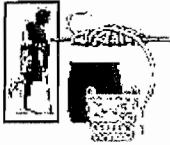




Date: 26 mars 2003



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

Sujet: RESUME DE LA DRACUNCULOSE #131

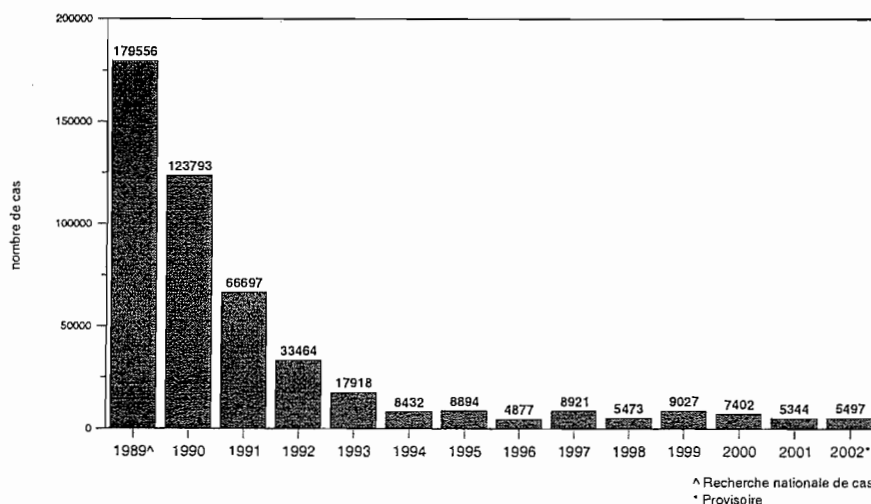
A: Destinataires

Dépister chaque cas, endiguer chaque ver !**GHANA : Cela suffit-il à présent pour que ceux concernés soient furieux ?**

Le Ghana a tenu son premier examen national semi-annuel du programme pour 2003 les 10 et 11 mars 2003 à Ho, dans la région de la Volta. Environ 130 personnes ont participé, dont le vice-ministre régional de la région de la Volta ; le ministre adjoint de la santé, Monsieur Moses Dani Bah ; d'autres représentants du Ministère de la Santé ; le coordinateur du programme national, le Docteur Andrew Seidu-Korkor ; et des représentants de l'UNICEF, de l'OMS, du Corps de la Paix américain, de la Croix Rouge du Ghana, de Church of Christ et de Global 2000 du Centre Carter.

Confirmant tant la réussite de la surveillance active actuelle que les conséquences d'une négligence officielle antérieure, on a signalé, lors de cette réunion, une flambée de plus de 400 cas dans 59 villages du district de Nkwanta, de la région de la Volta, de janvier à mars 2003. L'enquête sur la flambée de cas, qui n'est pas encore achevée, a commencé quand des assistants techniques dans le district adjacent de Nanumba (région du Nord) ont fait un suivi après avoir vu des patients du district de Nkwanta qui commençaient à se présenter à un centre d'endiguement des cas du district de Nanumba pour recevoir un traitement pour leur ver de Guinée en train de sortir. Suivant la réunion d'examen, le programme a décidé de terminer immédiatement la recherche dans les villages du district de Nkwanta et de démarrer les formations et réalisations des Semaines du Ver et d'autres interventions à cet endroit avec l'aide du Corps de la Paix américain, du 22 au 28 mars 2003.

Figure 1

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE AU GHANA
NOMBRE DE CAS DE DRACUNCULOSE SIGNALÉS PAR AN : 1989-2002***

Le Ghana a notifié 5 497 cas de dracunculose dans 741 villages en 2002, soit 11% du total mondial pour cette année. Quatre-vingt-quinze pour cent (95%) des cas se sont présentés uniquement dans 15 des 110 districts du pays. Cinq des 10 régions du Ghana (Ashanti, Central, Greater Accra, Upper East et Western) n'ont indiqué que des cas importés en 2002 et tous auraient été endigués, d'après les comptes rendus. Le Ghana a notifié 15% de cas supplémentaires en janvier 2003 (859) qu'en janvier 2002 (744). L'épicentre de la région ghanéenne où la dracunculose reste endémique se situe dans la partie Est de la région du Nord, terre qui est très fertile – y compris les trois districts produisant le plus d'ignames dans la région. Cette région attire un grand nombre d'ouvriers agricoles saisonniers qui viennent d'autres régions du Ghana.

Le Ghana a étendu la couverture des villages où la dracunculose est endémique, réalisant la plupart des interventions dans ces endroits en 2002, tel que l'indique le Tableau 1.

