



Date: 24 juillet 2006



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

Sujet: RESUME DE LA DRACUNCULOSE #164

A: Destinataires

<p style="text-align: center;"><u>Compte à rebours vers le triomphe</u> Nombre de mois consécutifs avec zéro cas autochtones : Burkina Faso 6 Nigeria 1 Coupe du monde de football : Ghana 2, USA 1</p>

SEULEMENT 68 CAS A L'EXTERIEUR DU SOUDAN ET DU GHANA EN JANVIER-JUIN 2006

Les sept pays d'endémicité restant à l'extérieur du Soudan et du Ghana ont notifié un total de 68 cas de dracunculose uniquement au cours des six premiers mois de 2006 (Tableau 1, Figure 3). Il s'agit d'une diminution de 75% à partir des 271 cas que les mêmes pays avaient indiqués de janvier à juin 2005. Le Burkina Faso, l'Ethiopie, le Nigeria et le Togo ont tous signalé des diminutions de plus de 80% dans le nombre de cas lors de cette période, alors que le Niger note une augmentation de 23% (Figure 1). Le Ghana et le Soudan ont notifié 99% de tous les cas jusqu'à présent cette année (Figures 2 et 5). L'augmentation très importante du nombre de cas signalés par le Soudan représente un résultat direct de l'accès plus grand, par les agents de santé soudanais et leurs partenaires, aux régions d'endémicité du Sud du Soudan suite à l'Accord de Paix global de l'année dernière survenu entre les deux côtés de la guerre civile. L'augmentation du nombre de cas notifiés par le Soudan a pour conséquence, entre autre, un nombre de cas notifiés jusqu'à présent cette année au niveau mondial (12 226) déjà supérieur au nombre total de cas signalés durant toute l'année de 2005 (10 674). Le nombre de cas de dracunculose exportés d'un pays à un autre a diminué de manière régulière depuis 2002 (Figure 4). Seuls 6 cas ont été exportés de janvier à juin 2006, comparé à 27 cas en 2005, 69 en 2004, 67 en 2003 et 73 en 2002, au cours de la même période.

LE MINISTRE DE LA SANTE DU GHANA SE REND A NOUVEAU DANS LA REGION AU NORD



Le Ministre de la Santé du Ghana, l'Honorable Major (Rtd.) Courage E.K. Quashigah, s'est rendu, le 30 juin, dans le district de Tolon-Kumbungu dans la région au Nord du Ghana. Lors de sa visite, le ministre a discuté de l'état du programme avec le personnel de terrain du Programme d'Eradication de la Dracunculose (PED), les volontaires villageois et les chefs de village dans un *durbar* du village de Wantugu. Le ministre a promis d'apporter un soutien aux volontaires pour accomplir les tâches. Tolon-Kumbungu est le deuxième district où la maladie est la plus endémique et Wantugu est le village où la maladie est la plus endémique du Ghana, jusqu'à présent en 2006. Le ministre a terminé sa visite par le projet d'eau du barrage de Chirifoyili, où il a noté le soutien collaboratif des partenaires visant à apporter une aide pour l'approvisionnement d'eau salubre aux communautés restantes où la maladie est endémique. Le ministre était accompagné du nouveau ministre régional pour la région Northern, El Hajji Mustafa Ali Iddris (qui effectuait sa première mission officielle), le chef adjoint du district de Tolon-Kumbungu, le personnel du secrétariat du PED national et des représentants de l'UNICEF et du Centre Carter. Le Ministre de la Santé s'était auparavant rendu, en septembre 2005, dans le village d'endémicité de Diare, dans le district de Savelugu-Nanton.

Le Ghana a notifié 2 590 cas en janvier-juin 2006 (Figures 2 et 7) et la région Northern du Ghana a signalé 88% de tous les cas du Ghana jusqu'à présent cette année. Une analyse réalisée par le programme indique que 189 villages où la maladie est endémique ont notifié 2 744 cas en janvier-mai 2005 (79% de tous les cas) et que les mêmes villages ont signalé 1 797 cas autochtones (78% de tous les cas) au cours de la même période de 2006 : soit une réduction de 35%. Parallèlement, sur les 311 villages qui n'avaient notifié que des cas importés (479 cas, soit 12% de tous les cas) en 2005, seuls 20 villages avaient signalé des cas autochtones (49 cas, soit 2% de tous les cas) en 2006. Le PED du Ghana conclut à partir de cette analyse, et ce à juste titre, qu'aux fins d'établir une liste de priorités, « il faut se concentrer et améliorer la qualité des interventions dans les villages où la maladie est actuellement endémique. » Le dernier état des interventions est le suivant : 62% des cas endigués en janvier-mai 2006, 79% des villages d'endémicité comptant des filtres en tissu dans tous les ménages, 25% traités avec le larvicide ABATE, 44% possédant au moins un point d'eau salubre et 95% comptant des activités d'éducation sanitaire/mobilisation communautaire. Une réunion du Comité de Coordination interagences s'est tenue le 14 juin.

SOUDAN

Le total provisoire de 9 568 cas signalés de janvier à juin représente une augmentation de 171% des 3 531 cas notifiés au cours de la même période de 2005 (Figures 1, 2 et 8). Ces chiffres sont le reflet des taux de notification de 42% en 2005 et des taux de notification en hausse pendant l'année 2006 (6% en janvier, 7% en février, 10% en mars, 34% en avril et 73% en mai), alors que le nouveau gouvernement du Sud du Soudan et le PED du Sud du Soudan devenaient opérationnels. Jusqu'à présent en 2006, au moins 90% des 1 395 villages notifiant un cas ou plus ont reçu au moins une séance d'éducation sanitaire, 79% possèdent des filtres en tissu dans tous les ménages, 56% ont reçu des filtres-conduites, 12% ont eu une application de larvicide d'ABATE et 12% comptent un ou plusieurs points d'eau salubre. Les sous-bureaux et les structures de supervision ont été mis en place et sont totalement opérationnels dans les quatre zones d'intérêt principales.

L'OMS a convoqué une réunion consultative pour discuter des plans de surveillance des zones libérées du ver de Guinée dans le Sud du Soudan, du 5 au 8 juillet, au Bureau du Sud du Soudan à Juba. Au titre des participants, on notait la présence de représentants du Programme d'Eradication de la Dracunculose du Sud du Soudan, de l'OMS, de LFRC et du Centre Carter. Les lacunes principales cernées par le PED du Sud du Soudan étaient les suivantes : réunir des données fondamentales dans les zones choisies, renforcer la surveillance et l'assistance technique concernant la formation. Les participants ont mis au point un plan d'action pour traiter ces aspects. Le Docteur Ernesto-Ruiz-Tiben, du Centre Carter, a effectué une visite de supervision au PED du Sud du Soudan (PEDSS) du 3 au 12 juin. Le PEDSS a réalisé des progrès notables en vue de devenir un programme cohérent d'éradication depuis l'installation du Gouvernement du Sud du Soudan en septembre-octobre 2005 et la nomination, en décembre 2005, de Monsieur Makoy Samuel comme Point focal pour le PEDSS et de Monsieur Steven Becknell en tant que Conseiller Résident technique du Centre Carter. Grâce à l'assistance de six conseillers techniques du Centre Carter, le PEDSS a à présent formé des volontaires villageois, des coordinateurs de zone et des responsables de terrain dans les quatre zones principales où la maladie est endémique au Sud du Soudan, a mis en place des normes programmatiques pour les définitions de cas, les villages d'endémicité, la surveillance et l'endiguement des cas. De plus, le PEDSS a commencé à évaluer les nouvelles zones accessibles soupçonnées de compter une transmission endémique du ver de Guinée. Ce mois-ci, Monsieur Makoy Samuel a été officiellement nommé comme Coordinateur du Programme d'Eradication de la Dracunculose du Sud du Soudan. Félicitations Makoy!!

