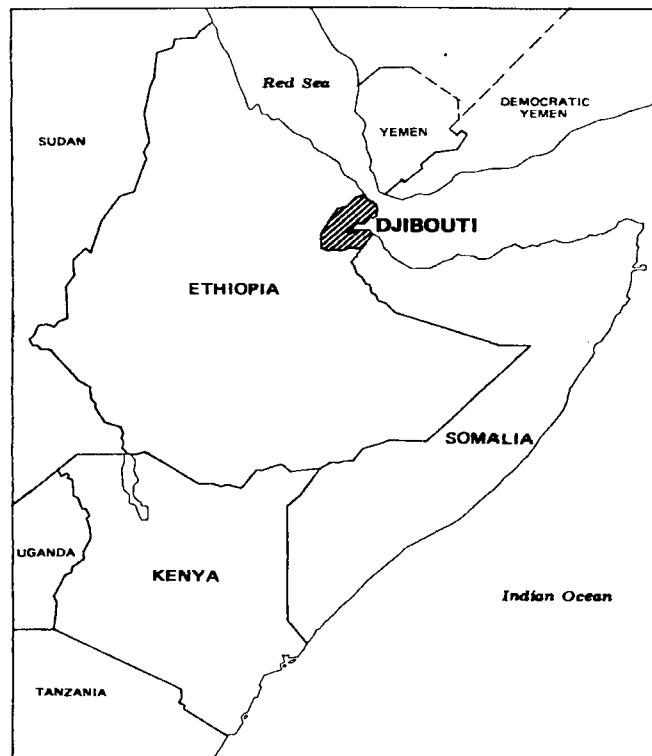




REPORT OF THE INTERNATIONAL
COMMISSION FOR THE CERTIFICATION
OF SMALLPOX ERADICATION IN

DJIBOUTI

9 - 18 October 1979



The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

1. CONCLUSIONS

Members of the Commission reviewed in detail the national report on smallpox eradication which was supplemented by information presented by persons from the Ministry of Health and the World Health Organization. The Commission then divided into three subgroups for field visits. The following conclusions are based upon this information.

1.1 The national report gives an accurate picture of activities related to smallpox eradication in the Republic of Djibouti.

1.2 There is no evidence that smallpox has occurred in Djibouti since 1974.

1.3 Surveillance activities since 1974, especially since December 1977, have been adequate to have detected a focus of smallpox in the Republic of Djibouti if such were present.

1.4 The criteria for certification of smallpox eradication, established by the WHO Expert Committee in 1971, have been fully met. Smallpox eradication has been achieved in the Republic of Djibouti.

2. RECOMMENDATIONS

In formulating these recommendations the Commission took into account the following:

- smallpox has not been detected anywhere in the world since the last case became ill on 26 October 1977, in the Republic of Somalia, with the exception of the laboratory accident in Birmingham, England, in August 1978;
- there are no stocks of variola virus in Djibouti;
- a nomad population is located throughout the country;
- refugees, mainly of Ethiopian origin, are located in three camps.

2.1 Because smallpox no longer exists anywhere in the world, international vaccination certificates are no longer necessary for persons entering Djibouti.

2.2 National legislation concerning smallpox vaccination should be revised after the advantages and disadvantages of smallpox vaccination are considered, with a view to abandonment of routine vaccination.

2.3 The surveillance system, especially that developed over the past two years, should be strengthened. The goal would be to better inform health officials of infectious diseases in order to improve control of these diseases, for example by extension of vaccination programmes.

3. COMPOSITION AND ACTIVITIES OF THE COMMISSION

Commission participants are listed in Annex 1. The Minister of Health, Mr Mohamed Ahmed Issa dit Cheiko, presided at two general meetings, held at the Ministerial City, on 9-10 October 1979. Representatives from the Ministry of Health, the Army Medical Service and international organizations were present at the opening meeting. A message was read from Dr A. Taba, Regional Director of WHO. This was followed by a description of surveillance activities employed to confirm the absence of smallpox in Djibouti, given by a representative from the Ministry of Health. Four points were underscored:

- a widespread nomad population;
- the presence of refugee camps having essentially persons coming from within Ethiopia;
- the proximity of Djibouti to Somalia, where the last endemic smallpox cases occurred;
- a strategic port allowing many contacts with foreigners.

After technical discussions with representatives from WHO the Commission decided to form three subgroups. Field visits were planned for travel by land and helicopter from 11 to 16 October. Dr Netter and Dr Breman were to visit the districts of Ali-Sabieh and Obock; Dr Nacef was to go to Dikhil district with Dr Trébucq; and Dr Grasset was to cover Tadjourah district with Dr Ryst. All members were to visit Djibouti district. The most remote areas of the country were scheduled.

The plan was accepted by the Minister of Health and the Prime Minister, who also expressed interest in the eradication programme during an official visit.

The great majority of towns and villages were visited because the country is relatively small (Annexes 2 and 5). Also to be seen were all refugee camps, many nomad camps, groups of persons at watering points and the "Groupements Commandos des Frontières" (GCF), military posts mainly at international borders.

