



Date: 15 juin 2001

Du:



Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication en matière de dracunculose

Sujet:

Résumé de la dracunculose #113

A: Destinataires

Détecter chaque cas (dans les 24 heures), endiguer chaque ver (immédiatement)!**DES VOLONTAIRES DU CORPS DE LA PAIX AMERICAIN ATTAQUENT LE VER DE GUINEE DANS CINQ PAYS**

Des Volontaires du Corps de la Paix américain dans au moins cinq pays sont en train de renforcer leurs efforts pour soutenir les Programmes nationaux d'Éradication de la Dracunculose. Des « Semaines du Ver » ont déjà été organisées ou sont planifiées pour la fin de l'année au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Niger et au Togo. La formule de la « Semaine du Ver » a été mise au point par le Volontaire Michael Kinzer au Niger il y a cinq ans. Les Volontaires et leurs homologues nationaux passent une semaine à partager la vie des villages où la dracunculose est endémique tout en réalisant une intense éducation sanitaire et mobilisation communautaire et en démontrant et distribuant les filtres en tissu. Le Directeur adjoint du Corps de la Paix, Claude Milogo, indique que 40 Volontaires au Burkina Faso ont réalisé leur première Semaine du Ver à partir du 16 avril de cette année, en collaboration avec le Programme national de Lutte contre la Dracunculose de ce pays. La Semaine du Ver a été organisée dans le district d'Ouahigouya, région au deuxième rang des plus endémiques du Burkina Faso en 2000. En Côte d'Ivoire, les Volontaires et le Programme de Lutte contre la Dracunculose ont organisé les « Semaines » du Ver à Dabakala, du 30 mai au 1^{er} juin, et à Bouna du 3 au 5 juin, avant les saisons de transmission pic dans ces endroits. Ces deux districts sanitaires ont notifié un nombre de cas les situant à la sixième et à la deuxième positions, respectivement, des districts les plus endémiques en Côte d'Ivoire en 2000. Ce programme a été financé par Global 2000, du Centre Carter, afin de réaliser 15 « Journées du Ver » dans les villages les plus endémiques cette année. Les Journées du Ver ont été organisées en février-juin 2001 dans 12 villages endémiques comprenant plus de 70% de tous les cas. Le Niger a organisé des Semaines du Ver dans les districts de Mirriah (région de Zinder) et de Tera (région de Tillabery), deux des districts les plus endémiques du pays, pendant la semaine du 24 mai au 2 juin (à Mirriah) et du 24 au 31 mai (à Tera). A Mirriah, 30 équipes de 21 volontaires américains et 13 volontaires japonais (JOCV) et leur 34 homologues nigériens ont vécu dans 29 des villages les plus endémiques du district. Environ 6 000 personnes ont été atteintes par ces équipes. A Tera, 19 volontaires américains, et un volontaire japonais et 20 homologues nigériens ont vécu dans 20 villages parmi les plus endémiques pendant une semaine et on atteint 8 000 personnes avec leurs messages éducatifs, distribuant par ailleurs environ 7 500 filtres. Une seconde Semaine du Ver est prévue pour la région de Zinder à la fin juillet ou au début août. Les coordinateurs pour la Semaine du Ver à Mirriah sont Monsieur Oumarou Brah et Docteur Siddo (Ministère de la Santé), Melissa McSwegin et Kellev Sams (PCV) et Kaori Nishivama (JOCV). A Tera, les coordinateurs étaient Alison Mitchell (PCV) et Akiko Kageyama (JOCV). Les Volontaires et le Programme d'Éradication de la Dracunculose du Ghana prévoient d'organiser une Semaine du Ver à Nanumba, district le plus endémique du Ghana, du 6 au 13 octobre 2001.

Le Programme d'Éradication de la Dracunculose et les Volontaires du Togo prévoient de réaliser la prochaine Semaine du Ver dans les districts d'Ogou, Haho et Yoto, du 30 juillet au 4 août 2001. Ces districts sont classés aux premier, troisième et sixième rang des districts les plus endémiques au Togo jusqu'à présent en 2001. Grâce au soutien financier de Global 2000/Centre Carter, les Volontaires du Corps de la Paix au Togo ont aidé les habitants de 13 villages endémiques de la préfecture d'Ogou à construire 14 puits creusés à la main à un coût (pour le ciment et autres matériaux de revêtement des puits) de moins de 100\$ par puits. Cette approche à faible coût a aidé à fournir une eau potable à une proportion importante des villages qui sont encore endémiques au Togo, rapidement et bon marché. Ils ont également réparé quatre pompes, ont aidé le Programme de Lutte contre la Dracunculose à recycler 87 animateurs dans 79 villages (Ogou, Est de Mono). Ils ont réalisé des séances d'éducation sur les marchés de 13 villages (Ogou, Est de Mono), ont formé 198 enseignants dans 63 écoles (Ogou, Est de Mono), ont réalisé des présentations avec des

groupes de théâtre dans 18 villages (Ogou, Est de Mono) et ont communiqué à radio tous les jours des messages d'éducation sanitaire concernant le ver de Guinée, dans cinq langues locales sur l'ensemble des districts d'Ogou et plus de la moitié du district de Haho, tout au long de 2001. Le rapport des activités des Volontaires du Corps de la Paix au Togo a été préparé par l'APCD Tchao Bamaze et les Volontaires Roger Phillips, Kathleen Silliman et Kim Williams. Bravo !!! L'UNICEF/Togo a apporté un soutien à d'autres présentations théâtrales et a également fourni des bandes dessinées sur le ver de Guinée qui ont été distribuées lors des séances de formation des enseignants organisées par le Corps de la Paix.

EDITORIAL

AMELIORER L'EFFICIENCE ET L'EFFICACITE DE L'ENDIGUEMENT DES CAS

L'efficience, c'est faire les choses correctement, l'efficacité, c'est de faire ce qu'il faut. (Peter Druker)

La stratégie visant à endiguer la transmission de chaque cas de dracunculose a été mise au point à la fin des années 80 et adoptée pour la première fois au Pakistan en 1991, où 106 cas ont été endigués dans 35 villages endémiques (Kappus et al., 1991, et Hopkins et al., 1995). L'endiguement de cas individuels suppose qu'il existe déjà d'autres interventions à base villageoise, à savoir distribution de filtres, utilisation d'abate. Les normes adoptées pour juger si un cas de dracunculose est endigué ou non ont été formulées d'abord au Pakistan, puis adoptées à l'échelle internationale aux termes d'un ensemble de directives publiées en 1994 : Stratégie d'endiguement des cas pour l'éradication de la dracunculose en Afrique. Les Programmes d'Eradication de la Dracunculose au Cameroun et au Ghana ont commencé à mettre en œuvre la stratégie de l'endiguement des cas en 1992, mais ce n'est qu'en 1994 que la majorité des autres programmes nationaux d'éradication en Afrique ont fait de même.

