

**Memorandum****DATE:** 15 juin 1998**DU:**Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation,
et l'éradication en matière de dracunculose**SUJET:** RESUME DE LA DRACUNCULOSE No. 79**A:** Destinataires**Detecter chaque cas, endiguer chaque ver!****IL FAUT: UNE MEILLEURE SUPERVISION DES AGENTS DE SANTE BASES DANS LES VILLAGES**

Ces dernières années, les évaluations et les consultations des programmes nationaux d'éradication de la dracunculose ont constamment souligné l'importance et l'inadéquation fréquente de la supervision des agents de santé et ou des volontaires basés dans les villages dans le cadre de pratiquement chaque programme ainsi examiné. Les programmes doivent remédier à cette faiblesse cruciale s'ils veulent enrayer la transmission dans les zones endémiques restantes. En effet, si les agents villageois ne font pas correctement leur travail, les programmes ne pourront pas réussir. Vérifier que les agents de santé reçoivent le soutien dont ils ont besoin pour exécuter correctement leurs tâches est l'une des grandes responsabilités du personnel du programme d'éradication de la dracunculose aux niveaux national et local.

Voici les trois fonctions essentielles des agents au niveau des villages:

- Faire une recherche active des cas de dracunculose dans les régions dont ils sont responsables, noter l'information sur chaque patient dans un registre de cas et notifier tous les cas détectés chaque mois. La norme de ce travail est la suivante: chaque cas devrait être détecté dans les 24 heures qui suivent l'émergence du ver;
- Appliquer immédiatement les mesures d'endiguement appropriées après la découverte de chaque cas; et
- Aider à mobiliser et à éduquer leurs communautés pour notifier immédiatement les cas, empêcher les patients d'entrer dans les points d'eau, toujours filtrer l'eau de boisson insalubre, mettre en place des sources d'approvisionnement en eau salubre et collaborer en ce qui concerne l'utilisation de l'Abate.

Une supervision efficace et régulière des agents de villages est essentielle pour qu'ils puissent mener à bien leurs tâches. Les superviseurs devraient rendre visite à chaque agent de village du moins une fois par mois (et deux fois par mois si c'est possible) et utiliser une liste de vérification pour être sûr que toutes les activités importantes ont été revues. La qualité et la quantité des visites de supervision sont importantes. Si ces visites sont bien faites, elles sont l'occasion d'apporter une formation en cours d'emploi, aidant et encourageant ainsi chaque agent villageois à améliorer sa performance jusqu'au niveau souhaité et, par la suite, de maintenir ce niveau de performance. Outre le fait de fournir une liste de vérification pour les visites de supervision, les programmes devraient également vérifier que tous les superviseurs à chaque niveau reçoivent le soutien nécessaire pour faire leur travail, par exemple, des moyens de transport (motocyclettes, bicyclettes, carburant et entretien), une compensation suffisante permettant de payer les dépenses supplémentaires des superviseurs qui doivent quitter leur bureau et se rendre sur le terrain et des fournitures adéquates (réapprovisionnement des trousseaux de premiers secours, formulaires, filtres et incitations ou récompenses nécessaires) qu'ils peuvent laisser aux agents villageois. Les programmes devraient également se fixer des priorités claires permettant de se concentrer sur les régions où la maladie est la plus endémique, que ce soit du point de vue temps limité dont ils disposent ou d'autres ressources comme le carburant nécessaire pour assurer une supervision régulière.

Tableau 1

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												total *	%
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	septembre	octobre	novembre	decembre		
SOUDAN	379 / 1194	459 / 633	323 / 514	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	1161 / 2341	50
NIGERIA	1982 / 2020	1224 / 1305	1210 / 1278	854 / 942	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	5270 / 5545	95
GHANA	670 / 1277	535 / 709	478 / 554	276 / 382	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	1959 / 2922	67
NIGER	7 / 11	4 / 4	5 / 5	42 / 43	129 / 168	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	187 / 231	81
BURKINA FASO	/ / 1	/ / 7	/ / 13	/ / 100	/ / 8	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	0 / 129	0
TOGO	66 / 230	17 / 104	15 / 52	14 / 22	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	112 / 408	27
OUGANDA	7 / 8	3 / 6	24 / 43	167 / 226	188 / 295	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	389 / 578	67
COTE D'IVOIRE	151 / 251	110 / 138	115 / 184	65 / 195	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	441 / 768	57
MALI	9 / 10	2 / 5	0 / 0	17 / 21	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	28 / 36	78
BENIN	88 / 99	22 / 36	9 / 9	28 / 29	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	147 / 173	85
ETHIOPIE	1 / 1	6 / 6	10 / 10	59 / 61	66 / 68	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	142 / 146	97
MAURITANIE	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	0 / 0	-
TCHAD	0 / 0	2 / 2	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	2 / 2	100
YEMEN	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	0 / 0	-
SENEGAL	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	0 / 0	-
CAMEROUN	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	1 / 1	-
INDE	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	0 / 0	-
TOTAL*	3360 / 5102	2384 / 2955	2189 / 2662	1522 / 2021	384 / 540	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	9839 / 13280	74
% Endigués	66	81	82	75									74	

* Provisoire

** Notifié 18 cas importés du Nigéria en 1997

Le processus d'une visite de supervision dans un village où la maladie est endémique devrait toujours

- a) commencer par une visite de salutation auprès du chef du village pour s'entretenir avec celui-ci,
- b) faire ensuite l'examen des dossiers et discuter des activités avec l'agent du village,
- c) inclure des contrôles ponctuels et des interviews avec quelques personnes et ménages du village, à un ou plusieurs des étangs, si c'est approprié, et
- d) revoir et discuter des résultats avec l'agent de village et le chef, féliciter pour tous les accomplissements et faire des suggestions permettant de corriger les carences ou problèmes et réapprovisionner en divers produits, si c'est nécessaire. Les superviseurs devraient vérifier si ces étapes ont été suivies régulièrement dans les villages où se sont rendus les superviseurs de première ligne. Le programme au Sud-Est du Nigéria a constaté que les autres membres de l'équipe chargée de l'éradication de la dracunculose pouvaient également aider à apporter une supervision à leurs agents de village.