EN BREF :



Le siège de l'UNICEF à New York a annoncé la nomination de Monsieur Oluwafemi Odediran en tant que nouveau conseiller senior responsable de l'approvisionnement en eau. Il remplace Monsieur Mansoor Ali. Bienvenue, Femi ! Il sera secondé par Madame Sue Coates, qui est la nouvelle conseillère régionale de l'UNICEF pour l'eau et l'assainissement en Afrique de l'Ouest et centrale et qui est basée au Sénégal.

Tableau 1

NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 2006*
(PAYS DISPOSES EN ORDRE DECROISSANT DE CAS EN 2005)

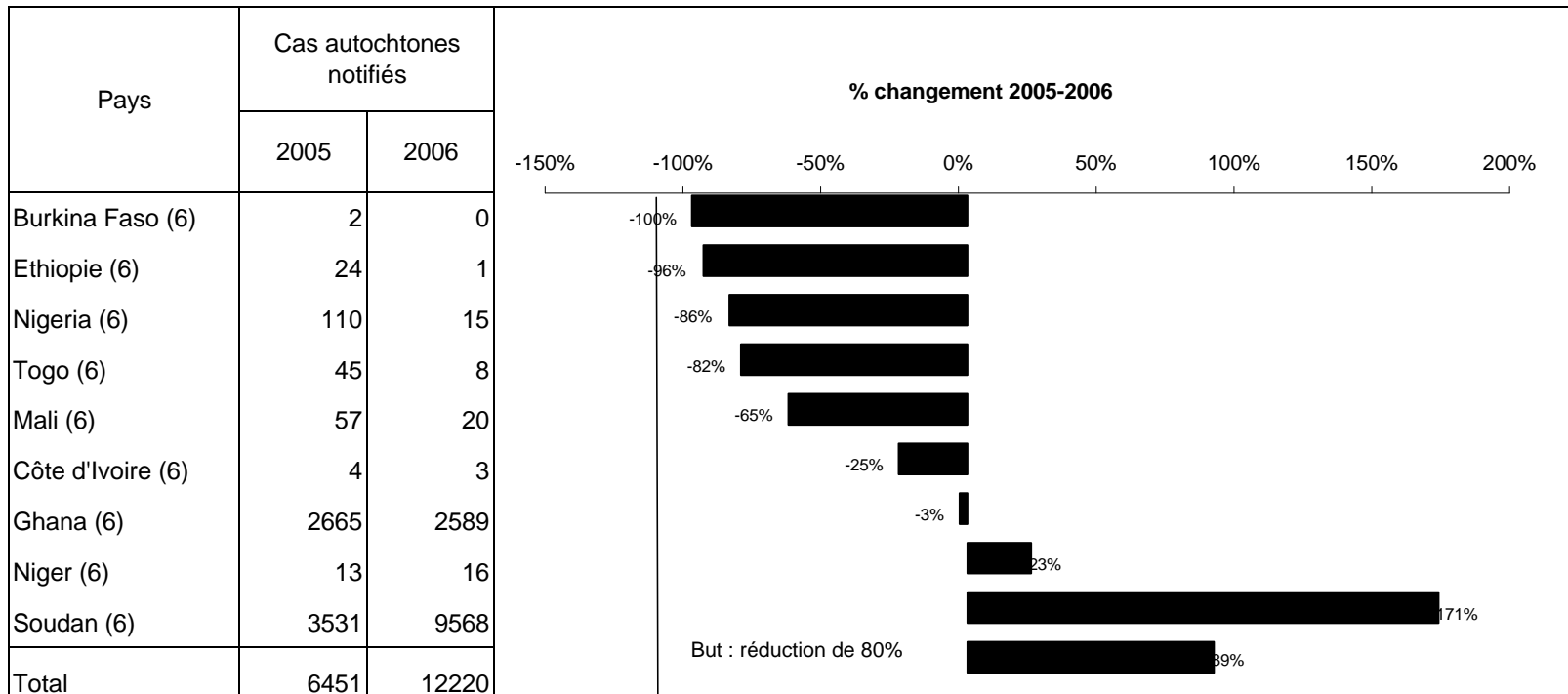
Pays	Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés													%
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre	total *	
SOUDAN	0 2	7 9	176 358	2323 3126	2684 4962	/ 1111	/	/	/	/	/	/	5190 9568	54
GHANA	397 608	378 587	267 411	237 390	160 322	126 272	/	/	/	/	/	/	1565 2590	60
MALI	3 3	1 1	0 0	1 1	3 3	14 14	/	/	/	/	/	/	22 22	100
NIGER	2 2	0 0	0 0	1 2	6 6	7 7	/	/	/	/	/	/	16 17	94
NIGERIA	0 0	10 14	0 0	0 0	0 1	0 0	/	/	/	/	/	/	10 15	67
TOGO	1 1	2 3	0 0	0 1	1 1	2 2	/	/	/	/	/	/	6 8	75
BURKINA FASO	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	/	/	/	/	/	/	0 0	0
COTE D'IVOIRE	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	3 3	/	/	/	/	/	/	3 3	100
ETHIOPIE	1 1	0 0	0 0	0 0	1 1	1 1	/	/	/	/	/	/	3 3	100
TOTAL*	404 617	398 614	443 769	2562 3520	2855 5296	153 1410	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	6815 12226	56
% endigué	65	65	58	73	54	11							56	

* 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

Nombre de cas autochtones notifiés pendant la période spécifiée en 2005 et 2006 et changement en pourcentage dans les cas notifiés



Changement total en % a l'extérieur du Soudan - 9%

(6) indique les mois pendant lesquels les rapports ont été reçus, à savoir de jan à juin 2006

Provisoire

Figure 2

Distribution, par pays, des 12 220 cas de dracunculose notifiés de janvier à juin 2006