Jusqu'à présent en Afrique, la réussite de cette stratégie en vue d'accélérer la l'interruption de la transmission a été mitigée, couronnée de réussite au Cameroun, au Tchad et au Sénégal, elle s'est avérée plus difficile dans d'autres pays. Les directives de 1994 expliquent clairement que cette stratégie devrait être adoptée lorsque le nombre de cas par village et par an est d'environ 100 ou moins pour la prise en charge de cas, 35 ou moins pour l'endiguement de cas et 16 ou moins pour un endiguement intensifié. Ces niveaux d'endiguement et les normes connexes sont proposés parce que l'on pensait que la fréquence et la qualité de la supervision des volontaires des villages allaient augmenter au fur et à mesure que le nombre de cas de maladie diminuerait, et que la transmission cesserait. Alors que les Programmes de Lutte contre la Dracunculose étaient mis sur pied en Afrique au milieu des années 90, la pratique consistait à observer les recommandations et les normes fournies dans les Directives de 1994 de manière relâchée, alors que l'on généralisait la mise en œuvre de la stratégie tout en vérifiant que la fréquence et la qualité de la supervision allaient être suffisantes pour répondre aux normes de l'endiguement des cas. Une adhésion aussi faible aux normes a entraîné les résultats suivants : des taux élevés de cas endigués chaque année qui n'ont que peu de relation avec les réductions observées dans le nombre de cas notifiés l'année suivante. Des activités intenses ces trois à quatre dernières années en vue d'améliorer la fréquence et la qualité de la supervision dans le cadre de tous les programmes ont commencé à avoir de bons résultats, mais il reste bien du chemin à parcourir. La question à présent, c'est de savoir si l'on arrive à améliorer la supervision de toutes les interventions contre la dracunculose, dont la sensibilité de la surveillance et l'efficacité de l'endiguement des cas de manière suffisamment rapide pour mettre fin à la transmission dans tous les pays, exception faite du Soudan, d'ici la fin de 2002. Nous pensons que c'est possible, mais cela exigera un effort très important de la part de tous ceux concernés pour qu'ils continuent à améliorer l'efficacité de ces interventions partout (faire ce qu'il faut).

Alors que les cas de dracunculose continuent à chuter cette année (voir tableau des cas notifiés et changement en % dans le graphique du présent numéro), il existera de plus en plus d'endroits répondant aux conditions nécessaires à la mise en œuvre de l'endiguement de cas intensifié. Mais les volontaires des villages et les superviseurs continueront à rencontrer la même grande difficulté : vérifier que les personnes avec des vers émergents ne contaminent pas les points d'eau servant à la boisson. Si l'on ne met pas en place certaines formes encourageant le patient pour qu'il reste dans un endroit isolé pendant que les vers sont retirés, il est naïf de s'attendre à ce que les volontaires des villages soient en mesure de convaincre la plupart des personnes à rester dans un endroit sûr, et c'est effectivement ce qui s'est passé, d'où les transmissions notées. Une des manières de remédier à ce problème dans le cadre de la stratégie de l'endiguement des cas consiste, pour les ministères de la santé ou les programmes nationaux, à adopter une politique demandant à tous les cas de dracunculose d'être isolés, soit dans une case spéciale d'un village endémique centralisé (si

le dispensaire le plus proche est trop loin pour qu'il soit possible de s'y rendre), soit dans les centres de santé avoisinants. La quarantaine, ou l'isolement des cas de maladies transmissibles comportant un risque d'épidémie, est appliquée depuis longtemps dans le domaine de la santé publique. La dracunculose est l'une de ces maladies transmissibles et, même s'il est prévu de l'éliminer, il n'existe pas de médicaments pour la traiter ni de vaccins pour prévenir cette maladie. L'isolement des cas est une mesure que les ministères de la santé peuvent prendre à l'échelle nationale et c'est une mesure qui améliorera l'efficacité de l'endiguement des cas (faire ce qu'il faut). C'est également l'occasion, pour le système des soins de santé primaires, d'appuyer l'éradication de la dracunculose.

Le village le plus endémique du Nigeria, Turtsawa, dans la collectivité locale de Sabon Birnin, de l'état de Sokoto, a notifié un total de 123 cas en 2000, et seuls deux autres villages (sur les 906 qui ont indiqué un ou plusieurs cas en 2000) ont notifié 100 cas ou plus. Le village le plus endémique au Ghana, Parambo Est, du district d'Atebubu, région de Brong Ahafo, a notifié un total de 273 cas en 2000, et seuls quatre autres villages (sur les 981 indiquant un ou plusieurs cas en 2000) ont notifié 100 cas ou plus. A l'évidence, la vaste majorité des villages endémiques se situe dans la fourchette idéale de l'endiguement de cas intensifié. De plus, le nombre de cas prévu par jour en 2001 et 2002 ne devrait pas submerger les volontaires des villages, les maisons d'endiguement ou les dispensaires.

La biologie du ver de Guinée favorise également l'endiguement des cas. L'on sait que le nombre total de larves au premier stade par ver s'élève entre 1,4 et 1,9 million et l'on sait que le nombre le plus élevé de larves (peut-être 50% ou plus) libérées par le ver se présentent lors de la première immersion du ver dans l'eau (Muller, 1971). Cela souligne la raison fondamentale de dépister tous les cas avant ou dans les 24 heures suivant l'émergence du ver. Autre aspect important de la biologie de ce parasite : l'âge physiologique de la larve de premier stade est relativement uniforme, d'où le faible créneau dont disposent les vers de Guinée pour se propager eux-mêmes, tel que l'observe Muller (1971), indiquant que les larves de premier stade restent mobiles dans l'eau pendant quatre à sept jours, mais les taux d'infection des cyclopes chutent très rapidement après trois jours dans l'eau et n'existent plus après six jours. Les implications sont les suivantes : premièrement, il est de la plus grande importance de dépister les cas au moment ou avant l'émergence du ver afin de prévenir la première libération et la plus copieuse des larves dans les points d'eau potable et, deuxièmement, si les cas sont gardés dans un endroit sûr, par exemple, maisons d'endiguement, dispensaires, hôpitaux, pendant sept jours environ, le risque de transmission de ces interventions est pratiquement neutralisé.