Un examen des listes de vérification pour la supervision mises au point au Ghana, au Niger et en Ouganda suggère les éléments suivants pour une telle liste:

Général:

- Est-ce que le chef du village connaît l'agent et qu'est-ce que ce dernier est supposé faire? Est-ce qu'il comprend le cycle de vie du ver de Guinée et les interventions déployées pour lutter contre cette maladie? Est-ce que le chef pense que l'agent de village exécute correctement son travail?
- Est-ce que la zone géographique, le nombre d'habitants et les ménages sont d'une taille raisonnable dont peut s'occuper l'agent de village?
- Est-ce que les autres fonctions de l'agent de village ou du volontaire sont telles qu'elles lui laissent suffisamment de temps pour bien s'occuper des activités se rapportant au ver de Guinée?

Surveillance active:

- Est-ce que l'agent de village a les moyens de transport nécessaires?
- Est-ce que le cahier, registre ou autre formulaire de l'agent de village est bien rempli? Vérifiez trois ou quatre notations avec les patients eux-mêmes. Quelle est la durée moyenne qui s'est écoulée entre l'émergence d'un ver et le moment où il a été notifié à l'agent de village pour les cas signalés le mois passé?
- Vérifiez auprès de quelques familles pour savoir si elles connaissent leur agent de village? Sont-elles au courant de cas dans le village le mois précédent qui n'ont pas été notés dans le registre ou sur le formulaire de l'agent de santé? Sont-ils au courant d'une récompense pour la notification d'un cas (si applicable)?

Endiguement de cas:

- Est-ce que tous les ménages enquêtés ont des filtres en tissu? Est-ce que les filtres sont en bon état et est-ce qu'ils donnent l'impression d'avoir été utilisés?
- Est-ce qu'un bandage correct est fait de tous les cas actifs? Est-ce que les dates dont ils se souviennent pour l'émergence du ver, la notification à l'agent de village et le début des mesures de contrôle concordent avec les dates notées par l'agent de village? Quelle est la durée moyenne entre la notification du ver et le commencement des mesures de contrôle pour les cas signalés le mois dernier?

- Est-ce que l'agent de village a des fournitures suffisantes (filtres, contenu de la trousse des premiers secours, matériel d'éducation sanitaire, formulaires)?

Mobilisation communautaire/éducation sanitaire:

- Est-ce que l'agent de village connaît le cycle de vie du ver de Guinée et est-il capable de l'enseigner à d'autres? Parlez avec des membres de quelques ménages et demandez-leur comment on attrape le ver de Guinée et les mesures que l'on peut prendre pour l'éviter.
- A-t-on organisé des causeries publiques ou d'autres activités de lutte contre le ver de Guinée dans cette communauté le mois dernier? Comment et quand les messages à propos de la dracunculose ont-ils été communiqués à ces villageois le plus récemment (affiches, chansons, causeries, écoles, dirigeants religieux et politiques, etc.)?
- Si les villageois boivent l'eau de l'étang, observez les étangs qu'ils utilisent, voyez si ces étangs sont traités avec de l'Abate et essayez d'observer si les villageois filtrent l'eau quand ils se rendent à l'étang.
- Est-ce que les villageois ont creusé un puits? Est-ce qu'ils collaborent à l'utilisation de l'Abate (si applicable)? Est-ce que toutes les mesures de lutte sont en place dans ce village? Dans la négative, pourquoi pas ?

En bref, les aspects fondamentaux d'une bonne supervision demandent que les superviseurs :

Preennent le temps de faire une visite correcte (planifier à l'avance et en limitant le nombre de localités par jour).
Au Niger, 3-4 localités par jour.

Observent le travail de l'agent de village (il ne faut pas se contenter uniquement des réponses verbales. Le superviseur devrait vérifier de ses propres yeux si les cas ont été endigués, les filtres distribués et utilisés correctement, etc.)

Ecoutent attentivement le chef, l'agent de village et les villageois

Insistent sur les aspects fondamentaux de la prévention, de l'endiguement des cas et de la surveillance (revoir les définitions de cas, les principaux messages sur la prévention, etc.)

GHANA: LA REGION DU NORD DIMINUE DE 73% LE NOMBRE DE CAS EN AVRIL!



La Région au Nord du Ghana a notifié 191 cas de dracunculose en avril 1998, comparé à 720 cas en avril 1997, soit une réduction de 73%! La Région du Nord qui reste encore la région la plus endémique du pays a signalé des réductions de 50%, 61% et 60% en janvier, février et mars 1998 respectivement. Cinq des dix régions du pays (Ashanti, l'Est, le Grand Accra, l'Extrême-Est et l'Ouest) ont indiqué zéro cas autochtones en Avril.

OUGANDA: LE DISTRICT DE KOTIDO DIMINUE DE 72% LE NOMBRE DE CAS EN MAI!