Tableau 1

Couverture par interventions, au Ghana, 2001-2002

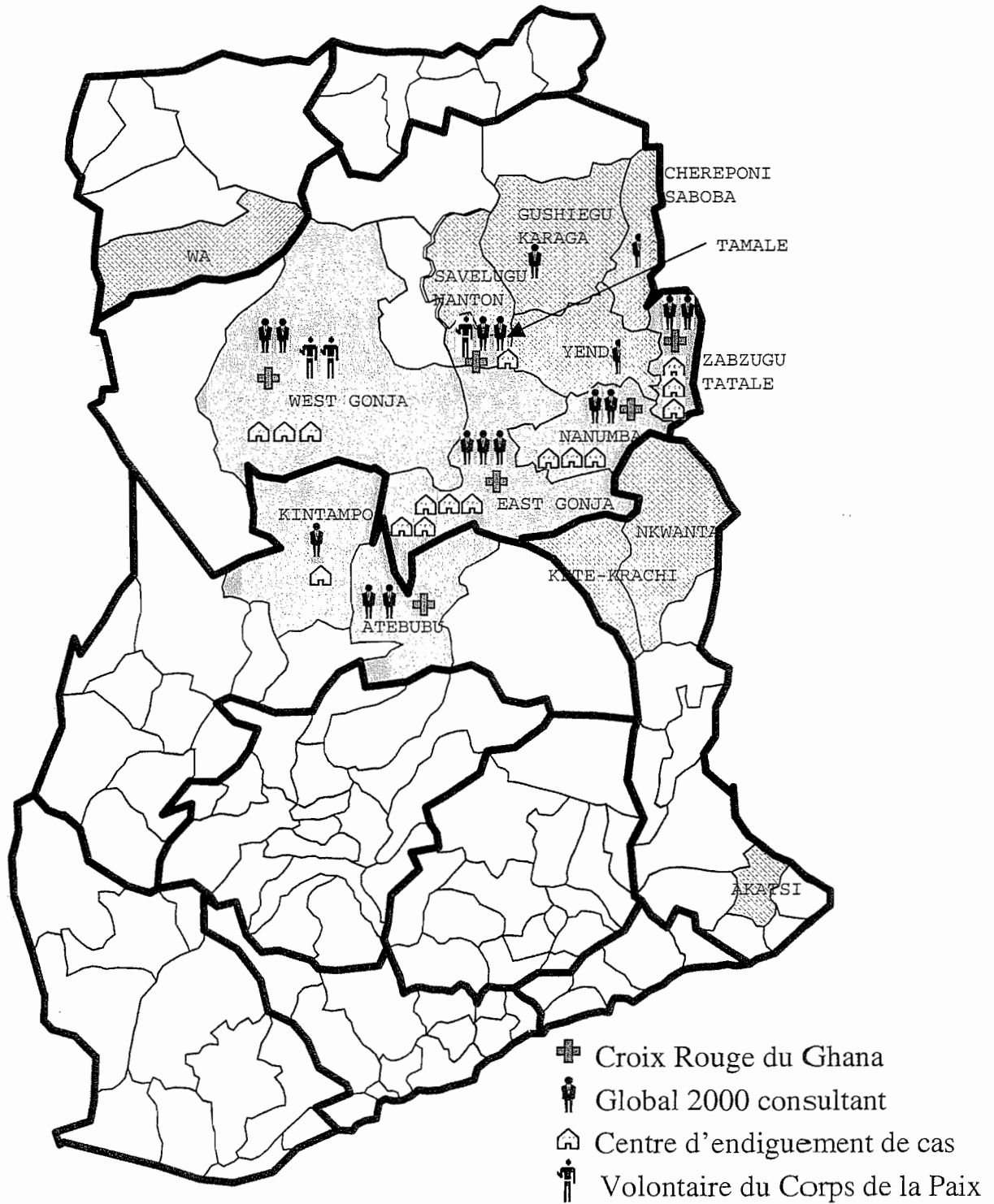
Intervention	2001	2002
Village endémique avec 100% de filtres	85%	95%
Village endémique utilisant l'abate	20%	26%
Village endémique avec 1+ point d'eau salubre	34%	44%
Pourcentage de cas endigués	68%	66%
Pourcentage de cas notifiés	5 344	5 497
Nombre de village signalant 1+ cas	784	741

Des étudiants ghanéens d'une Ecole d'Infirmiers et 67 représentants de trois organisations volontaires de l'étranger (Corps de la Paix américain, Voluntary Services Overseas) ont réalisé une Semaine du Ver, du 22 février au 1^{er} mars 2003. Les volontaires et les étudiants ont fait des visites porte-à-porte, des recherches de cas, ainsi que des inspections, des démonstrations et des distributions de filtres dans 100 communautés des sept districts de la région du Nord où la maladie est la plus endémique (6) et la région de Brong Ahafo (district d'Atebubu). Plus de 10 000 adultes et presque 9 000 enfants ont assisté aux activités d'éducation sanitaire pendant la Semaine du Ver. L'UNICEF/Ghana a financé des durbars et/ou des recherches de cas dans des dizaines de communautés de 10 districts de la région du Nord de janvier à mars 2003. Le nouveau Directeur régional des Services de Santé pour la région du Nord, le Docteur Elias Sorie, a indiqué, lors de la réunion, qu'il tenait « directement responsables » les directeurs de services de santé au niveau des districts pour la mise en œuvre des activités d'éradication de la dracunculose dans leur district respectif. En effet, d'après lui, les autorités sanitaires régionales et de district doivent prendre en main les rênes de leur Programme d'Eradication de la Dracunculose.