L'isolement et l'endiguement de la transmission des cas est une mesure appliquée avec réussite en Ethiopie, où des « maisons rustiques du ver de Guinée » sont utilisées, ainsi qu'en Ouganda où tous les patients de la dracunculose sont emmenés au prochain dispensaire ou hôpital. Actuellement, les Programmes d'Eradication de la Dracunculose au Ghana et au Togo sont en train d'essayer des approches analogues de l'endiguement des cas. L'expérience jusqu'à présent montre que la réussite dépend de la bonne administration de tels centres (nourriture, eau, assainissement, incitations, etc.), vérifiant que le patient est bien soigné et qu'il revient au village racontant son expérience positive. En effet, tout compte rendu de mauvais traitement ou d'abus des patients aurait des dégâts irréparables nuisant pour toujours à la crédibilité de l'initiative. L'isolement des cas, combiné à un système de récompense, est en mesure d'accroître grandement l'efficacité de l'endiguement des cas et d'arrêter plus rapidement la transmission. Au vu des énormes efforts qui ont déjà été déployés pour réduire l'incidence de la dracunculose de l'ordre de 98%, mettre fin à la transmission de la dracunculose, exception faite du Soudan, d'ici 2002, est une priorité urgente pour tous les pays endémiques et organismes collaborateurs. Il vaut bien mieux être téméraire maintenant car ne pas essayer est un véritable péché.

Références

1. Kappus KD, Hopkins DR, Ruiz-Tiben E, Imtiaz R, Andersen J, Azam M et Attiq A. 1991. A strategy to speed up the eradication of dracunculiasis. *World Health Forum*, Vol. 12: 220-225.
2. Guidelines – *Case Containment Strategy for Eradication of Dracunculiasis in Africa*. 194. Centers for Disease Control and Prevention, en collaboration avec le Programme de Global 2000/Centre Carter, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé. 23 pages.
3. Hopkins DR, Azam A, Ruiz-Tiben E et Kappus KD. 1995. Eradication of dracunculiasis from Pakistan. *The Lancet*. Vol. 346 : 621-624.
4. Muller R. 1971. Dracunculus and dracunculiasis. *Advances in Parasitology*. Vol.9: 73-151.

PLUS DE 8 MILLIONS DE FILTRES-CONDUITES ACHEVÉS AU SOUDAN

Le 8 juin, huit millions des neuf millions de filtres-conduites prévus au Soudan étaient achevés à Nairobi par des équipes de plus de 1 300 travailleurs kenyans, soudanais et éthiopiens, et sept millions des filtres étaient expédiés aux points de distribution au Soudan. Les filtres restants doivent être achevés d'ici la mi-juin. Les filtres sont distribués à toutes les personnes dans les zones à risques au Soudan qui les portent autour de leur cou afin qu'ils soient rapidement disponibles et faciles à utiliser. Les filtres sont distribués par 39 organisations non gouvernementales, internationales et locales (ONG), le Ministère de la Santé fédéral, Sudan Relief and Rehabilitation Association, RASS, FRRA et des Organisations des Nations Unies. Les ONG partenaires, les bureaux de terrain de Global 2000 et la radio sont autant de moyens utilisés pour mobiliser les personnes exposées au risque de contracter la dracunculose sur l'ensemble du Soudan et pour les encourager à utiliser les filtres-conduites. Une équipe de représentants à haut niveau de Hydro Polymers of Norsk Hydro (Mikkel Storm), du Syndicat des Agents chimistes de Norsk Hydro (Jon Selmer) et de Health and Development International (Docteur Anders Seim) et de l'Aide religieuse de la Norvège (Amnaf Kebreab), se sont rendus à Khartoum (arrivée de la première expédition des filtres-conduites), à Nairobi (fabrication des filtres-conduites), à Lokichokio au Kenya (distribution) et à Alek, au Soudan (distribution et utilisation des filtres-conduites, ont vu plus de 50 personnes avec des vers de Guinée) où ils ont pu constater par eux-mêmes le champ d'action du projet ambitieux du 13 au 22 mai. Afin de recevoir la première expédition de filtres à l'aéroport de Khartoum, les visiteurs ont été rejoints par une délégation de représentants officiels soudanais sous la direction du Ministre de la Santé de l'état fédéral, Monsieur Mabvor Makov. Une conférence de presse a été organisée dans les bureaux du Centre Carter à Nairobi le 22 mai. Une couverture du projet faisait les manchettes des journaux à Khartoum, Atlanta, Oslo et Nairobi, et était diffusée à la radio par Voice of America et British Broadcasting Corporation et la radio et télévision soudanaises. Un compte rendu sera fait sous peu par Associated Press. Les principaux partenaires soutenant le projet sont Hydro Polymers of Norsk Hydro, Gouvernement de la Norvège, Health and Development International, le Syndicat des Agents chimistes de la Norvège, l'Aide religieuse de la Norvège et le Centre Carter.

Les seuls cas autochtones de dracunculose en Afrique de l'Est pendant le premier trimestre de 2001 se situaient au Sud du Soudan. Les états au Nord du Soudan ont notifié trois cas autochtones (tous en avril) et quatre cas importés (du Sud du Soudan) en janvier-avril 2001, comparé à un cas autochtone et deux cas importés pour la même période de 2000.