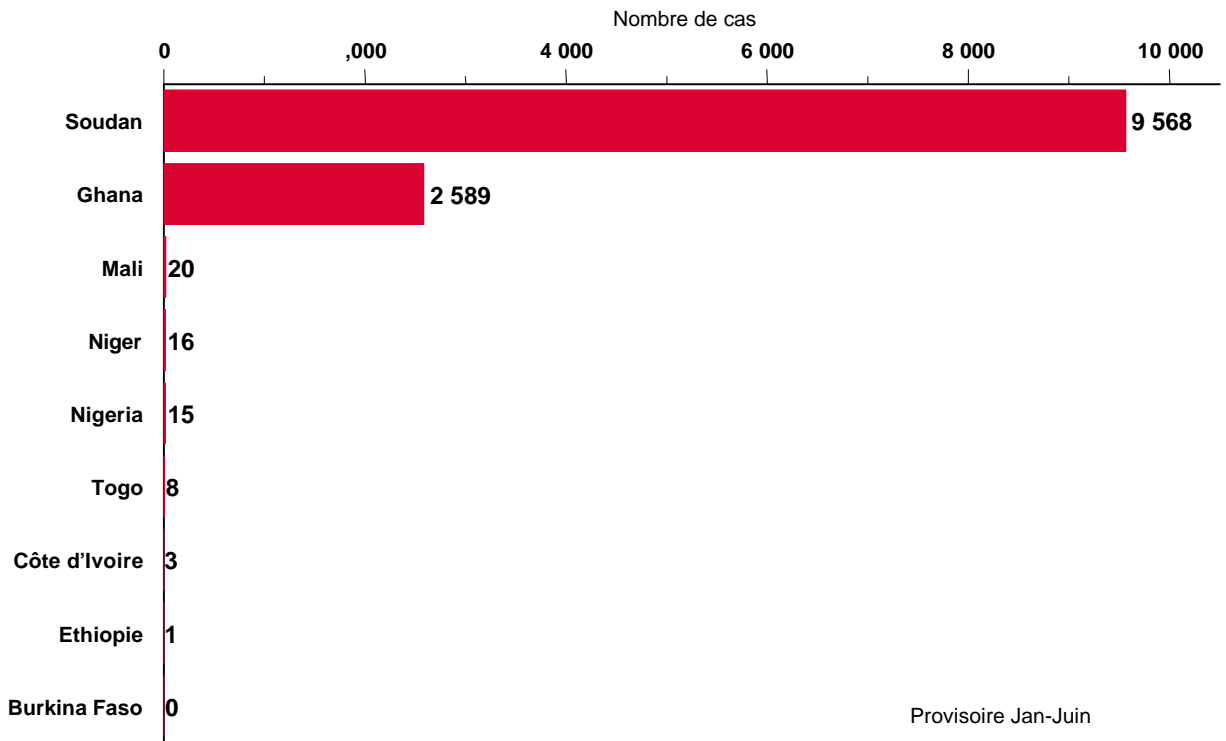
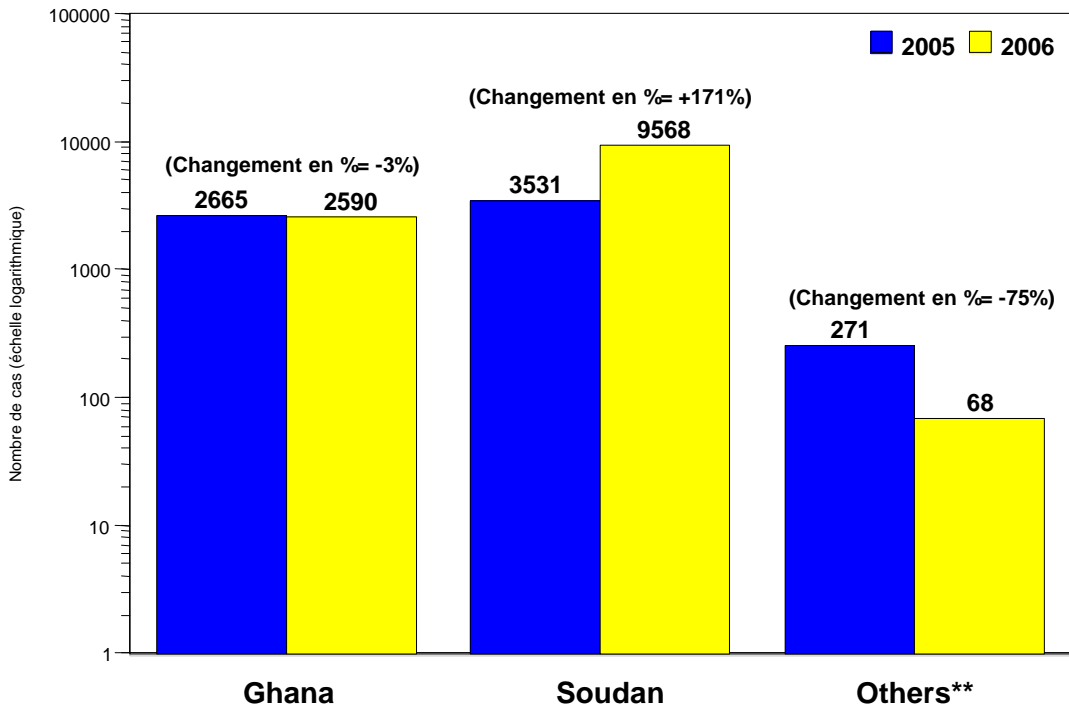


Figure 3 **Changement, dans les cas de dracunculose, janvier-juin 2005 et janvier-juin 2006* ; Ghana, Soudan et tous les autres** pays d'endémicité**



