



Date: 22 janvier 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 #86

A: Destinataires

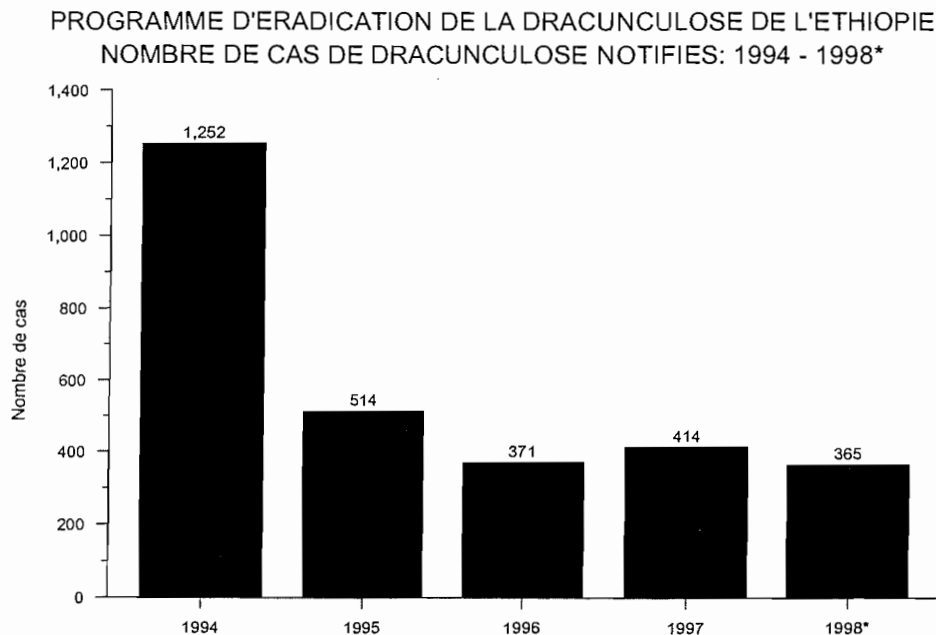
Détecter chaque cas, endiguer chaque ver !

ETHIOPIE : PAS DE CAS EN NOVEMBRE. LE PAYS CHERCHE A STOPPER LA TRANSMISSION EN 1999



Après trois années d'une incidence quasi-inchangée (Figure 1), le Programme d'éradication de la dracunculose de l'Ethiopie pense arriver à une nette diminution de l'incidence de la maladie en 1999. Tous les efforts seront déployés pour prévenir la transmission de cas cette année. Le programme signale zéro cas en novembre 1998. Il s'agit du premier mois sans cas depuis que le programme a commencé. En 1998, 83% de tous les cas étaient notifiés de la région de l'Omo du Sud à la frontière du Kenya et du Soudan. C'est là que réside le peuple semi-nomade de Nyangaton (Burne) composé d'éleveurs. Le Tableau 1 fait le point des interventions dans les trente zones de peuplement jugées endémiques dans la région en 1998. Le programme a construit six nouvelles citernes de collecte des eaux de pluie dans les neuf villages, dans l'Omo du Sud, où la maladie est la plus endémique. Le financement a été fourni par le Gouvernement du Japon, l'UNICEF et Global 2000. Les traitements à base d'Abate des points d'eau stagnante ont également augmenté en 1998. Bien que le programme signale un taux d'endiguement de 96% en 1998, le taux d'endiguement signalé de 87% en 1997 ne reflétait pas la véritable situation de cette année là puisque l'incidence n'a reculé que de 18% entre 1997 et 1998. Lors de la réunion d'examen régionaux pour Gambella le 9 novembre, on a indiqué que "les efforts d'endiguement en 1998 étaient très fiables... comparés aux années précédentes." L'Omo du Sud et Gambella sont les seules régions endémiques de l'Ethiopie.

Figure 1



* Provisoire

Tableau I

PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE DE L'ETHIOPIA
STATUT DES INTERVENTION PAR VILLAGE EN DATE DU 31 DECEMBRE 1998
PROGRAMME D'ERADICATION DE LA REGION SUD DE L'OMO

| Village | Nom du Village | Nombre de ménages | Nombre de nouveaux cas* | Nombre de cas endigués | Nombre de filtres distribués | Nombre d'étangs traités | Nombre de points d'eau salubre | Nombre de séances d'éducation sanitaire | Trousses**1 médicales disponibles | Trousses médicales réapprovisionnés | Fréquence des visites de supervision | Commentaires |
|---------|----------------|-------------------|-------------------------|------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| 16 | Ejem | 568 | 61 | 59 | 1440 | 1 | 3 | hebdomadaire | 3 | 3 | hebdomadaire | |
| 29 | Kopria | 164 | 54 | 50 | 245 | 1 | 2 | 2/mois | 1 | 1 | 2/mois | Majorité déplacée |
| 14 | Ariapa | 153 | 25 | 25 | 393 | 0 | 2 | hebdomadaire | 1 | 1 | hebdomadaire | |
| 19 | Lomotoy | 60 | 22 | 22 | 166 | 1 | 0 | hebdomadaire | 0 | 0 | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 10 | Lopelo | 126 | 21 | 21 | 208 | 0 | 2 | hebdomadaire | 1 | 1 | hebdomadaire | |
| 20 | Kawleona | 84 | 16 | 16 | 215 | 0 | 1 | hebdomadaire | 0 | 0 | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 15 | Lobor | 69 | 12 | 11 | 263 | 0 | 0 | hebdomadaire | 0 | 0 | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 30 | Kakuta | 90 | 12 | 11 | 257 | 1 | 2 | hebdomadaire | 0 | 0 | 2/mois | Trousses médicales partagées |
| 21 | Achuka | 57 | 11 | 11 | 153 | 1 | 3 | hebdomadaire | 2 | 2 | hebdomadaire | |
| 22 | Kangalen | 61 | 11 | 10 | 157 | 0 | 3 | hebdomadaire | 2 | 2 | hebdomadaire | |
| 23 | Aipa | 59 | 10 | 10 | 199 | 1 | 1 | hebdomadaire | 1 | 1 | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 18 | Lowus | 40 | 8 | 8 | 81 | 1 | 0 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 27 | Napolokeit | 216 | 6 | 6 | 216 | 0 | 3 | hebdomadaire | 1 | 1 | 2/mois | |
| 7 | Loger | 108 | 6 | 6 | 176 | 0 | 1 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 11 | Arong | 90 | 4 | 4 | 107 | 0 | 4 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 28 | Kakerzia | 88 | 4 | 4 | 185 | 1 | 0 | hebdomadaire | 1 | 1 | hebdomadaire | |
| 5 | Kalle | 136 | 3 | 3 | 217 | 0 | 0 | hebdomadaire | 1 | 1 | hebdomadaire | |
| 8 | Lopiding | 85 | 3 | 2 | 137 | 0 | 0 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 17 | Nachelete | 24 | 3 | 3 | 73 | 1 | 0 | hebdomadaire | 1 | 1 | hebdomadaire | |
| 4 | Jonai | 235 | 2 | 2 | 333 | 0 | 1 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 12 | Lokoma | 28 | 2 | 2 | 40 | 0 | 0 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 1 | Mechar | 74 | 1 | 1 | 50 | 0 | 1 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 2 | Lokodo | 39 | 1 | 1 | 58 | 0 | 0 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 9 | Esekon | 58 | 1 | 1 | 84 | 0 | 0 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 24 | Lekawi | 17 | 1 | 1 | 57 | 0 | 0 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 25 | Lolome | 59 | 1 | 1 | 70 | 0 | 0 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 13 | Kapoko | 65 | 1 | 1 | 108 | 0 | 2 | hebdomadaire | | | | |
| 3 | Lopeyok | 43 | 0 | 0 | 66 | 0 | 0 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 6 | Ailla | 30 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 26 | Narogoy | 33 | 0 | 0 | 33 | 0 | 0 | hebdomadaire | | | hebdomadaire | Trousses médicales partagées |
| 31 | Naita | 504 | PR | PR | PR | PR | PR | PR | PR | PR | PR | Difficile à atteindre |
| Total | | 3463 | 302 | 292 | 5827 | 9 | 31 | | 15 | 15 | | |