LE NOMBRE DE CAS DU GHANA ET DU NIGERIA CONTINUENT A DIMINUER, LES INTERVENTIONS S'AMELIORENT

Le Ghana et le Nigeria continuent à faire des progrès remarquables dans la lutte contre la dracunculose. Les Programmes nationaux d'Eradication de la Dracunculose sont en train d'intensifier les interventions, mais la région au Nord du Ghana, qui notifie plus de la moitié des cas du pays, n'a pas fait de compte rendu récent sur le nombre de ménages dans ses villages endémiques ou sur la proportion des villages endémiques qui disposent de filtres en tissu dans 100% des ménages, d'où la sous-représentation de la couverture en filtres du Ghana dans le Tableau de Classement ci-après. Le Ghana et le Nigeria ont noté des réductions cumulatives de cas jusqu'à présent cette année de l'ordre de 48% cette année (jusqu'en avril) et de 30% (jusqu'en mai), respectivement, comparé aux mêmes périodes de 2000. Les nombres cumulatifs de cas autochtones notifiés par ces deux pays clés jusqu'à présent en 2001 sont les suivants : 2 678 (Ghana, jusqu'en mars) et 3 335 (Nigeria, jusqu'en avril). La carte et les graphiques de la Figure 1 indiquent le statut des cas et l'emplacement des districts les plus endémiques restants au Ghana. A la fin de mai 2001, quatre des 10 puits forés étaient construits dans les villages endémiques du district d'Atebubu, au Ghana. Un rapport complet de ce projet sera fait dans le numéro du mois prochain. Dans les six collectivités locales les plus endémiques du Nigeria (LGA) (voir *Résumé de la Dracunculose #112*), Ohaukwu, Isi Uzo et Ikwo enregistrent à présent des réductions de l'ordre de 65%, 68% et 68%, respectivement, sur la période de janvier à mai. Les changements en pourcentage dans les collectivités d'Ebonyi, d'Ado et d'Ezza Nord sont de -35%, +198% et +4435%, respectivement.

Tableau 1

Classement	Ghana (avril)	Nigeria (mai)
Nombre cumulatif de villages endémiques (VE)	1 128	1 132
% VE notifiant	95%	100%
% VE avec 100% de filtres	22%	89%
% VE utilisant l'abate	6%	35%
% VE avec de l'eau potable	39%	53%
% de cas endigués	73%	84%
% réduction dans nombre cas indiqués par mois	-33%	-61%

EN BREF :

Mauritanie : Le Coordinateur du Programme national, Docteur Abderrahmane Ould Kharchi, indique que son Programme organisera une Journée nationale de la Dracunculose le 14 juin 2001. Global 2000/Centre Carter a fait un don de 25 000\$ pour aider à soutenir la surveillance et à organiser des activités d'éducation sanitaire/ mobilisation communautaire, ainsi que du matériel de filtre et de l'abate.

Côte d'Ivoire : Le Docteur Alhousseini Maiga, de l'OMS, a fait une visite de consultation à ce programme du 23 mai au 4 juin. Il a rencontré des représentants officiels du Ministère de la Santé et des représentants des principaux partenaires et s'est rendu dans quatre districts sanitaires et quatre villages endémiques. Il a noté que 25% seulement des 114 cas de dracunculose notifiés par le district de Tanda jusqu'à présent cette année étaient endigués.

Niger et Nigeria : Les Programmes d'Eradication de la Dracunculose du Niger et du Nigeria ont organisé une réunion interfrontalière à Jos, au Nigeria, du 30 mai au 2 juin. Environ 25 représentants officiels des deux pays assistaient à la réunion. Maradi, Zinder, Dosso et Madaoua étaient les régions représentées de la République du Niger. Les délégués du Nigeria venaient des Ministères de la Santé de Sokoto et Katsina, ainsi que le personnel de Global 2000 des niveaux nationaux et de zone (Nord-Ouest et Nord-Est). Les deux délégations ont revu l'application des recommandations de la réunion précédente, ont échangé des informations sur les cas importés et sur la situation épidémiologique, ainsi que sur l'état d'avancement des interventions le long des frontières et elles ont discuté du système de récompense.

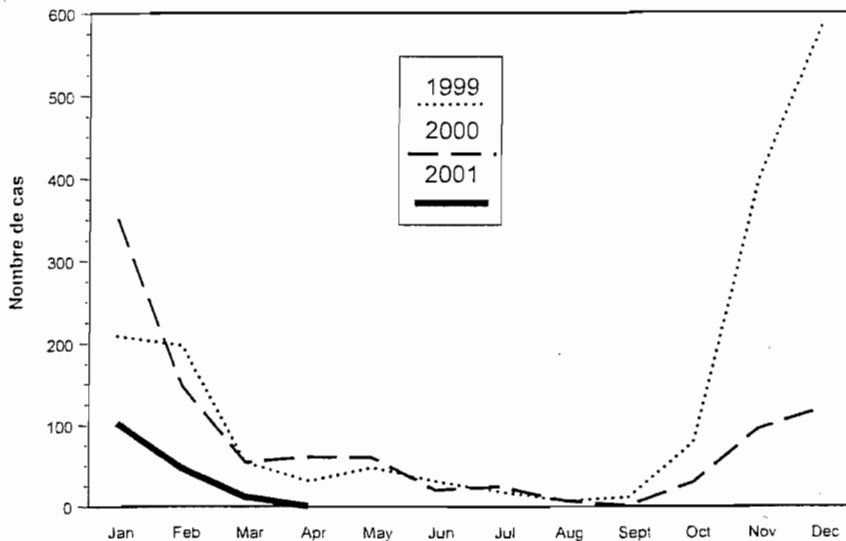
Ouganda. Le Coordinateur du Programme national, le Docteur John Bosco Rwakimari, a rencontré brièvement l'ancien Président américain Jimmy Carter à Kampala, lors de la visite du Président Carter, le 7 juin, en Ouganda. Le Président Carter a félicité le Docteur Rwakimari pour les progrès spectaculaires réalisés par le Programme d'Eradication de la Dracunculose de l'Ouganda. Les Docteurs Ahmed Taveh et Alhousseini Maiga, de l'OMS, ont rencontré le Docteur Rwakimari à la mi-mai pour évaluer l'état d'avancement des efforts d'éradication.

Kenya. Le Docteur Ahmed Taveh, de l'OMS, s'est rendu au Kenya à la fin mai et signale que trois cas importés de dracunculose avaient été dépistés sur la période allant de janvier à mai 2001 dans le district de Turkana. Deux des cas étaient des réfugiés soudanais et un cas concernait une personne de Turkana qui s'était déplacée dans les régions endémiques au Sud du Soudan lors de l'année précédente.

