Détecter chaque cas, endiguer chaque ver!

**LE BÉNIN ET LE TOGO SE PRÉPARENT À LA SAISON DE TRANSMISSION PEC**

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 Paraio et de M. K. Ignace Amegho, 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.
Programme d'éradication de la dracunculose au Bénin
Nombre de cas de dracunculose notifiés en 1998 et en 1999

Sous-préfecture de Savalou, Département de Zou

Sous-préfecture de Djidjia, Département de Zou
Figure 3
Programme d'éradication de la dracunculose au Togo
Nombre de cas de dracunculose notifiés en 1998 et en 1999

Préfecture de Haïô

Préfecture de Ogou

Préfecture de Zio
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 fûts 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 2 125 cas en 1998 dont 1 408 (66%) dans trois sous-préfectures seulement : Odogou (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’Odogou, 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.


**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

Région du Nord

Région de la Volta

Région de Brong Ahafo
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 ; Atebuku (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 renover 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 à des 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 efficace 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. À 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 classé 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Région: Brong-Ahafo</th>
<th>District: Atебuba</th>
<th>Date: juillet 1999</th>
<th>Nom du coordinateur du programme du district</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Villages</td>
<td>Zone</td>
<td>Cas Janvier-février 1999</td>
<td>Population</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------</td>
<td>------------------</td>
<td>--------------------------</td>
<td>------------</td>
</tr>
<tr>
<td>1 Wokasua</td>
<td>Abease</td>
<td>78</td>
<td>308</td>
</tr>
<tr>
<td>2 Parembo</td>
<td>Parembo</td>
<td>62</td>
<td>4000</td>
</tr>
<tr>
<td>3 Fawomang</td>
<td>Abease</td>
<td>58</td>
<td>1000</td>
</tr>
<tr>
<td>4 Nwowam</td>
<td>Duabone</td>
<td>43</td>
<td>ND</td>
</tr>
<tr>
<td>5 Hiampe</td>
<td>Abease</td>
<td>38</td>
<td>680</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 notifications (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


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 Boulou et ses collègues alors qu'ils se préparent à stopper la transmission de la dracunculose l'année prochaine.


Burkina Faso : Le Burkina Faso a formellement 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 SUS de l'OMS en vue d'étendre la présente intervention dans la région Adior d'ici la fin de l'année.
3. Mundri Relief and Rehabilitation Association sera financé par l'OMS à hauteur de 28 704 SUS pour étendre les activités jusqu'à mars 2000 dans le comté de Mundri et de Taly Payam.
Programme d'éradication de la dracunculose du Nigeria
Nombre de cas de dracunculose notifiés en 1998-1999

Zone du Nord-Ouest

Zone du Nord-Est

Zone du Sud-Ouest

Zone du Sud-Est

Dracunculose #94, P. 9
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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>NOMBRE</td>
<td>% NOTIFIAN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TCHAD (6)</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
<td>2</td>
<td>-100</td>
</tr>
<tr>
<td>BURKINA FASO (5)</td>
<td>236</td>
<td>PN</td>
<td>479</td>
<td>110</td>
</tr>
<tr>
<td>COTE D'IVOIRE (8)</td>
<td>181</td>
<td>97</td>
<td>1177</td>
<td>353</td>
</tr>
<tr>
<td>OUGANDA (7)</td>
<td>189</td>
<td>100</td>
<td>667</td>
<td>249</td>
</tr>
<tr>
<td>MAURITANIE (7)</td>
<td>60</td>
<td>100</td>
<td>50</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>ETHIOPIE (8)</td>
<td>48</td>
<td>100</td>
<td>346</td>
<td>225</td>
</tr>
<tr>
<td>NIGER (7)</td>
<td>282</td>
<td>100</td>
<td>1274</td>
<td>822</td>
</tr>
<tr>
<td>TOGO (8)</td>
<td>215</td>
<td>100</td>
<td>907</td>
<td>601</td>
</tr>
<tr>
<td>BENIN (8)</td>
<td>200</td>
<td>86</td>
<td>223</td>
<td>152</td>
</tr>
<tr>
<td>MALI (7)</td>
<td>154</td>
<td>70</td>
<td>203</td>
<td>184</td>
</tr>
<tr>
<td>NIGERIA (8)</td>
<td>1444</td>
<td>97</td>
<td>10351</td>
<td>10297</td>
</tr>
<tr>
<td>SOUDAN (7)</td>
<td>6742**</td>
<td>38</td>
<td>22141</td>
<td>28280</td>
</tr>
<tr>
<td>GHANA (7)</td>
<td>983</td>
<td>90</td>
<td>3578</td>
<td>6323</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL*</td>
<td>10735</td>
<td>58</td>
<td>41398</td>
<td>46625</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL (sans Sudan )*</td>
<td>3993</td>
<td>94</td>
<td>19257</td>
<td>18345</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 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 DECROISSANT DE CAS EN 1998)