Note de la rédaction : Des indices de cette flambée de cas auraient été portés à l'attention de certains représentants officiels de la santé dans le district de Nkwanta et de la région de la Volta dès décembre 2002. Le fait qu'ils n'aient pas agi nuit à la population de Nkwanta, c'est un danger pour les voisins de Nkwanta, une honte pour les autorités sanitaires responsables de la région de Nkwanta et une source d'embarras pour le Ghana. Il est absolument nécessaire de changer de telles attitudes de laxisme face à l'éradication de la dracunculose et une négligence aussi évidente du devoir si l'on veut éliminer la dracunculose au Ghana. (Figure 1).

Figure 2

Programme d'Eradiation du Ver de Guinée au Ghana



Le déploiement d'un personnel supplémentaire dans les 15 districts notifiant 95% de tous les cas en 2002, 7 districts (en grisé foncé uni) ont notifié 76% de tous les cas en 2002.

Figure 3

Cas notifiés de dracunculose par an

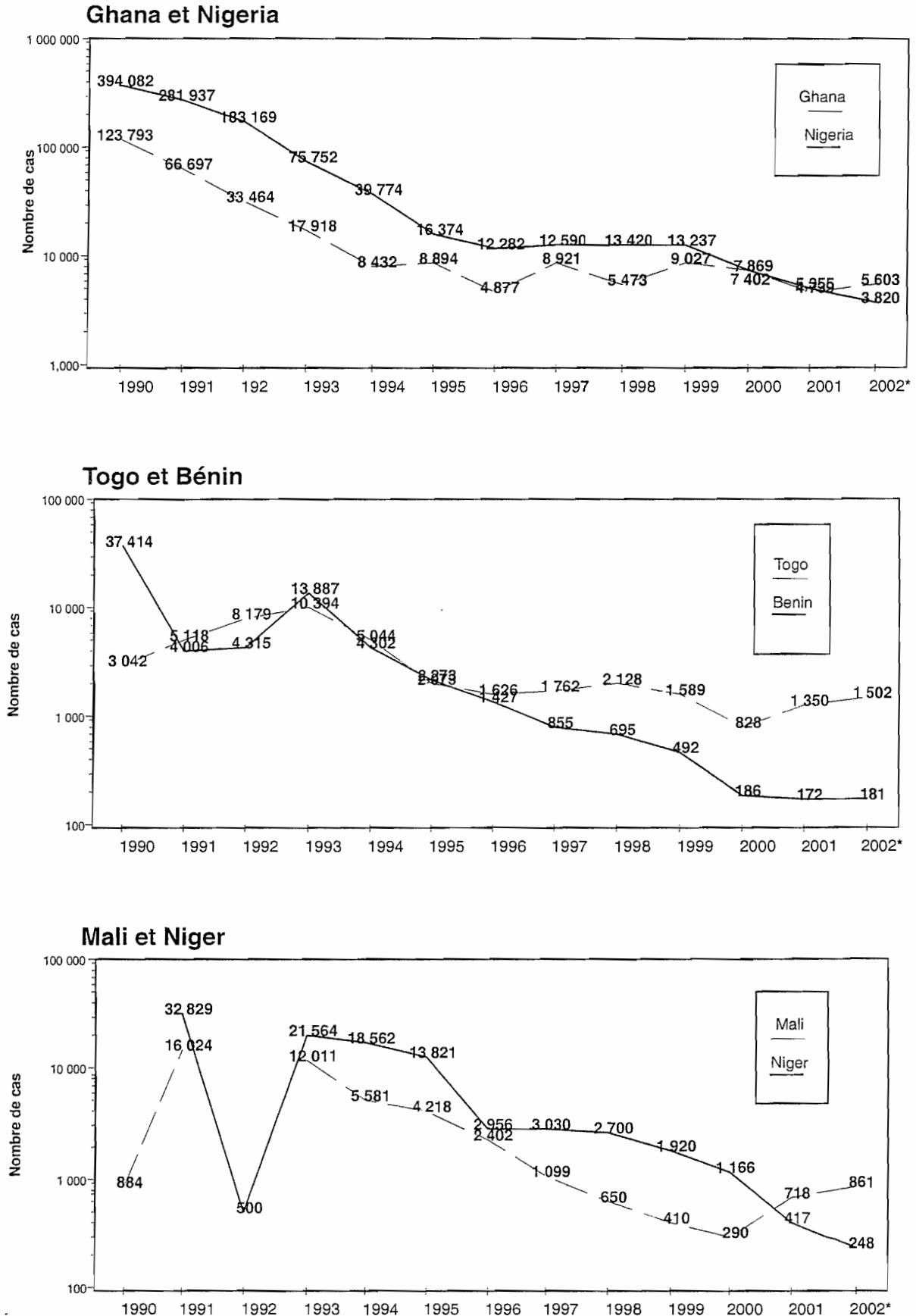


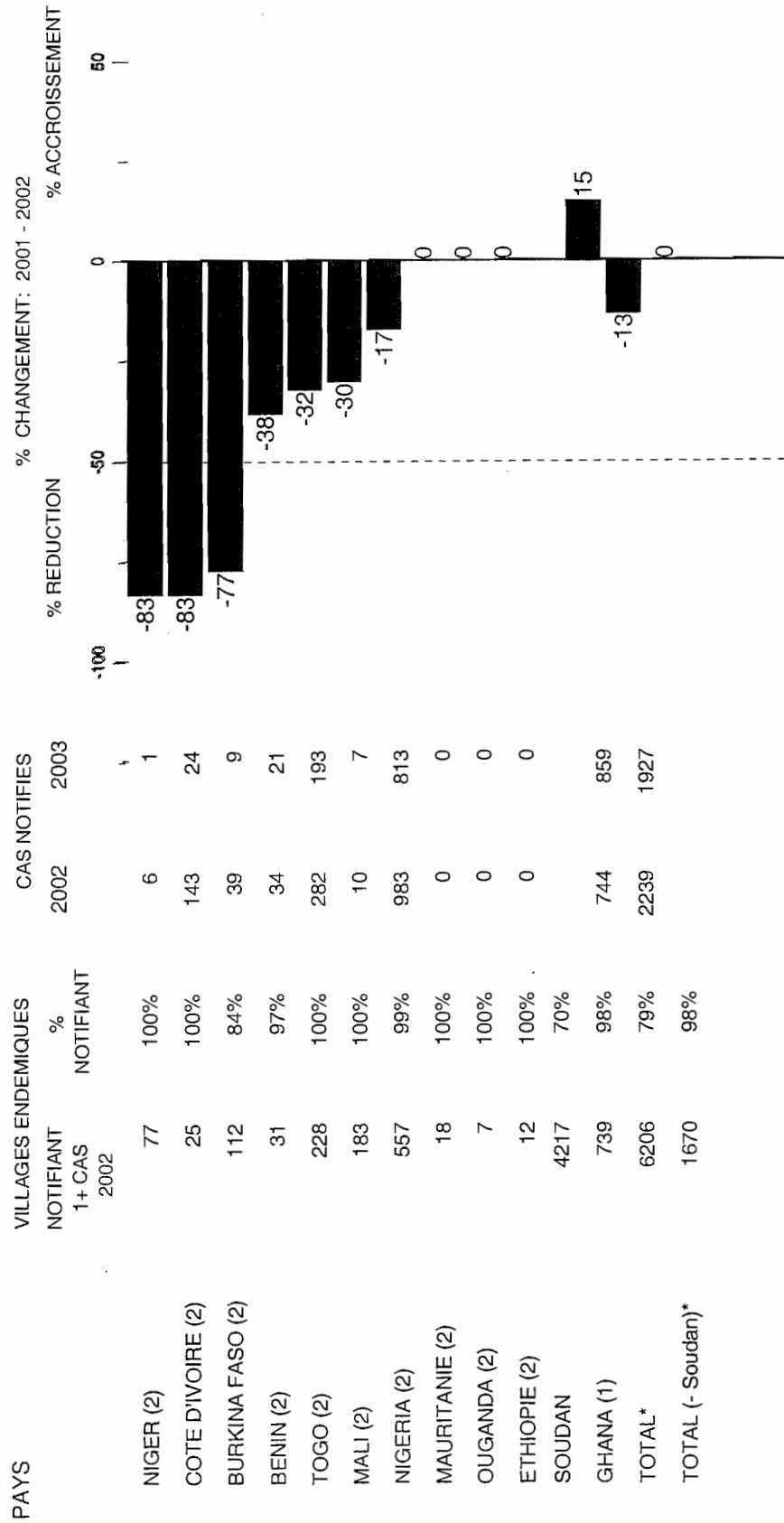
Tableau 2
NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 2003*
 (PAYS DISPOSES EN ORDRE DECREISSANT DE CAS EN 2002)

Pays	Nombre de cas endigués/nombre de cas notifiés												total *	
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre		
SOUDAN	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0
GHANA	110 / 859	/ 1326	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	110 / 2185
NIGERIA	389 / 568	179 / 245	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	568 / 813
TOGO	109 / 147	40 / 46	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	149 / 193
MALI	3 / 3	4 / 4	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	7 / 7
BURKINA FASO	6 / 6	4 / 4	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	10 / 10
NIGER	0 / 0	1 / 1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	1 / 1
COTE D'IVOIRE	7 / 21	2 / 3	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	9 / 24
BENIN	21	1 / 1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	22 / 22
ETHIOPIE	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0
MAURITANIE	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0
OUGANDA	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0 / 0
TOTAL*	645 / 1625	231 / 1630	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	876 / 3255
% endigué	40	14												27

* Préliminaire
 Les cases grisées indiquent des mois où zéro cas autochtone a été notifié. Les nombres indiquent combien de cas ont été notifiés et endigués le mois en question
 Pour d'autres cas importés, prière de consulter le tableau des cas importés par mois et par pays.