Les points d'eau salubre comprennent les citernes

* Ne comprend pas les cas importés

** Les agents de santé gardent les trousses médicales. Ils interviennent en moyenne dans 2 à 3 villages

Ejem¹, le plus grand village endémique est une exception dans ce cas

PR signifie pas de rapports reçus (communauté de Naita n'est pas accessible)

En 1999, le programme a reçu plus d'attention de la part du Cabinet du Premier Ministre et du Ministre de la Santé. Une réunion régionale (Omo du Sud) est prévue pour le début du mois de février aux fins de discuter d'une proposition visant à accroître le montant de la récompense encourageant les personnes avec un ver émergent de rester sous observations et de se faire soigner jusqu'au moment où le ver est extrait manuellement. Le but de cette récompense est de vérifier que chaque cas détecté est entièrement endigué. Une étude socio-culturelle financée par l'OMS sur les habitants de la zone endémique de l'Omo du Sud vient d'être achevée. D'après l'étude, 92% des ménages utilisent des filtres en tissu. En préparation de la saison de transmission pic, Global 2000/Centre Carter fournira plusieurs consultants en collaboration avec les CDC. Ces consultations commenceront juste avant que ne démarre la saison de transmission pic pendant cette année. L'accès difficile à certaines parties du District d'Akobo de la Région de Gambella et du District de Naita de la Région d'Omo du Sud suite à l'insécurité n'a pas permis de faire des enquêtes de cas alors qu'on soupçonne la dracunculose d'être endémique dans cette partie du pays.

CAMEROUN : PAS DE CAS AUTOCHTONES PENDANT UNE ANNEE !!



Les derniers comptes rendus du coordinateur de terrain pour le Programme d'éradication de la dracunculose du Cameroun, le Docteur Dama Mana, indiquent que 23 cas, tous importés de l'Etat de Borno au Nigéria ont été notifiés en janvier-octobre 1998. Ce compte rendu confirme que le Cameroun n'a pas eu de cas autochtone de dracunculose depuis le 30 octobre 1997. Le patient avec un ver émergent le 30 octobre 1997 était le seul cas indiqué au Cameroun cette année là. Tous les autres 18 cas au Cameroun en 1997 étaient importés du Nigéria. L'on peut espérer que le Cameroun ne connaîtra pas de cas importé cette année au vu des interventions intensifiées et de la surveillance active déployées, dès octobre 1997, par l'Etat de Borno au Nigéria.

SOUDAN : COUVERTURE LIMITEE EN FILTRES ET INCIDENCE ACCRUE DE CAS DANS LES ETATS DU NORD



D'après les rapports provisoires, le Programme d'éradication de la dracunculose au Soudan a distribué un record de plus de 695 000 filtres en coton en 1998, y compris 427 000 environ dans les régions où intervient Operation Lifeline Sudan (OLS). Mais même ainsi, dans les régions de l'OLS, moins de 25% des ménages dans les villages endémiques ont des filtres. Les zones endémiques où intervient le Gouvernement du Soudan sont moins bien couvertes qu'elles ne pourraient l'être si on disposait d'un nombre suffisant de filtres. Dans les zones OLS, le rapport des filtres des ménages et des filtres des conduites et filtres de paille est de 4 à 1 environ. L'effort coordonné par le Centre Carter et Global 2000 dans les régions de l'OLS a permis d'expédier, en janvier-novembre 1998, plus de 10,5 tonnes de matériel destiné au sud du Soudan. Les données provisoires allant jusqu'à la fin de novembre indiquent un total de 6493 villages endémiques au Soudan. Le pays a notifié 61% de tous les cas de dracunculose en 1998 jusqu'à présent.

Pour la première fois en l'espace de trois ans, les états au Nord ont signalé un accroissement du nombre de cas, passant de 647 cas en janvier-novembre 1997 à 806 cas pendant la même période de 1998 (soit 24%). L'essentiel de cet accroissement est notifié de Sennar (+129 cas). On pense que c'est dû à une plus grande activité du programme et à une surveillance améliorée en 1998. Le Darfur du Sud n'a signalé aucun cas en janvier-novembre 1998 alors que 100% des villages où l'on sait que la dracunculose est endémique ont fait leurs notifications. Il est donc devenu le troisième état des dix états au Nord qui a mis fin à la transmission de l'endémie. Le programme vise à stopper la transmission dans tous les états au Nord du pays, d'ici la fin de 1999. Un formulaire a été mis au point à ce propos (Figure 2) pour détecter les "trous" du système d'endiguement des cas.