* Provisoire

** Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ethiopia, Mali, Niger, Nigeria, and Togo

Figure 4

**DISTRIBUTION DE CAS EXPORTES DE DRACUNCULOSE DE JANVIER-JUIN 2000
A JANVIER-JUIN 2006 ET TOTAL ANNUEL**

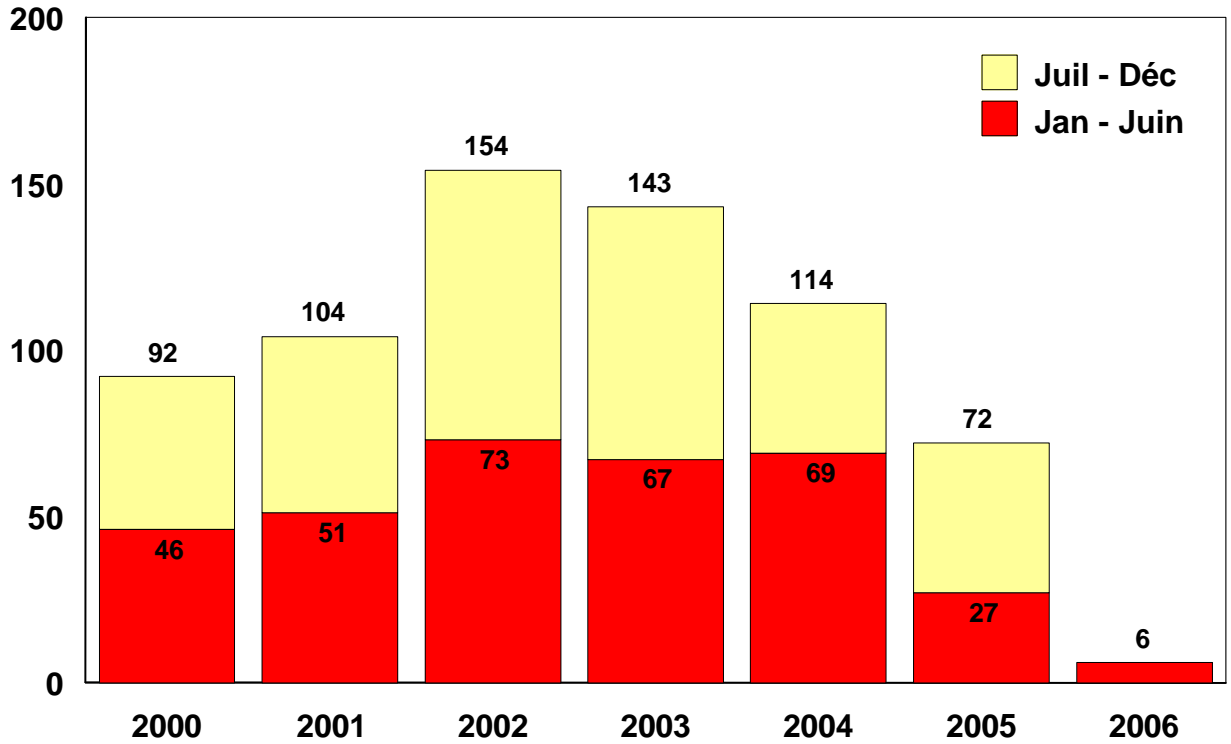
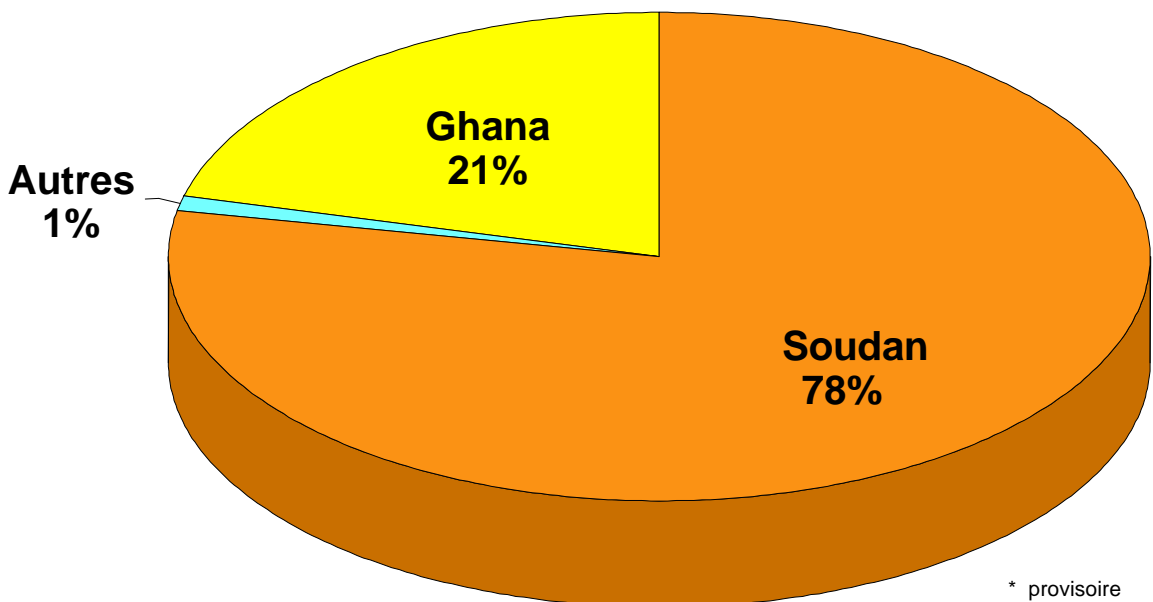


Figure 5

**DISTRIBUTION DES 12 226 CAS DE DRACUNCULOSE NOTIFIES
DE JANVIER A JUIN 2006**



ETHIOPIE



L'Ethiopie a signalé un cas autochtone de dracunculose en juin. Bien que le cas ait été dépisté dans la ville de Gambella, le patient est un habitant du village d'Awukoy, dans le district de Gog, de la région de Gambella. Il aurait, par le passé, bu l'eau de six étangs, dont celui connu pour sa mauvaise réputation, l'étang de Shikawo, à Awukoy. Ces étangs étaient tenus pour responsables de la transmission de 21 des 29 cas autochtones indiqués en Ethiopie en 2005. Un étang de ce village était à l'origine de 21 des 29 cas autochtones notifiés en Ethiopie en 2005. Le patient est un homme qui ne s'être déplacé à l'extérieur du district au cours des 15 derniers mois. Il s'agit du premier cas autochtone notifié par l'Ethiopie depuis août 2005. On a organisé une Journée du Ver au poste de santé de Dipach et dans la ville de Pugnido du district de Gog, les 29 et 30 juin 2006.

COTE D'IVOIRE



Un examen morphologique et un test d'ADN du spécimen obtenu sur le patient supposé souffrir de dracunculose du village d'Arrah, à Bongonou, en avril 2006 et qui a été examiné aux CDC, à Atlanta, a révélé que nous n'étions pas en présence d'un parasite et qu'il ne correspondait pas à l'ADN de *Dracunculus medinensis*. Par conséquent, il ne s'agissait pas d'un cas de dracunculose. C'était le premier cas autochtone soupçonné du ver de Guinée en Côte d'Ivoire depuis septembre 2005. Cet incident souligne l'importance de présenter des spécimens aux fins d'examen de laboratoire car les pays notifient des cas isolés. Par exemple, on n'a obtenu aucun spécimen du cas soupçonné signalé en mai dans la collectivité locale de Bukkuyum, au **Nigeria**, cas pour lequel l'émergence du ver de Guinée n'a pas été confirmée par le superviseur et pour lequel aucune source plausible d'infection n'a été trouvée.

Un cas de dracunculose a été notifié du village de Lendoukro dans le district de Bongouanou. Le ver a émergé le 14 juin et a été envoyé aux CDC aux fins d'examen. Ce village a indiqué 4 cas de dracunculose en juin 2005. Toutes les méthodes d'intervention sont en train d'être mises en place.

BURKINA FASO



Un cas de dracunculose importé de la Côte d'Ivoire a été signalé d'un village Kidbtenga dans le district sanitaire de Zorgho en juillet. Le patient, un agriculteur burkinabé de 40 ans, était un résident de Sinfra, en Côte d'Ivoire, depuis les cinq dernières années, mais il était revenu au Burkina Faso en février 2006. Ce cas a rapidement été signalé sur l'ensemble de la Côte d'Ivoire et l'on enquête actuellement sur le statut d'endémicité due à la dracunculose à Sinfra. Une Semaine du Ver a été réalisée à Kouini ; une autre se tiendra à Tondia- Kanuge et Zargaloutan du 24 au 29 juillet.

