



Date: 20 août 2005



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

Sujet: RESUME DE LA DRACUNCULOSE #155

A: Destinataires

TROUVER, EXPLIQUER, ENDIGUER CHAQUE CAS EN 2005

EDITORIAL : ARRETER DES MAINTENANT LA TRANSMISSION DE LA DRACUNCULOSE !

L'Examen des programmes des pays francophones où la dracunculose est encore endémique vient de s'achever (voir ci-après) et, dès maintenant, il est évident que tous ces pays sont sur le point de mettre fin à la transmission de la dracunculose (ou maladie du ver de Guinée). La seule question qui se pose encore est la suivante : combien de temps prendront-ils pour arriver à zéro cas ? La réponse est la suivante : tous ces pays d'ici un an devraient enregistrer ZERO cas autochtones—septembre 2006 donc. Le Bénin et la Mauritanie sont sur le point de notifier zéro cas autochtone pour une année civile entière, et c'est la première fois en 2005, alors que le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire pourraient également y arriver en 2006. Le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, l'Ethiopie, le Ghana, le Mali, le Niger, le Nigeria et le Togo doivent fixer leur cible à une barre plus élevée et accélérer la performance de leur programme. Ils doivent viser de meilleurs résultats. Nous devons tous changer la manière dont nous voyons la campagne actuellement. A présent, notre ATTITUDE doit être la suivante : faire tout ce qui est en notre pouvoir pour arrêter dès maintenant la transmission de la dracunculose. Plus personne ne doit se reposer sur ses lauriers et être content avec des réductions de 60%, 70% ou même 80% à la même époque l'année prochaine. Nous devons viser 100% partout, sauf au Soudan. Il faut bloquer le passage des vers ! Que faut-il faire pour relever ce défi ? Cela signifie :

- A partir de maintenant, chaque cas de dracunculose est intolérable.
- Le pays entier, y compris le chef d'Etat, le Ministre de la Santé, les agents du programme de lutte contre la dracunculose, les agents de santé du gouvernement, les enfants à l'école et le public en général doivent être armés de la même mission, à savoir dépister chaque cas dans les 24 heures, le notifier avec la plus grande urgence et prendre immédiatement les mesures d'endiguement.
- Notification croisée immédiate d'un cas importé et réponse immédiate à la déclaration de cette notification croisée.
- Taux plus élevé d'endiguement des cas.
- Supervision intensifiée à tous les niveaux du programme par les Coordinateurs des Programmes nationaux.
- Suivi mensuel des interventions et réponse à toute lacune apparente.
- Surveillance redondante : dans le village, à l'école, sur le marché, avec des incitations, etc.
- Mettre sur pied autant d'interventions que possible dans chaque village où la maladie est endémique.

Cette phase finale demande que notre attitude soit bien plus agressive. C'est un défi de taille que nous devons relever cette année et l'année suivante. Y arriverons-nous ? L'avenir et le Ver nous le diront. **La seule chose qui se dresse entre nous et l'éradication de la dracunculose d'ici un an, c'est nous-mêmes dans pratiquement tous les pays où la maladie est endémique. Ce n'est plus le Ver.**

LE BENIN EST L'HOTE DE L'EXAMEN ANNUEL DES PROGRAMMES DES PAYS FRANCOPHONES

Les Coordinateurs des Programmes d'Eradication de la Dracunculose du Bénin, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, du Mali, du Niger et du Togo se sont rencontrés à Cotonou, au Bénin, les 18 et 19 août, pour l'Examen

annuel de leur programme. La réunion a commencé par féliciter le pays hôte, à savoir le Bénin, qui a su interrompre l'année dernière la transmission de la dracunculose.

Le **Bénin** n'a signalé qu'un cas importé du Ghana jusqu'à présent en 2005, et aucun cas autochtone depuis mars 2004. Le Gouvernement du Bénin a accordé l'équivalent de 97 000\$US au programme en 2005. Ce pays prévoit de mettre sur pied un comité national de précertification pour commencer à préparer sa documentation qui sera présentée à l'OMS aux fins d'obtenir la certification de l'éradication de la dracunculose.

