

**Memorandum**

Date: 20 avril 1994

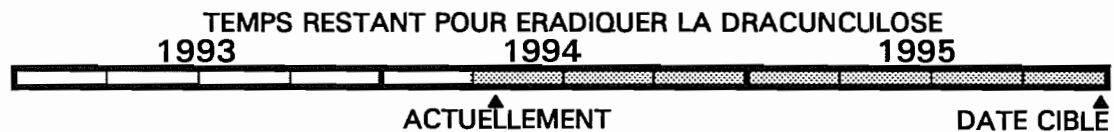
Du:



Centre de collaboration de l'OMS pour la Recherche, la Formation et l'Eradication en matière de dracunculose

Sujet: RESUME SUR LA DRACUNCULOSE N° 43

A: Destinataires

**LE PRESIDENT DU BURKINA FASO OUVRE LA CINQUIEME CONFERENCE REGIONALE EN AFRIQUE**

Le Président du Burkina Faso, le Capitaine Blaise Compaore, a présidé le 29 mars la cérémonie d'ouverture de la Cinquième conférence régionale sur l'éradication de la dracunculose qui s'est tenue à Ouagadougou. On a également noté la présence du Premier Ministre, M. Roch Marc Christian Kabore, le Ministre de la Santé, M. Christophe Dabire et d'autres hauts fonctionnaires du Burkina. Parmi les autres représentants, il y avait le Général Amadou Toumani Toure, ancien Chef d'Etat du Mali; le Professeur G.L. Monekosso, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique; Mme

Rima Salah, Représentante résidente de l'UNICEF; et le Dr. Donald Hopkins, Consultant senior du Global 2000/Centre Carter. Parmi les observateurs, on a noté la présence du Dr Byron Lovell, qui a mis au point l'Abate et qui travaillait avant sa retraite pour American Cyanamid.

La conférence, qui s'est tenue du 29 au 31 mars, fut la première des réunions régionales dont l'ouverture devait être présidée par le chef d'Etat du pays hôte et la première où furent représentés tous les pays où l'on sait que la maladie est endémique. Environ 150 personnes sont venues, notamment 50 représentants officiels de la santé des régions endémiques du Burkina Faso. Parmi les événements notables de la conférence, notons la notification très améliorée des cas de maladie (11 des 16 pays endémiques de l'Afrique avaient des données de surveillance allant jusqu'en janvier 1994 et neuf d'entre eux avaient des données jusqu'en février 1994, Tabs, 1 & 2), les interventions accrues (93 % des villages endémiques restants ont mis en place une ou plusieurs interventions, Figs, 1 & 2) et l'impact de plus en plus évident des mesures de lutte mises sur pied (le nombre de villages où l'on sait que la maladie est endémique a été diminué, passant d'environ 23.000 en 1993 à moins de 16.500 au début de 1994; et le nombre de cas notifiés a été diminué, passant d'environ 374.000 cas en 1992 à environ 221.000 en 1993, Fig. 3). Confère tableaux et figures ci-après. Cette conférence a été coparrainée par l'Organisation mondiale de la santé, UNICEF, Global 2000 et les Centers for Disease Control and Prevention. Un récapitulatif des compte-rendus est en train d'être préparé. Le recommandations de la conférence se trouvent aux pp. 13-15.

Vu ces niveaux d'intervention, les pays endémiques doivent se concentrer en 1994 sur la lutte contre le vecteur et la limitation des cas (mesure confinée à présent au CAMEROUN, au GHANA, à l'INDE et dans certaines parties du NIGERIA) ainsi que sur la mobilisation sociale.

Table 1

NOMBRE DE CAS DE DRACUNCULOZE NOTIFIES PAR PAYS EN 1993
(PAYS ENUMERES PAR ORDRE DECCROISSANT D'INCIDENCE SELON LES DONNEES DE 1992)

PAYS	INCIDENCE ANNUELLE (1992)	NOMBRE DE CAS NOTIFIES EN 1993												INCIDENCE ANNUELLE (1993)
		JANV	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	
NIGERIA	183 169 ^B	8 734	9 321	9 097	8 114	7 290	8 827	8 132	5 671	3 642	2 573	2 082	2 269	75 752 ^B
OUGANDA	123 369 ^A	5 607	4 733	3 752	4 617	3 922	4 028	4 787	3 739	2 774	2 824	1 118	951	42 852 ^B
GHANA	33 464 ^B	3 482	2 893	2 930	1 990	1 625	1 046	693	379	284	606	1 078	912	17 918 ^B
BURKINA FASO	11 784	925	256	134	81	129	703	1 739	2 654	615	323	648	74	8 281 ^B
TOGO	8 179 ^B	1 242	1 374	842	657	472	482	752	715	941	1 124	995	798	10 394 ^B
BENIN	4 315	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	13 887
SOUDAN	2 447 ^A	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	2 984
MAURITANIE	1 557	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	3 533
INDE	1 081 ^C	4	9	10	56	100	96	76	116	118	140	17	13	755 ^C
SENEGAL	728	...	...	...	...	...	105	335	108	35	47	0	0	630 ^B
NIGER	500	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	21 564
ETHIOPIE	303 ^A	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1 120 ^A
TCHAD	156 ^A	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	1 231
CAMEROUN	127 ^B	0	0	3	0	3	5	12	24	18	5	1	1	72 ^B
PAKISTAN	23 ^B	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2 ^B
COTE D'IVOIRE	...	...	...	...	54	1 352	255	201	229	2 578	1 230	887	1 248	8 034 ^B
MALI	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	12 011
KENYA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	35 ^A
TOTAL	374 202													221 055

