui visitent le village chaque semaine. Un système de motivation des ASC a été mis en place au niveau des districts sanitaires de Gorom-Gorom et de Gaoua. Il s'agit d'un système de prime donné aux ASC les plus compétents. Des critères ont été établis en collaboration avec la communauté. Un ASC qui remplit ces critères gagne automatiquement une prime (sac de mil pour Gorom et une récompense financière à Gaoua.). Nous avons noté une grande motivation dans l'accomplissement des tâches qui leur sont dévolues.
- Pour plus d'efficacité, 157 agents de santé et 307 ASC ont été formés en 2002 et en 2003 des recyclages et des formations sont réalisées, d'autres sont en cours.
- *Toutes les *occasions de visites* dans les villages sont utilisées pour s'enquérir de la situation du ver de Guinée.
- *Des *enquêtes* sont effectuées au niveau des localités indemnes ou sous surveillances afin de confirmer leur non endémicité. Les *JNV* ont été et sont toujours des occasions pour enquêter (rechercher le ver de Guinée) sur l'ensemble des villages du pays.
- Les stratégies avancées dans le cadre de la vaccination de routine du PEV et de la santé de la reproduction sont des occasions d'enquête sur le ver de guinée. Ces résultats sont utilisés pour des investigations plus poussées.

Section
2(j)

BURKINA FASO

PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU VER DE GUINEE

STATUT DES CASES DE PRISE EN CHARGE: JANVIER – SEPTEMBRE 2003

District	Lieu de Case de Prise en Charge	Nbre de mois operationnel en 2003	Nbre de Villages Couverts par la Case	Nbre de cas reportés dans les localités couvertes par la case^				Nombre de Cas à la Case de Prise en Charge en 2002		Nombre de Cas à la Case de Prise en Charge en 2003			Coût initial (F) *	Coût annuel (F)**	Coût par cas en 2003 (F)	Période moyenne entre l'émergence du ver et admission	% de cas admis à la case en <24hrs
				2002		2003		Admis	Endigués	Admis	Endigué	Durée moyenne de séjour (jours)					
				End.	Not.	End.	Not.										
GAOUA	Soronkina	9	3	44	46	7	8	20	16	8	8	23	438 100	209 000	80 888	0,6	90%
GAOUA	Zeri	5	2	14	36	2	3	n/a	n/a	3	3	35	1 271 200	115 200	462 133	0,3	100%
DJIBO	Sampel	5	9	41	46	40	48	n/a	n/a	39	37	48	1 845 430	597 600	90 483	2,5	17%
KAYA	Ribilou	3	2	0	0	12	47	n/a	n/a	45	11	38	2 484 450	663 000	286 132	3,0	22%
Total		22	16	99	128	61	106	20	16	95	59	36	6 039 180	1 584 800	919 636	1,6	57%

De la mise en œuvre des Cases de Prise en Charge au niveau des villages les plus endémiques :

L'adhésion communautaire qui détermine leur participation est essentielle au succès de cette stratégie.

Il est bon de noter que dans certaines localités il existe des réticences pour certaines personnes à rester au niveau des cases de prise en charge. Les raisons principales évoquées sont d'ordre socioculturelles. Dans tous les cas l'acceptation de rester dans une structure de prise en charge est totalement libre et consensuel pour tous les malades de ver de guinée.

Analyse de quelques éléments clés du tableau ci-dessus :

La durée de séjour :

La durée de séjour est liée directement au nombre de vers portés par le malade et à la qualité des soins reçus à la case.

Période moyenne d'admission avant l'émergence du ver :

Si à Zeri et à Soronkina cette période est inférieure à 24 heures à Riboulou et à Sampel le délai moyen est nettement au dessus des 48 heures. Cet écart au niveau de ces deux dernières localités est essentiellement dû à la situation de surprise pour Riboulou et de nomadisme pour Sampel.

Du coût :

- Le coût par malade relativement de Zeri est lié au faible nombre de malades accueillis dans cette case. La participation communautaire a été très importante. D'où la problématique du choix du site sur la base du nombre de cas de l'année précédente. Toute fois le cas de Zéri montre que si les interventions sont menées à temps de manière correcte on arrive toujours à un arrêt rapide de la transmission.