La **Mauritanie**, dans l'incapacité d'assister à la réunion suite à un vol annulé, a également réussi à interrompre la transmission, puisqu'un cas autochtone n'a été signalé depuis juin 2004. La Mauritanie a mis en place son comité national de précertification en 2002.

Le **Burkina Faso** n'a signalé que 6 cas autochtones de 3 villages plus 3 cas importés (2 du Ghana, 1 de la Côte d'Ivoire) dans trois autres villages entre janvier et juillet. Si 3 des cas autochtones et 1 cas importé n'ont pas été dépistés dans les 24 heures suivant l'émergence du ver et n'ont pas pu être officiellement endigués (taux d'endiguement de 56%), par ailleurs le larvicide ABATE® a été utilisé dans les étangs des six villages dans les 3 jours qui ont suivi le dépistage des cas. Le village de Kouini (dans le district de Boulsa), qui comptait 3 cas en juillet et 6 en plus au début d'août, avait participé, en juin 2005, à une Semaine du Ver (une des cinq Semaines du Ver organisées cette année avec l'assistance du Corps de la Paix américain). La saison de transmission pic du Burkina Faso se situe de juillet à octobre. Le gouvernement a accordé l'équivalent de 136 000\$US au programme en 2005. Le Burkina Faso a l'intention de mettre sur pied plus tard cette année son comité national de précertification. *Défi le plus important qui se présente à ce pays : transition suite à la nomination d'un nouveau coordinateur du programme national (voir ci-après).*

La **Côte d'Ivoire** a notifié 8 cas, tous de nature autochtone, dans 3 villages, y compris 6 cas dans le village de Lendoukro, du district de M'Bahiakro, de janvier à juillet 2005. Le village de Lendoukro se situe dans une partie de la Côte d'Ivoire qui n'est plus sous le contrôle du gouvernement national, bien que le personnel du programme national ait encore accès au village. Seuls 2 des 8 cas ont été endigués (taux d'endiguement de 25%). Des interventions ont été réalisées dans chacun des villages, notamment application du larvicide ABATE®, mais l'utilisation de l'abate a commencé presque deux mois après l'émergence du ver dans les trois premiers cas et non pas dans les 10 jours, ce qui aurait pu éviter la transmission (voir *Résumé de la Dracunculose #154*). La saison de transmission pic dans ce pays se situe de janvier à mai. Le gouvernement a octroyé l'équivalent de 80 000\$US au programme cette année. La Côte d'Ivoire a l'intention de réactiver son comité national de précertification, créé en 2001. *Défi le plus important qui se présente à ce pays : la division du pays depuis septembre 2002.*

Le **Niger** a notifié 24 cas, dont 17 (71%) ont été endigués en janvier-juillet 2005, mais quatre de ces cas étaient importés : 3 du Mali et 1 du Ghana. Il s'agit d'une réduction de 65% par rapport aux 57 cas notifiés pendant la même période de 2004. Ces cas ont été notés dans 9 villages de la région de Tillabery. Actuellement, 17% des villages où la dracunculose est endémique comptent un point d'eau salubre. Dans tous les 12 villages notifiant des cas, on a réalisé des activités d'éducation sanitaire et de distribution de filtres et le larvicide ABATE® a été utilisé dans 54% de ces villages. La saison de transmission pic du Niger se situe de juin à décembre. Le Gouvernement du Niger a accordé 10 millions FCFA (environ 20 000\$US) au programme cette année. Health and Development International fera un don supplémentaire de 16 180\$US pour les indemnités journalières (nourriture) des agents de santé et l'utilisation d'un plus grand nombre d'agents parlant la langue locale dans les villages d'endémicité. *Défi le plus important qui se présente à ce pays : améliorer la supervision à tous les niveaux de la région de Tillabery.*