<table>
<thead>
<tr>
<th>PAYS</th>
<th>janvier</th>
<th>février</th>
<th>mars</th>
<th>avril</th>
<th>mai</th>
<th>juin</th>
<th>juillet</th>
<th>août</th>
<th>septembre</th>
<th>octobre</th>
<th>novembre</th>
<th>décembre</th>
<th>total*</th>
<th>Endigues</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SOUDAN</td>
<td>1300</td>
<td>1617</td>
<td>1570</td>
<td>1598</td>
<td>3272</td>
<td>3461</td>
<td>1379</td>
<td>1379</td>
<td>3234</td>
<td>495</td>
<td>892</td>
<td>28230</td>
<td>14382</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>NIGERIA</td>
<td>596</td>
<td>752</td>
<td>901</td>
<td>887</td>
<td>1112</td>
<td>1007</td>
<td>1420</td>
<td>1584</td>
<td>3265</td>
<td>6621</td>
<td>10297</td>
<td>64</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GHANA</td>
<td>921</td>
<td>1140</td>
<td>1139</td>
<td>546</td>
<td>1000</td>
<td>771</td>
<td>378</td>
<td>124</td>
<td>3266</td>
<td>6326</td>
<td>55</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NIGER</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>6</td>
<td>35</td>
<td>156</td>
<td>300</td>
<td>197</td>
<td>485</td>
<td>616</td>
<td>1322</td>
<td>42</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BURKINA FASO</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>32</td>
<td>56</td>
<td>30</td>
<td>64</td>
<td>110</td>
<td>402</td>
<td>605</td>
<td>66</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOGO</td>
<td>87</td>
<td>137</td>
<td>28</td>
<td>34</td>
<td>48</td>
<td>55</td>
<td>55</td>
<td>53</td>
<td>617</td>
<td>1362</td>
<td>356</td>
<td>83</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COTE D’IVOIRE</td>
<td>58</td>
<td>32</td>
<td>31</td>
<td>16</td>
<td>36</td>
<td>56</td>
<td>69</td>
<td>20</td>
<td>291</td>
<td>605</td>
<td>356</td>
<td>83</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OUGANDA</td>
<td>3</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
<td>20</td>
<td>30</td>
<td>102</td>
<td>39</td>
<td>32</td>
<td>269</td>
<td>284</td>
<td>93</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BENIN</td>
<td>84</td>
<td>22</td>
<td>14</td>
<td>9</td>
<td>11</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>152</td>
<td>166</td>
<td>92</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MALI</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
<td>62</td>
<td>49</td>
<td>9</td>
<td>175</td>
<td>184</td>
<td>68</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAURITANIE</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>10</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>12</td>
<td>29</td>
<td>41</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ETHIOPIE</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>14</td>
<td>38</td>
<td>68</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
<td>221</td>
<td>226</td>
<td>96</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TCHAD</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAMEROUN**</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>100</td>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C.A.R.***</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>10</td>
<td>30</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL*</td>
<td>3654</td>
<td>5199</td>
<td>3660</td>
<td>3674</td>
<td>5116</td>
<td>540</td>
<td>1572</td>
<td>1597</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>25624</td>
<td>47189</td>
<td>56</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**% Endigues**: 56 52 59 59 60 56 50

* Provisionnel

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

*** La République centrafricaine a notifié 10 cas suspects (non confirmés de dracunculose pour la période du janvier à juin 1999. Ces cas ne sont pas comptés dans le total.
EXAMEN EXTERNE DE L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE AU YEMEN


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’élaboration des cas et l’importance des notifications au vu de la certification de l’élaboration de la dracunculose.

PUBLICATIONS RÉCENTES


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 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.