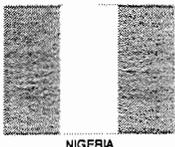
Le District de Kotido a notifié 153 cas de dracunculose en mai 1998, comparé à 489 cas en mai 1997, soit une diminution de 69%. La diminution, de l'ordre de 349 cas cette année pour un district pendant un mois, est d'autant plus remarquable que l'Ouganda a notifié 1 374 cas sur l'ensemble de 1997. Le District de Kotido est à présent le district le plus endémique qui reste en Ouganda et le mois de mai marque généralement la saison pic. Les notifications au mois de mai 1998 étaient nettement éducation sanitaire, y compris l'utilisation de filtres dans ce district pendant une grande partie de la saison de meilleures qu'en mai 1997. La diminution marquée dans le nombre de cas provient apparemment d'une meilleure transmission

pic de l'année dernière et l'utilisation accrue de l'Abate. L'UNICEF a également aidé à construire 80 puits dans le district. Le Docteur Johan P. Velema qui a réalisé des consultations auprès de ce programme pour le compte de Global 2000 en avril a fait les commentaires suivants à propos des efforts d'éradication dans les districts de Kotido et Moroto -- "Les observations dans les villages suggèrent que, en dépit de la mise en place du système de lutte contre la dracunculose, à savoir les volontaires villageois, les superviseurs locaux, la distribution de trousseaux médicales, les réunions mensuelles, les filtres, l'application d'Abate, ce qui manque à tous les niveaux, c'est l'attitude que 'la transmission du ver de Guinée peut être stoppée aujourd'hui même' et que 'mener à bien ma tâche est une contribution vitale et indispensable pour arriver à cette fin.'"

L'Ouganda prévoit d'organiser le 21 juillet la Journée nationale de l'éradication du ver de Guinée. Le principal objectif de la Journée de l'éradication du ver de Guinée cette année consiste à mettre en évidence le problème de la dracunculose dans les deux districts endémiques restants, Moroto et Kotido. Ce programme a également signalé l'importation de 48 cas du Sud du Soudan dans les camps de réfugiés du District de Kitgum au mois de mai (Tableau 2). Seuls 33% des cas ont été endigués parce qu'ils n'ont pas été détectés dans les 24 heures suivant l'émergence du ver bien que seule de l'eau potable soit disponible dans les camps. (Voir Tableau 2.)

Le coordinateur du Programme d'éradication de la dracunculose pour le District de Gulu, M. Armstrong Opokwat est décédé en avril. M. Armstrong faisait partie du programme depuis 1992. Sous sa direction, le District de Gulu est passé de 2 984 cas notifiés lors de la recherche en 1991 à zéro cas autochtone signalés en 1997. Nos pensées et prières vont à sa famille.