4. SUMMARY AND ANALYSIS OF NATIONAL REPORT

Djibouti has been recently relatively free of smallpox even though nearby countries have had severe epidemics. There have only been four epidemics in Djibouti during the past 20 years and all have resulted from importations from neighbours. The most recent occurred in 1974.

After the epidemic of 1959 there began triennial vaccination campaigns. There was a progressive increase of medical personnel in the cities and in more remote areas, allowing an improvement in surveillance. Nevertheless, there had not been a programme of active searching for smallpox cases until 1977. It was also evident in 1977 that some nomad groups had not been well covered, either by the surveillance network or by the vaccination programme.

Following the smallpox outbreaks in Somalia in 1976-1977, and the arrival in Djibouti of many refugees from bordering nations, a system of active surveillance was established throughout the country in October 1977.

The methods used to detect suspect cases are described in detail in the country report. These include:

- registration and special notification of smallpox and "fever with rash" cases (especially chickenpox).
- a programme to inform medical personnel, administrators, the GCF, as well as the general population of the danger from smallpox and the need to immediately notify any suspect case to the nearest administrative or health unit. The reward was also publicized;
- active searching for cases by mobile teams. There were house-to-house visits in villages, interrogations in schools, at watering points and at nomad camps. The long frontier with Ethiopia and Somalia was covered as well as caravan camps having persons coming from these two countries;
- regular searches in refugee camps, in caravan camps (caravanserais) near Djibouti and vaccination of these populations;

- collection of specimens from suspect smallpox cases, from chickenpox cases and others with "fever and rash";
- periodic assessment of searchers' work by the two WHO consultants.

It appears from the information presented, including the evaluations, that the entire country was covered, mainly by the regular visits by mobile teams. A high percentage of the population of each district in both urban and rural zones, was visited and had a satisfactory knowledge of smallpox. The population also appeared to be motivated to report a suspect case if it occurred.

The registration system for chickenpox and other cases of "fever with rash" was not entirely satisfactory, nor was the notification system to higher authorities. Nevertheless, this aspect of the surveillance system could be considered satisfactory from October 1977 to 1979 indicated by the 153 specimens collected from throughout the country.

5. FIELD VISITS BY THE COMMISSION

Excepting the capital, with 150 000 persons, four towns of 1000 to 20 000 persons and 10 villages with 100 to 1000 persons the population lives dispersed in nomad camps of only a few families. Some nomads were found near watering points. The Commission was particularly interested in active surveillance. The sensitivity of the surveillance system was evaluated by interviews with the general population and the health and administrative authorities. Questions related to the visits by the searchers, awareness of smallpox and action to take if a suspect case was detected. A summary of information collected by members of the Commission is shown in Annexes 2, 3 and 4.

5.1 Health units

Twenty-four of 26 health units were visited; in addition, the Djibouti port quarantine station, part of the Service d'Hygiène, was seen. All health officials were aware of the eradication programme and of the search for suspect cases. Health personnel were an integral part of the community and would probably become rapidly aware of any major health problems.

The registration of eruptive disease was irregular. Notifications to higher levels were often incomplete, irregular and delayed. However, a highly suspect case would be rapidly reported.

Registration appeared satisfactory at the military hospital in Djibouti, however, the epidemiological information is not forwarded to the national public health service. A "feed-back" bulletin from the central level to peripheral units would encourage notifications.

The Commission studied the clinical and epidemiological information of the 10 cases from which specimens were taken and the results from the laboratory were still awaited. Specimen collection forms from four cases were taken to the field and it was concluded that these patients did not have smallpox. It is unfortunate that some specimens collected in the field never reached the Smallpox Eradication Programme office in Djibouti. A total of 153 specimens were collected in two years. These came from throughout the country. The number and distribution are satisfactory.

5.2 Schools

A total of 23 of 37 schools were seen. Several of these were in the most distant isolated areas. Almost 100% of the groups of children questioned had heard of smallpox and knew the name of the disease in French or in a local language. None reported seeing any recent smallpox cases and almost all knew that they should report such a case to local authorities. The 100 000 Djibouti Franc reward offered by WHO was well known.

Vaccination coverage was 96% for 2410 children between seven and 14 years. There were some differences between districts. It was not easy to distinguish between a scar due to a smallpox or BCG vaccination as the vaccination site was not always the same.

One 10-year-old girl had facial pockmarks. She had smallpox in 1974 in "Awsa", in Ethiopia and was now in the Koranic school in Dikhil.

5.3 Groupement de Commandos des Frontières (GCF) (Border Commando Unit)

These are small military posts in isolated locations near borders. The GCF are responsible for surveillance of all activities in the area. They are supposed to meet each caravan which does not come voluntarily to the post. One of the commandos serves as a nurse if needed. The posts have a small allotment of medicines used to treat the local and nomad population. This allows them to have some medical information which is transmitted by radio to higher authorities.

Nineteen of 24 GCF posts were visited. All but one were in radio contact with the district level. All posts were well aware of the programme and had pictures of smallpox and/or the reward announcement prominently displayed. Special attention was given to the GCF post at Guelilé. This is located at the Ethiopian border where the train passes from Addis-Ababa to Djibouti. The Commission subgroup boarded the train coming from Addis-Ababa and confirmed that all persons had a valid international vaccination certificate. There were no rumours of smallpox existing in Ethiopia.