Nous avons parlé dans le Résumé de la dracunculose numéro 48 (mai 1995) des exploits héroïques de M. Abdul Gadir El Sid du Soudan qui a mené une équipe d'agents de santé du Programme d'éradication de la variole poursuivant le virus jusqu'en Ethiopie. Depuis 1995, il est consultant pour le Programme d'éradication de la dracunculose du Soudan, grâce à l'assistance du Centre Carter/Global 2000. Nous présentons un extrait du récit qu'il fait d'un voyage extraordinaire poursuivant sans relâche la dracunculose dans l'Etat de Jongoli en octobre 1998. Quelle description vivante des défis et obstacles à surmonter dans certaines parties du Sud du Soudan.

Figure 2

CAS DE VER DE GUINEE NON ENDIGUE

Dès janvier 1999, prière de remplir ce formulaire pour chaque cas de ver de Guinée qui n'est pas endigué et le présenter avec les rapports de données mensuelles au Coordinateur/secrétariat national.

Etat _____ Mois du rapport _____

Nom du patient : _____ Age _____ Sexe _____

Village _____ Volontaire du village _____

Conseil _____ Superviseur du conseil _____

Province _____ Superviseur de la province _____

1. Décrire les circonstances expliquant pourquoi ce cas n'a pas été endigué. Voir définition ci-après. Spécifier les critères non remplis et donner la raison. Par exemple, si le cas a été détecté plus de 24 heures après l'émergence du ver, expliquez pourquoi cela est arrivé. _____

2. A votre avis, que faut-il faire pour vérifier que le prochain cas dans ce village est endigué? _____

3. Quelles sont les actions prises par vous, par d'autres superviseurs et/ou le volontaire du village permettant de vérifier que le prochain cas de ce village est endigué ? _____

4. Est-ce que la personne est entrée dans un point d'eau avec une ampoule ouverte ou quand le ver était en train de sortir ?
Oui _____ Non. _____ Si oui, dans quel point d'eau ? _____

5. Le point d'eau a-t-il été traité avec de l'Abate ? Oui, _____ Non. _____ Si Oui, date du traitement _____

6. Est-ce que le superviseur de la province et le volontaire du village ont reçu une formation portant sur l'endiguement de cas ?
Oui _____ Non _____

7. A votre avis, est-ce qu'ils comprennent les étapes de l'endiguement de cas ? Oui _____ Non _____

8. Est-ce que ce cas a été importé dans le village où habite la personne avec le ver émergent ? Oui _____ Non _____
Si Oui, remplir le formulaire d'importation (même si cela vient d'un autre village de l'état)

Définition

Un cas est endigué si les critères suivants sont remplis

1. Détecté avant ou dans les 24 heures suivant l'émergence du ver
2. Pansement de la plaie dans les 24 heures suivant l'émergence du ver
3. Education apportée au patient et à la famille (et à d'autres personnes)
4. La personne n'est pas entrée dans un point d'eau (ou si elle est entrée, le point d'eau a été traité avec de l'Abate dans les 7 jours et des filtres ont été distribués à chaque ménage)
5. Vérifié par le superviseur ou autre source* fiable dans les 7 jours suivant la détection

* Il peut s'agir d'un médecin, d'un infirmier, d'un agent de santé communautaire, d'une sage-femme ou même de volontaires villageois formés, qui ont de l'expérience et qui sont fiables quand le superviseur n'est pas présent.

Pour vérifier un endiguement complet de chaque cas après le pansement de la plaie entourant le ver émergent, les programmes nationaux doivent trouver des manières de garder chaque patient sous observation et de soigner la plaie, c'est-à-dire prendre les mesures d'endiguement jusqu'à ce que le ver ou les vers soient extraits manuellement.

Nom du coordinateur de l'état

Signature du coordinateur de l'état

Date

"Notre bateau descend la Soba. L'entrée du Canal de Jongoli est bloquée par un pont en fer écroulé. Il faut sortir le bateau de l'eau et le tirer sur terre ferme sur 30 mètres environ. Puis, nous le remettons dans l'eau derrière le pont. Nous voilà dans le canal. Plus d'une centaine de personnes sont venues nous prêter main forte, des militaires, de agents de police et des villageois. Puis il a fallu se frayer un passage dans ces herbes hautes que nous appelons sudd. Cela nous pris plus de 6 heures pour 6 kilomètres. Le danger d'être mordu par des serpents pendant cette lutte était constamment présent. Après avoir navigué pendant trois heures, nous sommes arrivés à un autre sudd d'herbes qui nous a pris à nouveau 2 heures. Le troisième et le quatrième sudd nous a coûtés une heure chacun.

La nuit tombait et il était dangereux de continuer à cause des troncs d'arbre que charrie le fleuve. Tous les onze y compris la femme que nous avions prise à bord en cours de route, nous étions trempés et épuisés. Nous avons décidé de nous arrêter et de passer la nuit dans le bateau en plein milieu du canal. Les berges sont trop dangereuses à cause des animaux sauvages, des serpents ou des bandits. Dès l'aube, nous sommes descendus à terre. Ceux d'entre nous qui se déplacent à pied ont reconnu l'endroit et ils nous ont dit que nous étions à quelques heures de Magok... Nous avions le matériel pour Ayod et nous devions le remettre aux volontaires du village. Mais nous ne pouvions pas non plus rebrousser chemin et affronter le danger des hautes herbes de la rivière pendant la nuit. Et le pire, c'est que nous n'avions plus de carburant et il nous fallait ramer. Comment des gens aussi épuisés que nous peuvent-ils encore ramer..... Cela nous a pris plus de deux heures. Nous étions trempé jusqu'aux os. Nous devions marcher dans la boue et nous étions envahis par les herbes. Pas un endroit pour s'asseoir et se reposer. M. Johnson, le Conseiller que j'ai mentionné et un ancien superviseur du programme de lutte contre la dracunculose qui travaille pour RASS étaient tous deux bien surpris et heureux de nous voir venir pour les aider dans la lutte contre la dracunculose dans ce village cauchemardesque. Tous les villageois qui avaient entendu parler de notre arrivée sont venus nous souhaiter la bienvenue. Des gars ont été envoyés pour chercher nos choses dans le bateau. On nous a offert une chèvre et nous avons partagé avec eux notre pain et notre riz...