MALI



Le Mali a endigué, d'après les indications, tous les 22 cas détectés en janvier-juin 2006 (Tableau 1, Figures 2 et 9). Dix des cas étaient notifiés de la région d'Ansongo et 12 de la région de Mopti. Un des cas était importé du Niger. Les 12 cas de la région de Mopti en juin se trouvaient tous dans deux villages ou aux alentours de ces villages (Gouloumbo 9 cas/5 non endigués et Toulewendo 57 cas/25 non endigués) où certains des cas n'avaient pas été endigués en 2005. On est remonté à des zones connues d'endémicité de 2005 pour tous les cas de la région d'Ansongo.

TOGO



Les pompes manuelles pour tous les 14 nouveaux puits forés financées par la Fondation Bill & Melinda Gates ont été installées, y compris à Kissafo, le village restant du Togo où la maladie est la plus endémique (a notifié 4 des 8 cas jusqu'à présent cette année) (Figure 11). L'UNICEF espère fournir 8 nouveaux puits forés supplémentaires d'ici la fin de 2006.

NIGER



Bien que la transmission de tous les 17 cas notifiés, sauf d'un, (3 étaient importés, dont 2 du Niger et un du Mali) de 9 emplacements de janvier à juin 2006 ait été endiguée, d'après les comptes rendus (Tableau 2), nous notons que ces mêmes 9 emplacements ont indiqué 31 cas en 2005, dont 30 ont été signalés comme endigués. Si la transmission des 30 cas sauf d'un en 2005 a réellement été endiguée, d'où proviennent les 14 cas en 2006 des 8 villages qui ont endigué 100% des cas en 2005 ? Deux explications sont possibles pour répondre à cette question. Premièrement, la population de ces emplacements (camps nomades) change tous les ans et les 14 cas signalés jusqu'à présent en 2006 ont été infectés ailleurs en 2005. Deuxièmement, une partie de la transmission en 2005 dans ces emplacements n'avait pas été dépistée par le PED du Niger. D'une manière ou d'une autre, le PED n'a pas encore fourni d'explication concernant l'origine plausible des cas en 2006.

NOUVEAU DON DE LA NORVEGE

Le Gouvernement de la Norvège a informé le Centre Carter d'un nouveau don de 1 million \$ sur deux ans pour le soutien du Programme mondial d'Éradication de la Dracunculose. La Fondation Bill & Melinda Gates apportera une somme de contre-partie à ces fonds. La Norvège contribue aux programmes de paix et de santé depuis la fondation du Centre Carter en 1989. Au cours de cette période, la Norvège a alloué plus de 5 millions \$ au Programme d'Éradication de la Dracunculose.

LES GRAVEURS FONT DON DE LEURS SERVICES



La statue du ver de Guinée, conçue par Kim Griffin, de Griffin Design Firm, est présentée dans le hall d'entrée du Centre Carter.

La statue rend hommage aux pays qui ont atteint au moins un an avec zéro cas autochtone de dracunculose.

En préparation de la cérémonie à venir sur l'éradication de la dracunculose rendant hommage à quatre pays qui ont arrêté la transmission de la maladie, l'artiste Kim Griffin s'est rendu au siège du Centre Carter à Atlanta pour prendre la plaque de verre de la statue d'exception en acajou qui commémore l'année d'arrêt de la transmission de la maladie du ver de Guinée. Le Bénin, la République centrafricaine, la Mauritanie et l'Ouganda représentent le dernier groupe de pays dont les dates d'arrêt de transmission seront gravées sur la plaque de verre de la statue. Ces quatre pays rejoignent sept autres pays qui ont déjà enrayé la transmission au niveau national.

Lorsque l'artiste Griffin, conceptrice de la statue de l'éradication de la dracunculose, a livré la plaque de verre de la statue à Screen Works LLC, à Marietta, en Géorgie, elle n'imaginait pas être bientôt témoin de l'impact de la campagne internationale de l'éradication de la dracunculose.

En se rendant à nouveau à Screen Works pour reprendre la plaque de verre une fois terminée, Griffin se souvient de sa surprise en apprenant que les graveurs du verre souhaitaient la rencontrer. Dans l'atelier, deux graveurs togolais, Vidjinagni Mawule Peter et Kepeku Yawo, ont accueilli Griffin les larmes aux yeux. Débordant de joie d'entendre parler de la campagne internationale d'éradication de la dracunculose, Mawule Peter a expliqué que son cousin souffrait actuellement de la maladie du ver de Guinée. Les deux hommes espéraient bien qu'un jour viendrait bientôt où la date d'arrêt de la transmission du Togo serait gravée dans le verre. La responsable du service clientèle à Screen Works LLC, Stephanie Heidlebach, a été tellement touchée

par l'impact que la réussite du programme avait eu sur ses collègues qu'elle a insisté pour faire don des nouvelles gravures.

Tableau 2

Programme d'Eradiation de la Dracunculose du Niger
Emplacement notifiant des cas en 2006* et statut de
l'endiguement des cas en 2005

Région	District	Emplacement	Cas 2005		Cas 2006
			Notifiés	Non endigués	
Tillabéri	Sarakoira	Intakaret	3	1	3
Tillabéri	Sarakoira	Loumban	2	0	6
Tillabéri	Sarakoira	Toukous	1	0	1
Tillabéri	Tera	Bandio	0	0	1
Tillabéri	Tera	Zano	17	0	1
Tillabéri	Tillabéri	Innamares	1	0	1
Tillabéri	Tillabéri	Sarlis	2	0	2
Tillabéri	Tillabéri	Timana	2	0	1
Tillabéri	Tillabéri	Tinbossett	2	0	1
Total			30	1	17

* Provisoire (comptes rendus janvier-juin)

Statut	Total	%
Cas, en 2006, d'emplacements où les cas de 2005 n'avaient pas été endigués	3	17,6%
Cas, en 2006, d'emplacements où tous les cas de 2005 avaient été signalés comme endigués	14	82,4%

Emplacements notifiant 100% d'endiguement de cas en 2005, nombre de cas notifiés en 2006, et pourcentage de tous les cas notifiés en 2006*						
District	Emplacement	Cas 2005		Cas 2006		%
		Notifiés	Non endigués	Notifiés	District Total	
Sarakoira	Loumban	2	0	6	7	50%
	Toukous	1	0	1		
Tillabéri	Sarlis	2	0	2	5	36%
	Tinbossett	2	0	1		
	Timana	2	0	1		
	Innamares	1	0	1		
Tera	Bandio	0	0	1	2	14%
	Zano	17	0	1		
Total		27	0	14	14	100%

* Provisoire. Tous les cas ont été notifiés dans la région de Tillabéri

Figure 6

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE
EMPLACEMENTS OU LA MALADIE EST ENDEMIQUE EN 2005, CAS NON ENDIGUES EN 2005
ET NOUVEAUX CAS EN JANVIER-JUIN 2006**