Le **Togo** a notifié 53 cas en janvier-juillet, dont 45 (85%) ont été endigués, y compris 2 cas seulement importés du Ghana (contre 36 cas importés du Ghana pendant la même période de 2004). Il s'agit d'une réduction de 67% par rapport aux 154 cas autochtones que le Togo avait signalé pendant la même période de 2004, représentant donc une nette amélioration par rapport au taux d'endiguement de cas de 2004 (69%). Les 53 cas ont été signalés par 18 villages, dont 8 ont indiqué uniquement des cas importés à l'échelle interne ou externe. Tous les 47 villages endémiques ont bénéficié d'interventions d'éducation sanitaire et de distribution de filtres en tissu dans tous les

ménages. Le larvicide ABATE® est utilisé dans 87% des ménages et 55% d'entre eux ont au moins un point d'eau salubre. La saison de transmission pic du Togo se situe d'octobre à juin. Le Gouvernement du Togo a accordé 5 millions FCFA (environ 10 000\$US) au programme cette année et a l'intention de réactiver son comité national de précertification (créé en 2003) plus tard cette année. Le Ministre de la Santé a l'intention de participer à une séance de formation dans une région d'endémicité fin août. *Défi le plus important qui se présente à ce pays : créer et maintenir une surveillance efficace pour les cas à l'échelle nationale, y compris dans les régions où la maladie n'est pas endémique et dans celles où elle l'était par le passé.*

Le **Mali** a notifié 139 cas en janvier-juillet, dont 94 (67%) ont été endigués. Tous les 140 cas étaient autochtones, surtout dans les districts d'Ansongo, de Douentza et de Mopti. Il s'agit d'une augmentation de 209% par rapport aux 45 cas autochtones notifiés par le Mali pendant la même période de 2004. Cela range donc le Mali au troisième rang des pays les plus endémiques en 2005, après le Soudan et le Ghana et devant le Nigeria (Figure 2). La hausse notée cette année dans les cas notifiés est imputable aux flambées de cas au début de l'année dans le district d'Ansongo et dans les districts de Douentza et de Mopti dans la région de Mopti. (Lorsque démarrait le programme malien en 1993, les régions de Mopti et de Kayes étaient les régions où la maladie était la plus endémique du pays. La région de Kayes a eu son dernier cas autochtone en 2003 et avait choisi un mode « vertical » d'attaque, comparé à l'approche « intégrée » de la région de Mopti). Des Semaines du Ver ont été organisées dans les districts d'Ansongo, de Douentza, de Gao et de Gourma Rharous au début de l'année. Dans tous les villages d'endémicité, des interventions d'éducation sanitaire et de distribution de filtres ont été déployées. Le larvicide ABATE® a été utilisé dans 49% et 13% de ces derniers comptent au moins un point d'eau salubre. La saison de transmission pic du Mali se situe de juin à novembre. Le Gouvernement du Mali a accordé l'équivalent de 107 000\$US pour le programme cette année, en plus des 24 motocyclettes, et a ajouté la dracunculose à la liste de maladies devant être notifiées aux autorités sanitaires nationales immédiatement. *Défi le plus important qui se présente à ce pays : mettre en place d'interventions et d'une supervision efficaces dans la région de Mopti et dans le district de Gao.*

FLAMBEE DE CAS DANS LA REGION DE MOPTI AU MALI (JUN ET JUILLET 2005)

Toulewendo est un village où la dracunculose était endémique auparavant et qui est situé dans le sous-district de Mondoro (district de Douentza, région de Mopti) qui avait signalé son dernier cas en 1997. En 2002, une jeune fille de Toulewendo s'est rendu dans le village de Niaggassadjou, à forte endémicité, près de la frontière avec le Burkina Gao (voir *Résumé de la Dracunculose #149*). En revenant à Toulewendo, l'année suivante, elle a eu un ver qui a émergé, mais qui n'a pas été signalé ni bien endigué par le Volontaire du Village qui était également son père. En 2004, une autre jeune fille de Toulewendo a eu un ver qui a émergé et elle a été soignée par l'infirmière de Mondoro. Mais là aussi, aucune mesure n'a été prise par le superviseur pour informer le district et la région quant au cas et pour donner des informations aux villageois sur la manière de prévenir la dracunculose. Par la suite, cette fille a contaminé plusieurs points d'eau à Toulewendo qui sont utilisés pour l'eau de boisson puisque les deux pompes manuelles des puits étaient cassées en 2001. Par conséquent, Toulewendo a connu une flambée de 30 cas en juin-juillet 2005, en plus des 3 cas exportés à Bamako, 1 cas au village de Petaka et 1 cas à la ville de Gao. Seuls 20% des cas ont été endigués. En juillet, le superviseur du district a visité à une reprise Toulewendo, le superviseur régional s'est rendu deux fois dans le village et le personnel du programme national l'a visité une fois. Des filtres en tissu et des filtres-conduites ont été distribués aux ménages, 5 points d'eau ont été traités avec de l'abate et une éducation sanitaire porte-à-porte a été donnée à tous les 28 ménages. Les deux pompes manuelles ne sont toujours pas réparées.