Les sept tracteurs donnés par AGCO Limited à la demande du Centre Carter afin de faciliter les transports dans ces régions marécageuses devraient arriver en principe le 24 janvier dans le Port de Soudan.

LE NIGERIA CONTINUE D'AMELIORER LES INTERVENTIONS DANS LES ETATS D'EBONYI ET DE BENUE



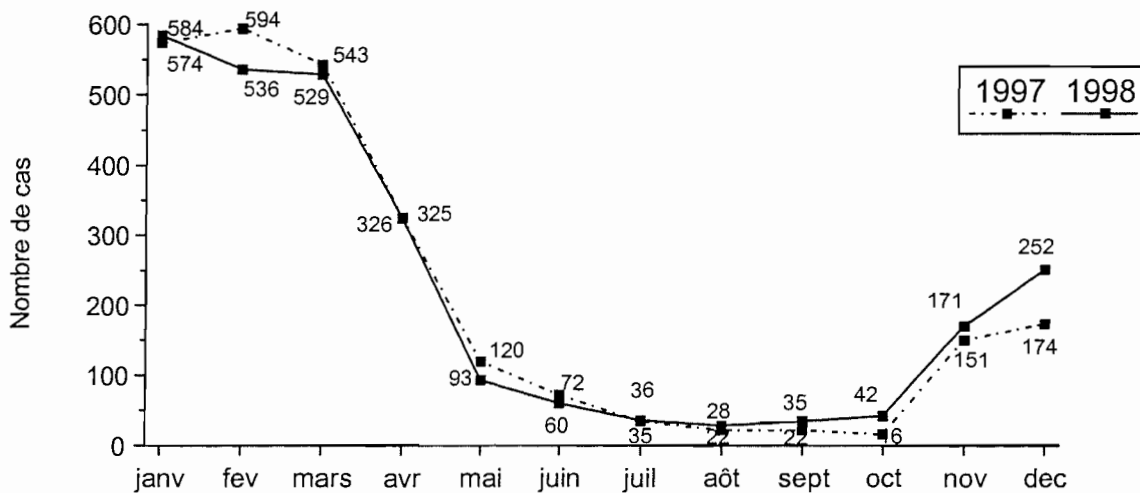
Suivant la découverte en novembre de graves lacunes au niveau de la surveillance et dans les interventions de certaines parties des Etats d'Ebonyi et de Benue, le programme nigérian cherche à renforcer la surveillance active et les interventions dans ces régions. La Figure 3 indique l'incidence mensuelle la plus récente de la dracunculose dans les Etats d'Ebonyi, de Benue et d'Oyo. La Figure 4 montre la distribution des cas de dracunculose dans les 33 collectivités locales qui ont signalé 81% de tous les cas en 1998. Un envoi d'urgence de 10 000 yards carrés de matériel pour les filtres en nylon (pour un coût de 38 000\$US) de Global 2000 est arrivé le 7 janvier à Lagos. Deux des quatre consultants externes qui ont concouru au programme en octobre--novembre 1998 sont revenus au Nigéria à la mi-janvier. Le résident de Global 2000 dans la Zone du Sud-Est a emprunté 10 motocyclettes qui seront utilisées par le programme de lutte contre la dracunculose dans les Etats de Benue et d'Ebonyi jusqu'en mars 1999. Dans la zone du Sud-Ouest, le Docteur Fola Osigbogun a été nommé facilitateur adjoint de la zone.

Dans les états au Nord, Borno à lui seul a signalé 2 053 (15%) de tous les cas notifiés au Nigéria pendant novembre 1998. La collectivité locale de Bama, la partie de l'état de Borno qui a exporté la plupart des cas signalés par le Cameroun l'année dernière a notifié 1487 cas en 1998. Une recherche de cas village par village a commencé le 3 décembre dans la collectivité locale de Bama. Récemment, l'UNICEF/Nigéria a mis environ 7 700\$ à la disposition du programme dans la Zone du Nord-Est qui comprend l'Etat de Borno. L'ancien président Jimmy Carter discutera des derniers développements du programme avec le Chef d'Etat nigérian, le Général Abdulsalami Abubakar pendant une visite de pré-élection au Nigéria à la fin de janvier.