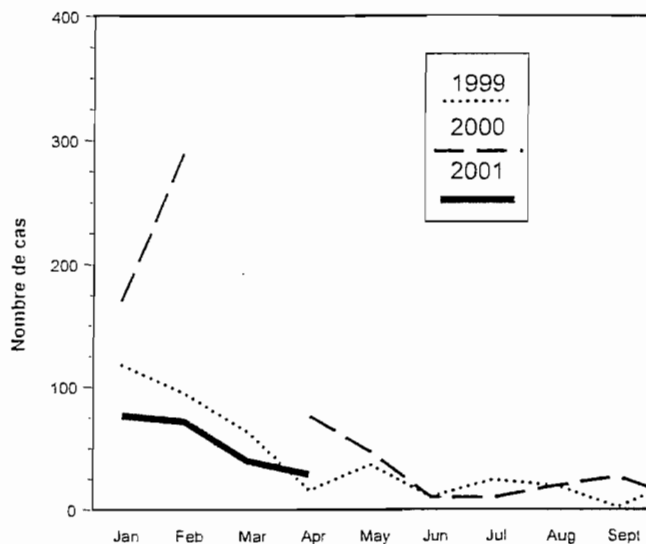
Burkina Faso. L'UNICEF a remis en état huit puits traditionnels dans le village de Niessega FS, du district sanitaire d'Ouahigouya. C'est le village au deuxième rang les plus endémiques du pays en 2000, notifiant 74 cas.

Figure 1

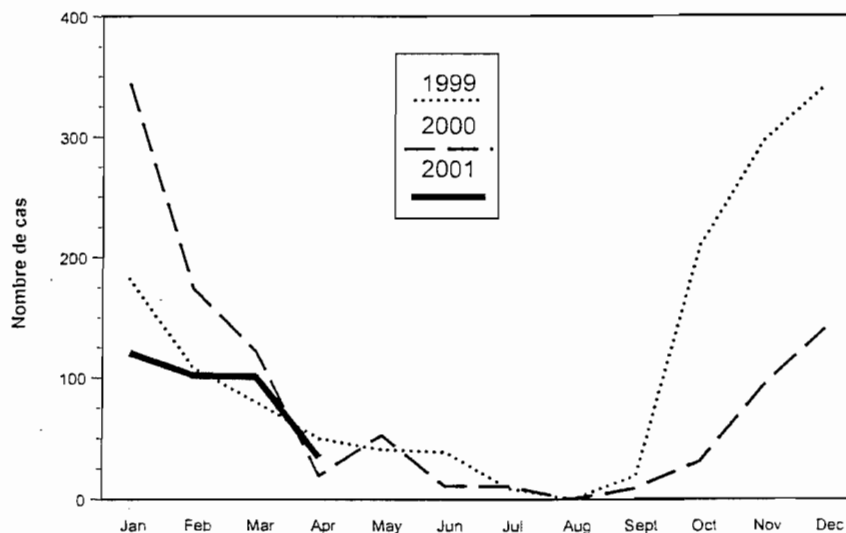
Kete Krachi, la region de Volta (1)



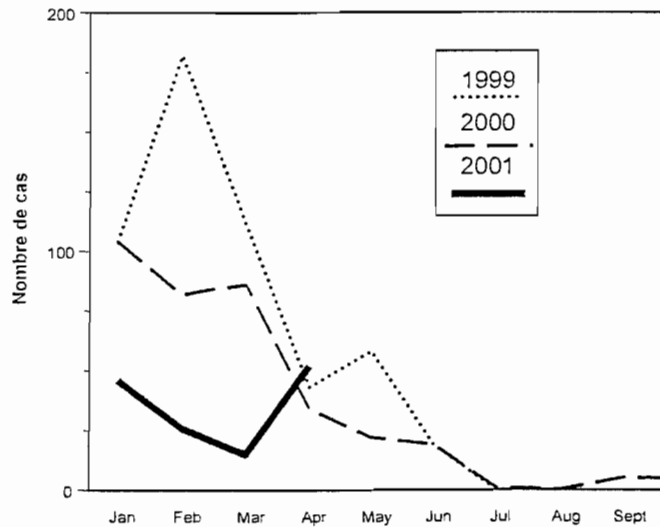
East Gonja, la region du Nord (4)



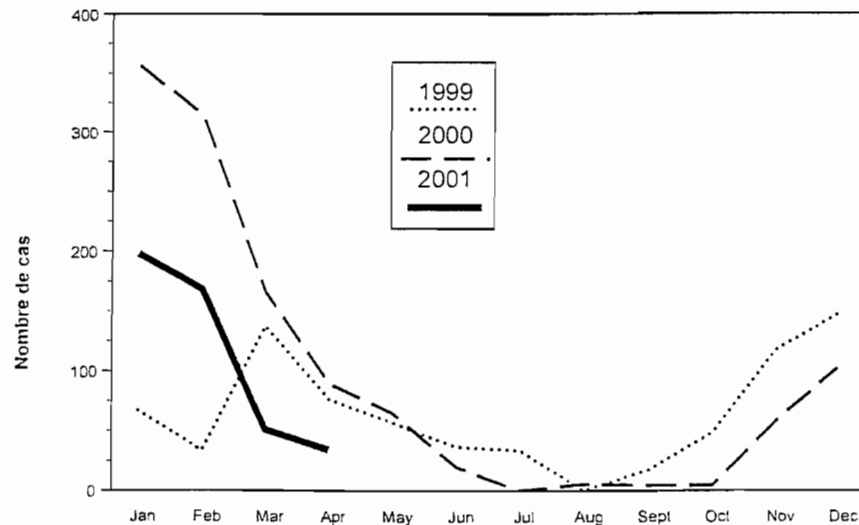
Atebubu, la region de Brong Ahafo (2)