LE NIGERIA ORGANISE UNE REUNION NATIONALE ET FIXE L'OBJECTIVE DE L'AN 2000

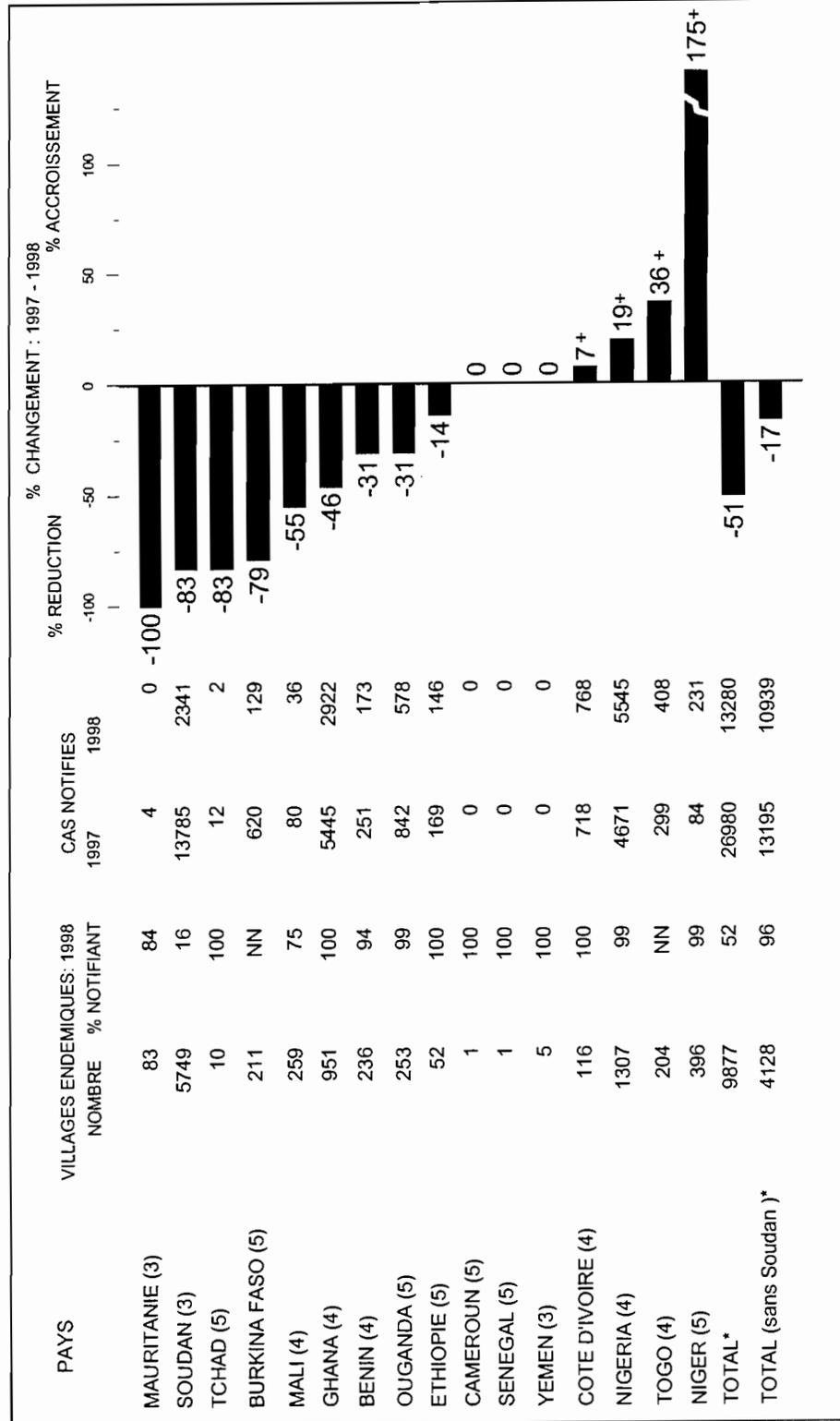


Le Programme d'éradication de la dracunculose du Nigéria a convoqué le 27 et le 28 mai sa première réunion pour l'examen national. La réunion qui se tiendra à Abuja a pour objectifs de revoir l'état d'avancement de la dracunculose dans le pays, d'identifier les domaines problématiques et les besoins et de se donner les grandes lignes d'une stratégie intensifiée pour éliminer tous les futurs cas du Nigéria d'ici l'an 2000. Environ 150 participants y ont assisté, dont plusieurs commissionnaires de la santé, les présidents des collectivités locales (LGA), les présidents des équipes spéciales du Programme d'éradication de la dracunculose, d'autres membres du personnel de ce programme et des représentants des médias. On a également noté la présence de représentants de l'Equipe spéciale du pétrole, de l'UNICEF, de l'Organisation mondiale de la Santé, de Global 2000 du Centre Carter, d'autres ONG, des divers états, des collectivités locales et d'organisations parapubliques. La réunion s'est organisée en six groupes de travail qui se sont penchés sur les questions de financement, d'approvisionnement en eau, surveillance, d'autres interventions, la supervision, la stratégie d'endiguement des cas et l'intégration. La réunion a noté parmi les problèmes les plus importants le financement et le soutien politique insuffisants, le relâchement prématuré des mesures d'intervention et de surveillance ainsi que la mobilisation et la supervision inadéquates aux divers niveaux. Des recommandations spécifiques ont été faites pour traiter ces problèmes et d'autres carences du programme, notamment le besoin d'améliorer l'endiguement des cas et d'accélérer les travaux de construction ou de rénovation de points d'eau potable dans les communautés endémiques restantes. Une plus grande attention doit être accordée à l'endiguement des cas puisque le Nigéria a noté un accroissement de 19% dans le nombre de cas pendant les quatre premiers mois de 1998 (Figure 1) bien que le pays ait signalé un taux général d'endiguement des cas de 82% en 1997. C'est surtout dans la zone du Nord-Ouest (+ 86%) et dans la zone du Sud-Ouest (+ 33%) que l'on a noté les accroissements dans le nombre de cas de cette année. Les cas des zones du Nord-Est et du Sud-Est se situent respectivement cette année à -22% et -0,5%.

Suivant la réunion nationale, le Docteur Ernesto Ruiz-Tiben et M. P. Craig Withers, Jr., qui représentaient le siège du Centre Carter à la réunion ont passé deux semaines et demi de consultations auprès des programmes dans les zones du Nord-Est (M. Joshua Ologe) et du Nord-Ouest (Professeur Luke Edungbola), respectivement. Les deux zones étaient en train d'achever les préparations de la saison de transmission pic de cette année. Le Docteur Jason Weisfeld a également entrepris une consultation dans la Zone du Sud-Ouest (Professeur O. O. Kale) pour le compte de Global 2000 pendant environ deux semaines en avril-mai.

Figure 1

POURCENTAGE DE VILLAGES ENDEMIQUES NOTIFIANTS ET CHANGEMENT EN POURCENTAGE DANS LE NOMBRE DE CAS DE DRACUNCULOSE EN 1997-1998*, PAR PAYS



* Provisoire: 1 cas importé du Nigéria au mois de mai
 (3) dénote le nombre de mois pour lesquels des notifications ont été reçues, par exemple de janvier-mars 1998
 NN non notifié

Dans l'Etat d'Oyo, les étangs locaux semblaient être les sources de transmission dans 61% des communautés très endémiques et un grand nombre de cas étaient notés chez les enfants. De plus, presque un tiers (31%) des communautés très endémiques étaient classées comme zones urbaines avec un approvisionnement en eau très insuffisant. On recommande notamment de réactiver l'équipe spéciale de la dracunculose, de renforcer la supervision, d'adopter des mesures utiles pour l'endiguement des cas et d'améliorer la distribution de filtres et d'Abate.

L'équipement de forage des puits est installé dans les villages de Borwashe et de Cha-Chile de la collectivité de Bama de l'Etat de Borno. Cha-Chile représentait 11 des 19 cas de dracunculose exportés du Nigéria au Cameroun en 1997. La mise en place de sources d'eau salubre dans les villages de Borwashe et Cha-Chile est un effort conjoint des autorités de l'état de Borni et de la collectivité locale de Bama, des habitants de Borwashe et de Cha-Chile, du Programme d'éradication de la dracunculose/Global 2000, de l'UNICEF et de l'OMS pour éliminer la transmission de la dracunculose de ces villages cette année.