-Au niveau de Riboulou le coût élevé est surtout lié à la situation d'urgence survenue en saison de pluies qui n'a pas permis de prendre en compte une plus grande participation communautaire.

Et pour ces deux situations le recul n'est pas assez grand pour bénéficier de l'amortissement du coût initial.

- Le coût par malade relativement bas observé au niveau de la case de Soronkina et d'une part et de Sampel d'autre part est dû à une bonne participation communautaire et au nombre relativement élevé de malades qui y ont séjourné.

SECTION 2K - COMPTE RENDU DES REUNIONS:

Ces mesures spéciales sont le résultat de concertation entre le Burkina Faso et, le Mali et le Niger. Elles répondent à deux (02) objectifs essentiels qui sont :

- Renforcer les mécanismes de surveillance épidémiologiques pour une détection complète et précoce des cas.
- Rehausser le taux d'isolement

Les résultats attendus sont :

- La situation des cas importés est connue et contrôlée.
- L'endémicité des zones frontalières est mieux suivie et maîtrisée.

Les mesures essentielles spécifiques sont les suivantes :

- Rencontres entre les districts frontaliers (1 fois l'an)
- Rencontres d'échanges et de travail entre superviseurs frontaliers qui ont débutées le 25/08/03 ; l'administration est impliquée, ainsi que les communautés.
- Enquêtes épidémiologiques dans les zones libérées ou indemnes en cours.
- Suivi et Prise en charge des cas importés (information par E – mail des pays voisins).
- Interventions croisées (exemple au niveau de BAKAL au Mali où les superviseurs de Gorom Gorom interviennent.).
- Traitement de toutes les mares éligibles
- Distribution de filtres (échange d'informations).

En ce qui concerne les cas nomades dans les zones frontalières, les mesures suivantes ont été préconisées afin de rehausser la notification et le taux d'isolement des cas :

- Identification des campements nomades avec prise de coordonnées géographiques pour la cartographie(atelier de formation déjà fait à Dori Février 2003).
- Formation d'au moins un (01) ASC par campement.
- Connaissance de l'itinéraire des nomades
- Implication de tous les leaders d'opinion
- Mise à disposition à temps des ressources financières
- Supervisions rapprochées (2 fois par mois)
- Motivation de tous les acteurs, en particulier les ASC (exemple de Gorom Gorom, et de GAOUA avec le système de motivation des ASC les plus performants)
- Dotation en moyens de déplacement adaptés (motos cross, chameaux ...)
- Supervisions conjointes planifiées
- Renforcement de l'IEC.

PLAN D'ACTION 2004 : Quoi de neuf et de différent en 2004?

SECTION 3(A) INTENSIFICATION DES ACTIVITES :

- La revue annuelle du Programme les 21 et 22 mars 2003 a permis de mobiliser tous les districts endémiques et sous surveillance pour une dynamisation et une systématisation des interventions (Thème : Coup de pouce final pour arrêter la transmission en fin 2003).
- Une revue annuelle du programme sera organisée courant Janvier 2004, à l'effet de faire le point de la situation épidémiologique et de s'accorder sur les stratégies novatrices pour arrêter la transmission du ver de guinée en 2004.
- Un chronogramme précis des activités à mener au niveau de chaque village endémique a été élaboré et budgétisé avec les districts sanitaires. Fait important ce chronogramme tient compte de la période de transmission spécifique de chaque village.

Surveillance active intensifiée des villages d'endémie avec :

- Trois supervisions par village d'endémie et par mois.
- Tout cas de ver de guinée sera l'objet d'une investigation documentée à la recherche du foyer de transmission.
- une visite de confirmation pour chaque cas de ver de Guinée sera réalisée avec un suivi bi hebdomadaire par un superviseur jusqu'à extraction du ver.
- La gestion des 10 cases de prise en charge des cas déjà installé dans les 10 villages. Les plus endémiques.

- Une mobilisation communautaire dans tous les villages d'endémie :

Responsabilisation des communautés quant à la notification et l'isolement des cas.

Plus grande implication des autorités administratives et politiques, des localités endémiques et sous surveillance.

Des semaines « Ver de Guinée » seront organisées au niveau des villages les plus endémiques en collaboration avec le Corps de la Paix.

Des émissions radio-télévisées adaptées pour chaque zone seront diffusées.

Réalisation de films de sensibilisation et de mobilisation communautaire.