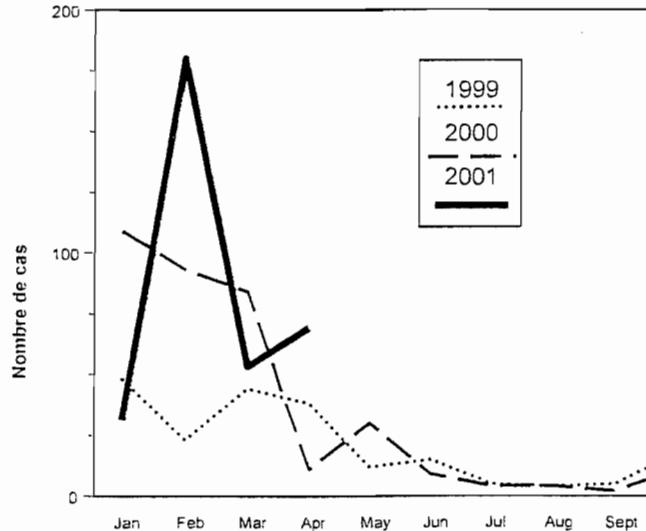
Zabzugu Tatala, la region du Nord



Nanumba, la region du Nord (3)

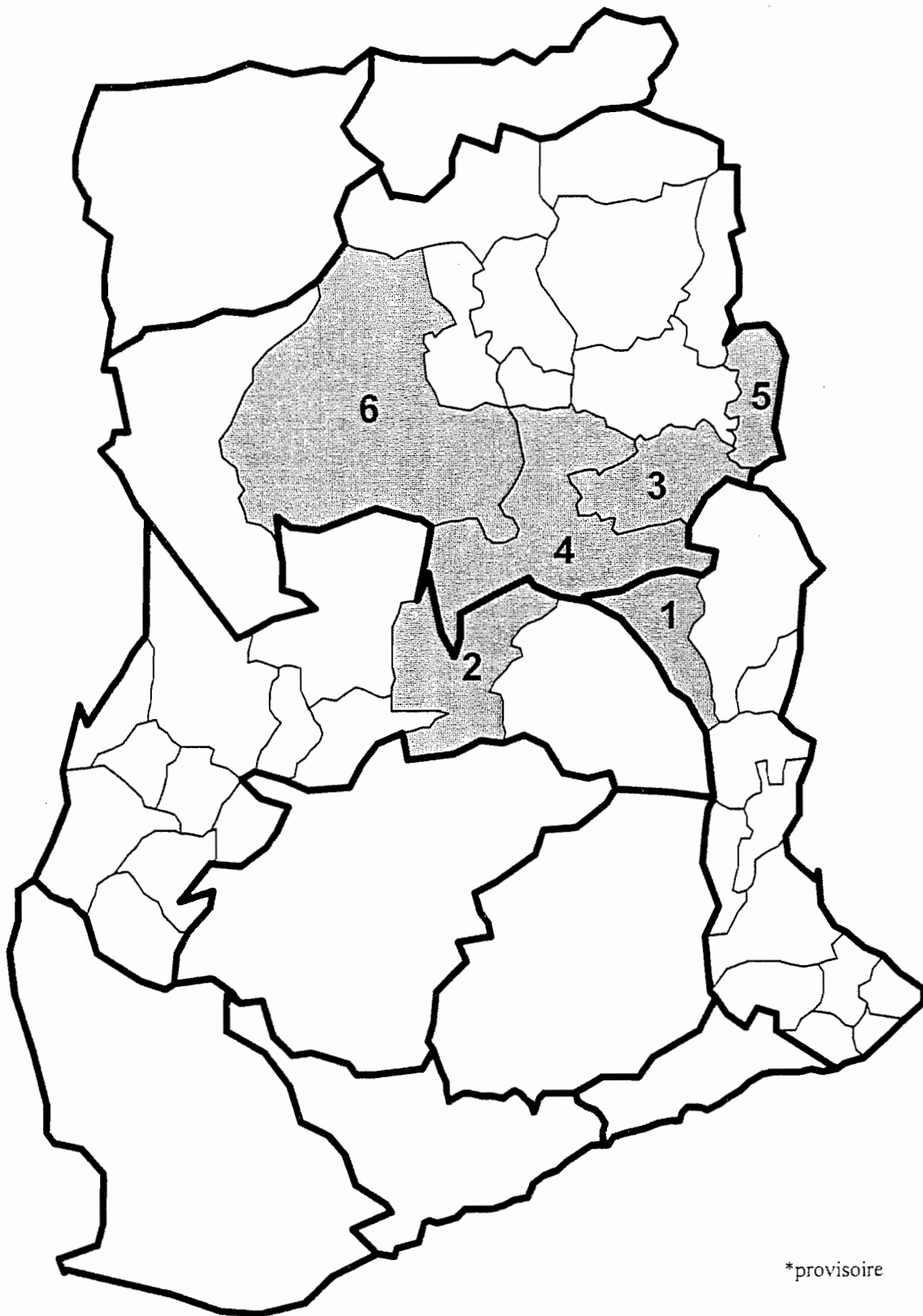


West Gonja, la region du Nord (6)



Programme d'Eradiation d la Dracunculose au Ghana

nombre de cas le dracunculose notifié
à 1999, 2000, and 2001*
des six districts les plus endémiques