La Zone du Nord-Est a commencé à mettre en oeuvre une stratégie en vue de montrer aux dirigeants et aux membres de la communauté combien il était nécessaire qu'ils participent plus efficacement aux efforts déployés en vue d'enrayer la transmission de la dracunculose dans leurs communautés. Les autorités des collectivités locales et le Programme d'éradication de la dracunculose doivent sensibiliser les chefs de district (les grands chefs) à la nécessité de faire comprendre à tous les chefs des villages de leur juridiction pourquoi il faut interdire aux personnes qui ont des vers émergents d'entrer dans les points d'eau de boisson au même titre qu'il faut supprimer la pratique de la "shekia" (à savoir, l'utilisation d'un fer rouge pour traiter les personnes qui ont des abcès causés par le ver de Guinée). La collaboration demande que tous les chefs de district fassent appliquer les règles et que le Programme d'éradication de la dracunculose s'occupe de l'éducation sanitaire, de la distribution des filtres en tissus, des fournitures médicales nécessaires pour traiter les personnes ayant des lésions causées par le ver de Guinée ainsi que l'Abate servant à traiter les étangs contaminés.

La **Fondation A. G. Leventis** a annoncé qu'elle ferait don de 15 motocyclettes au Centre Carter pour le programme d'éradication de la dracunculose au Nigéria.

Tableau 2 **Campagne d'éradication de la dracunculose**
Importations signalées de cas de dracunculose: 1998

De	A	Mois	Cas		
			Nombre	Endigués	Notifiés
Burkina Faso	Niger	Janvier	1	1	1
Ghana	Bénin	Janvier	4	4	4
Libya??	Ghana	Janvier	1	1	1
Nigéria	Cameroun	Mai	1	1	1
	Bénin	Janvier	1	1	?
		Avril	1	?	?
	Niger	February	2	2	?
		Avril	1	1	1
Mai		1	?	?	
Soudan	Ouganda	Mars	5	5	5
		Avril	13	13	13
		Mai	37	12	37
Total			68	41	63

* Notifié au pays d'origine par le biais de l'OMS

Figure 2

NOMBRE DE CAS DE DRACUNCULOSE NOTIFIES: 1998
 (NOMBRE DE CAS NOTIFIES QUI ONT ETE ENDIGUES SONT MARQUES EN NOIR)

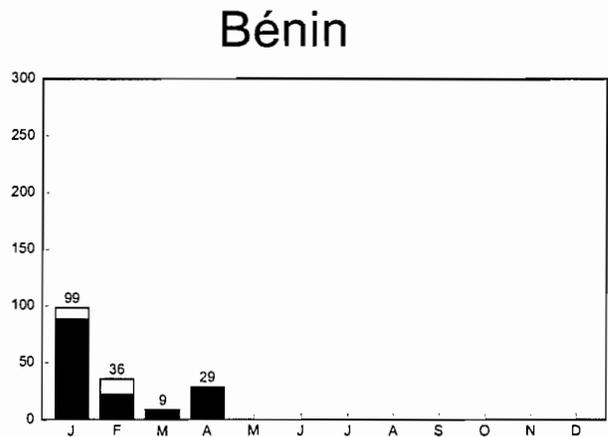
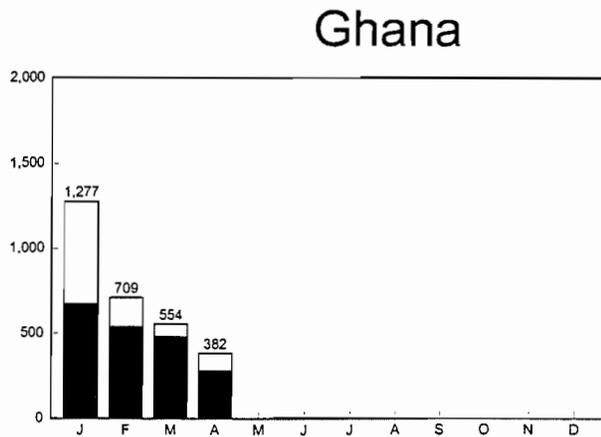
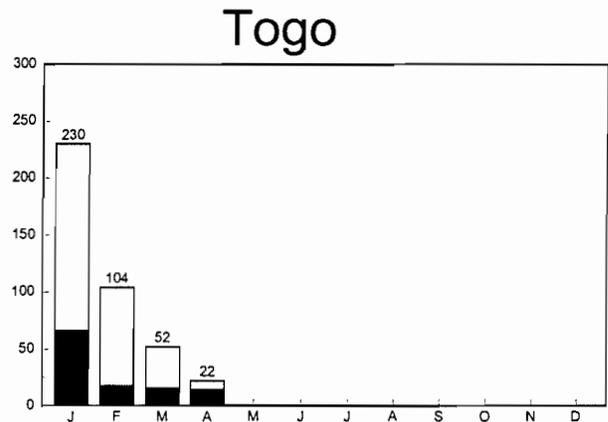
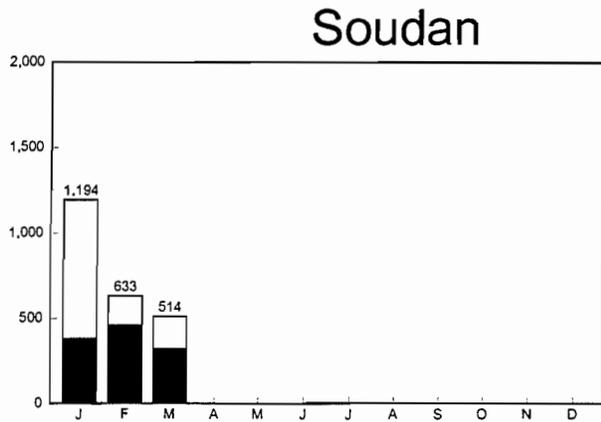
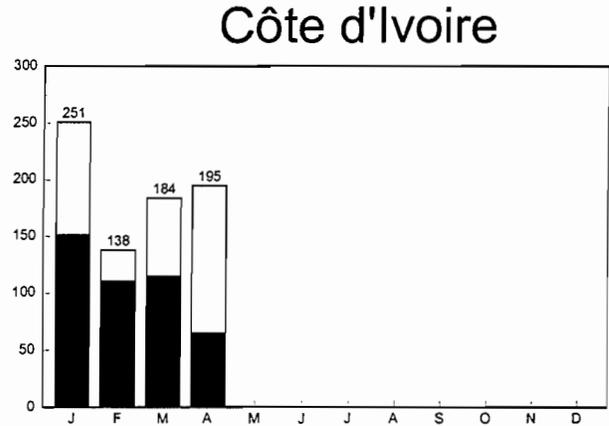
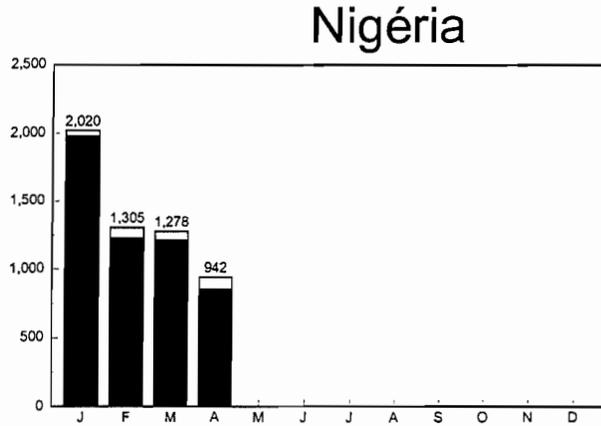