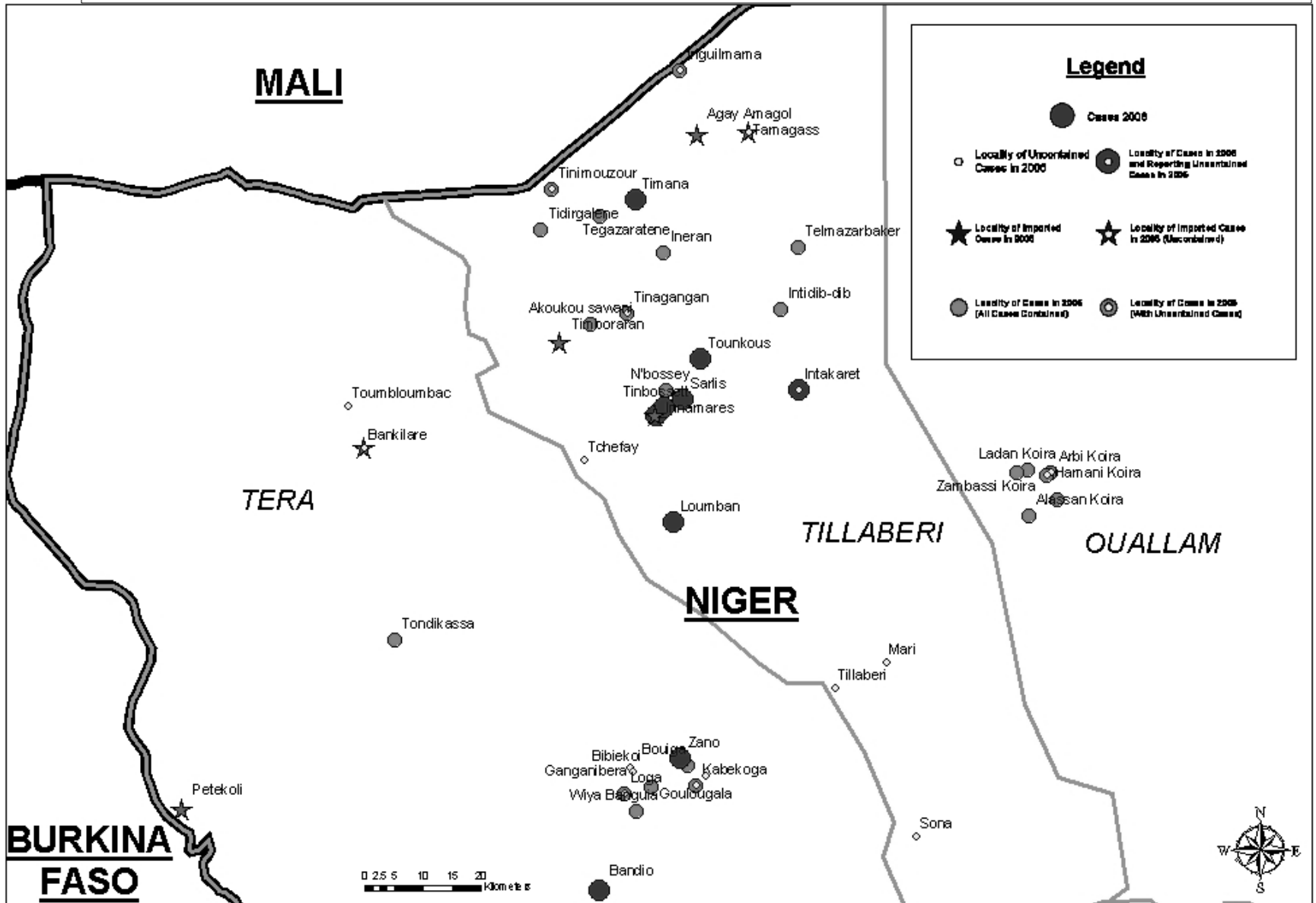


Figure 7

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DU GHANA
NOMBRE DE CAS NOTIFIES DE DRACUNCULOSE : 2005 ET 2006***

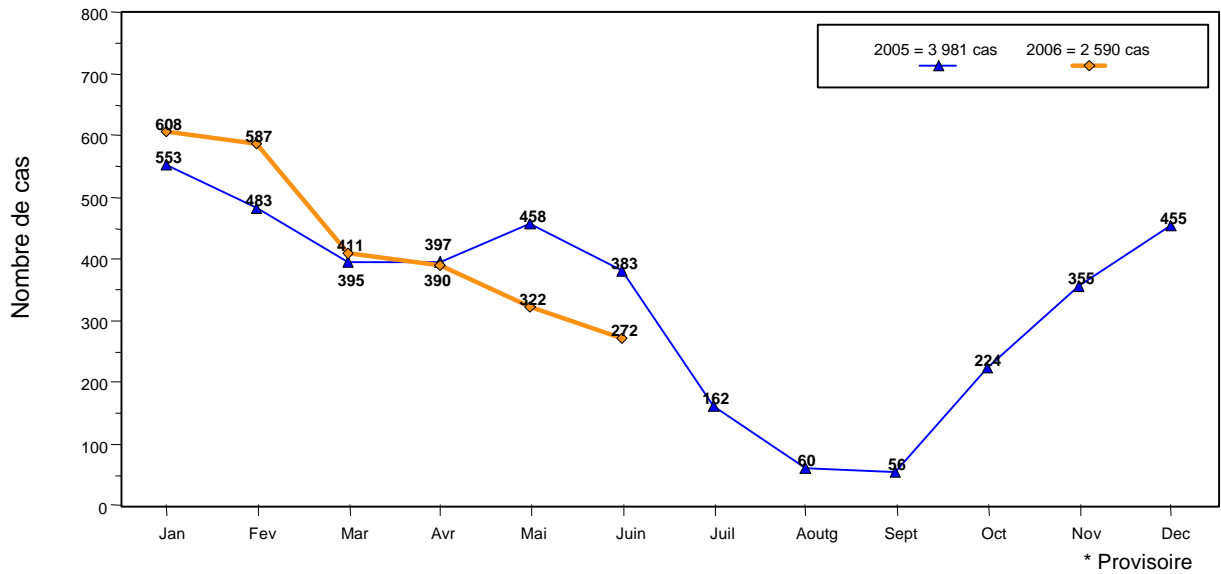


Figure 8

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DU SOUDAN
NOMBRE DE CAS NOTIFIES DE DRACUNCULOSE : 2005 ET 2006***

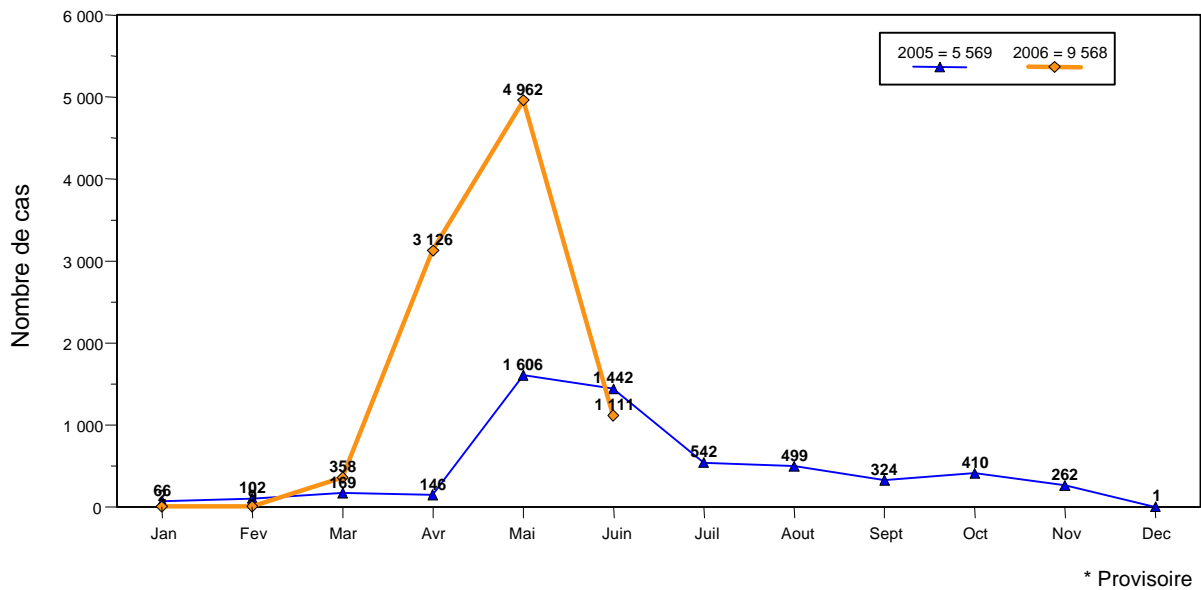


Figure 9

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DU MALI
NOMBRE DE CAS NOTIFIES DE DRACUNCULOSE : 2005 ET 2006***

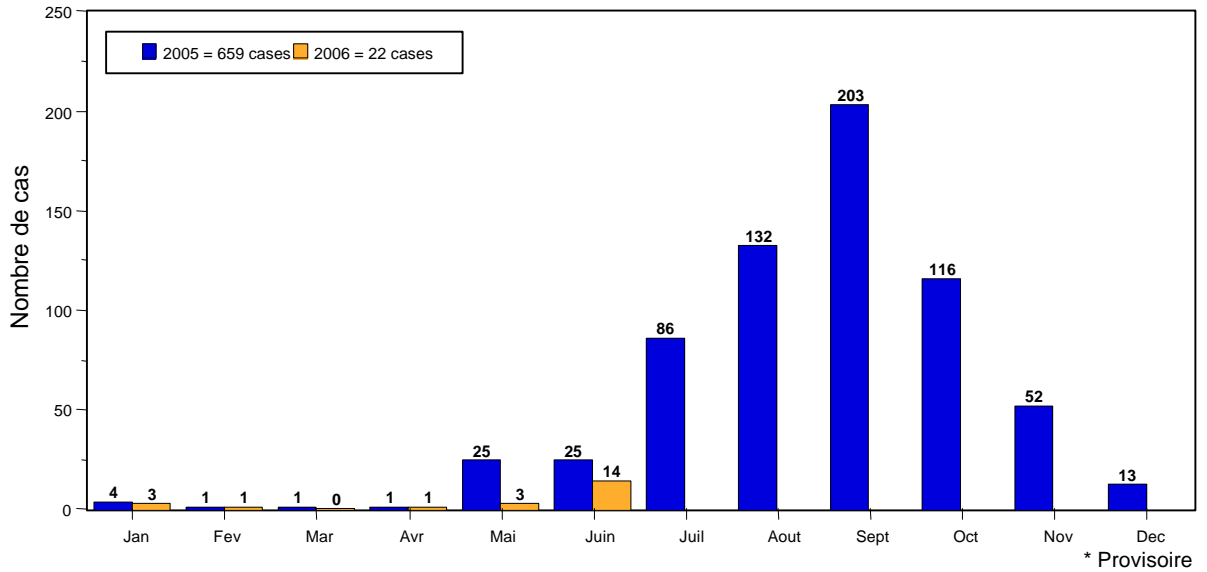


Figure 10

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DU NIGER
NOMBRE DE CAS NOTIFIES DE DRACUNCULOSE : 2005 ET 2006***

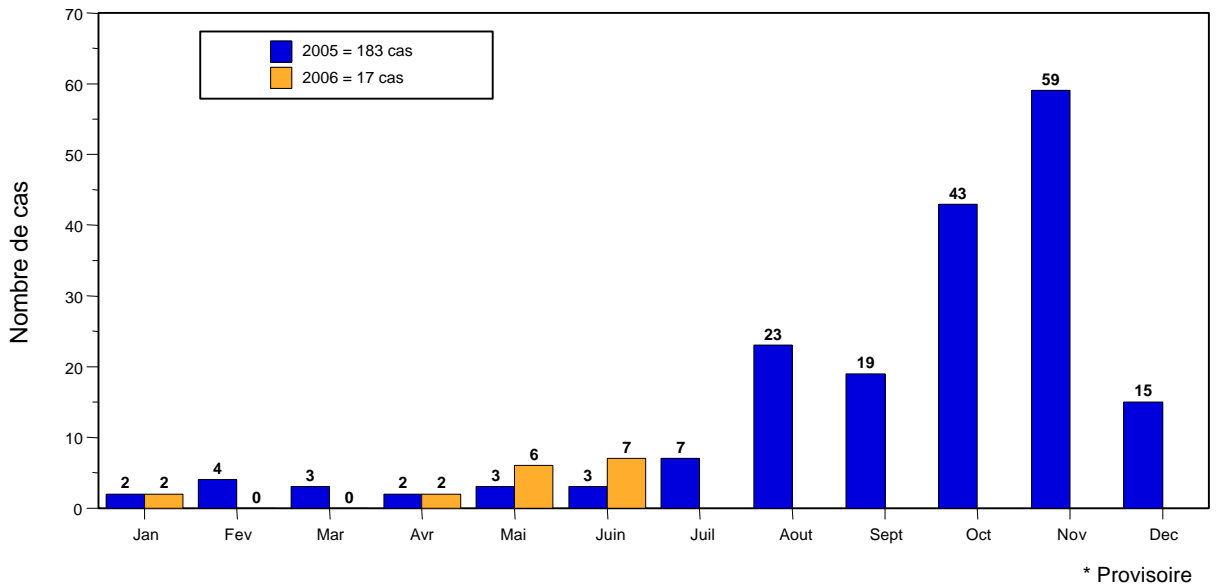


Figure 11

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DU TOGO
CAS CUMULES DE DRACUNCULOSE, PAR MOIS, 2005 6 2006***

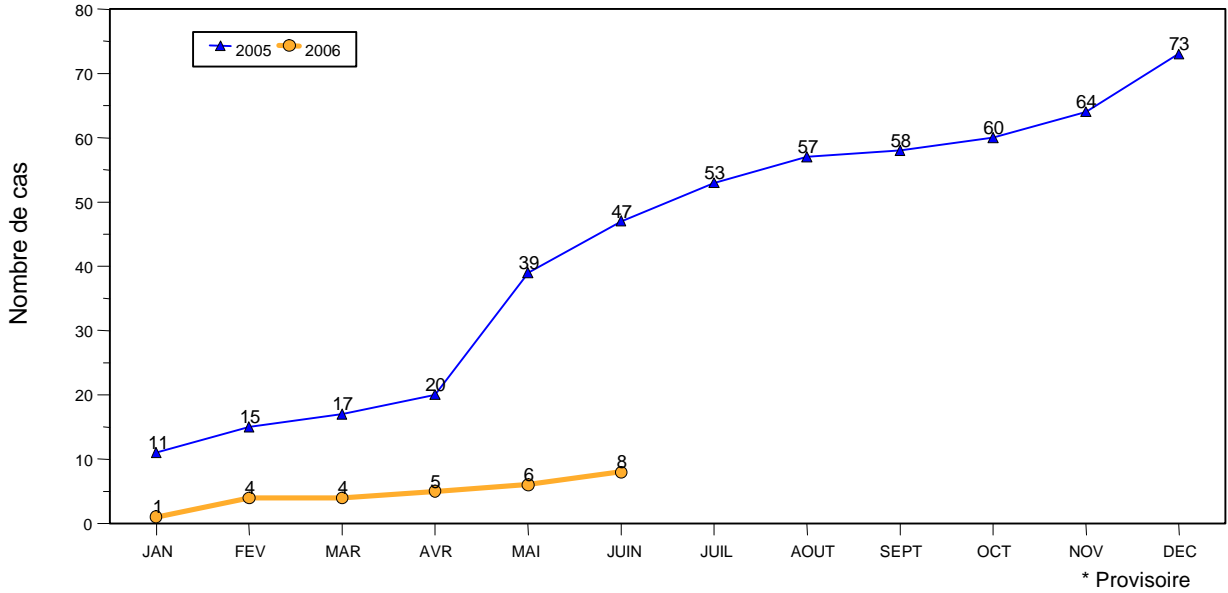
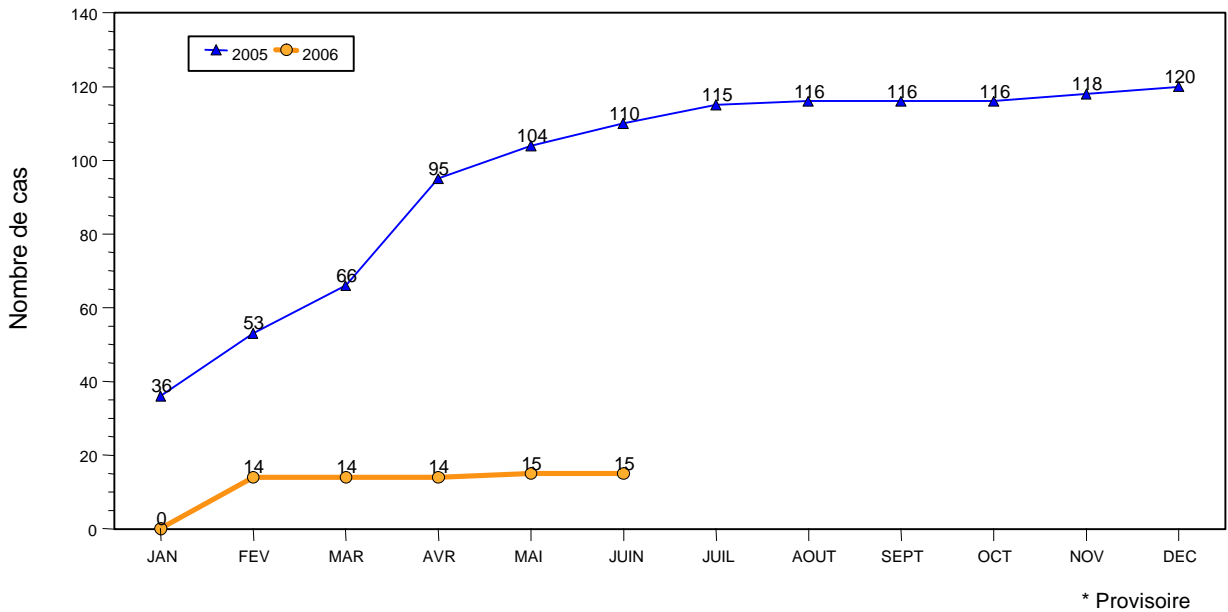


Figure 12

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DU NIGERIA