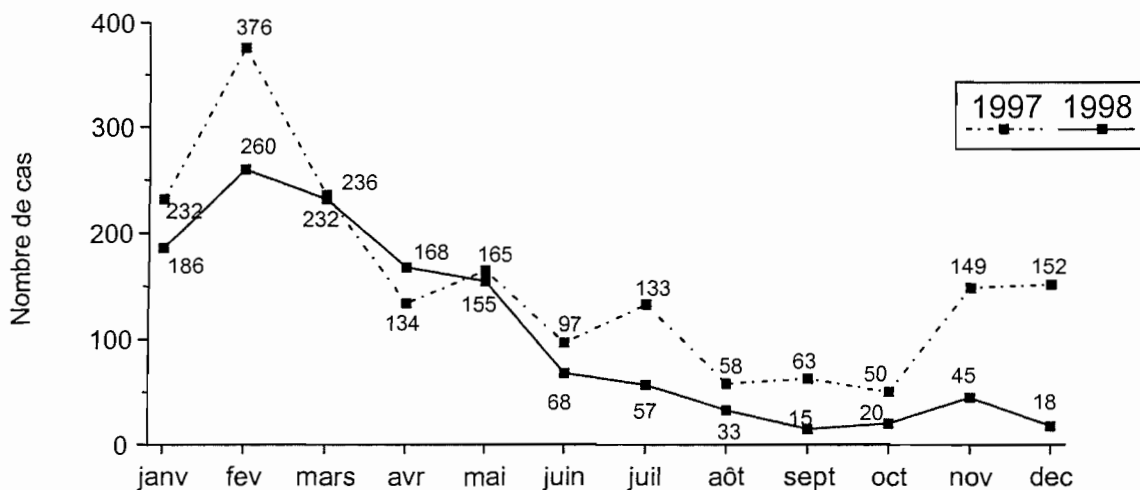
Figure 3

Programme d'éradication de la dracunculose du Nigeria

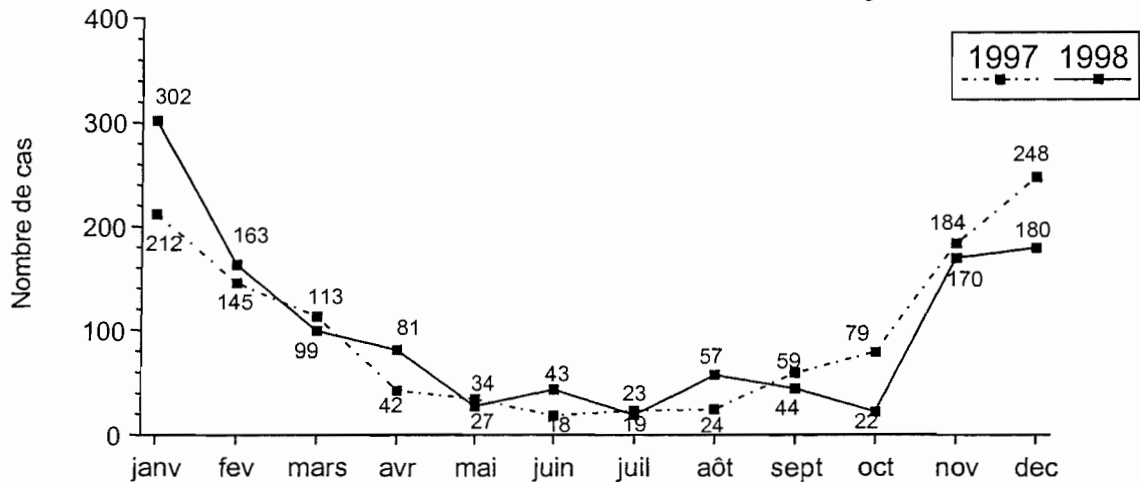
Nombre de cas de dracunculose notifiés de l'Etat d'Ebonyi en 1997-1998*



Nombre de cas de dracunculose notifiés de l'Etat de Benue en 1997-1998*

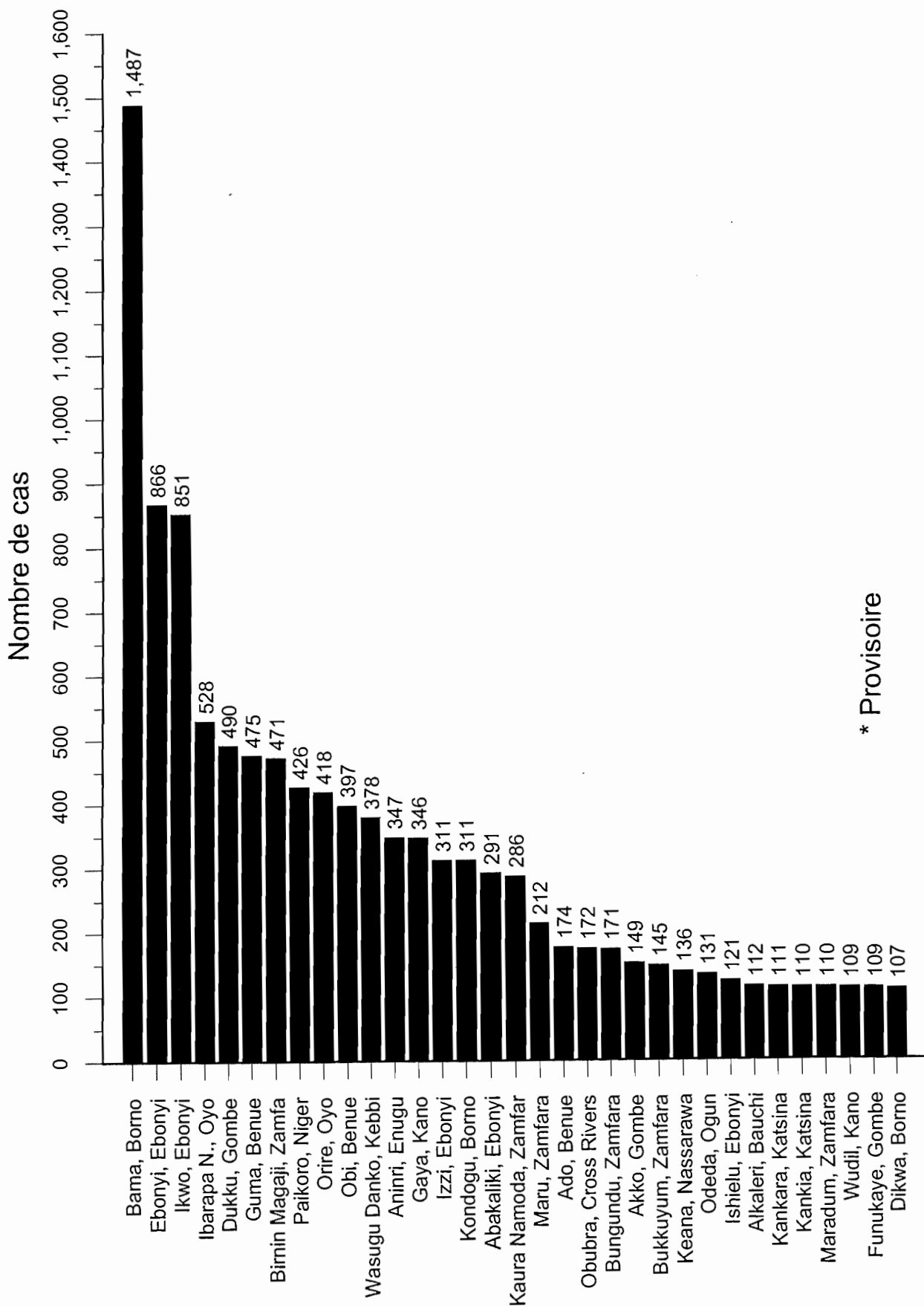


Nombre de cas de dracunculose notifiés de l'Etat d'Oyo en 1997-1998*



* Provisoire

**Figure 4 PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE, NIGERIA
33 LGA NOTIFIANT 10 858 (81%) DES 13 420 CAS NOTIFIES EN 1998**