5.4 Refugee camps and caravanserai at Balbalah (Djibouti)

Three refugee camps, with persons coming from neighbouring countries were visited along with the caravanserai (caravan gathering centre) at Balbalah.

It was possible to find persons in these camps who had been previously seen by the active surveillance teams. Several persons with facial pockmarks were viewed and it was confirmed that they suffered from smallpox before 1976 in Ethiopia.

New arrivals are registered and vaccinated. The great majority of males and females had smallpox vaccination scars; the children were especially well covered.

Surveillance of refugee health problems was mainly the responsibility of the existing nearby national health infrastructure, but other agencies also played a role.

A total of 640 refugees were viewed. They had a satisfactory awareness of the programme and knew where to report if a suspect case occurred.

5.5 Watering points and nomad camps

The local nomad population despite their relative inaccessibility, were seen by all Commission subgroups. Visits were made to nomad camps and watering points. In general, nomads were aware of the programme, its objectives and methods. The nomads seen would probably report a suspect case to local authorities without major delays. It was confirmed that medical evacuations of sick nomads had been made after these groups contacted local GCF posts.

5.6 Markets

Three markets were visited. People were aware of the programme and of smallpox. No rumours were found of recent suspect cases. One woman was seen in Djibouti city with facial pockmarks due to smallpox contracted more than 20 years ago in Ethiopia.

6. VARIOLA VIRUS STOCKS AND VARIOLIZATION

The Director of the laboratory in the major Djibouti hospital (Peltier) stated that no variola virus specimens were kept. Variolization appeared not to have been practised in Djibouti.

7. FINAL MEETING

Each subgroup prepared a detailed report of their field visit findings (available at the Smallpox Eradication Unit, WHO, Geneva). The national report and the subgroup reports were studied again with particular attention given to the above-cited points.

The Commission was satisfied that in almost all of the places visited the smallpox programme was well known and people knew and were aware of action to take if a suspect case should occur. The Commission in closed session adopted the conclusions and recommendations of this report.

In attendance at the closing meeting were the Minister of Health, other personnel of the Ministry of Health, the chief military physician and representatives from international organizations. The Commission discussed their findings and gave warm thanks to the Minister and others who assisted them during their mission.

PARTICIPANTS

Commission members

Dr N. Grasset
Epidemiologist
Veigy Foncenex, Douvaine
France

Professor T. Nacef (Rapporteur)
Director, Department of Preventive and Social Medicine
Ministry of Public Health
Tunisia

Dr R. Netter (Chairman)
Director-General
National Health Laboratory
25 Bd St. Jacques
75014 Paris
France

National personnel

Dr Absieh Warsama
Director of Public Health

Mr J. P. Bernadan Issa
Sanitary Inspector

WHO personnel

Dr J. G. Breman
Smallpox Eradication Unit
WHO, Geneva

Dr J. P. Ryst
WHO Consultant
SEP, Djibouti

Dr A. Trébuq
WHO Consultant
SEP, Djibouti

ANNEX 2

REPUBLIC OF DJIBOUTI

NUMBER OF PLACES VISITED BY THE INTERNATIONAL COMMISSION

| Districts | Localities | Schools | Health units | Caravanserais and refugee camps | Water-points | GCF ^a | Markets |
|----------------|------------|---------|--------------|---------------------------------|--------------|------------------|---------|
| Ali Sabieh | 11 | 4 | 3 | 1 | 3 | 5 | 1 |
| Obock | 12 | 2 | 1 | 0 | 5 | 2 | 0 |
| Dikhil | 22 | 5 | 3 | 1 | 9 | 6 | 0 |
| Tadjourah | 16 | 7 | 4 | 0 | 8 | 4 | 0 |
| Djibouti | 5 | 5 | 12 | 2 | 0 | 2 | 2 |
| Total visited | 66 | 23 | 23 | 4 | 25 | 19 | 3 |
| Total existing | 110 | 37 | 26 | 4 | 55 | 24 | 10 |

^a Groupements Commandos des Frontières.

REPUBLIC OF DJIBOUTI

VACCINATION COVERAGE ASSESSEMENT BY THE INTERNATIONAL COMMISSION

| District | Population of the district | 0-6 years | | | 7-14 years | | | Adults | | |
|------------|----------------------------|-----------|-----------|----|------------|-----------|-----|--------|-----------|----|
| | | Number | With scar | % | Number | With scar | % | Number | With scar | % |
| Ali Sabieh | 22 200 | 70 | 41 | 59 | 1 181 | 1 173 | 99 | 221 | 203 | 92 |
| Obock | 10 600 | 25 | 11 | 44 | 269 | 232 | 86 | 71 | 57 | 80 |
| Tadjourah | 28 670 | 201 | 196 | 97 | 291 | 290 | 100 | - | - | - |
| Dikhil | 28 100 | 58 | 43 | 74 | 100 | 77 | 77 | - | - | - |
| Djibouti | 170 000 | 132 | 129 | 98 | 569 | 550 | 97 | - | - | - |
| Total | 259 570 | 486 | 420 | 86 | 2 410 | 2 322 | 96 | 292 | 260 | 89 |