CAS CUMULES DE DRACUNCULOSE, PAR MOIS, 2005 6 2006***



DEFINITION DE L'ENDIGUEMENT DES CAS

Un cas de dracunculose est considéré comme endigué si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

1. Le patient est dépiqué avant ou dans les 24 heures de l'émergence du ver ; **et**
2. Le patient n'a pénétré dans aucune source d'eau depuis l'émergence du ver ; **et**
3. Le volontaire villageois a pris en charge le cas de manière correcte, en nettoyant et en posant un pansement jusqu'à ce que le ver soit totalement enlevé, et en donnant une éducation sanitaire au patient pour l'empêcher de contaminer un point d'eau (si deux vers émergents ou plus sont présents, le cas n'est pas endigué avant d'avoir retiré le dernier ver) ; **et**
4. Le processus d'endiguement, dont la vérification qu'il s'agissait d'un cas de dracunculose, est validé par un superviseur dans les 7 jours suivant l'émergence du ver.

REUNIONS

- **Examen du PED du Ghana** -16-17 août 2006, Centre Carter, Atlanta USA
- **Examen du PED des pays francophones où la maladie est endémique** - 14-15 novembre 2006, Centre Carter, Atlanta USA
- **Cérémonie pour le Bénin, RCA, Mauritanie, Ouganda** – 15 novembre 2006, Centre Carter, Atlanta, USA
- **Examen du PED du Sud du Soudan** - 5-6 décembre 2006, Juba, Soudan

PUBLICATIONS RECENTES

Barry M, 2006. Slaying little dragons: Lessons from the dracunculiasis eradication program. [editorial]. Am J Trop Med Hyg 75: 1-2.

Rwakimari JB, Hopkins DR, Ruiz-Tiben E, 2006. Uganda's successful Guinea Worm Eradication Program. Am J Trop Med Hyg 75:3-8.

Wende C., 2003. Uganda Leads Africa's Charge Against Guinea Worm Disease. Lancet 361:1446.

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, Director, 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, U.S.A. FAX : (770) 488-7761.

L'adresse Web du Résumé de la Dracunculose est la suivante :
<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 en matière de dracunculose.