Figure 2

NOMBRE DE CAS DE DRACUNCULOSE NOTIFIES: 1998
 (NOMBRE DE CAS NOTIFIES QUI ONT ETE ENDIGUES SONT MARQUES EN NOIR)

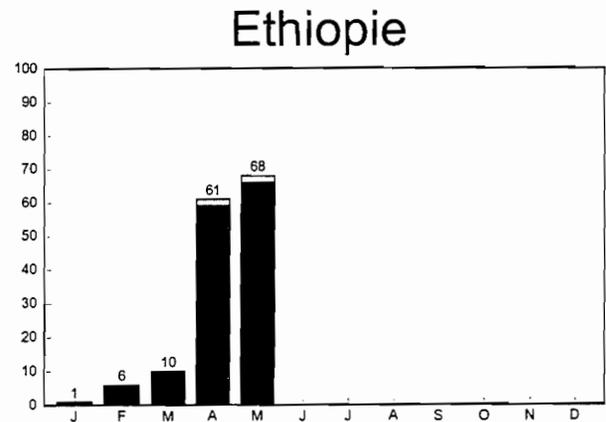
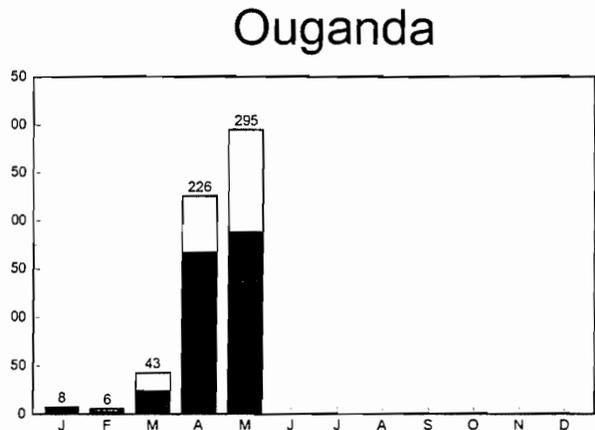
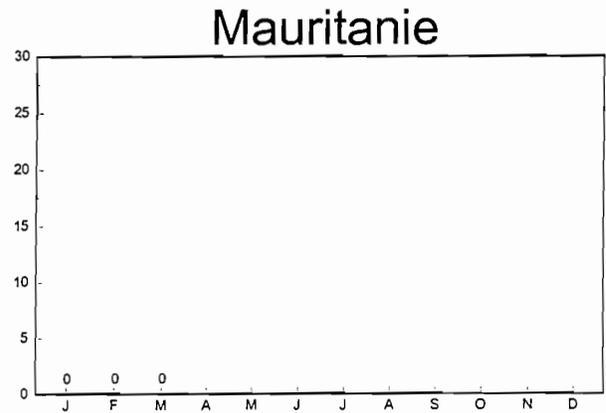