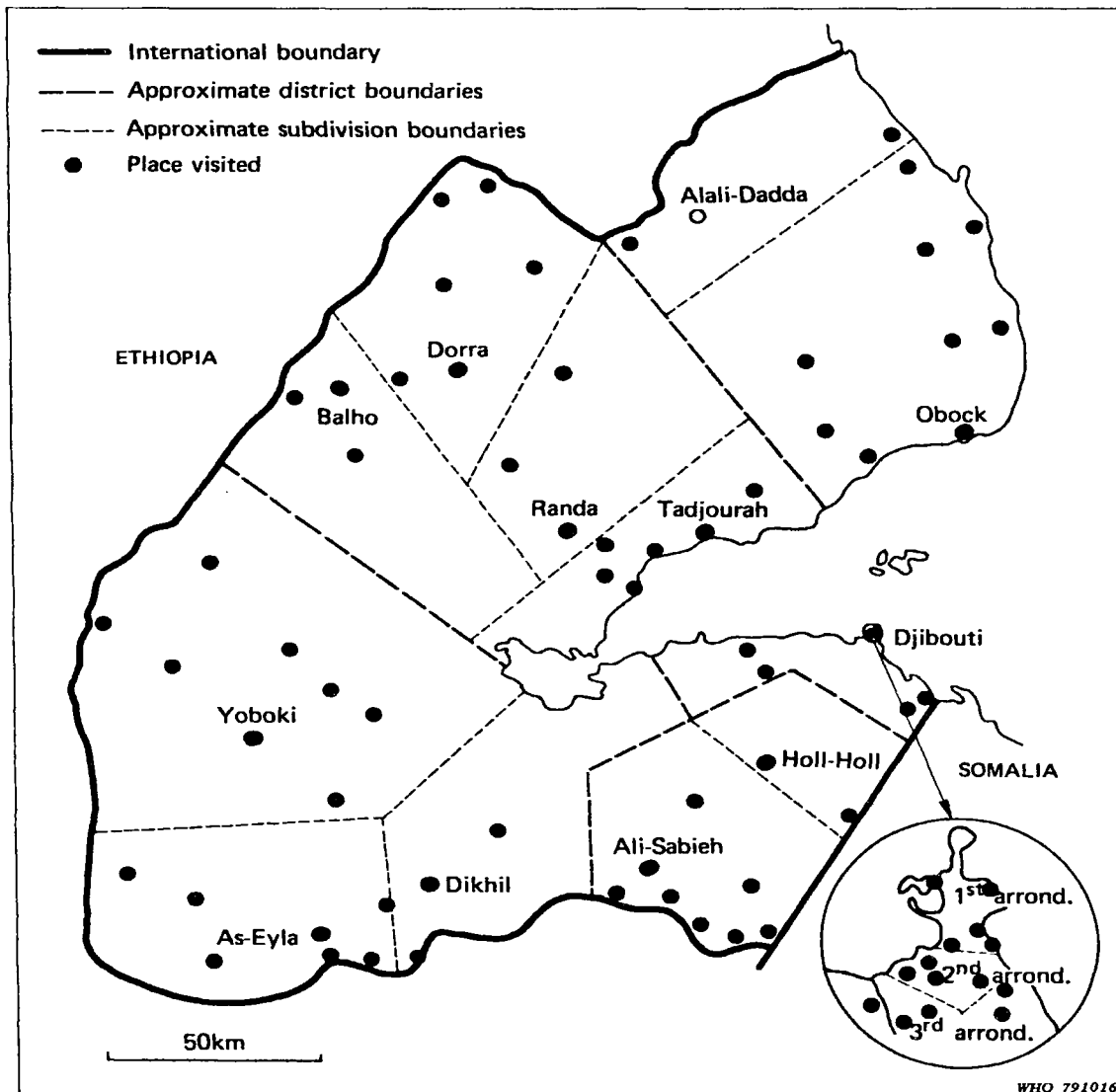
Grand total: 3188 persons seen, 3002 (94%) with vaccination scars.

REPUBLIC OF DJIBOUTI

NUMBER OF PERSONS WITH POCK MARK SEEN BY
THE INTERNATIONAL COMMISSION

| District | 0-6 years | | 7-14 years | | Adults | |
|------------|-----------|----------------|------------|----------------|--------|----------------|
| | Seen | With pock mark | Seen | With pock mark | Seen | With pock mark |
| Ali Sabieh | 70 | 0 | 1 181 | 0 | 221 | 11 |
| Obock | 25 | 0 | 269 | 0 | 71 | 0 |
| Tadjourah | 181 | 0 | 291 | 0 | 148 | 0 |
| Dikhil | 111 | 0 | 240 | 1 | 80 | 7 |
| Djibouti | 210 | 0 | 806 | 0 | 258 | 1 |
| Total | 597 | 0 | 2 787 | 1 | 778 | 19 |

