



Date: 15 septembre 1999

Du:



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

Sujet:

Résumé de la dracunculose #94

A: Destinataires

Détecter chaque cas, endiguer chaque ver !

LE BÉNIN ET LE TOGO SE PRÉPARENT À LA SAISON DE TRANSMISSION PIC

Partageant une frontière en commun, le Bénin et le Togo, pays où la maladie est moins endémique, sont entourés par les trois poids lourds de l'Afrique en ce qui concerne la dracunculose : Nigéria, Ghana et Burkina Faso (Figure 1). Les responsables de l'éradication de la dracunculose des deux pays ont tenu une réunion à la frontière à Savalou dans le département de Zou au Bénin, du 9 au 10 septembre sous la direction du Docteur Aristide Paraiso et de M. K. Ignace Amegbo, coordinateurs des programmes nationaux du Bénin et du Togo respectivement. La réunion a permis de se mettre d'accord sur les points suivants : 1) coordonner les actions de lutte contre la dracunculose dans les sous-préfectures endémiques (Bénin) et les préfectures endémiques (Togo) le long de la frontière entre le Bénin et le Togo ; 2) adopter des modalités identiques pour récompenser les patients, les informants et les agents de santé dans les villages, et ne récompenser que les cas locaux (non pas les cas importés de l'autre pays) ; 3) commencer à mettre en place le système de récompenses d'abord dans les anciennes zones endémiques ; 4) chercher à obtenir la permission des deux gouvernements pour permettre un accès libre au personnel du programme qui cherche à traverser la frontière pour réaliser des interventions contre la maladie ; 5) identifier toutes les sources d'eau de boisson utilisées par les communautés endémiques le long de la frontière, tous les postes de santé, les marchés et toutes les autres infrastructures pouvant être utiles au programme ; 6) organiser deux réunions en octobre 1999 (l'une au Togo et l'autre au Bénin) pour informer/former tous les volontaires villageois et les superviseurs des deux côtés de la frontière concernant le système de récompenses ; 7) organiser des journées de mobilisation communautaire dans les deux pays ; 8) traiter systématiquement avec de l'Abate toutes les sources d'eau de boisson le long de la frontière ; et 9) tenir régulièrement des réunions avec le personnel des deux programmes. Le Docteur Alhousseini Maiga de l'OMS et les Docteurs Ernesto Ruiz-Tiben et Donald Hopkins du Centre Carter/Global 2000 ont rendu visite aux programmes des deux pays en août-septembre.

Figure 1

Districts où la maladie est la plus endémique au Togo et au Bénin

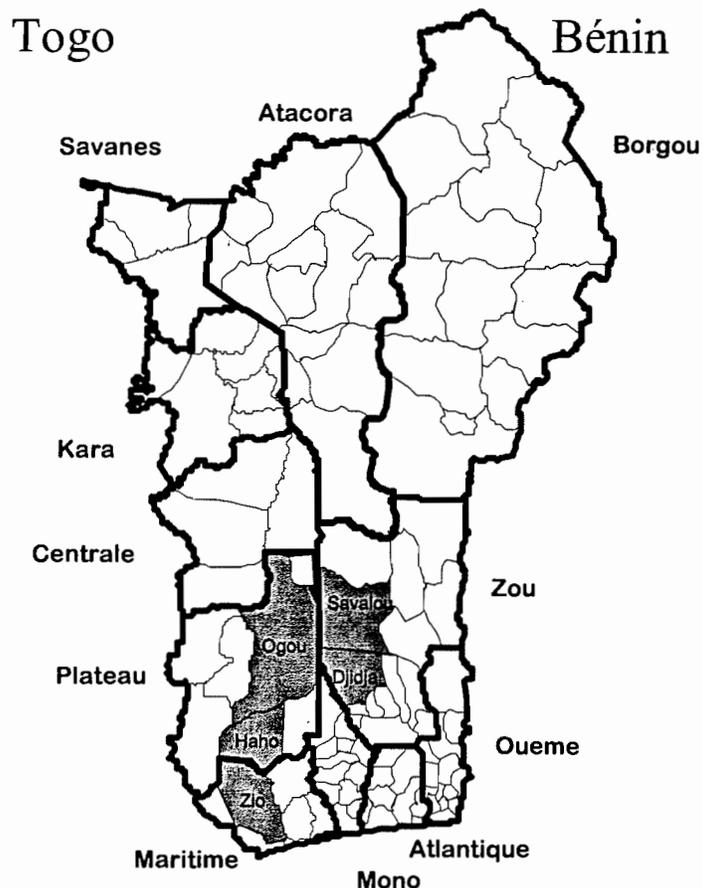
Le Docteur Alhousseini Maiga de l'OMS et les Docteurs Ernesto Ruiz-Tiben et Donald Hopkins du Centre Carter/Global 2000 ont rendu visite aux programmes des deux pays en août-septembre.

Figure 2

Programme d'éradication de la dracunculose au Bénin
Nombre de cas de dracunculose notifiés en 1998 et en 1999