* Provisoire

L'EVALUATION DU NIGER AIDE LE PROGRAMME A SE PREPARER POUR 1999



Le coordinateur du programme national M.Sadi Moussa a fait parvenir les résultats de la dernière évaluation annuelle du programme du Niger, faite en décembre 1998. Dans les villages endémiques de l'échantillon, plus de 92% des ménages avaient suivi une séance d'éducation sanitaire, tous avaient au moins un agent de santé formé et 95% des ménages avaient un filtre en tissu. Mais un grand nombre de points d'eau qui auraient dû être traités avec de l'Abate ne l'ont pas été (certains points d'eau dans 21% des villages endémiques ont été traités). En outre, tous les agents de santé villageois avaient des trousseaux médicaux pour endiguer les cas individuels. Les agents de santé villageois sont supervisés régulièrement mais la qualité de la supervision doit être améliorée.

Le Programme de lutte contre la dracunculose du Niger a diminué de 11% seulement le nombre de cas mais il a réussi à faire baisser de 29% le nombre de villages endémiques, le faisant passer de 396 villages endémiques le 1/1/98 à 282 le 1/1/99. Le programme cherche à vérifier que les trousseaux de premier secours sont distribués et que la formation est achevée avant le début de la saison des pluies en 1999. Le programme vise également à étendre l'utilisation de l'Abate à tous les villages endémiques et à tous les hameaux endémiques. Le Gouvernement du Japon installera le restant des 83 nouveaux puits et remettra en état 68 autres dans le District de Mirriah à Zinder en 1999. Il a fourni 3 véhicules et d'autres produits au programme de Zinder dans le cadre du projet d'approvisionnement en eau et d'éducation sanitaire auquel le Japon participe dans ce district très endémique. L'UNICEF a également fourni des motocyclettes et des trousseaux d'endiguement de cas pour le Programme de Niger. Quarante-cinq mille yards carrés de matériel de filtre ont été achetés par le biais du Centre Carter avec un financement de DANIDA. L'USAID/Niger a donné 4500\$ à Global 2000/Niger pour la préparation des filtres et les produits d'endiguement de cas.

LE MALI, LA MAURITANIE ET LE SENEGAL DISCUTENT DES QUESTIONS TRANSFRONTALIERES



Les coordinateurs des programmes nationaux du Mali (Docteur Issa Degoga) et de la Mauritanie (Docteur Sidi Mohammed) se sont joints au coordinateur de terrain du Sénégal (M. Georges N'Diaye), représentants de l'OMS et de l'UNICEF ainsi que d'autres personnes lors d'une réunion transfrontalière qui s'est tenue dans la ville de Kayes au Mali du 17 au 18 décembre. Le Docteur Alhousseinia Maïga et le Docteur Nevio Zagaria représentaient l'OMS à la réunion. Les participants ont fait le point de la situation concernant la dracunculose dans leur pays respectif, surtout dans les zones frontalières et ont parlé des diverses manières de faciliter les communications et de se mettre davantage au courant des mouvements migratoires des populations frontalières. Il semblerait que le Sénégal ait mis fin à la transmission de la dracunculose car aucun cas n'a été signalé depuis juillet 1997. Le Mali a diminué de -45% dans l'ensemble en 1998 (-80% dans la Région de Kayes qui est adjacente à l'ancienne région endémique du Sénégal et aux zones endémiques courantes de la Mauritanie). La Mauritanie a signalé 373 cas en janvier-novembre 1998 comparé à 388 cas en 1997 (Figure 5).

Lors de cette réunion, une cérémonie de remerciements a été organisée pour 20 agents de santé de la Région de Kayes qui avaient commencé à travailler pour le Programme d'éradication de la dracunculose de cette région en février 1994 avec le soutien de l'USAID et de Global 2000 et qui ont quitté leurs fonctions en octobre 1998. Le Docteur Zagaria, gouverneur régional et le Directeur régional de la Santé publique ont distribué les certificats du Général Amadou Toumani Touré et ont remercié les agents de leurs services, les félicitant d'ailleurs pour leur réussite (la Région de Kayes n'a signalé que 29 cas en 1998). Les agents de santé ont remercié le Général Touré et le programme car ce fut une expérience valide pour eux. Ils étaient contents d'avoir pu participer à cette réussite. Le Gouverneur régional qui est le président du Groupe intersectoriel régional a représenté le Général Touré lors de la cérémonie.

M. Michael Ashcroft, homme d'affaires et philanthrope qui a assisté à la conférence régionale africaine de l'éradication de la dracunculose à Bamako l'année dernière a donné 150 000\$ au Centre Carter pour soutenir le programme d'éradication du Mali. M. Ashcroft avait déjà fait don de 100 000\$ l'année dernière pour aider la campagne mondiale.

EN BREF :

Le Burkina Faso a réussi à achever les deux derniers ateliers des trois ateliers de décembre et a mis au point un plan d'action préliminaire (1999-2000) en train d'être examiné. Un total de 209 villages ont signalé un ou plusieurs cas de dracunculose en 1998 (contre 211 en 1997). La date n'a pas encore été annoncée pour l'atelier national et le redémarrage du programme.

Au Ghana qui a réussi une réduction de 42% du nombre de cas en 1998, le district d'Atebubu (Région de Brong-Ahafo) représentait à lui seul 34% des cas signalés au Ghana en Octobre et 43% des cas de novembre. Le District de Kete Krachi (Région de la Volta) a signalé 14% des cas de novembre. Dans l'ensemble, 80% des cas signalés au Ghana en novembre se situent dans 6 des 110 districts du pays.

Le Ministre de la Santé du Togo a annoncé à la télévision nationale que le Togo faisait les efforts nécessaires pour mettre fin à la transmission de la dracunculose d'ici le 31 décembre 2000. Le conseiller résident de Global 2000 au Niger, M. Mohammed Salissou Kane, a passé une semaine au Togo en janvier pour faire le point de la situation à l'invitation du coordinateur du programme national du Togo, M.K.Ignace Amegbo.