- Approvisionnement en eau potable :

Des forages seront réalisés dans 30 villages d'endémie avec l'aide de l'UNICEF et du Ministère de l'eau.

Poursuite des réparations de forages dans des villages d'endémie en appuyant la communauté à travers les comités de gestion des points d'eau.

- Lutte antivectorielle : Poursuite de :

Traitement des points d'eau éligibles après analyse des données des années précédentes

Distribution des filtres dans les délais et ce dès le mois de décembre 2002.

Diversification des types de filtres selon la spécificité des zones.

SECTION 3(b) Supervision active

Les agents renfort et les responsables ver de Guinée devront faire 2 supervisions mensuelles dans chaque village d'endémie en dehors des périodes de transmission.

Tout cas de ver de Guinée devra faire l'objet d'une sortie de confirmation de la part des agents de santé et /ou des agents renfort.

Dès lors qu'un cas est détecté dans un village ce village est visité au moins deux fois par semaine par un agent de santé ou agent renfort, afin de procéder à une recherche active et à l'isolement des cas.

Des équipes d'appui de la Coordination Nationale seront en permanence dans les districts pour renforcer la mise en œuvre des différentes interventions.

SECTION 3(c) Action en cours pour une surveillance active et un endiguement complet.

Les agents renfort et les responsables ver de Guinée devront faire 2 supervisions mensuelles dans chaque village d'endémie en dehors des périodes de transmission.

Tout cas de ver de Guinée devra faire l'objet d'une sortie de confirmation de la part des agents de santé et /ou des agents renfort.

Dès lors qu'un cas est détecté dans un village ce village est visité au moins deux fois par semaine par un agent de santé ou agent renfort, afin de procéder à une recherche active et à l'isolement des cas.

Des équipes d'appui de la Coordination Nationale seront en permanence dans les districts pour renforcer la mise en œuvre des différentes interventions.

Le système de cases d'isolement des cas sera effectif dans les villages les plus endémiques.

La mise à contribution de l'administration, des autorités politiques, des leaders d'opinion, pour une mobilisation et une prise en charge communautaire des cas de ver de guinée, seule gage d'un succès rapide.

Dans le district sanitaire de Gaoua une maison de passage pour des agents de santé a été construite à Lokosso. C'est l'aire de santé le plus endémique de Gaoua et d'accès difficile. Cette maison construite grâce à l'appui de Global 2000, facilitera toutes les interventions dans cette zone notamment l'isolement des cas.

SECTION 3(D) SURVEILLANCE DANS LES VILLAGES LIBERES

Toutes les opportunités de visite dans les villages sont utilisées pour s'enquérir de la situation du ver de Guinée.

le PEV de routine et les JNV sont utilisés

la surveillance est intégrée aux activités des autres endémo-épidémies (Cette surveillance intégrée a été réaffirmée par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et l'ensemble des districts sanitaires lors de la revue annuelle tenu les 5,6, 7 février 2002)

toute rumeur sera investiguée.

une surveillance active systématique et documentée permettra d'éviter les ré-infestations des localités sous surveillance et faciliterait le processus de certification.

SECTION 3(E) CHANGEMENT AU NIVEAU DU PERSONNEL ET DE LEUR FORMATION

L'ensemble du personnel des zones d'endémies s'est approprié le Programme (DRS, DS, FS)

La revue du programme tenue les 21 et 22 Mars 2003 a été l'occasion pour l'ensemble des acteurs des régions et des districts sanitaires de définir et d'écrire toutes les normes des interventions entrant dans le cadre du processus d'éradication au Burkina Faso.

Tous ces acteurs ont donc désormais la même compréhension des activités à mener.

Toutes les interventions ont été prédéfinies pour chaque village et chaque district

(Chronogramme disponible par district sanitaire).

SECTION 3(F)- ENGAGEMENT DES MEDECINS CHEFS DES DISTRICTS

La structuration du PNEVG-BF en elle-même, fait que les médecins chef des districts sanitaires ne sont pas seulement engagés mais plutôt initiateurs d'activités spécifiques adaptées à leurs localités. Nous avons un système de planification ascendant, engageant ainsi tous les acteurs, quelque fois du niveau village jusqu'à la coordination.