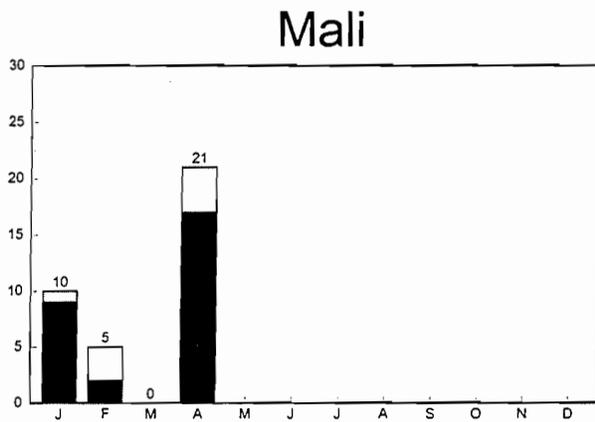
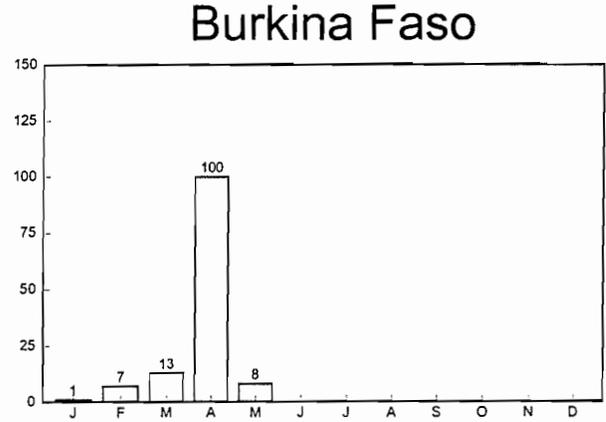
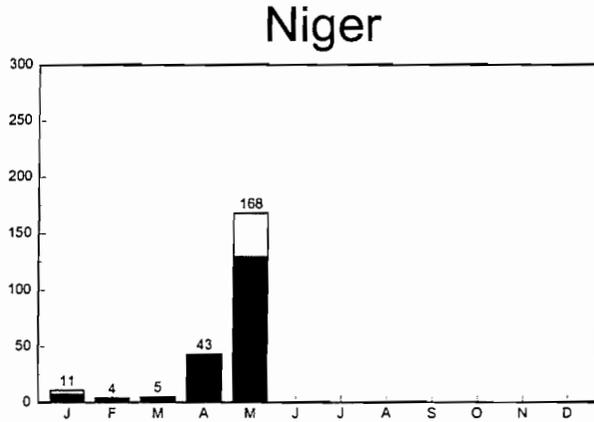
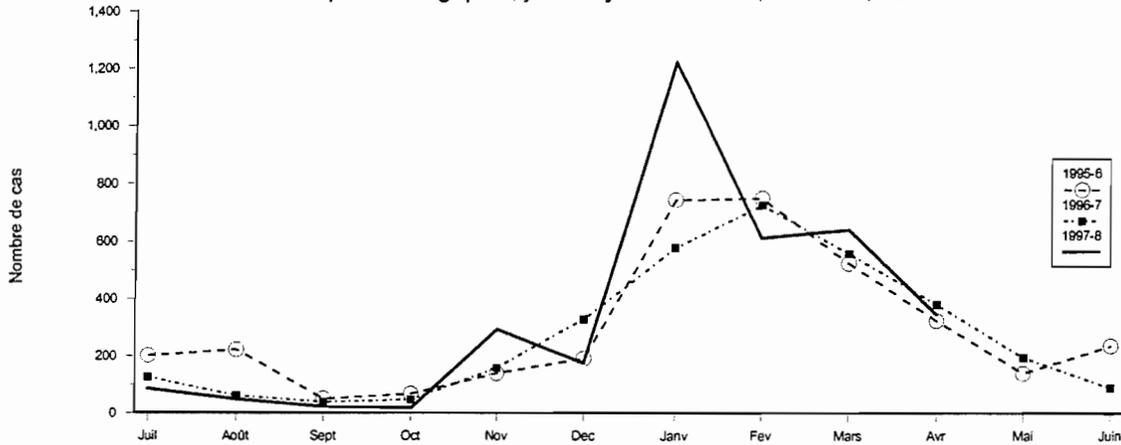
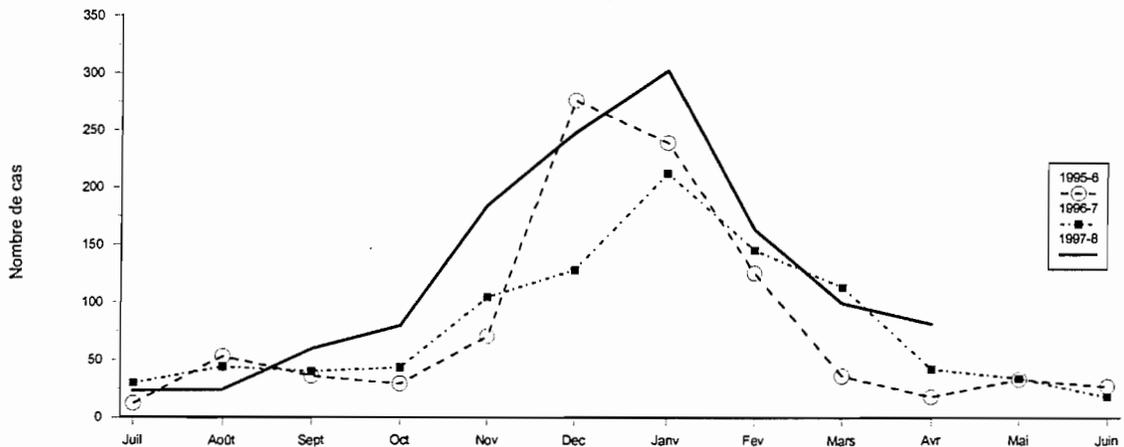