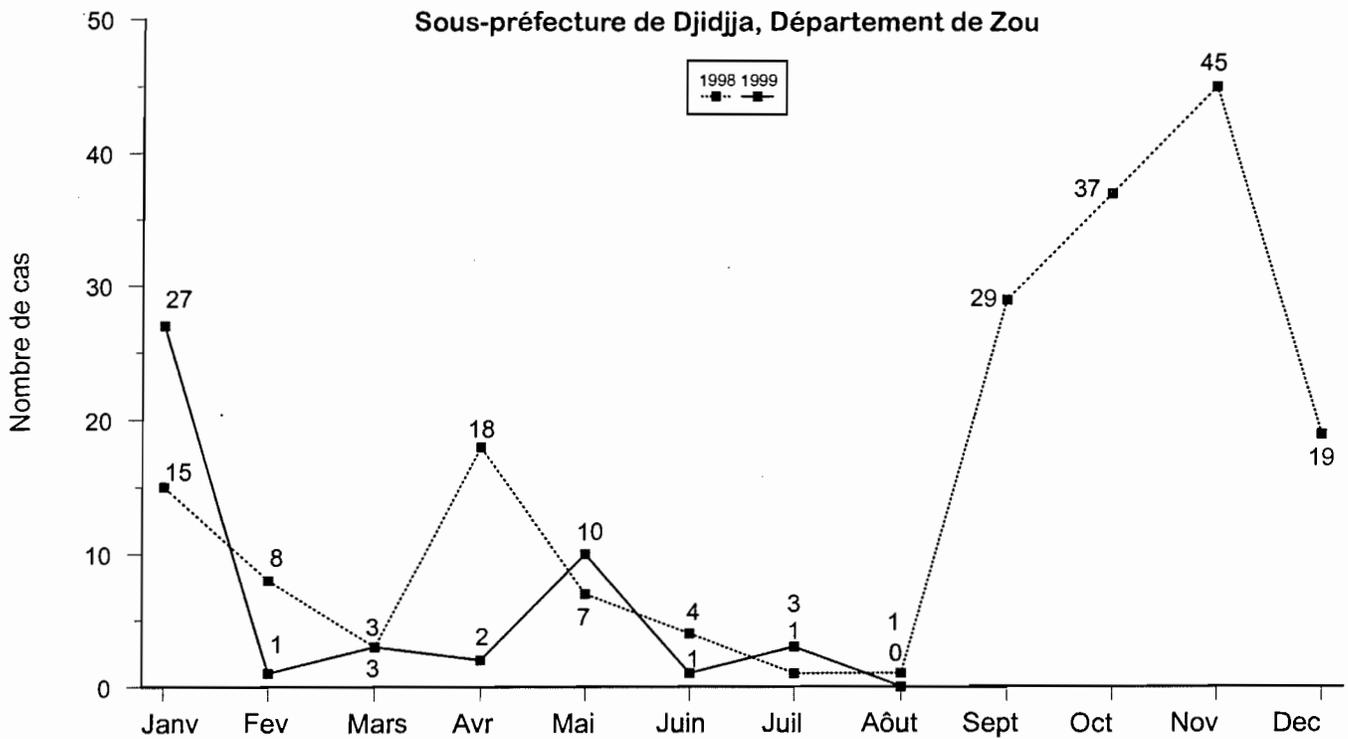
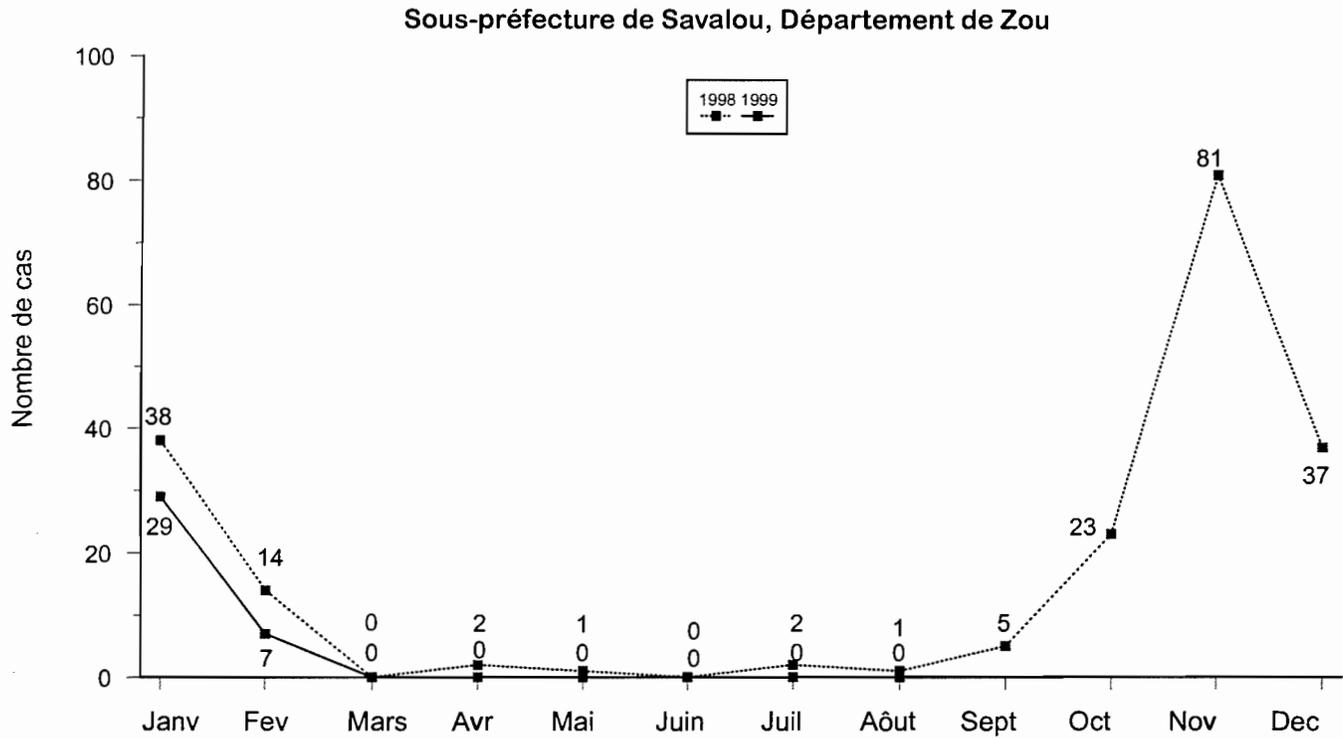
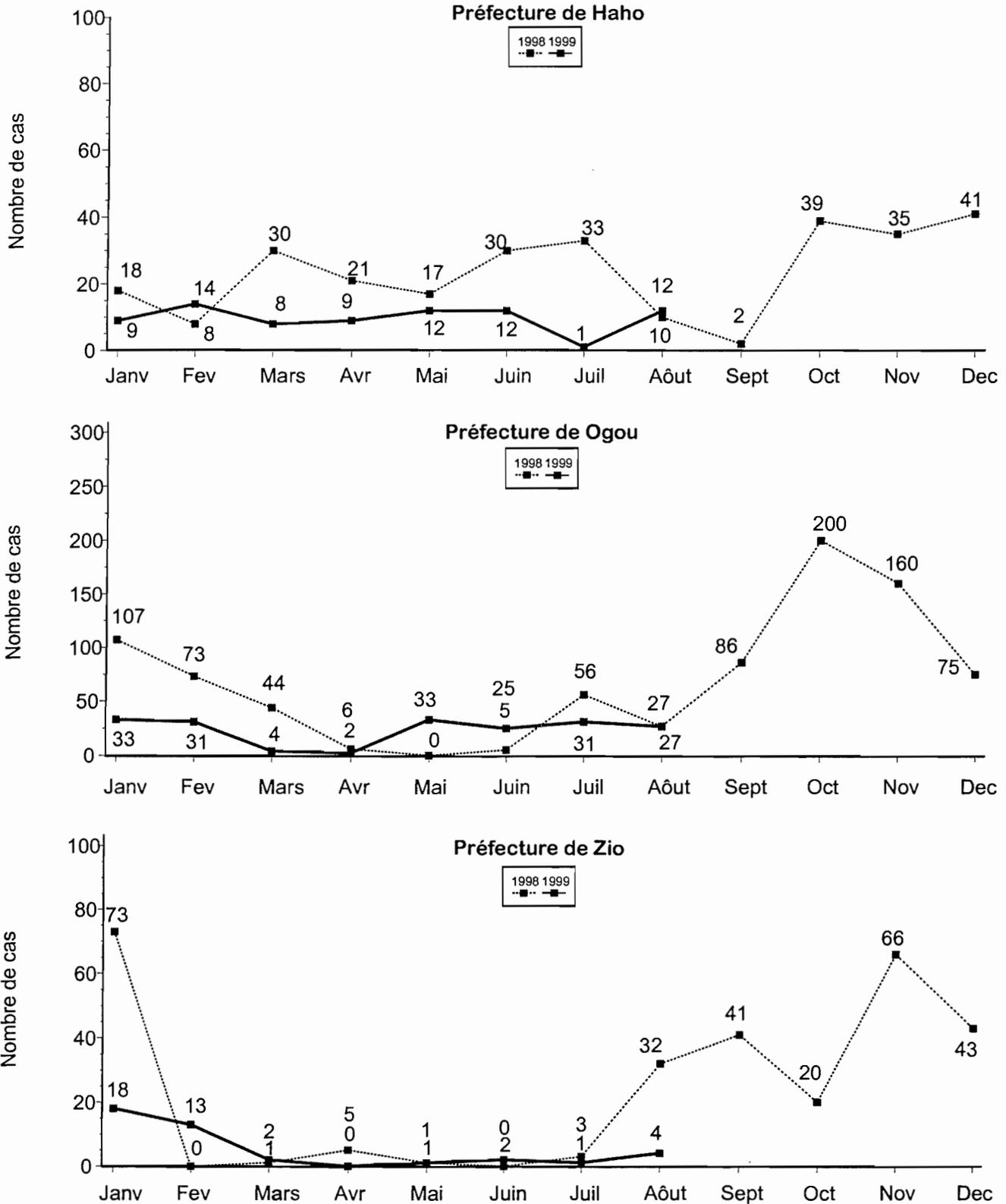