Figure 4

**POURCENTAGE DE VILLAGES ENDEMIQUES NOTIFIANT ET CHANGEMENT EN
POURCENTAGE DANS LE NOMBRE DE CAS AUTOCHTONES DE DRACUNCULOSE EN
2002 ET EN 2003*, PAR PAYS**



* Provisoire.

PCR Pas de compte rendu

SURVEILLANCE DE LA DRACUNCULOSE PARMIS LES NOMADES DU BURKINA FASO, DU MALI ET DU NIGER



Un atelier sur la surveillance de la dracunculose parmi les nomades du Burkina Faso, du Mali et du Niger a été organisé du 26 au 28 février 2003 par l'OMS, à Dori, au Burkina Faso. L'atelier avait pour objet de déterminer une approche commune à la surveillance de la dracunculose parmi les groupes qui se déplacent d'un des trois pays à un autre et au sein du même pays. Les Responsables des Programmes d'Eradication de la Dracunculose du Burkina Faso, du Mali et du Niger, de pair avec les Représentants du Programme et des Médecins d'Appui, ont assisté à l'atelier. Lors de cet atelier, on a passé en revue les migrations des nomades et on a préparé des cartes avec les principales routes migratoires. On a également démarqué les domaines, ainsi que les périodes du « nomadisme. »

Chaque responsable de programme a reçu un CD-ROM avec l'information géographique sur les régions concernées des trois pays. L'information qui sera collectée à l'avenir sera ajoutée à ces cartes pour faciliter la visualisation, ainsi que l'analyse de la situation épidémiologique. L'information sera partagée par les trois pays. Un exercice de terrain a été réalisé pour essayer et adapter l'instrument de collecte de données et former les participants pour qu'ils puissent l'utiliser. Les responsables des programmes des trois pays présenteront un plan d'action, accompagné d'un budget, à l'OMS, avant la fin de mars 2003. Normalement, la surveillance devrait être en place avant que ne commence la saison de transmission de 2003.

L'OMS REALISE UNE EVALUATION EXTERNE EN MAURITANIE

Une évaluation externe du Programme d'Eradication de la Dracunculose en Mauritanie a été réalisée du 19 février au 10 mars 2003. Les objectifs de l'évaluation consistaient à faire le point de la situation des activités de surveillance et d'intervention du programme. L'OMS a dirigé l'évaluation en collaboration avec les CDC, l'UNICEF et le gouvernement de la Mauritanie. Quatre équipes, composées chacune d'un responsable externe de l'évaluation, d'un responsable national de l'évaluation et d'un facilitateur se sont rendu dans chacune des régions où la maladie est endémique ou dans les régions où elle l'était auparavant pour faire le point du programme. L'évaluation a couvert huit wilayas (régions), 14 moughataas (districts) et 149 localités (35 villages endémiques, 64 villages sous surveillance et 50 villages sans antécédents de la maladie). En outre, on a évalué les activités du programme au niveau central. On a interviewé au total 1 105 chefs de ménage. Normalement, les résultats de l'évaluation devraient être disponibles d'ici mai 2003.

OÙ LA TRANSMISSION A-T-ELLE LIEU ?

UTILISER DE MANIERE PLUS EFFICACE LES RESSOURCES DU PROGRAMME ET CIBLER LES INTERVENTIONS CONTRE LA DRACUNCULOSE

L'objectif final de la campagne en vue d'éradiquer la dracunculose est bien connu de nous tous : il consiste à arrêter la transmission de la maladie dans tous les endroits où elle est présente. Plus simplement, arrêter la transmission signifie qu'il faut empêcher les personnes avec des vers de Guinée émergents de contaminer les sources d'eau potable et empêcher les gens de boire l'eau contaminée. Si tout le monde comprend bien ces objectifs, pourquoi est-il si difficile de faire des progrès plus rapides en ce qui concerne le fait d'empêcher les personnes infectées de contaminer les sources d'eau potable et de les empêcher de boire l'eau contaminée ?

A l'évidence, la qualité de la surveillance et des interventions contre la maladie, l'adéquation de la supervision et les facteurs culturels sont autant d'éléments de la réponse face au problème. Néanmoins, trop souvent, les Programmes d'Eradication de la Dracunculose n'ont pas suffisamment passé de temps et n'ont pas assez concentré leurs ressources disponibles dans les endroits où a effectivement lieu la transmission. Avec uniquement 13 000 cas notifiés à l'extérieur du Soudan de la part de moins de 2 000 villages en 2002, les dirigeants doivent être constamment au