Dans le village de Goulumbo, du district de Mopti, on a assisté à une situation analogue et 8 cas ont été notifiés en juillet, dont 3 ont été endigués. Les cas de Goulumbo ont été signalés par 2 familles qui campaient à environ 10 km à l'extérieur du village. Ce camp n'est pas trop loin d'un autre camp d'endémicité appelé Karawoye. Karawoye avait eu des cas endémiques en 2003, mais n'avait pas notifié les cas en 2004. Ces deux camps utilisent les mêmes points d'eau à certains moments de l'année, ce qui explique les cas notifiés des 2 familles de Goulumbo. Aussi, soupçonne-t-on qu'il existait probablement d'autres cas en 2004 qui n'ont pas été signalés, même si Karawoye a seulement indiqué 1 cas en juillet 2005.

Tableau 1

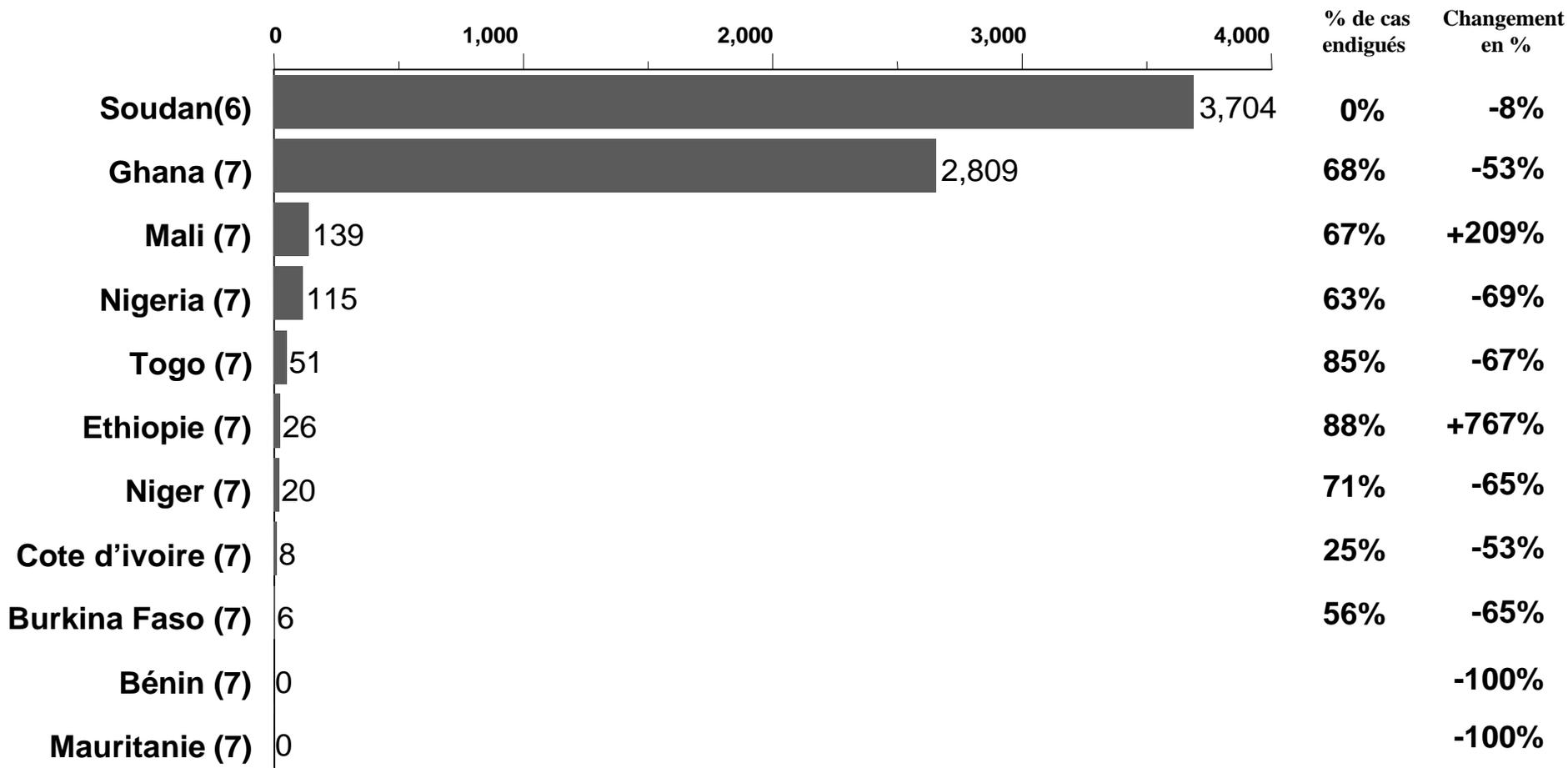
NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 2005*
(PAYS DISPOSES EN ORDRE DECROISSANT DE CAS EN 2004)