Figure 3

Programme d'éradication de la dracunculose au Togo
Nombre de cas de dracunculose notifiés en 1998 et en 1999

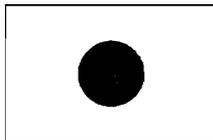


Au Bénin, la saison de transmission pic s'étend du mois d'octobre jusqu'à janvier. Le Bénin a notifié un total de 695 cas de dracunculose en 1998 dont 391 (56%) dans seulement deux sous-préfectures de Zou : Savalou (204 cas) et Djidja (187). Les 695 cas ont été notifiés par 179 villages endémiques dont 92 n'ont indiqué qu'un seul cas chacun. Trois des six départements du Bénin (Atavora, Atlantique, Oueme) n'ont indiqué aucun cas autochtone en janvier-juillet 1999. Seuls 66 villages ont notifié un ou plusieurs cas jusqu'à présent et 38 d'entre eux n'ont notifié qu'un seul cas. L'incidence de la maladie dans les sous-préfectures de Savalou et de Djidja en 1998-99 est montrée sur la Figure 2. Le Bénin notifie 27% de cas en moins en janvier-juillet 1999 comparé à la même période de 1998 et 91% des cas de cette année auraient été endigués.



Des filtres ont été distribués à tous les ménages des villages endémiques sans eau potable à Zou. L'abate est utilisé dans environ 55% des villages endémiques avec des contrôles aléatoires pour dépister les copépodes dans un échantillon d'étangs traités. Sur les 44 villages endémiques (notifiant un ou plusieurs cas depuis le 1er janvier 1998) à Zou, 22 ont des sources adéquates d'eau potable et seuls sept villages sans eau potable suffisante avaient 10 cas ou plus en 1998. L'UNICEF aidera à construire au moins 17 nouveaux puits dans les villages endémiques du Département de Zou cette année, ayant installé 49 nouveaux puits à Zou en 1998. Deux consultants financés par Health and Development International (HDI) sont arrivés dans le pays au début de septembre pour aider à intensifier la supervision des agents de santé villageois dans le département de Zou pendant la saison actuelle de transmission pic. Le Ministère de la Santé a acheté 400 bicyclettes de plus pour les agents de santé villageois, 85 bicyclettes d'une expédition précédente sont en train d'être livrées.

La saison de transmission pic au Togo va de septembre à janvier. Le Togo a notifié 2125 cas en 1998 dont 1408 (66%) dans trois sous-préfectures seulement : Ogou (839 cas), Zio (285 cas) et Haho (284). En 1998, il existait 203 villages endémiques. En janvier-août 1999, 92 villages ont notifié des cas (y compris 17 villages nouvellement endémiques) et dont 26 n'ont indiqué jusqu'à présent qu'un seul cas chacun. L'incidence de la maladie dans les sous-préfectures d'Ogou, Haho et Zio est indiquée sur la Figure 3. Le Togo notifie 33% de cas en moins en janvier-août 1999 comparé à la même époque de 1998 et 67% des cas de cette année auraient été endigués.