courant des stratégies et des interventions appliquées, de l'endroit où elles le sont et de la raison pour laquelle elles le sont. Alors que le nombre de cas notifiés diminue, les Programmes d'Eradication de la Dracunculose doivent accélérer le rythme de toutes les interventions et ne pas se contenter de continuer leur travail comme à l'accoutumée. C'est la raison pour laquelle nous avons posé la question, « Quoi de neuf pour 2002-2003 ? » On a encouragé les Programmes d'Eradication de la Dracunculose à agir de manière plus agressive pour intensifier l'éducation sanitaire, la mobilisation sociale et pour améliorer l'efficacité de l'endiguement des cas en rendant la surveillance plus active, pour détecter chaque cas lorsque le ver de Guinée émerge et pour endiguer effectivement la transmission de chaque ver émergent. Si nous voulons enrayer la transmission de la maladie du ver de Guinée de toutes les zones endémiques à l'extérieur du Soudan d'ici la fin de 2004, les Programmes d'Eradication de la Dracunculose doivent faire preuve d'une efficacité accrue dans la mise en œuvre de toutes les interventions. Une courte liste des questions d'importance capitale demandant une attention immédiate, ainsi que les recommandations pour les résoudre durant cette phase critique de la campagne d'éradication sont présentées ci-après.

1. Un cas de dracunculose est défini comme suit : la première apparition chez une personne, au cours d'une année calendaire, d'une lésion de la peau avec un ver de Guinée sortant de la lésion.

Problème : Seuls les **nouveaux** cas sont notifiés par le système. Les mentions de personnes connaissant leur 2^e, 3^e ou plus ver de Guinée ne sont généralement pas notifiées car il ne s'agit pas de nouveaux cas. Par conséquent, tout échec à l'endiguement complet de la transmission de personnes ayant plus d'un ver de Guinée peut expliquer pourquoi les taux élevés d'endiguement de cas peuvent ne pas être suivis par une réduction comparable dans le nombre général de cas l'année suivante. De tels échecs peuvent également expliquer l'apparition de flambées inattendues de la maladie un an après.

Recommandation : Demander que tous les superviseurs laisse un exemplaire de leur carnet de bord (qu'ils doivent conserver de manière routinière pour déterminer si la personne représente un cas nouveau ou non) contenant l'information sur l'endiguement de la transmission de toutes les personnes présentant des vers de Guinée supplémentaires émergents pendant l'année calendaire. Demander également qu'ils maintiennent un dossier précis de ces événements et résultats au niveau du district. Les superviseurs de niveau élevé devraient consulter ces dossiers pour évaluer la régularité de la qualité des efforts faits pour endiguer la transmission au niveau du village ou du centre d'endiguement de cas.

2. Détecter les cas dans les 24 heures de l'émergence du ver et empêcher les patients de contaminer les sources d'eau potable, c'est-à-dire « endiguer les cas. »

Problème : Il existe peut-être un écart entre la norme mentionnée ci-dessus et la fréquence réelle de la surveillance au niveau village. Pour respecter la norme, les recherches de cas doivent être réalisées quotidiennement dans les zones endémiques. Si les cas ne sont pas détectés le jour où le ver de Guinée émerge ou si trop de temps s'écoule, le patient présentera probablement plus de risques de propager la maladie et de contaminer l'eau.

Recommandation : La surveillance doit être pro-active. Il faut un personnel suffisant au niveau village pour rechercher les cas quotidiennement de manière efficace et la supervision du processus d'endiguement des cas doit être réalisée toutes les semaines au niveau village pour se conformer au rythme de la surveillance des cas. L'endiguement de cas comprend en partie la confirmation, par les superviseurs, du processus d'endiguement dans les 7 jours de l'apparition du cas. Ces visites de supervision au village pour la confirmation ne sont peut-être pas nécessaires si le patient est admis dans un centre d'endiguement immédiatement après l'émergence du ver.

Tableau 3 Relation entre le nombre de villages/collectivités notifiant 1+ et 5+ cas et le nombre de cas notifiés de ces villages/collectivités en 2002, par pays

Pays	Nombre de villages/collectivités		% de villages 5+ Cas	Nombre de cas de villages		% de cas notifiés de 5+ Cas
	1+ Cas	5+ Cas		1+ Cas	5+ Cas	
Ghana	749	221	30%	5545	4595	83%
Nigeria	557	169	30%	3815	3089	81%
Togo	232	57	25%	1502	1200	80%
Mali	173	68	39%	821	646	79%
Burkina Faso	112	28	25%	525	407	78%
Niger	91	14	15%	248	130	52%
Côte d'Ivoire	26	4	15%	198	170	86%
Benin	31	7	23%	181	145	80%
Mauritanie	18	3	17%	42	22	52%
Total	1989	571	29%	12877	10404	81%

3. Un village endémique est un village où l'on peut établir une chaîne d'infections par le ver de Guinée, contractées localement, à savoir des villages où des cas contractés localement au cours de l'année passée ou auparavant sont reliés entre eux.

Problème : La vaste majorité (71%, voir ci-après et le tableau joint) de villages dans des pays endémiques à l'extérieur du Soudan qui ont notifié des cas en 2002 ont notifié moins de 5 cas. La vaste majorité de cas provenant de villages notifiant 1 à 4 cas uniquement au cours de 2002 étaient probablement importés d'ailleurs dans le pays ou d'un pays endémique voisin. Actuellement, ces enquêtes ne sont pas faites de manière systématique ou régulière à tous les endroits. Par conséquent, la plupart de ces cas ne sont jamais enquêtés, mais ces villages sont toujours notifiés par le Programme d'Eradication de la Dracunculose comme « nouvellement infectés, » signifiant que la transmission de la maladie est maintenant endémique et que toutes les interventions contre la maladie doivent être mises en œuvre dans ces villages (sans confirmation valide du fait que la transmission est endémique ou non).