Pays	Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés													%
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	total *	
GHANA	374 / 544	343 / 483	282 / 393	249 / 396	332 / 458	244 / 386	92 / 153	/	/	/	/	/	1916 / 2813	68
SOUDAN	0 / 88	1 / 131	0 / 375	5 / 744	7 / 1629	0 / 737	/	/	/	/	/	/	13 / 3704	0
NIGERIA	25 / 36	13 / 17	9 / 13	11 / 29	7 / 9	4 / 6	4 / 5	/	/	/	/	/	73 / 115	63
MALI	3 / 4	1 / 1	1 / 1	1 / 1	22 / 25	25 / 25	40 / 82	/	/	/	/	/	93 / 139	67
NIGER	2 / 2	4 / 4	1 / 1	1 / 4	1 / 3	3 / 3	5 / 7	/	/	/	/	/	17 / 24	71
TOGO	11 / 11	1 / 4	2 / 2	3 / 3	16 / 19	7 / 8	5 / 6	/	/	/	/	/	45 / 53	85
BURKINA FASO	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	3 / 3	1 / 5	/	/	/	/	/	5 / 9	56
COTE D'IVOIRE	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 4	1 / 3	/	/	/	/	/	2 / 8	25
BENIN	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	1 / 1	100
ETHIOPIE	2 / 2	0 / 0	0 / 0	3 / 3	7 / 7	16 / 20	2 / 2	/	/	/	/	/	30 / 34	88
MAURITAINE	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/
OUGANDA	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	4 / 4	/	/	/	/	/	/	4 / 4	0
TOTAL*	417 / 687	363 / 640	297 / 787	274 / 1181	392 / 2150	306 / 1196	150 / 263	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	2199 / 6904	32
% endigué	61	57	38	23	18	26	57						32	

* Provisoire

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

Figure 1 Distribution, par pays, des 6 878 cas autochtones de dracunculose notifiés en 2005*, pourcentage de cas endigués en 2005 et changement dans les cas, comparé à la même période notifiant en 2004



Toutes les données de 2005 sont provisoires

Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de mois pour lesquels le pays a fourni des rapports mensuels en 2005.