JAPAN



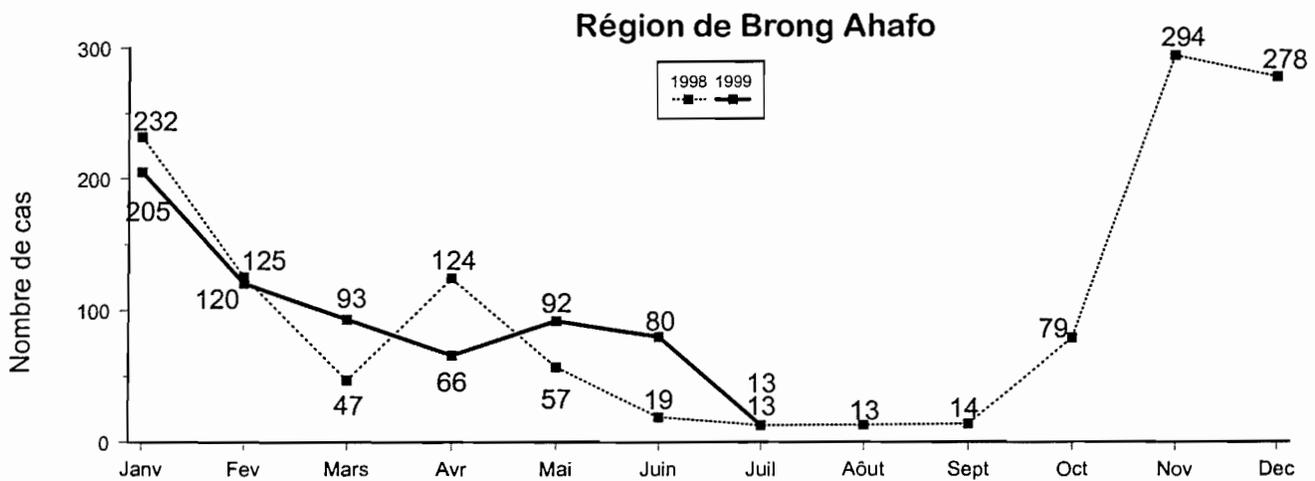
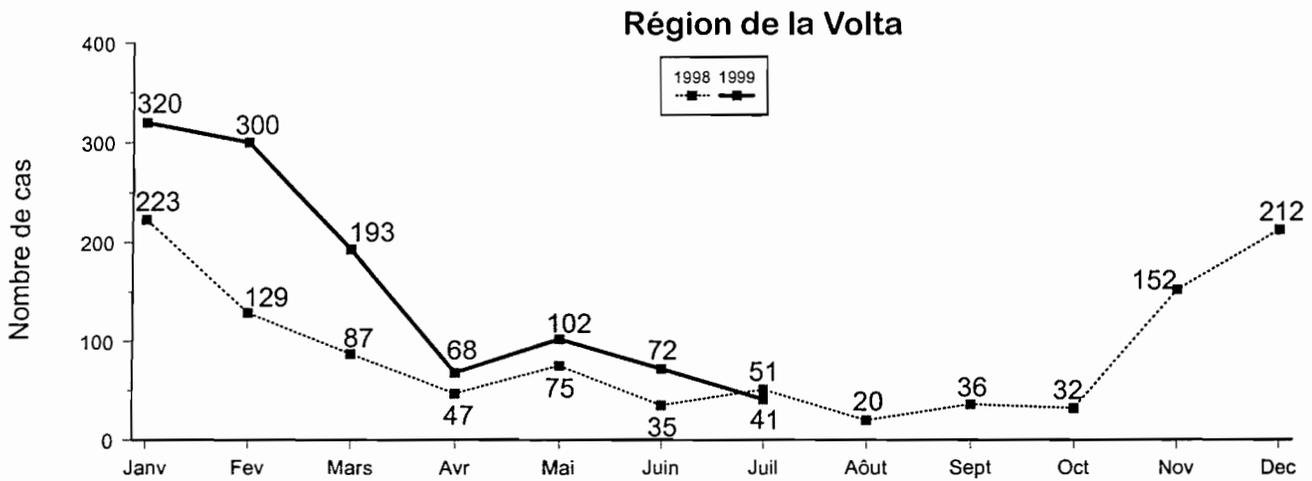
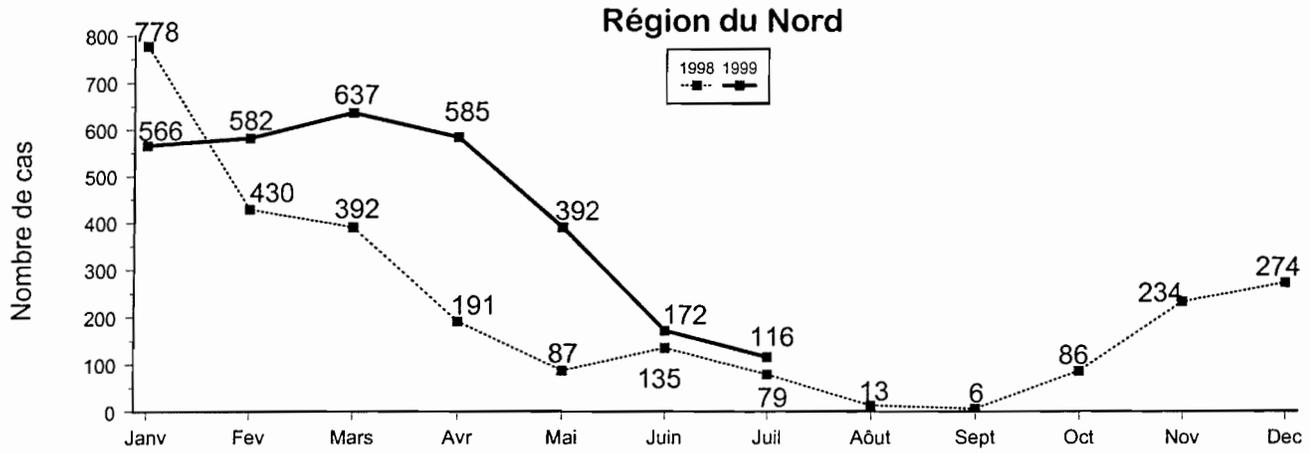
Des filtres ont été distribués récemment à tous les ménages des villages endémiques de la sous-préfecture de Zio et des filtres seront distribués dans l'Ogou et le Haho avant la fin de décembre. Le village de Hakedji qui en 1998 était le village le plus endémique du pays et qui avait reçu la visite du Ministre de la santé pour cette raison a été équipé de deux nouvelles sources d'eau salubre en juillet et août. Les puits avaient été installés dans le cadre d'un programme financé par le Japon qui approvisionne en eau salubre plusieurs villages endémiques dans le Zio. (la vidéo d'une demi heure de la visite du Ministre était rediffusée à la télévision nationale au début de septembre). Les préfectures d'Ogou et de Haho partagent malheureusement la même géologie difficile pour l'approvisionnement en eau salubre que les sous-préfectures de Djidja et de Savalou au Bénin. Aucun bailleur de fonds externe n'apporte actuellement une assistance pour l'approvisionnement en eau de ces deux sous-préfectures togolaises où la maladie est endémique. Le Togo a utilisé l'Abate dans 78% de tous les villages endémiques en 1998. Deux volontaires du Corps de la Paix américain seront affectés à Ogou et l'un à Haho avant la fin de 1999. Le Corps de la Paix financera également le recyclage des agents de santé villageois dans les villages endémiques. Un consultant envoyé par HDI aide ce programme de la mi-août à la mi-décembre et un autre doit venir en octobre-novembre.