Recommandation : Enquêter tous les cas supposés de villages qui n'ont pas notifié de cas au cours de l'année précédente ou qui n'ont notifié que des cas importés pour déterminer si l'infection peut avoir été contractée ailleurs et faire un examen croisé de tous les rapports de tels cas pour trouver le lieu d'origine probable de l'infection. Notifier ces villages comme « villages sous surveillance dû à l'importation de cas » et ne pas inclure ces villages dans la liste des villages endémiques, à moins d'avoir établi le caractère endémique de la maladie. Les volontaires actifs villageois doivent effectuer la surveillance, fournir une formation, du matériel et une supervision. Appliquer l'abate uniquement si l'enquête sur le cas révèle que le cas importé a contaminé des sources d'eau potable (il existe un laps de temps de 10 jours pour appliquer l'abate et prévenir toute transmission secondaire). Ne pas mettre en place d'autres interventions si les faits ne prouvent pas que c'est nécessaire.

Le Tableau 3 se fonde sur des données provisoires concernant le nombre de villages/ collectivités notifiant des cas et le nombre de cas notifiés de ces villages/collectivités, ainsi que la proportion de cas que ces villages/collectivités ont notifié en 2002. Un total de 1 989 villages dans les 9 pays ont notifié 1+ cas en 2002, mais seuls 579 (29%) des villages ont notifié 5+ cas et 71% ont notifié 1 à 4 cas chacun. Ces 1 989 villages ont notifié 12 877 cas, soit 99% des 13 000 cas notifiés en 2002 à l'extérieur du Soudan. Toutefois, un total de 10 404 (81%) cas ont été notifiés des 571 (29%) villages qui ont indiqué 5+ cas. Ces faits suggèrent vraiment que les Programmes d'Eradication de la Dracunculose passent trop de temps et utilisent trop de ressources pour couvrir un grand nombre de villages qualifiés de « villages endémiques » là où il n'existe que peu, voire pas de preuves de transmission endémique. Il est important de porter une attention spéciale à cette situation pour cibler effectivement les ressources en 2003-2004, surtout l'abate et les filtres en tissu. Cette analyse révèle qu'environ 571 villages prioritaires seulement à l'extérieur du Soudan ont véritablement besoin d'être ciblés pour une mise en place sérieuse de toute la gamme d'interventions contre la maladie de la dracunculose. Cette tâche est à l'évidence beaucoup plus gérable et notre attention collective peut vraiment se concentrer sur les endroits où le risque de transmission est plus élevé. Nous devrions prendre à cœur le fait que nous approchons du point final de cette campagne, retrouver notre enthousiasme et prendre confiance dans le fait que la fin de notre conquête est proche. Allons de l'avant !

EN BREF

Le Nigeria a mis en place des Centres d'Endiguement de Cas dans trois collectivités locales : Obi dans l'état de Benue et Ibarapa du Nord et Iseyin dans l'état d'Oyo. Soixante-quatorze, soit 32% des 229 cas notifiés au Nigeria en février 2003, ont été endigués dans les centres d'endiguement. Dans la collectivité d'Obi, les responsables sanitaires ont adopté une limite de 12 heures après l'émergence du ver pour dépister les nouveaux cas.

Côte d'Ivoire. Agent renfort. Monsieur Bourginard et Monsieur Siriki font tous les efforts possibles pour dépister et endiguer les cas dans le district de Tanda, malgré les problèmes de conflit civil dans le pays. La Côte d'Ivoire n'a notifié que 24 cas, tous dans le district de Tanda, de janvier à février 2003, alors que ce chiffre était de 143 cas pendant les deux mêmes mois de 2002. Le district de Tanda a notifié 93% des cas de la Côte d'Ivoire en 2002.

Le Togo signale que 63 des 193 cas notifiés en janvier-février 2003 ont été endigués dans les centres d'endiguement de cas. Le coordinateur du programme national, Monsieur K. Ignace Amegbo, et la consultante de Global 2000/Centre Carter, Madame Azalia Mitchell, ont assisté à une partie de la réunion d'examen semi-annuel au Ghana, les 10 et 11 mars.

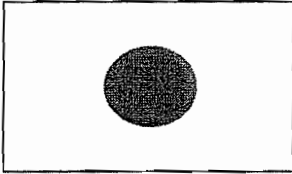
Le Soudan a organisé une Journée du Ver de Guinée à Terekeka, dans la province où la maladie est la plus endémique de l'état de Bahr Al-Jabal, pour aider à accélérer l'interruption de la transmission de la dracunculose dans cet endroit. Ont participé à la Semaine du Ver, le gouverneur de l'état, le coordinateur du programme national, le Docteur Nabil Aziz, le représentant national de l'UNICEF, des ministres de la santé des états de Bahr Al-Jabal et de West Equatoria, des membres du personnel du Programme d'Eradication du Soudan et environ 500 villageois locaux. L'UNICEF a octroyé 50 000\$ pour acheter du tissu pour préparer les filtres.