Par exemple : Soudan (6) = Jan-Juin 2005

ANNIVERSAIRE D'INDEPENDANCE D'OR POUR LE GHANA

Le Vice-Ministre de la Santé du Ghana, Docteur (Madame) Gladys N. Ashitey, a ouvert l'Examen mémorable du programme de cette année qui s'est réuni les 15 et 16 août à Accra. C'est le Directeur (des services d'eau) au Ministère des Travaux publics et de l'Habitat, Monsieur Mintah A. Abogye qui présidait la Cérémonie d'Ouverture. Plusieurs événements importants venaient marquer l'examen de cette année, notamment le rapport du Docteur Andrew Seidu-Korkor, Coordinateur du Programme national, indiquant que sur la période de janvier à juin 2005, le Programme d'Eradication de la Dracunculose du Ghana avait réussi à diminuer de 56% le nombre des cas, les faisant passer de 5 996 à 2 655 et avait augmenté par ailleurs le taux d'endiguement des cas, de 58% en 2004 à 69% pour cette année. Le Docteur Seidu-Korkor a mis en avant les importantes réductions de cas cette dernière année à Nkwanta (-88%) et à Nanumba (-79%), témoignant des accomplissements réalisés. Il a mis en garde contre les « trois grands ennemis » « du refus de voir la réalité, du laxisme et de l'apathie. » Le Docteur George Amofah, Directeur de la Santé publique, a présenté les certificats de reconnaissance et d'appréciation au nom du Service de Santé du Ghana pour le Docteur John Awoonor-Williams, directeur des services de santé du district de Nkwanta et pour le Docteur Andrew Arde-Acquah, directeur régional des services de santé pour la région de la Volta, pour les rôles qu'ils ont joués dans le recul de la maladie du district de Nkwanta. Le Docteur Donald Hopkins, du Centre Carter, a présenté le prix Jimmy et Rosalynn Carter 2005 pour l'éradication de la dracunculose au Docteur Seidu-Korkor, lors de la Cérémonie d'Ouverture, les remerciant pour tous les efforts qu'ils avaient déployés ces dernières années. Jusqu'à présent en 2005, le Ghana a notifié un total de 385 villages d'endémicité dont tous ont des volontaires et qui ont tous reçu une éducation sanitaire. En plus, 89% de ces villages ont des filtres en tissu dans tous les ménages, 54% sont protégés tous les mois par le larvicide ABATE® et 50% ont au moins un point d'eau salubre.

Le Président de la Cérémonie d'Ouverture avait annoncé que le gouvernement dispensait à présent les villages où la dracunculose est endémique de faire la contribution que chaque village doit normalement faire de 5% des coûts de l'approvisionnement en eau salubre. Le 15 août, l'initiative HIPC du Gouvernement du Ghana a permis d'approvisionner en eau salubre par l'intermédiaire de 81 puits avec pompes manuelles 50 villages qui avaient notifié au total 1 109 cas en 2004. D'autres bailleurs de fonds (Agence France Développement, Church of Christ, DANIDA, Assemblée du district d'Atebubu, Union européenne, Village K, NORWASP, Agence des Etats-Unis pour le Développement international, World Vision) ont assuré un approvisionnement en eau salubre par l'intermédiaire de 41 puits forés avec pompes manuelles pour 30 villages en plus qui avaient notifié en 2004, un total de 519 cas, d'où une couverture avec au moins un point d'eau salubre des villages qui ensemble, avaient signalé 22% des cas du Ghana en 2004.

Miss Ghana 2005, Mademoiselle Lamisi Mbillah, a assisté à l'examen vêtue d'un habit cousu avec le propre pagne de la dracunculose du Ghana, notamment lors de la Cérémonie d'Ouverture, où elle a fait savoir qu'elle avait l'intention de faire de l'éradication de la dracunculose une des missions lors de son règne, servant « d'ambassadrice de l'éradication de la dracunculose » auprès des régions au caractère le plus endémique. Ont également assisté à l'examen, le Ministre régional de la région de Brong-Ahafo, le Vice-Ministre régional de la région de la Volta, le Directeur régional des Services de Santé pour la région Nord, le Docteur Elias Sory, des membres de la Société de la Croix Rouge du Ghana, des représentants résidents de l'UNICEF et de l'OMS, un représentant de l'Agence de Coopération internationale du Japon, quelques volontaires de la Coopération étrangère du Japon, un volontaire du Corps de la Paix américain et des représentants du Centre Carter et des CDC. Cérémonie d'Ouverture télévision nationale du Ghana. La télévision nationale au Ghana a couvert la Cérémonie d'Ouverture lors des actualités du soir. L'examen s'est achevé sur un accord entre les représentants officiels du gouvernement et le Programme d'Eradication de la Dracunculose de ce pays, ainsi que le pays entier d'ailleurs sur l'importance de se mobiliser pour débarrasser le Ghana de cette maladie lorsque sera célébré son Jubilé d'Indépendance, dans 18 mois, le 6 mars 2007. en effet, cette libération serait le don spécial que se feraient les Ghanéens aux Ghanéens pour célébrer le 50^e anniversaire du Ghana.