LE GHANA FAIT UN EXAMEN DU PROGRAMME NATIONAL

Du 9 au 10 septembre, le Ministère de la Santé du Ghana a tenu une réunion à Accra pour faire le point de la situation concernant l'éradication de la dracunculose puisque le Vice-Président et les Ministres régionaux avaient décidé en septembre 1998 d'éradiquer la dracunculose au Ghana d'ici la fin de l'année. Le Ministre de la Santé était représenté par le Vice-Ministre de la Santé, Docteur Moses Adibo. Presque tous les dix ministres régionaux étaient présents au même titre que les coordinateurs régionaux du programme du ver de guinée et plusieurs directeurs régionaux de la

Figure 4

**Programme d'éradication de la dracunculose au Ghana
Nombre de cas de dracunculose notifiés en 1998 et en 1999**



santé ainsi que d'autres représentants sanitaires des districts endémiques clés. Des représentants de l'Agence d'approvisionnement en eau et d'assainissement, de l'UNICEF et du Centre Carter/Global 2000 étaient également présents. La réunion s'est déroulée sous la présidence du coordinateur du programme national, Docteur Sam Bugri. Des représentants des Régions du Nord, de Brong-Ahafo et de la Volta ont fait des présentations détaillées. Ces trois des dix régions du Ghana ont notifié 91% des cas du Ghana jusqu'à présent cette année. Si l'engagement des dirigeants politiques aux niveaux régional et local pris lors de la réunion de l'année dernière représente certes un pas valable pour le programme, les participants ont par contre reconnu qu'il fallait faire des efforts supplémentaires, au vu de l'accroissement de cas par rapport à l'année dernière. Le Ghana a connu des pénuries d'Abate pendant les cinq premiers mois de 1998 et en mars 1999 ainsi que des retards dans le financement du gouvernement en janvier-mai 1998. Tous ont convenu que les mesures prises contre la maladie dans les Régions au Nord, de Brong-Ahafo et de la Volta bénéficieront indirectement à toutes les autres régions en diminuant l'exportation de cas dans les régions non endémiques ou alors les régions où la maladie est moins endémique. Les cas signalés mensuellement dans ces trois régions sont récapitulés sur la Figure 4. Parmi les 110 districts du Ghana, 7 ont signalé 63% des 5323 cas en janvier-juillet de cette année : Savelugu-Nanton (626 cas), Zabzugu-Tatale (515), Nanumba (441), Gonja de l'Est (361) et Saboba-Chereponi (328) dans la Région du Nord ; Atebutu (509) dans la Région de Brong-Ahafo et Kete-Krachi (588) dans la Région de la Volta.

Le coordinateur de la Région du Nord, M. Patrick Apova, région qui a notifié 3113 cas (58% du total national) jusqu'à présent cette année aurait endigué 50% de ses cas. Des filtres ont été distribués à tous les ménages dans 25 villages seulement, soit 8% des villages ayant des cas jusqu'à présent en 1999. L'Abate a été utilisé dans 27% des villages endémiques pendant les mois de transmission pic de janvier à février 1999. Vingt et un pour cent des villages endémiques de la région comptent au moins une source d'eau salubre. L'approvisionnement en eau potable de la capitale du district endémique, Savelugu, tant attendu devrait être achevé à la fin d'octobre et l'UNICEF aidera à construire ou à rénover les sources d'eau potable dans plusieurs villages endémiques de la région.

La région de la Volta (M. Vernance Attivor, coordinateur régional) a notifié 1107 cas de 104 villages en janvier-juillet de cette année (21% du total national) dont 65% des cas auraient été endigués. Dans la région de la Volta, 52% des 12 635 ménages dans les villages endémiques ont reçu des filtres en tissus (61% des ménages dans les villages endémiques du district de Kete-Krachi). Pendant les mois de transmission pic de janvier à février 1999, les étangs dans 23% des villages endémiques ont été traités avec de l'abate. Vingt six pour cent des villages endémiques ont une source d'eau salubre. L'Agence de développement international danoise (DANIDA) a aidé à remettre en état les sources d'eau salubre dans dix communautés endémiques du district de Kete-Krachi.

La Région de Brong-Ahafo (M. Anthony Ofori, coordinateur régional) a notifié 669 cas dans 58 villages endémiques jusqu'à présent cette année, représentant presque 13% du total national. Tous les ménages ont reçu des filtres de coton dans 15 (26%) des 57 communautés endémiques du district d'Atebubu mais la proportion des villages endémiques de la région avec une couverture de 100% n'est pas encore connue. Pendant les mois de transmission pic de janvier à février, les étangs de 23% des villages endémiques ont été traités avec de l'Abate. La proportion des communautés endémiques qui disposent d'une source d'eau potable n'est pas encore connue. Récemment, le ministère régional de la santé a donné un nouveau véhicule au programme du district d'Atebubu.

Deux volontaires du Corps de la Paix commenceront à travailler avec les programmes locaux de la dracunculose du District d'Atebubu (région de la Volta) et du District de Zabzugu (Région du Nord) à la mi-octobre. Trois consultants du Center Carter (Global 2000) ont commencé à travailler dans les districts d'Atebubu (Région de Brong-Ahafo), à l'Est de Gonja (Région du Nord) et à Kete-Krachi (Région de la Volta). Tout le matériel des filtres et l'Abate pour la saison à venir ont été dédouanés et reçus par le secrétariat du programme.

LISTE PAR LIGNE: OUTIL POUR UNE GESTION EFFCACE ET UN PLAIDOYER

Le tableau 1 fait la liste par ligne des cinq villages les plus endémiques du district d'Atebubu dans la Région de Brong-Ahafo au Ghana, en date de juillet 1999. Les villages sont donnés en ordre décroissant du nombre de cas notifiés en janvier-juillet 1999 y compris les 4 mois de transmission pic (janvier à avril). Il comprend également des colonnes pour suivre les indices des trois interventions clés dans chaque village endémique : distribution de filtres en tissu à tous les ménages, traitement des sources d'eau avec de l'Abate et approvisionnement en eau potable. Le tableau est adapté

d'autres tableaux analogues qui sont utilisés dans certaines parties du Bénin, du Ghana et du Togo pour suivre la situation concernant l'approvisionnement en eau salubre dans les villages endémiques. Dans cet exemple, les données sur le traitement avec l'Abate et le bon fonctionnement des puits ne sont pas disponibles et aucune donnée d'intervention n'est encore disponible pour le quatrième village où la maladie est endémique depuis récemment. Certains chiffres sur la population sont des estimations et les données peuvent être mises à jour et perfectionnées mensuellement.

En utilisant un tableau comme celui-ci, les programmes peuvent suivre l'état des interventions dans les villages prioritaires et voir facilement s'ils ont besoin d'orienter leurs efforts pour couvrir tous les villages endémiques avec des interventions adéquates en commençant par ceux prioritaires. Des listes analogues ont été utilisées pour suivre tous les villages endémiques restants au Pakistan, au Cameroun, au Tchad, au Sénégal et en Ethiopie (voir Résumé de la dracunculose 86). Des villages endémiques sans point d'eau potable (par exemple villages 1 et 3), des villages avec une couverture inadéquate (village 2) ou des systèmes d'approvisionnement en eau qui ne fonctionnent plus peuvent être ciblés pour une couverture prioritaire de 100% des ménages avec des filtres en tissus et un traitement à base d'Abate des points d'eau en question. A cette étape de l'éradication, les programmes devraient préparer et mettre à jour régulièrement un résumé de ce genre pour chacun des districts les plus endémiques et ces rapports devraient être mis à jour mensuellement et affichés dans les bureaux locaux et nationaux du programme d'éradication. Outre le fait que ces tableaux peuvent être utilisés pour suivre l'état d'avancement du programme dans les zones les plus endémiques, ils peuvent servir d'outil pour défendre la cause en montrant clairement que les villages endémiques devraient être classés en ordre prioritaire pour les travaux de construction ou de rénovation des points d'eau potable (dans cet exemple, les villages 1 et 2) afin d'obtenir le plus d'impact possible des interventions d'approvisionnement en eau sur les 16 mois à venir.