LA 36^{EME} REUNION INTERORGANISATIONS S'EST TENUE AU SIEGE DE LA BANQUE MONDIALE

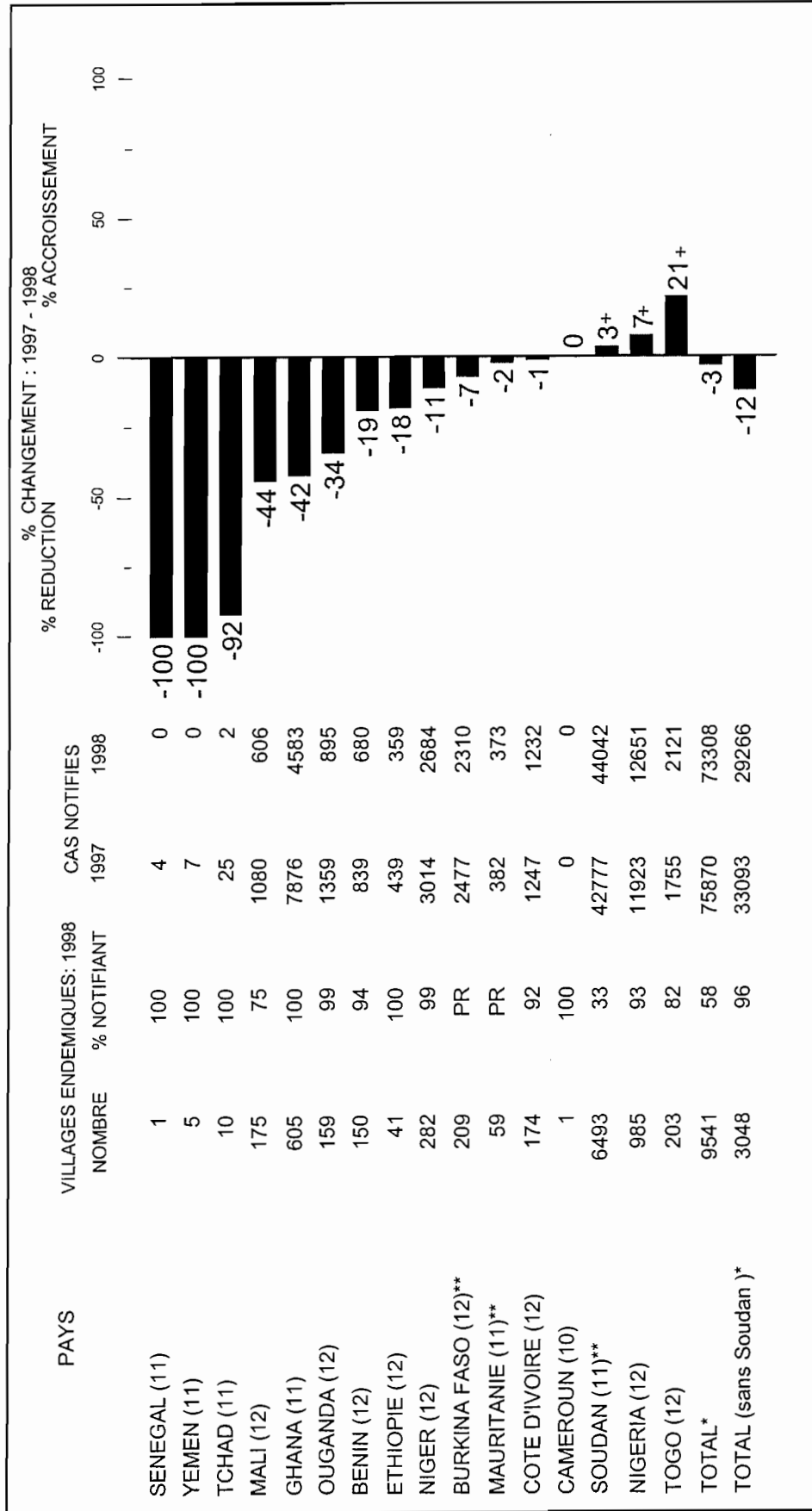
La 36^e Réunion du Groupe de coordination interorganisations pour l'éradication de la dracunculose s'est tenue à la Banque mondiale à Washington D.C. le 13 janvier 1999 sous la direction de M. Bruce Benton. La réunion qui comprenait des représentants du Centre Carter/Global 2000, des Centers for Disease Control and Prevention, du Corps de la Paix américain, de la Fondation des Nations Unies, de l'UNICEF et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) était reliée via conférence vidéo au siège de l'OMS à Genève en Suisse. M. Benton a ouvert la réunion en indiquant que la Banque mondiale aimerait renforcer ses efforts en vue de soutenir la campagne d'éradication de la dracunculose. Lors d'un message télévisé, le Directeur général de l'OMS, le Docteur Gro Harlem Brundtland a indiqué que l'OMS restait pleinement engagé à éradiquer la dracunculose. En effet, il reste dans l'intention de l'OMS de travailler en étroite collaboration avec d'autres partenaires du programme et elle a vivement recommandé aux organisations d'élaborer un plan d'action coordonné et un plan de mobilisation des ressources nécessaires. Elle a également promis de travailler avec d'autres agences des Nations Unies pour chercher à mettre fin aux hostilités au Soudan. Le Directeur exécutif de l'OMS pour les maladies transmissibles, le Docteur David Heyman a également indiqué qu'un plan de travail unifié serait utile au même titre que des activités de promotion de la cause. D'après lui, l'éradication de la dracunculose ne devait pas être laissée aux services sanitaires réguliers. Les participants ont revu les besoins et les problèmes des pays endémiques restants. Ils ont suivi le compte rendu des activités de l'OMS dans les pays présentant les conditions requises pour la certification et dans ceux de l'étape pré-certification (Cameroun, RCA, Tchad, Inde, Kenya, Sénégal et Yémen). Ils ont discuté de la possibilité de réaliser l'examen de programmes (déjà en retard) pour les pays francophones à Dakar au Sénégal.

PUBLICATIONS RECENTES

Sharma RC et Biswag G. 1998. Guinea Worm Eradication Programme in India. Report and recommandations of the sixth independent evaluation (janvier 1998). Delhi: Division of Helminthology, National Institutes of Communicable Diseases, 124 pages.