LE DOCTEUR DIEUDONNE SANKARA BENEFICIAIRE DE LA BOURSE FOEGE

Le Coordinateur du Programme d'Eradication de la Dracunculose du Burkina Faso, le Docteur Dieudonne Sankara, a été choisi pour être le boursier Foege de cette année, bénéficiaire donc d'un programme de deux ans à l'Ecole de Santé publique Rollins de l'Université Emory à Atlanta, Georgie, Etats-Unis. Le programme, se destinant à de jeunes membres prometteurs de la profession de la santé, est nommé d'après le Docteur William H. Foege, ancien directeur des CDC et ancien directeur exécutif du Centre Carter. Le programme est financé par la Fondation Bill et Melinda Gates. Le Docteur Sankara a quitté son pays à destination des Etats-Unis le 23 août. Monsieur Sadi Moussa du Niger et Monsieur Ayman El-Sheik du Soudan étaient les premiers chercheurs-boursiers Foege il y a deux ans et ont terminé leur programme au début de cette année. Félicitation au Docteur Sankara !!!

EST-CE QUE LA MAISON DE VOTRE VOISIN EST EN TRAIN DE BRULER ?

Nous ne pouvons plus changer le nombre de cas de dracunculose dépistés et endigués en 2004, mais nous pouvons changer le caractère urgent avec lequel nous devons dès maintenant dépister et endiguer les nouveaux cas. L'importance de cet endiguement (pour éviter tout résultat indésirable) n'est pas chose nouvelle. De fait, l'endiguement était pratiqué dans un grand nombre des villages endémiques et non endémiques bien avant que ne commence d'ailleurs la campagne mondiale en vue d'éradiquer la dracunculose. On parle d'endiguement chaque fois que le toit en chaume d'une maison prend feu. De suite, sans y penser à deux reprises, les voisins et les amis courent vers le prochain point d'eau, reviennent avec des seaux d'eau pour éteindre les flammes et éviter que l'incendie ne se propage. Ils savent bien que, s'ils ne répondent pas immédiatement à l'incendie qui s'est déclaré chez leur voisin, l'incendie s'étendra à d'autres maisons, y compris la leur. L'urgence avec laquelle ils prennent ces mesures pour éteindre le feu permettra de sauver leur propre foyer. La même chose s'applique à la lutte contre le ver de Guinée. La menace immédiate que représente une personne avec le ver de Guinée dans un village devrait être aussi évidente qu'un toit en chaume en train de brûler et la réponse pour l'endiguer devrait être aussi urgente. Dès qu'une personne avec le ver de Guinée est dépistée dans un village, les amis et les voisins doivent immédiatement répondre en apportant à cette personne de l'eau de boisson et en évitant qu'elle n'entre dans des points d'eau et répande ainsi la maladie. C'est exactement la même chose que d'éteindre un incendie. Certes, l'incendie prend une allure plus dramatique au fur et à mesure qu'il se répand mais, sachant que la dracunculose peut se répandre tout aussi rapidement si une personne plonge son ver de Guinée dans un étang où les autres vont boire sans utiliser un filtre. Chaque personne dans chaque village doit voir de la même manière la menace de la dracunculose : si je n'endigues pas et si je ne traite pas avec la plus grande urgence le cas maintenant, il va se répandre et affliger la vie des autres et peut-être de ceux de médicaments antituberculeux propre famille. Votre voisin a le ver de Guinée, sa maison est en train de brûler, ne perdez pas une seconde pour agir !

On rappellera aux superviseurs, aux Volontaires communautaires de la Santé et au village entier qu'ils doivent agir avec la même urgence qu'ils agiraient lors d'un incendie pour mettre fin à la propagation de la dracunculose. Nous encourageons les superviseurs à utiliser cette analogie dans leur discussion avec les villageois pour communiquer le niveau d'urgence avec lequel ils doivent signaler les cas de ver de Guinée.