Figure 3

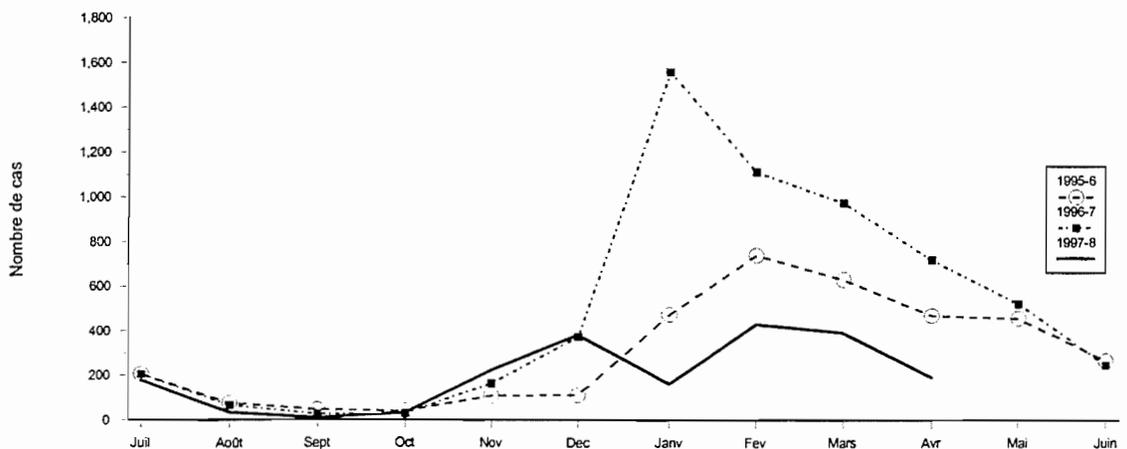
Programme d'éradication de la dracunculoze au Nigéria
 Nombre de cas de dracunculoze notifiés des Etats d'Enugu et d'Eboyni:
 Années épidémiologiques, juillet - juin: 1995-96, 1996-97, 1997-98



Programme d'éradication de la dracunculoze au Nigéria
 Nombre de cas de dracunculoze notifiés de Etat d'Oyo:
 Années épidémiologiques, juillet - juin: 1995-96, 1996-97, 1997-98



Programme d'éradication de la dracunculoze au Ghana
 Nombre de cas de dracunculoze notifiés de la Région du Nordi:
 Années épidémiologiques, juillet - juin: 1995-96, 1996-97, 1997-98



L'UNICEF RECOIT 2,8 MILLIONS DE DOLLARS DE LA FONDATION DES NATIONS UNIES POUR LES ACTIVITES DE LUTTE CONTRE LE VER DE GUINEE

Le Docteur Jane Zucker fourni une copie du communiqué de presse décrivant un don fourni à l'UNICEF par la nouvelle Fondation des Nations Unies fondée l'année dernière par Ted Turner de CNN. La Fondation a annoncé en mai un don s'élevant à un total de 2,8 millions de dollars devant être versés à l'UNICEF sur une période de trois ans pour soutenir les activités d'éradication de la dracunculose en Afrique. C'était le don le plus important des six dons faits par la Fondation à l'UNICEF. La première tranche annuelle (964 000\$) du don sera répartie de la manière suivante (en plus des 25 000\$ pour les coordinations régionales):

Ghana: 250 000 \$ pour l'approvisionnement en eau de Savelugu

Burkina Faso: 154 000\$ pour les mesures de lutte contre la maladie, 170 000\$ pour l'approvisionnement en eau

Mauritanie: 290 000\$ pour la lutte contre les maladies, 75 000\$ pour l'approvisionnement en eau

EN BREF:

L'Ethiopie a reçu 39 600\$ de l'Organisation mondiale de la Santé pour les activités de lutte contre le ver de Guinée en 1998.

Les autorités sanitaires de la Libye ont informé l'Organisation mondiale de la Santé qu'aucune trace de dracunculose n'avait été trouvée lors d'une visite dans le Sebaha faite par le personnel du ministère national du 22 au 25 mars. En janvier 1998, le Ghana a notifié un cas de dracunculose chez un homme qui a dit qu'il avait vécu dans le Sabaha en Libye de septembre 1996 à août 1997 (Résumé de la dracunculose 76).

PUBLICATIONS RECENTES



Velema JP, 1997. A time to eradicate and a time to control. [Letter], Trop Med & Int'l Hlth, 2:1107.

Watts S, 1998. An ancient scourge: the end of dracunculiasis in Egypt. Soc. Sci. Med., 46:811-819.

Watts S, 1998. Perceptions and priorities in disease eradication: dracunculiasis eradication in Africa. Soc. Sci. Med., 46:799-810.

*L'inclusion d'information dans le Résumé de la dracunculose ne constitue pas une "publication" de cette information.
En memoire de BOB KAISER.*

Pour de plus amples informations sur le Résumé de la dracunculose, prière de contacter Trenton K. Ruebush, MD, Directeur, WHO Collaborating Center for Research, Training, and Eradication of Dracunculiasis, NCID, Centers for Disease Control and Prevention, 4770 Buford Highway, NE, Atlanta, GA 30341-3724, U.S.A. FAX: (770) 488-4532.



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