Figure 5

POURCENTAGE DE VILLAGES ENDEMIQUES NOTIFIANT ET CHANGEMENT EN POURCENTAGE DU NOMBRE DE CAS AUTOCHTONES DE DRACUNCULOSE EN 1997 ET 1998*, PAR PAYS



* Provisoire

** Le total ne comprend pas les cas importés

*** Les pays avec de faibles taux de notification (moins de 50%) des villages endémiques. Réductions en pourcentage sont des surestimations dues à une sous-notification des villages endémiques.

(8) dénote le nombre de mois pour lesquels des comptes rendus ont été reçus, par exemple janvier-août 1998
PR pays avec peu de notification ou état non connu

Tableau 2

NOMBRE DE CAS ENDIGUES ET NOMBRE DE CAS NOTIFIES PAR MOIS, 1998*
(PAYS DISPOSES EN ORDRE DECREISSANT DE CAS EN 1997)

| PAYS | NOMBRE DE CAS ENDIGUES / NOMBRE DE CAS NOTIFIES | | | | | | | | | | | | % Endigués | |
|---------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|---------------|---------|
| | janvier | février | mars | avril | mai | juin | juillet | août | septembre | octobre | novembre | décembre | | total * |
| SOUDAN | 465 / 1328 | 856 / 1254 | 889 / 1524 | 1618 / 2627 | 2135 / 3485 | 3580 / 6058 | 3433 / 7428 | 3374 / 5820 | 4229 / 6791 | 2164 / 5259 | 731 / 2468 | / | 23474 / 44042 | 53 |
| NIGERIA | 1544 / 1549 | 1188 / 1259 | 1199 / 1279 | 854 / 955 | 952 / 1234 | 953 / 1484 | 954 / 1395 | 800 / 1197 | 412 / 659 | 481 / 907 | 348 / 738 | 499 / 764 | 10184 / 13420 | 76 |
| GHANA | 870 / 1278 | 535 / 709 | 478 / 554 | 276 / 382 | 208 / 263 | 169 / 226 | 132 / 178 | 40 / 58 | 53 / 67 | 191 / 214 | 589 / 670 | / | 3541 / 4599 | 77 |
| NIGER | 7 / 11 | 4 / 4 | 5 / 5 | 42 / 43 | 129 / 168 | 277 / 367 | 411 / 687 | 378 / 575 | 315 / 468 | 153 / 237 | 71 / 116 | 11 / 19 | 1803 / 2700 | 67 |
| BURKINA FASO | 1 / 1 | 1 / 6 | 1 / 17 | 12 / 160 | 122 / 295 | 78 / 514 | 147 / 744 | 71 / 212 | 91 / 299 | 37 / 54 | 7 / 8 | 0 / 0 | 568 / 2310 | 25 |
| TOGO | 84 / 277 | 22 / 109 | 40 / 87 | 36 / 49 | 34 / 47 | 63 / 83 | 71 / 130 | 80 / 131 | 104 / 255 | 160 / 345 | 184 / 407 | 124 / 203 | 1002 / 2123 | 47 |
| OUGANDA | 7 / 8 | 3 / 6 | 24 / 43 | 164 / 226 | 209 / 300 | 154 / 176 | 116 / 128 | 58 / 71 | 45 / 48 | 31 / 33 | 10 / 10 | 10 / 10 | 831 / 1059 | 78 |
| COTE D'IVOIRE | 151 / 251 | 110 / 138 | 115 / 184 | 65 / 195 | 110 / 158 | 96 / 121 | 32 / 40 | 24 / 39 | 10 / 53 | 33 / 34 | 12 / 13 | 7 / 10 | 765 / 1236 | 62 |
| MALI | 9 / 10 | 2 / 5 | 0 / 0 | 18 / 24 | 4 / 8 | 21 / 63 | 41 / 94 | 93 / 149 | 76 / 101 | 41 / 95 | 23 / 35 | 7 / 26 | 335 / 610 | 55 |
| BENIN | 92 / 103 | 22 / 37 | 10 / 10 | 29 / 30 | 25 / 26 | 10 / 10 | 7 / 7 | 10 / 10 | 25 / 41 | 100 / 105 | 195 / 210 | 95 / 104 | 620 / 693 | 89 |
| ETHIOPIE | 1 / 1 | 6 / 6 | 10 / 11 | 58 / 60 | 70 / 73 | 87 / 89 | 79 / 84 | 28 / 28 | 7 / 7 | 2 / 2 | 0 / 0 | 4 / 4 | 352 / 365 | 96 |
| MAURITANIE | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 3 / 4 | 0 / 0 | 1 / 2 | 30 / 44 | 56 / 127 | 44 / 91 | 37 / 93 | 10 / 12 | / | 181 / 373 | 49 |
| TCHAD | 0 / 0 | 2 / 2 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | / | / | 2 / 2 | 100 |
| YEMEN | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | / | 0 / 0 | - |
| SENEGAL | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | / | 0 / 0 | - |
| CAMEROUN | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 0 / 0 | 1 / 2 | 4 / 4 | 8 / 8 | 5 / 5 | 2 / 2 | / 2 | / | / | 20 / 23 | - |
| TOTAL* | 3231 / 4817 | 2751 / 3535 | 2771 / 3714 | 3175 / 4755 | 3999 / 6059 | 5493 / 9197 | 5461 / 10967 | 5017 / 8422 | 5413 / 8882 | 3430 / 7380 | 2180 / 4687 | 757 / 1140 | 43678 / 73555 | 59 |
| % Endigués | 67 | 78 | 75 | 67 | 66 | 60 | 50 | 60 | 61 | 46 | 47 | 66 | 59 | |

* Provisoire
 ** A notifié 1 cas importé du Togo en mai et 11 en juin.
 *** A notifié 5 cas importés du Soudan en mars, 13 en avril, 49 en mai, 41 en juin, 45 en juillet, 7 en août, et 1 en septembre et 1 en décembre.
 **** A notifié 2 cas importés du Nigeria en mai et 4 en juin, 8 en juillet, 5 en août, et 2 en septembre et 2 en octobre.

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 Trenton K. Ruebush, MD, 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) 488-4532. Le Résumé de la dracunculose 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 dracunculose.