Tableau 1

**Programme d'éradication de la dracunculose au Ghana:
Liste des communautés endémiques en ordre décroissant des cas de 1999**

Région: <u>Brong-Ahafo</u>		District: <u>Atebubu</u>		Date: <u>juillet 1999</u>		Nom du coordinateur du programme du district _____			
Villages	Zone	Cas Janvier-février 1999	Population	Nombre de ménages	Nombre de ménages avec filtre	Taux d'abate mensuel	Situation eau salubre	Commentaires	
1	Wokasua	Abease	78	308	42	42	ND	0	Taux d'endiguement des cas
2	Parembo	Parembo	62	4000	450	450	ND	2	
3	Fawomang	Abease	58	1000	73	50	ND	0	
4	Nwowam	Duabone	43	ND	ND	ND	ND	ND	
5	Hiampe	Abease	38	680	35	35	ND	1	

ND = non disponible

*Clé

1+ = Puits creusé ou foré opérationnel

1- = Puits creusé ou foré non-opérationnel

0 = Pas de puits creusé ou foré

L'OUGANDA DIMINUE DE 63% LE NOMBRE DE CAS DE DRACUNCULOSE PENDANT LA SAISON PIC DE 1999

Tel qu'expliqué sur la Figure 5, le programme d'éradication de la dracunculose de l'Ouganda a diminué de 63% l'incidence de la dracunculose, de janvier à juillet 1999, comparé à la même période de 1998, passant de 667 cas à 239 cas. Cela englobe toute la saison de transmission pic d'avril à juillet. 94% des cas de cette année ont été endigués

jusqu'à présent d'après les notification (tableau 1). Un total cumulé de 93 villages ont indiqué un ou plusieurs cas en janvier-juillet 1999 comparé aux 145 villages qui ont fait la même chose en 1999 (y compris les cas importés), soit une réduction de 36% dans les villages endémiques. Sur les 252 cas signalés jusqu'à présent en 1999 (y compris les cas importés), 155 cas (62%) étaient notifiés par le district de Kotido, 52 (21%) de Moroto et 40 (16%) du District de Kitgum. Ce rapport se base sur l'information fournir par le responsable du programme national, Docteur J. Bosco Rwakimari.

REUNION INTERORGANISATIONS AU CENTRE CARTER

La 38e Réunion du Groupe de coordination de la dracunculose s'est tenue au Centre Carter à Atlanta le 16 août 1999. Les participants étaient notamment des représentants du Centre Carter/Global 2000, des CDC, de la Banque mondiale, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations-Unies pour l'enfance (UNICEF). Le Docteur Joel Breman, membre de la Commission globale de certification de l'éradication de la dracunculose était également présent. Les participants ont discuté des raisons expliquant l'accroissement du nombre de cas cette année au Ghana et au Nigeria et des difficultés que ne cesse de rencontrer le programme au Burkina Faso. La nécessité d'accélérer et de suivre les travaux de remise en état ou de construction de points d'eau potable dans les villages endémiques clés a été souligné au Nigeria.

EN BREF

Côte d'Ivoire : Madame Nwando Diallo, associée senior de programme au siège de Global 2000/Centre Carter est arrivée en Côte d'Ivoire au début de septembre pour commencer une mission de 6 mois. Elle travaillera avec le Docteur Henri Boualou et ses collègues alors qu'ils se préparent à stopper la transmission de la dracunculose l'année prochaine.

Nigeria : Le Nigeria a notifié 892 cas pour le mois d'août 1999, soit une réduction de 26% par rapport aux 1197 cas notifiés en août 1998 (Tableau 1). Le nombre de cas notifiés en 1998 et pendant la période de janvier à août 1999 par chacune des quatre zones est montré sur la figure 5. Le Général Docteur Yakubu Gowon a fait sa première visite au nom du Programme d'éradication de la dracunculose du Nigeria dans l'état de Kano (du 16 au 18 août) et dans l'état du Niger (20 août). Il était accompagné par une équipe de représentants du Centre Yakubu Gowon, du Ministère de la Santé et de Global 2000/Centre Carter. Dans l'état du Niger, le Gouverneur exécutif, l'ingénieur A. Kure a demandé que deux des foreuses de l'état soient déplacées immédiatement dans les communautés endémiques et il a promis que toutes les régions endémiques de l'état disposeraient d'une eau salubre d'ici l'an 2000. Dans l'état de Katsina, le gouverneur a débloqué deux millions de naira (environ 23 000 dollars) pour les interventions, y compris l'approvisionnement en eau salubre des villages endémiques.

Burkina Faso : Le Burkina Faso a finalement formé du 17 au 21 août ses 14 agents de renfort, un pour chacun des districts les plus endémiques du pays. La saison de transmission pic dans ce pays va du mois de mai à septembre.

SOUTIEN DE L'OMS AU SUD SOUDAN



Des réunions d'examen conjoint OMS/Global 2000 ont été tenues lors d'une mission récente du personnel de l'OMS à Nairobi afin de revoir les nouvelles propositions présentées par les trois ONG déjà financées l'année dernière. Les contributions suivantes ont été approuvées en vue de réaliser des activités d'éradication de la dracunculose :

1. Comitato Collaborazione Medica touchera 35 000 \$US de l'OMS en vue d'étendre la présente intervention dans la région Adior d'ici la fin de l'année.
2. Christian Mission Aid touchera un total de 28 650 \$US de l'OMS en vue d'étendre les activités de la région de Langken jusqu'à l'année 2000.
3. Mundri Relief and Rehabilitation Association sera financé par l'OMS à hauteur de 28 704 \$US pour étendre les activités jusqu'à mars 2000 dans le comté de Mundri et de Taly Payam.