PLACES VISITED BY THE INTERNATIONAL COMMISSION
DJIBOUTI, OCTOBER 1979



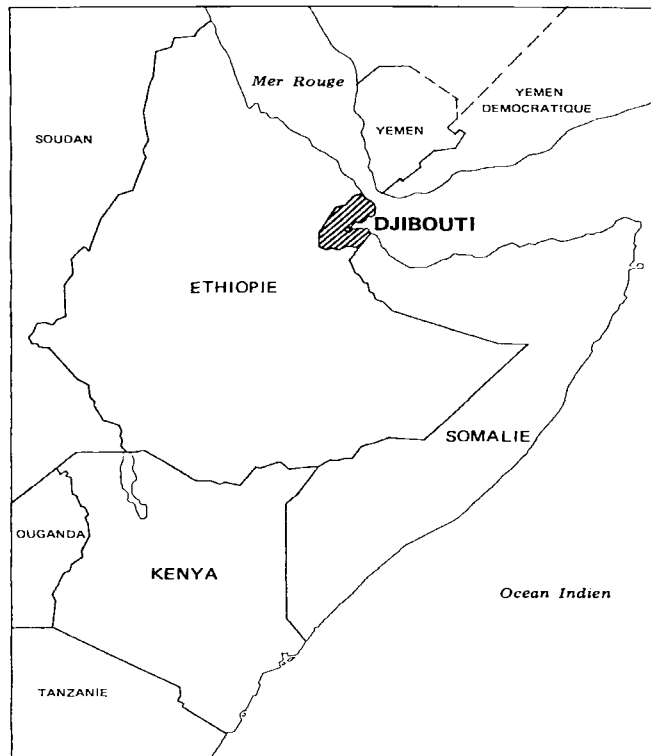
== == ==



RAPPORT DE LA COMMISSION
INTERNATIONALE DE CERTIFICATION
DE L'ERADICATION DE LA VARIOLE EN

DJIBOUTI

9-18 Octobre 1979



The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

1. CONCLUSIONS

Après revue détaillée du rapport national en vue de la certification de l'éradication de la variole en République de Djibouti, les membres de la Commission internationale ont complété leur information auprès des responsables du Ministère et des experts de l'OMS avant de se séparer en trois groupes indépendants pour continuer leurs investigations sur le terrain.

De l'ensemble des documents fournis et des informations recueillies à l'occasion des visites, la Commission internationale conclut :

- 1.1 Les données figurant dans le rapport national sur l'éradication de la variole en République de Djibouti reflètent bien la situation dans le pays.
- 1.2 Il n'existe aucune preuve que la transmission de la variole se soit produite en République de Djibouti depuis 1974.
- 1.3 Les activités de surveillance menées depuis cette date, et plus particulièrement depuis décembre 1977, ont été satisfaisantes et auraient permis de détecter un foyer s'il s'était produit.
- 1.4 Les conditions pour la certification de l'éradication de la variole telles qu'elles ont été établies par le Comité d'experts de l'OMS sur la Variole en 1971 ont été pleinement remplies. L'éradication de la variole en République de Djibouti est donc considérée comme achevée.

2. RECOMMANDATIONS

En formulant ces recommandations, la Commission a pris acte que :

- Aucun cas de variole n'a été rapporté dans quelque partie du monde depuis le dernier cas du 26 octobre 1977 survenu en République de Somalie, à l'exception de l'accident de laboratoire de Birmingham (Angleterre) en août 1978.
- Il n'existe aucun stock de virus variolique en République de Djibouti.
- Le nomadisme est répandu dans tout le pays.
- Trois camps de réfugiés provenant pour la plupart d'Ethiopie sont installés sur le territoire.

2.1 Puisqu'il n'existe aucun cas humain de variole dans le monde, les certificats de vaccination antivariolique ne devraient plus être exigés des voyageurs entrant en République de Djibouti.

2.2 La législation nationale sur l'obligation de la vaccination antivariolique devra être révisée après avoir pris en considération les avantages et les inconvénients; en particulier l'abandon de la vaccination systématique devra être considéré.

2.3 La formation du personnel de santé et le réseau de surveillance mis en place au cours des dernières années devront être améliorés de façon à mieux renseigner les autorités sur la situation réelle des maladies infectieuses, et ce, en vue d'une meilleure protection de la population et de l'extension des programmes de vaccination.

3. CONSTITUTION DE LA COMMISSION ET PROGRAMME D'ACTIVITES

La liste des participants de la Commission est donnée en annexe 1.

Deux réunions générales préparatoires présidées par M. Mohamed Ahmed Issa dit Cheiko, Ministre de la Santé, se sont tenues à la Cité ministérielle les 9 et 10 octobre 1979 en présence des autorités du Ministère de la Santé, du médecin chef de l'armée nationale et des représentants des organisations internationales.

Après lecture du message envoyé par le Dr Taba, Directeur régional de l'OMS, les représentants du Ministère de la Santé ont exposé les conditions dans lesquelles se sont déroulées les activités de surveillance de la campagne en vue de la confirmation de l'absence de variole en République de Djibouti, en insistant tout particulièrement sur les quatre points suivants :

- Existence d'une population nomade disséminée dans le pays.
- Présence de camps de réfugiés provenant d'Ethiopie.
- Proximité avec la Somalie, dernier pays où la variole a sévi.
- Situation portuaire en contact avec le monde extérieur.