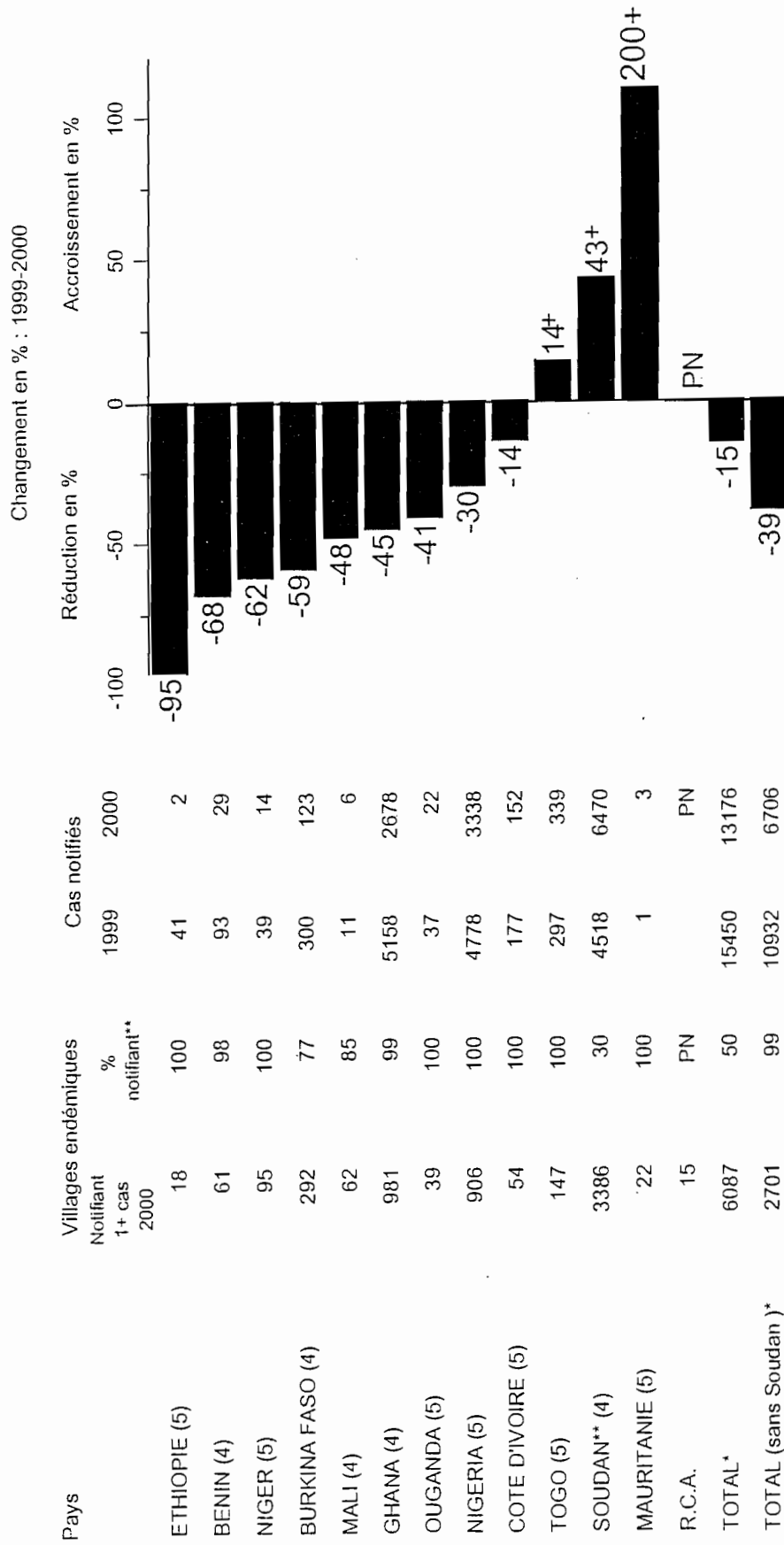
*provisoire

Tableau 2
NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 2001*
 (PAYS DISPOSES EN ORDRE DECREISSANT DE CAS EN 2000)

PAYS	Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés												% Endigués	
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre		total *
SOUDAN	753 / 2052	886 / 1816	-93 / 1600	410 / 1002	/	/	/	/	/	/	/	/	2542 / 6170	39
NIGERIA	673 / 1012	813 / 1051	423 / 730	170 / 267	208 / 248	/	/	/	/	/	/	/	2287 / 3338	69
GHANA	612 / 845	676 / 919	365 / 471	322 / 400	/	/	/	/	/	/	/	/	1975 / 2678	74
BURKINA FASO	18 / 20	8 / 12	32 / 34	34 / 57	/	/	/	/	/	/	/	/	92 / 123	75
NERGER	1 / 2	2 / 2	0 / 0	1 / 2	9 / 13	/	/	/	/	/	/	/	13 / 19	68
TOGO	108 / 119	63 / 91	58 / 66	43 / 48	11 / 15	/	/	/	/	/	/	/	283 / 339	83
MALI	3 / 6	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	/	3 / 6	50
COTE D'IVOIRE	18 / 40	18 / 60	11 / 38	5 / 6	2 / 9	/	/	/	/	/	/	/	51 / 153	35
BENIN	12 / 16	13 / 13	6 / 6	3 / 3	/	/	/	/	/	/	/	/	34 / 38	89
MAURITANIE	1 / 1	0 / 0	0 / 1	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	/	1 / 3	33
UGANDA	0 / 0	0 / 0	0 / 0	3 / 3	6 / 19	/	/	/	/	/	/	/	9 / 22	41
ETHIOPIE**	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	2 / 5	/	/	/	/	/	/	/	3 / 6	50
R.C.A.*	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 3	0
TOTAL*	2199 / 4113	2479 / 3964	1388 / 2919	992 / 1829	238 / 313	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	7396 / 13198	55
% Endigués	53	63	47	54	76								55	

* Provisoire
 ** 3 de 5 cas en mai ont été importés du Soudan
 Les cellules grisées dénotent les mois où zéro cas autochtones a été notifié. Les nombres indiquent le nombre de cas importés ce mois.

Figure 2
**Pourcentage de villages endémiques notifiant
 et changement en pourcentage dans le nombre de cas autochtones de
 dracunculose en 2000 et en 2001*, par pays**



* Provisoire.

** 2 600 (33%) des 7 898 villages endémiques ne sont pas accessibles au programme
 PN pays avec faible taux de notification ou taux inconnu