Figure 5

Programme d'éradication de la dracunculose du Nigeria
 Nombre de cas de dracunculose notifiés en 1998-1999

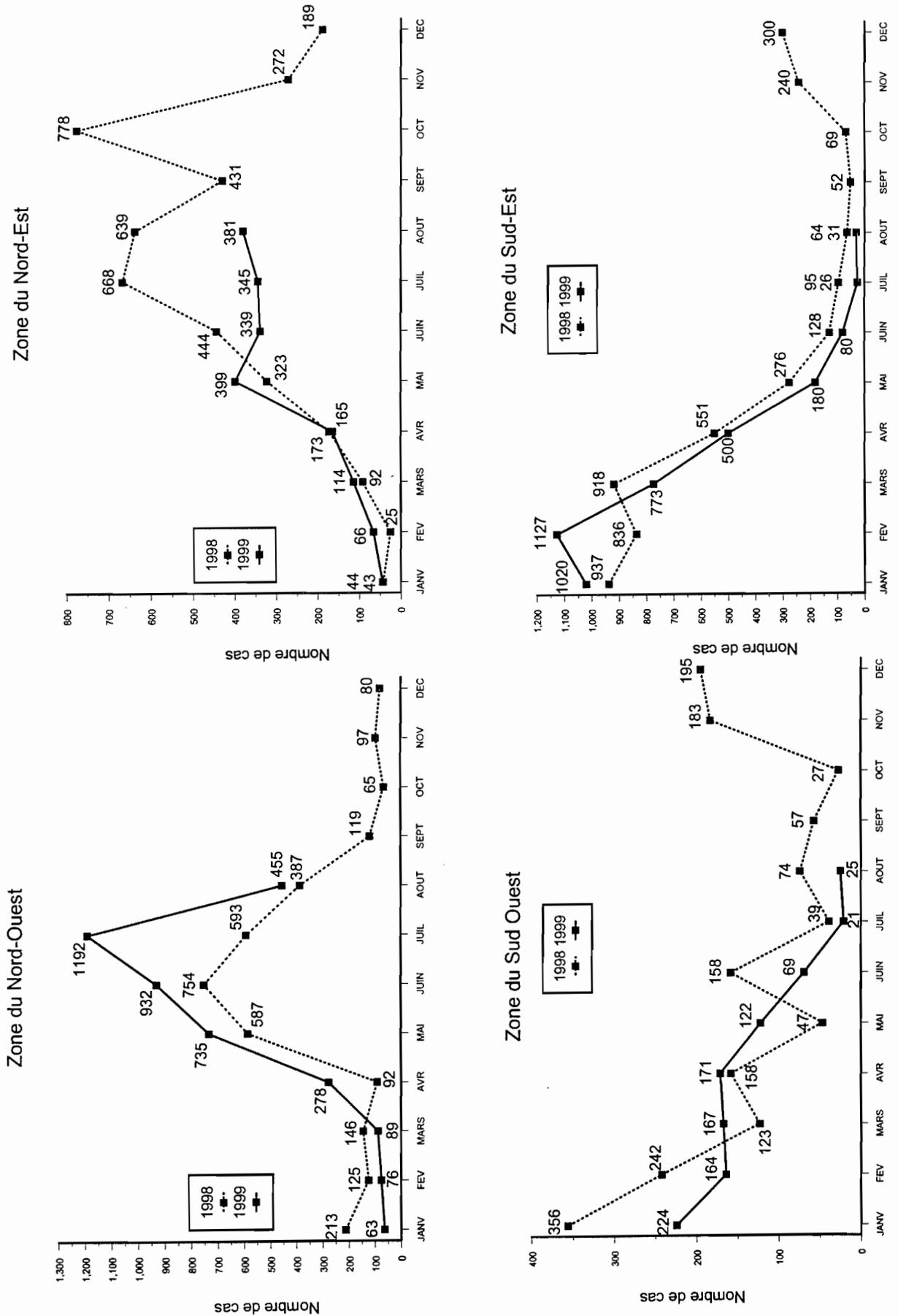
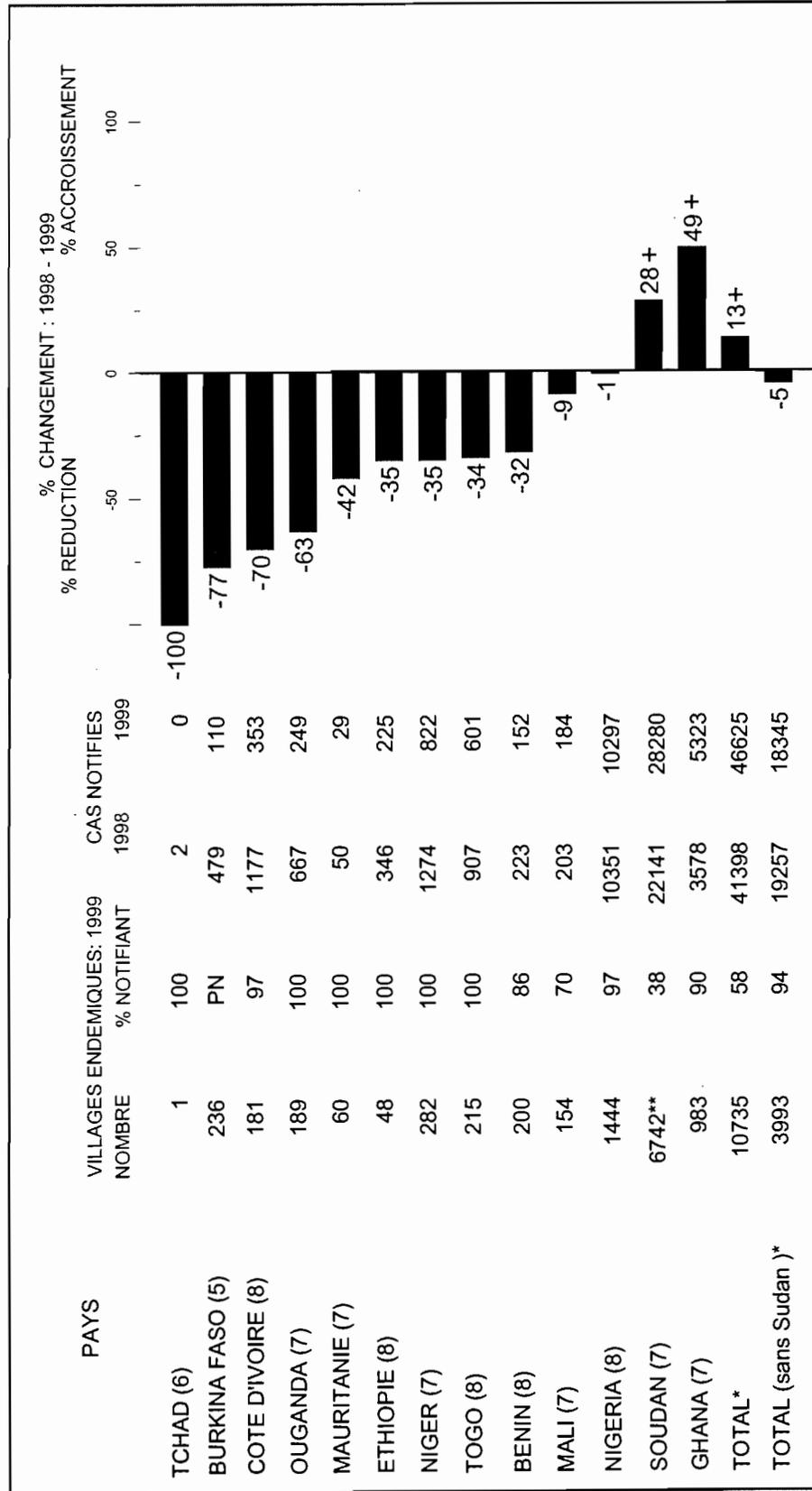