Après les discussions techniques avec les experts de l'OMS, les membres de la Commission internationale décident de se diviser en trois groupes pour la visite du pays en utilisant des véhicules terrestres et des hélicoptères du 11 au 15 octobre. Le Dr Netter et le Dr Breman doivent visiter les districts d'Alí Sabieh et d'Obock, le Dr Nacef et le Dr Trebucq le district de Dikhil, le Dr Grasset et le Dr Ryst le district de Tadjourah. Tous les membres ont également visité la ville de Djibouti. Les zones les plus inaccessibles du pays figurent dans le programme. Le plan est alors présenté et accepté par M. le Ministre de la Santé et par M. le Premier Ministre qui a bien voulu marquer son intérêt au programme en recevant personnellement les membres de la Commission.

Etant donné les dimensions de la République de Djibouti, l'ensemble des villes et villages de quelque importance a pu être visité; de plus, la totalité des camps de réfugiés, un certain nombre de camps de nomades, de rassemblement de population autour de points d'eau et de postes du Groupement Commando des Frontières ont fait l'objet de cette enquête (voir annexes 2 et 5). Les différentes équipes se sont mises d'accord sur les méthodes à appliquer pour la recherche sur le terrain.

4. RESUME ET ANALYSE DU RAPPORT NATIONAL

Bien que les pays voisins aient été sévèrement touchés par la variole, Djibouti est restée relativement indemne. Durant les vingt dernières années, il n'y a eu que quatre épidémies, toutes dues à des importations des pays voisins, dont la dernière date de 1974.

A la suite de l'épidémie de 1959, des campagnes systématiques de vaccination ont eu lieu tous les trois ans; le personnel médical des villes et des villages s'est accru ce qui a permis de rendre la surveillance plus efficace. Néanmoins, jusqu'en 1977, il n'y a pas eu dans le pays de dépistage actif des cas de variole et une partie de nomades a échappé à la surveillance et à la vaccination.

A la suite de la flambée de variole en République de Somalie en 1976-77 et de la pénétration sur le territoire de la République de Djibouti de nombreux réfugiés des pays avoisinants, un système de surveillance actif, étendu à tout le territoire, a été instauré dès octobre 1977.

Les techniques de surveillance décrites en détail dans les rapports sont les suivantes :

- Enregistrement et notification spéciale de la variole et des fièvres éruptives (tout particulièrement de la varicelle).
- Information du personnel médical, administratif et des Groupements Commandos des Frontières ainsi que de la population du risque de la variole, du besoin urgent de signaler tout cas suspect aux autorités, et de la récompense.

- Recherche active par des équipes mobiles des cas éventuels de variole; recherche porte-à-porte dans les villes, villages et campements; recherche spéciale dans les écoles, points d'eau, le long de la frontière éthiopienne et somalienne ainsi qu'auprès des caravaniers venant de ces pays.
- Recherche systématique de cas dans les camps de réfugiés dans le caravansérail de Balbalah et vaccination des nouveaux arrivants.
- Prélèvement d'échantillons de laboratoire pour les cas suspects de variole, varicelle et autres fièvres éruptives.
- Evaluation périodique du travail accompli par les chercheurs sur le terrain par les consultants de l'OMS.

Il ressort des données mentionnées ci-dessus et des résultats de l'évaluation du programme qu'un travail important a été fait à travers tout le pays, grâce surtout aux tournées régulières des équipes mobiles. Un pourcentage élevé de la population dans chacun des districts, aussi bien dans les régions rurales qu'urbaines, côtières et frontalières, a été visité, a connaissance de la maladie, est motivé pour signaler rapidement un cas suspect.

Le système d'enregistrement de la varicelle et d'autres cas de fièvres éruptives, ainsi que leur notification écrite aux autorités concernées, n'a pu être mis au point avec autant de succès. Néanmoins, la surveillance peut-être considérée comme satisfaisante. D'octobre 77 à 79, 153 prélèvements ont été recueillis sur l'ensemble du territoire djiboutien.

5. VISITES SUR LE TERRAIN

En dehors de la capitale qui rassemble plus de 150 000 habitants, de quatre villes de 1000 à 20 000 et d'une dizaine d'autres qui en comptent 100 à 1000, le reste des habitants résident dans les campements. Un certain nombre de ces nomades a été examiné par les enquêteurs au cours de leurs déplacements ou à proximité des points d'eau. On a insisté particulièrement sur la surveillance active; la sensibilité du système d'information a été apprécié en interrogeant la population et les responsables administratifs et sanitaires au sujet du passage des équipes, de la connaissance de la maladie et de la conduite à tenir devant des cas suspects. L'ensemble des données recueillies par les membres de la Commission figure en annexes 3 et 4.

5.1 Formations sanitaires

Sur les vingt-six formations sanitaires du pays, vingt-quatre ont été visitées, avec en plus celle du port de Djibouti. Tous les responsables sont au courant du programme de surveillance et de la recherche des cas suspects. Le personnel généralement bien intégré dans la population est rapidement mis au courant des maladies qui sévissent.

L'enregistrement des fièvres éruptives est irrégulier. La notification aux autorités supérieures, quand elle existe, est souvent incomplète, irrégulière et différée, mais il nous a été affirmé qu'en cas de maladie suspecte les autorités en seraient rapidement informées. De plus, l'enregistrement serait satisfaisant à l'hôpital militaire de Djibouti, mais les informations ne sont pas transmises à la Direction de la Santé publique. Un retour des informations aux intéressés constituerait sans nul doute un encouragement pour les déclarations.