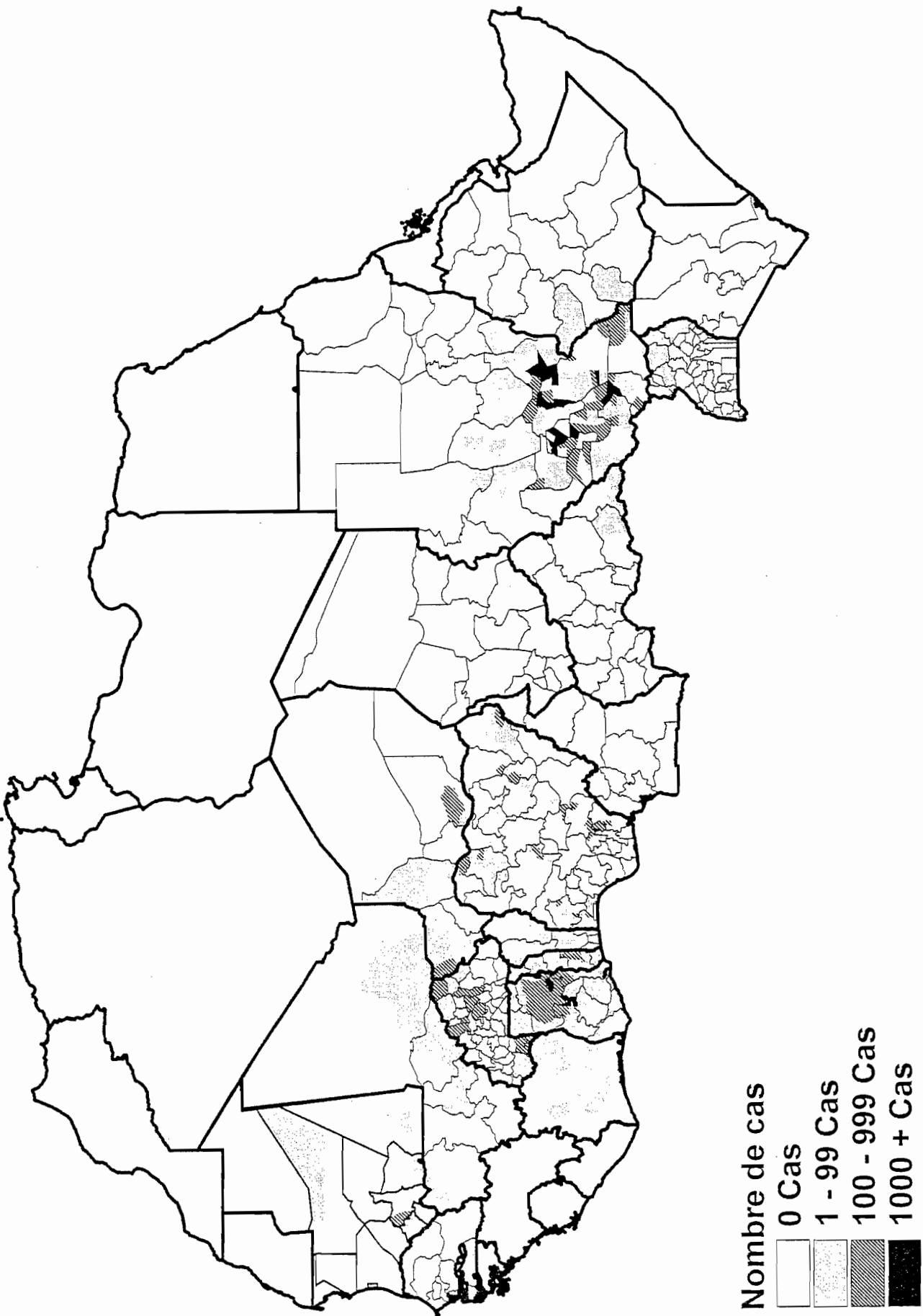
Tableau 3

Campagne d'éradication de la dracunculose
 Importations et exportations notifiées de cas de dracunculose en 2001

De --> A	Mois et nombre de cas importés												Nombre de cas exportés		
	Janv.	Fev.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil	Aout	Sept	Oct	Nov	Dec.		Total	
Togo --> Benin	5	1			1										Togo = 8
Soudan --> Ethiopie					1										
Soudan --> Kenya					3										Soudan = 7
Ghana --> Benin		1													
Ghana --> Niger				1											Ghana=2
Benin --> Niger		2													Benin=2
Nigeria --> Niger				1	1										Nigeria = 2
Burkina Faso --> Cote d'Ivoire						1									Burkina Faso=1
Total	7	2	0	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22

Figure 3

Distribution des Cas de Dracunculose: 2000



DEFINITION DE L'ENDIGUEMENT DE CAS

Un cas de dracunculose est endigué si toutes les conditions suivantes sont remplies :

1. Le cas est dépisté avant ou dans les 24 heures suivant l'émergence du ver ; et
2. Le patient n'a pas pénétré dans un point d'eau depuis que le ver a émergé ; et
3. Le volontaire villageois a traité correctement le cas en nettoyant et en mettant un pansement jusqu'à ce que le ver soit entièrement extrait et en donnant une éducation sanitaire pour que le patient ne contamine pas un point d'eau (si deux vers émergents ou plus sont présents, le cas n'est pas endigué tant que le dernier ver n'est pas extrait) ; et
4. Le processus d'endiguement, dont la certification qu'il s'agit d'un cas de dracunculose, est validé par un superviseur dans les 7 jours suivant l'émergence du ver.

CORRECTION ET MISE A JOUR : LA FONDATION DES NATIONS UNIES FINANCE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU AU NIGERIA

Nous avons reçu une nouvelle information de l'UNICEF/Nigeria concernant la Note éditoriale dans le *Résumé de la Dracunculose #111* à propos de l'utilisation retardée du financement de la Fondation des Nations Unies pour fournir une eau potable dans les villages où le ver de Guinée est endémique. Les 200 000 \$ ont été octroyés à l'UNICEF/Nigeria le « 1^{er} août 2000 » et non pas avant janvier 2000, tel que l'indiquait l'éditorial. De plus, nous avons été informés que « 171 434,75 \$ ont été engagés en mars 2001 pour commander des pompes manuelles et autres matériaux pour réparer les puits en panne. » Nous regrettons l'erreur, qui reflétait l'information dont disposaient à cette époque d'autres partenaires du programme nigérian. Nous espérons pouvoir informer, dans un numéro futur, les lecteurs des villages endémiques devant être desservis par ces pompes manuelles.

REUNION INTERORGANISATIONS ET REUNION DU COMITE GATES

L'UNICEF a organisé la 41^e Réunion du Groupe de Coordination interorganisations pour l'Eradication de la Dracunculose, le 29 mai, à son siège de New York. Des représentants des CDC, du Centre Carter, de l'OMS, de la Banque mondiale et du Corps de la Paix américain ont assisté à la réunion, outre le personnel de l'UNICEF. Le groupe a décidé d'organiser un Examen de Programme des pays endémiques francophones en octobre de cette année. La seconde Réunion du Comité Gates a été organisée immédiatement suivant la réunion du Groupe interorganisations. Le Comité Gates comprend des représentants de l'OMS, du Centre Carter, de la Banque mondiale et de l'UNICEF.

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. Daniel Colley, Directeur par intérim, 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) 488-4532. Le Résumé de la Dracunculose est également disponible sur le Web à <http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/parasites/guineaworm/default.htm>



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