Par ailleurs la revue annuelle de programme, la participation aux réunions internationales et transfrontalières, permettent aux médecins chef des districts sanitaires d'échanger des expériences et d'acquérir des compétences dans la gestion des programmes d'éradication au niveau du district.

SECTION 3(H) APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE

Cette année étant charnière, un approvisionnement conséquent en eau potable avant la période de transmission, au niveau des localités endémiques contribuera fortement à l'arrêt de la transmission.

L'hydraulique de quartier, devrait permettre de rapprocher les points d'eau potable des ménages.

La dynamisation des comités de gestion des points d'eau dans les villages, pourrait garantir une fonctionnalité durable.

Un plaidoyer allant dans le sens de la création de forages dans tous les villages d'endémie, d'autant plus facilité par le nombre de plus en plus réduit de ces villages, accélérerait sans doute le processus d'éradication.

- Toutes ces réalisations seront planifiées dans un cadre de collaboration multisectorielle
- [Ministère de la Santé –UNICEF-G2000- PNEVG (Coordination-DRS, DS)-Ministère de l'Eau]. Le suivi de ses installations est assuré dans le même cadre.

SECTION 3(I) MESURES D'EDUCATIONS SANITAIRE ET DE MOBILISATION SOCIALE

Nous allons continuer le plaidoyer pour un haut engagement politique et administratif afin d'assurer une bonne mobilisation sociale à tous les niveaux.

Responsabilisation des communautés quant à la notification et l'isolement des cas.

Des semaines « Ver de Guinée » seront organisées au niveau des villages les plus endémiques en collaboration avec le Corps de la Paix. Ces semaines sont l'occasion de faire des mobilisations sociales en impliquant les responsables administratifs, politiques et coutumiers et également les Missions Diplomatiques (ambassade des USA) (soutien financier de Global2000).

Des émissions radio- télévisées adaptées pour chaque zone seront diffusées et des spots rappelant les mesures de prévention seront passés à la Radio nationale et de temps en temps à la Télévision Nationale.

Des séances de théâtre forum et des compositions musicales seront réalisées dans les localités d'endémie par les populations elles-mêmes appuyées par des troupes professionnelles (soutien financier de l'UNICEF).

Réalisation de films (2) de sensibilisation et de mobilisation communautaire.

SECTION 3(J) PROBLEMES ET SOLUTIONS PROPOSEES

Un des principaux problèmes du Programme demeure le financement des activités de surveillance dans les zones libérées.

Solutions proposées :

Intégration de la surveillance aux autres activités de santé en direction de ces zones.

Plaidoyer pour un appui financier afin de mieux organiser la surveillance dans ces zones.

L'OMS s'est prononcé pour un appui dans ce sens.

- Le problème de sécurité au niveau des zones frontalières avec le Mali et le Niger gênant sérieusement les activités d'éradication dans des localités très endémiques.

- La solution proposée est sans doute la mise à contribution des autorités administratives de part et d'autre des frontières des trois pays pour la sécurisation de ces localités, tout en mettant l'effort chacun de son côté pour une intensification synchronisée des interventions.
- * Son Excellence Monsieur le Président du Faso s'est personnellement impliqué en donnant des instructions au Ministre de la santé et au Ministre de la Sécurité pour permettre aux équipes d'avoir une maîtrise de la situation épidémiologique du ver de Guinée dans les zones nomades.
-

SECTION 3(K) COMMISSION NATIONALE DE CERTIFICATION

En toute évidence la création de cette commission est envisagée et des démarches seront entreprises pour sa mise en place au cours de l'année 2003.

CONCLUSION

- Nous sommes arrivés à des bons résultats en matière de réduction du nombre de cas et de libérations de localités endémiques.
- Mais l'accélération du processus d'éradication passe par la maîtrise de la situation épidémiologique du ver de guinée dans l'ensemble du pays.

-

Ainsi restons nous convaincus que le succès de l'éradication passe par une plus grande appropriation du programme non seulement par l'ensemble du système de santé, mais surtout par les communautés villageoises qui sont confrontées au problème.

-

La mise à contribution des médias de masses au cours de l'année 2004 sera déterminante.

- Dans ces conditions, le maintien du soutien adéquat (mise en place à temps de ressources nécessaires et suffisantes) du programme par l'ensemble des partenaires, permettra sans doute de donner un coup fatal à la transmission du ver de guinée au Burkina Faso le plus tôt possible.