La Commission s'est intéressée aux prélèvements en attente de résultats et a retenu quatre fiches qui ont fait l'objet d'enquêtes sur place pour démontrer qu'il s'agissait d'une maladie autre que la variole. Il est regrettable que certains prélèvements se soient perdus avant leur arrivée au bureau du Service d'Hygiène de Djibouti.

En deux ans, 153 prélèvements bien répartis dans l'ensemble du pays ont été effectués, ce qui paraît satisfaisant si on les rapporte au chiffre de la population. Au cours de l'enquête, aucun décès par varicelle n'a pu être retrouvé depuis 1974.

5.2 Ecoles

Vingt-trois sur les trente-sept écoles du pays ont été visitées. Il s'agissait parfois d'écoles très isolées en pleine brousse.

Près de 100 % des groupes interrogés avaient entendu parler de la variole, connaissaient son nom en français ou en langue locale; ils n'avaient pas connaissance de cas semblables dans leur voisinage et auraient prévenu les autorités. Ils étaient parfaitement au courant de la prime offerte par l'OMS et de son montant.

La couverture vaccinale chez les 2410 enfants de 7 à 14 ans examinés était de 96 % sans qu'on puisse noter de différences très sensibles d'un district à l'autre. A noter que la distinction entre cicatrices de vaccination BCG et de vaccination antivariolique n'est pas toujours facile à établir d'autant que l'emplacement n'est pas régulier.

Aucune cicatrice faciale de variole n'a été observée sur l'ensemble des enfants examinés à l'exception d'une fillette âgée de 10 ans, fréquentant l'école coranique de Dikhil, qui avait contracté la variole à 5 ans dans l'Awsa (Ethiopie).

5.3 Groupements Commandos des Frontières (GCF)

Il s'agit le plus souvent de postes isolés et dont les effectifs sont réduits. L'un des membres joue le rôle d'infirmier en cas de besoin. Les GCF sont chargés de la surveillance du territoire et de l'interception de toute caravane qui ne se présenterait pas spontanément au poste. Ils disposent d'une dotation en médicaments dont ils font bénéficier les populations mouvantes, ce qui leur permet en outre de recueillir des informations sanitaires qu'ils communiquent ensuite par radio à leurs autorités de tutelle.

Vingt GCF sur les vingt-quatre existants ont été visités par les enquêteurs. Tous, sauf un, étaient reliés par radio au district. Tous avaient une bonne connaissance de la campagne et avaient affiché des photos de varioleux ou celles proposant une récompense en cas de découverte. Une attention particulière portée au poste de Guelile, situé à la frontière sur le chemin de fer de Djibouti à Addis-Abéba, a montré aux enquêteurs que les voyageurs étaient bien porteurs de carnet international de vaccination en règle. Par ailleurs, ces voyageurs n'ont signalé aucune rumeur de variole en Ethiopie.

5.4 Camps de réfugiés et caravansérail de Balbalah

Trois camps de réfugiés hébergeant des sujets originaires des pays limitrophes ont été visités ainsi que le caravansérail de Balbalah où d'importants échanges ont lieu.

A plusieurs reprises, il a été possible de retrouver des sujets contrôlés au cours des mois précédents par l'intermédiaire de l'appareil mis en place, y compris les sujets porteurs de cicatrices faciales varioliques dont l'historique de la maladie révèle qu'elle remonte au moins à 1975 et qu'elle a été contractée en Ethiopie.

Les nouveaux arrivants sont contrôlés et vaccinés. La majorité des sujets des deux sexes, et particulièrement les enfants, sont porteurs de cicatrices vaccinales. Par ailleurs, la surveillance sanitaire des résidents des camps de réfugiés se fait généralement au niveau des formations sanitaires régulières et parfois par l'intermédiaire d'autre personnel médical et paramédical.

Enfin l'interrogatoire de 640 réfugiés a révélé qu'ils étaient dans l'ensemble au courant de la recherche et de la conduite à tenir si un cas suspect était découvert.

5.5 Points d'eau et campements

En dépit des difficultés d'accès, les populations nomades ont été touchées lors des visites effectuées par les équipes dans leurs campements et sur les points où ils s'approvisionnent en eau. D'une manière générale, leur connaissance du programme, de ses objectifs

et de ses méthodes est satisfaisante. Il est apparu que l'information concernant des cas suspects serait transmise dans un délai raisonnable aux autorités compétentes. C'est ainsi que nous avons pu vérifier que des évacuations sanitaires avaient pu être réalisées en maintes occasions par le canal des GCF.

5.6 Marchés

Au cours de ses tournées, la Commission a visité trois marchés. L'interrogation d'un certain nombre d'individus ou de groupe d'individus a révélé que ces derniers avaient une bonne connaissance du programme et de la maladie. Aucune rumeur concernant une transmission récente de la variole n'a pu être recueillie. Une femme porteuse de cicatrices faciales discrètes consécutives à une variole contractée vingt ans auparavant en Ethiopie était dépistée.