Global 2000, en partenariat avec Sudan Production Aid (SUPRAID), a réalisé des sessions d'éducation sanitaire avec des participants des six Payams du comté de Twic, (état de Bahr Al Ghazal-Nord) lors des Jeux Olympiques à Twic, au début de février 2003. Lors des séances d'éducation sanitaire, on a distribué aux participants et aux militaires de la région des tissus pour les filtres des ménages et des filtres-conduites. Global 2000 a également apporté un soutien à SUPRAID pour achever l'installation de 49 puits forés dans le comté de Twic d'ici le 15 mai dans le cadre de son programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Ce programme est mis en œuvre en partenariat avec l'UNICEF, Inter-monde, les Chefs exécutifs du Comté de Twic et les responsables de l'administration civile du comté de Twic. Les équipes d'approvisionnement en eau et d'assainissement interviendront dans les régions où la maladie est très endémique et elles ont été formées pour réaliser des séances d'éducation sanitaire et distribuer des filtres ménagers et des filtres-conduites. Adventist Relief and Development Agency (ADRA) a reçu des fonds de Global 2000 pour réaliser des activités d'éradication de la dracunculose dans tous les six Payams du comté de Twic jusqu'en août 2003. ADRA pense pouvoir couvrir 800 villages où la dracunculose est endémique. Les 400 premiers seront atteints avant avril.

LE BURKINA FASO ORGANISE UNE REUNION D'EXAMEN ANNUELLE A OUAHIGOUYA

Le Programme d'Eradication de la Dracunculose du Burkina Faso a organisé sa réunion annuelle d'examen de programme à Ouahigouya, les 20 et 21 mars. Les responsables sanitaires aux niveaux district et région provenant des parties du pays où la maladie reste la plus endémique, ont participé à la réunion, au même titre que des représentants des principaux partenaires externes : UNICEF, OMS, Corps de la Paix américain et Global 2000 du Centre Carter. Le programme a annoncé son intention d'organiser des Semaines du Ver dans 23 villages endémiques entre mars et juin 2003. Les villages ciblés qui sont parmi les 35 du pays où la maladie est la plus endémique ont notifié 314 cas, soit 53% des 592 cas notifiés au Burkina Faso en 2002.

LE JAPON APPORTE UNE ASSISTANCE AU SOUDAN



Le 25 février 2003, l'ambassade du Japon à Khartoum a signé un accord de don de 81 781\$ au bureau de Global 2000/Centre Carter à Khartoum, dans le cadre de l'assistance qu'apporte le Japon au projet des communautés. Ce don sera utilisé essentiellement pour fournir des filtres ménagers au Programme d'Eradication de la Dracunculose du Soudan. Dans un communiqué de presse diffusé au moment de la signature, l'ambassade indiquait que « le Gouvernement japonais espère que cette aide pourra contribuer effectivement à

l'éradication de la dracunculose qui afflige bien des parties du Soudan... Le Gouvernement du Japon souhaite indiquer sa foi dans les relations amicales existant entre les populations japonaise et soudanaise. » Il s'agit du quatrième don de ce genre accordé au bureau du Centre Carter à Khartoum par l'ambassade du Japon, à l'intention du Programme d'Eradication de la Dracunculose au Soudan, suivant des dons précédents d'un total de 393 000\$ en 1999, en 2001 et en 2002.

FINANCEMENT DE LA FONDATION GATES POUR DES INTERVENTIONS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU PAR L'UNICEF



Le Comité Gates de Don pour la Dracunculose a approuvé un don de 2 175 000\$ pour l'UNICEF pour aider à financer l'installation de nouveaux points d'eau salubre et la rénovation d'anciens points d'eau dans cinq pays où la maladie revêt un caractère endémique : Ghana, Nigeria, Burkina Faso, Togo et Mali. Ce don permettra d'accélérer les activités d'approvisionnement en eau salubre dans les villages où la dracunculose est endémique de ces pays clés, qui regroupent les principales zones d'endémicité à l'extérieur du Soudan.

Le don sera octroyé dans les deux prochaines années. Les montants respectifs proposés et les objectifs sont 525 000\$ pour 206 nouveaux puits et 100 puits remis en état au Ghana, 450 000\$ pour 170 nouveaux puits et 100 puits remis en état au Nigeria, 400 000\$ pour 150 nouveaux puits et 60 puits remis en état au Burkina Faso, 410 000\$ pour 180 nouveaux puits et 50 puits remis en état au Togo et 300 000\$ pour 80 nouveaux puits et 70 puits remis en état au Mali. L'UNICEF utilisera son propre financement pour renforcer l'éducation sanitaire, la formation et la mobilisation communautaire dans les communautés ciblées.

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 James H. Maguire, Directeur, 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.