Figure 6 Pourcentage de villages endémiques notifiant et changement en pourcentage du nombre de cas autochtones de dracunculose en 1998 et en 1999*, par pays



* Provisoire : le total ne comprend pas les cas importés

** Inclut 1830 villages endémiques qui ne sont pas accessibles au programme pour des raisons de sécurité

(6) Dénote nombre de mois pour lesquels des comptes rendus ont été reçus, janvier à juin 1999

PN pays avec des notifications non connues ou de faibles taux de notification

Tableau 2

NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 1999*
(PAYS DISPOSES EN ORDRE DECREISSANT DE CAS EN 1998)

PAYS	NOMBRE DE CAS ENDIGUES / NOMBRE DE CAS NOTIFIES												%	
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre		total *
SOUUDAN	1300 / 2699	1611 / 3252	1510 / 2926	1598 / 3104	3297 / 6051	3487 / 7014	1579 / 3234	/	/	/	/	/	14382 / 28280	51
NIGERIA	596 / 1358	752 / 1432	902 / 1131	887 / 1111	1112 / 1369	1097 / 1420	780 / 1584	495 / 892	/	/	/	/	6621 / 10297	64
GHANA	921 / 1140	616 / 1139	546 / 1000	450 / 771	378 / 650	231 / 412	124 / 214	/	/	/	/	/	3266 / 5326	61
NIGER	2 / 2	3 / 3	2 / 2	6 / 6	35 / 45	156 / 300	215 / 480	197 / 485	/	/	/	/	616 / 1323	47
BURKINA FASO	1 / 1	0 / 2	2 / 5	5 / 32	56 / 70	/	/	/	/	/	/	/	64 / 110	58
TOGO	87 / 102	57 / 84	15 / 28	32 / 34	48 / 71	55 / 66	55 / 103	53 / 117	/	/	/	/	402 / 605	66
COTE D'IVOIRE	58 / 58	32 / 43	31 / 33	16 / 28	36 / 39	62 / 85	36 / 43	20 / 27	/	/	/	/	291 / 356	82
OUGANDA	3 / 6	7 / 7	7 / 7	20 / 21	66 / 70	99 / 102	36 / 39	31 / 32	/	/	/	/	269 / 284	95
BENIN	84 / 89	22 / 27	14 / 15	9 / 10	11 / 12	2 / 3	6 / 6	4 / 4	/	/	/	/	152 / 166	92
MALI	1 / 2	2 / 2	3 / 3	2 / 2	11 / 14	44 / 72	62 / 89	/	/	/	/	/	125 / 184	68
MAURITANIE	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 2	0 / 0	2 / 2	10 / 25	/	/	/	/	/	12 / 29	41
ETHIOPIE	0 / 0	0 / 0	5 / 5	14 / 15	38 / 42	68 / 68	56 / 56	40 / 40	/	/	/	/	221 / 226	98
TCHAD	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/	/	/	/	/	/	0 / 0	
CAMEROUN**	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	1 / 1	/	/	/	/	/	/	3 / 3	100
C.A.R.***	0 / 1	2 / 3	3 / 5	0 / 0	0 / 1	0 / 0	/	/	/	/	/	/	5 / 10	50
TOTAL*	3054 / 5459	3104 / 5994	3040 / 5160	3039 / 5136	5089 / 8435	5304 / 9545	2959 / 5873	840 / 1597	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	26424 / 47189	56
% Endigués	56	52	59	59	60	56	50						56	

* Provisoire

** Cameroun a notifié un cas importé du Nigeria en janvier, mai et juin.

*** La République centrafricaine a notifié 10 cas soupçonnés (non confirmés) de dracunculose pour la période de janvier à juin 1999. Ces cas ne sont pas comptés dans le total.

EXAMEN EXTERNE DE L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOZE AU YEMEN



Depuis octobre 1997, le Yémen signale zéro cas de dracunculoze. Une équipe du projet d'éradication de la dracunculoze de l'OMS s'est rendue au Yémen du 23 juillet au 6 août 1999 pour aider le Programme d'éradication du Yémen à renforcer la surveillance pendant la période de précertification. Dix sept villages dans 3 gouvernorats ont été visités. Le système de surveillance et de notification au Ministère de la santé a été revu et discuté à tous les niveaux. Le montant de la récompense pour la notification d'un cas a été augmenté passant de 3000YR à 20000YR. Une recherche de nouveaux cas sur l'ensemble du pays sera faite en octobre 1999 probablement de concert avec les Journées nationales de vaccination. Un soutien sera apporté par l'OMS en vue d'informatiser les données de surveillance du Yémen. D'autres partenaires (UNICEF et les Services d'eau) cibleront les anciennes zones endémiques pour dépister les cas de dracunculoze et en faire des zones prioritaires pour l'approvisionnement en eau salubre.

Plus de 30 personnes ont assisté à l'atelier de formation organisé par le Ministère de la santé. Ces participants étaient des médecins, des coordinateurs des différentes zones d'intervention, des agents de terrain et des agents villageois. L'atelier insistait sur le rôle de la surveillance une fois atteint le stade d'élimination des cas et l'importance des notifications au vu de la certification de l'élimination de la dracunculoze.

PUBLICATIONS RÉCENTES

Karam M, Tayeh A. 1999. Eradication of dracunculiasis in the Libyan Arab Jamahiriya. Report of the International Certification Team. Genève : Organisation mondiale de la Santé. WHO/CDC/CEE/DRA/99.7

Homeida MMA, Goepf I, Ali M, Hilyer E, Mackenzie CD, 1999. Medical achievements under civil war conditions (lettre). Lancet 354 :602

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

Pour de plus amples informations sur le Résumé de la dracunculoze, 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 dracunculoze est également disponible sur le site Web à http://www.cdc.gov/ncidod/dpd/list_drc.htm.



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