6. STOCKS DE VIRUS ET VARIOLISATION

Nous avons interrogé le responsable du laboratoire de l'hôpital Peltier qui nous a déclaré ne détenir aucun spécimen de virus variolique dans les congélateurs et réfrigérateurs de son département.

La variolisation n'a jamais été pratique courante en République de Djibouti.

7. REUNION FINALE

Après avoir pris connaissance des rapports de chaque équipe, au retour de leurs visites sur le terrain, et réétudié le rapport national, la Commission internationale a examiné attentivement tous les points soulevés. Elle a noté avec satisfaction que, dans la quasi-totalité des lieux visités, la maladie était reconnue ainsi que la conduite à tenir.

Les membres de la Commission internationale se sont alors réunis à huis clos et ont adopté les conclusions et les recommandations du présent rapport.

Une dernière réunion s'est tenue en présence de M. le Ministre de la Santé, des autorités du Ministère, du médecin chef de l'Armée nationale et des représentants des organismes internationaux. La Commission a rendu compte des résultats de ses recherches et a remercié chaleureusement le Ministre et ceux qui les ont aidés à accomplir leur mission.

Djibouti, le 18 octobre 1979

(signé)

Dr Grasset
Dr Nacef
Dr Netter

PARTICIPANTS

Membres de la Commission

Dr N. Grasset (Vice-Président)
Epidémiologiste
Veigy Fonceney, Douvaine, France

Professeur T. Nacef (Rapporteur)
Directeur du Département de Médecine préventive et sociale
Ministère de la Santé publique, Tunisie

Dr R. Netter (Président)
Directeur général du Laboratoire national de la Santé
25, boulevard Saint-Jacques, 75014 Paris, France

Personnel de l'OMS

Dr J. G. Breman
Section de la Variole, OMS, Genève

Dr J. P. Ryst
Consultant de l'OMS, équipe du programme

Dr A. Trebucq
Consultant de l'OMS, équipe du programme

Personnel national

Dr Absieh Warsama
Directeur de la Santé publique

M. Jean-Pierre Bernadan Issa
Inspecteur sanitaire

LIEUX VISITES PAR LA COMMISSION INTERNATIONALE EN REPUBLIQUE DE DJIBOUTI

| Districts | Lieux visités | Nombre d'écoles | Unités sanitaires | Caravansérail Camp de réfugiés | Points d'eau Campements nomades | Groupements Commandos frontière | Marché |
|----------------|---------------|-----------------|-------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------|
| Ali Sabieh | 11 | 4 | 3 | 1 | 3 | 5 | 1 |
| Obock | 12 | 2 | 1 | 0 | 5 | 2 | - |
| Dikhil | 22 | 5 | 3 | 1 | 9 | 6 | - |
| Tadjourah | 16 | 7 | 4 | 0 | 8 | 4 | - |
| Djibouti | 5 | 5 | 12 | 2 | - | 2 | 2 |
| Total visité | 66 | 23 | 23 | 4 | 25 | 19 | 3 |
| Total existant | 110 | 37 | 26 | 4 | 55 | 24 | 10 |

COUVERTURE VACCINALE OBSERVEE PAR LA COMMISSION INTERNATIONALE

| Districts | Population du district | 0-6 ans | | | 7-14 ans | | | Adultes | | |
|--|---------------------------|---------|----------------|----|----------|----------------|-----|---------|----------------|----|
| | | Nombre | Av. cicatrices | % | Nombre | Av. cicatrices | % | Nombre | Av. cicatrices | % |
| Ali Sabieh | 22 200 | 70 | 41 | 59 | 1 181 | 1 173 | 99 | 221 | 203 | 92 |
| Obock | 10 600 | 25 | 11 | 44 | 269 | 232 | 86 | 71 | 57 | 80 |
| Tadjourah | 28 670 | 201 | 196 | 97 | 291 | 290 | 100 | - | - | - |
| Dikhil | 28 100 | 58 | 43 | 74 | 100 | 77 | 77 | - | - | - |
| Djibouti | 170 000 | 132 | 129 | 98 | 569 | 550 | 97 | - | - | - |
| Total | 259 570 | 486 | 420 | 86 | 2 410 | 2 322 | 96 | 292 | 260 | 89 |
| Grand total = 3188 personnes examinées 3002 ayant des cicatrices vaccinales, soit 94 %. | | | | | | | | | | |

NOMBRE DE PORTEURS DE CICATRICES FACIALES DE VARIOLE
OBSERVES PAR LA COMMISSION INTERNATIONALE

| Districts | Examinés | Porteurs | Examinés | Porteurs | Examinés | Porteurs |
|------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 0-6 ans | | 7-14 ans | | Adultes | |
| Ali Sabieh | 70 | 0 | 1 181 | 0 | 221 | 11 |
| Obock | 25 | 0 | 269 | 0 | 71 | 0 |
| Tadjourah | 181 | 0 | 291 | 0 | 148 | 0 |
| Dikhil | 111 | 0 | 240 | 1 | 80 | 7 |
| Djibouti | 210 | 0 | 806 | 0 | 258 | 1 |
| Total | 597 | 0 | 2 787 | 1 | 778 | 19 |

ENDROITS VISITÉS PAR LA COMMISSION INTERNATIONALE
DJIBOUTI, OCTOBRE 1979