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

Mali. En date de la mi-août, 4 des 14 villages d'endémicité ciblés étaient équipés de puits et de pompes manuelles avec de l'eau courante depuis juillet. Les problèmes restants entre l'UNICEF/Mali et le Ministère de l'Approvisionnement en Eau (hydraulique) ont été résolus. Les 10 puits restants doivent être terminés entre le 1^{er} octobre et le 30 novembre 2005. Ces 14 villages ont notifié 24% des cas du Mali en janvier-juillet 2005.

Niger. On a choisi les entrepreneurs pour construire 2 puits avec une grande ouverture et 10 nouveaux puits forés

avec des pompes manuelles pour les sites sélectionnés dans le cadre de l'accord de don de l'UNICEF/Gates. La construction va démarrer en octobre, après que les pluies cessent. Ces 12 villages d'endémicité ont notifié 30% des cas autochtones du Niger entre janvier et juillet 2005.

Togo. On a choisi les entrepreneurs pour la construction et/ou la réhabilitation de points d'eau salubre dans 26 villages. Ces 26 villages d'endémicité ont notifié 55% des cas du Togo entre janvier et juillet 2005.

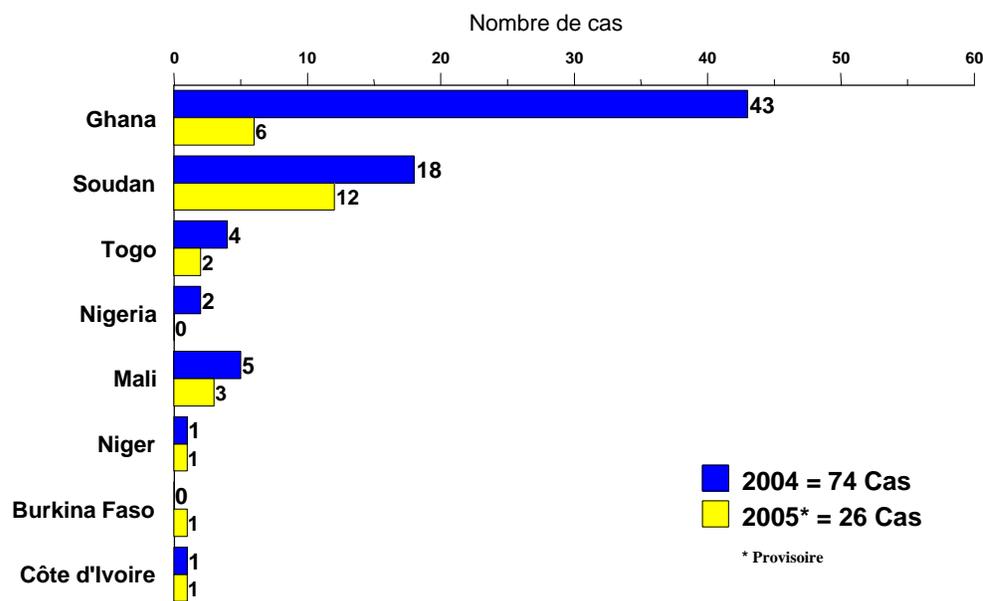
PUBLICATIONS RECENTES

OMS, 2005 Evaluation of the dracunculiasis surveillance system in 4 districts in Ghana. *Wkly Epidemiol Rec* 80:270-276

Wijova W., Moravec F. et le. 2005 Phylogenetic position of *Dracunculus medinensis* and some related nematodes inferred from 18S rRNA. *Parasitol Res* 96; 133-135.

Figure 2

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



*L'inclusion de l'information dans le Résumé de la dracunculose ne constitue pas une "publication" de cette information.
En mémoire de BOB KAISER*

Pour de plus amples informations sur le Résumé de la dracunculose, prière de contacter Dr Sharon Roy, WHO Collaborating Center for Research, Training and Eradication of Dracunculiasis, NCID, Centers for Disease Control and Prevention, F-22, 4770 Buford Highway, NE, Atlanta, GA 30341-3724, USA FAX : 770-488-7761. L'emplacement du site Web a changé : <http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/guineaworm/default.htm>



Les CDC sont le Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication de la dracunculose.