ORIGINE DES DONNEES: NOTIFICATION PASSIVE ET/OU ENQUETES D'ETENDUE LIMITEE, SAUF INDICATION CONTRAIRE

^A RESULTATS PROVISOIRES, ENQUETE NATIONALE DE DEPISTAGE DE CAS EN COURS

^B NOTIFICATION DES CAS AU NIVEAU DES VILLAGES

^C TROIS ENQUETES ANNUELLES DE DEPISTAGE DE CAS ET RECENSEMENTS DE CAS PROVISOIRES

... PAS DE DONNEES DISPONIBLES

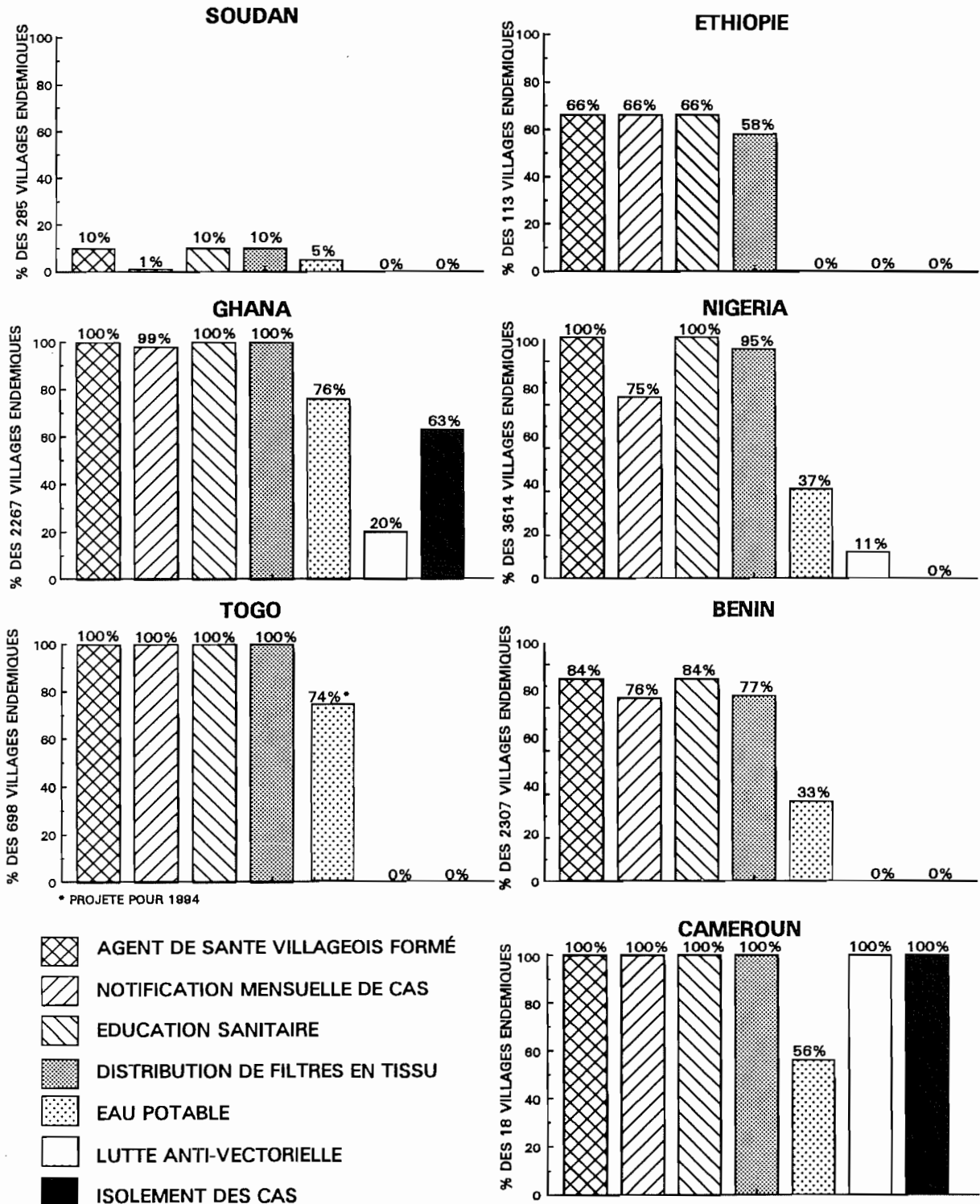
Table 2

NOMBRE DE CAS DE DRACUNCULOSE NOTIFIES PAR PAYS EN 1994
(PAYS ENUMERES PAR ORDRE DECREISSANT D'INCIDENCE SELONLES DONNEES DE 1993)

PAYS	INCIDENCE ANNUELLE (1993)	NOMBRE DE CAS NOTIFIES EN 1994														
		JANV	FEV	MARS	AVR	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC	TOTAL*		
NIGERIA	75 752	4 572	3 078													
OUGANDA	42 852	855	557													
NIGER	21 564															
GHANA	17 918	834*	494*													
BENIN	13 887	453*	427*													
MALI	12 011	87	122	56*												
TOGO	10 349	293	315													
BURKINA FASO	8 281	61	172													
COTE D'IVOIRE	8 034	435	133													
MAURITANIE	3 533	0	0													
SOUDAN	2 964															
TCHAD	1 231	1	24													
ETHIOPIE	1 120*															
INDE	755															
SENEGAL	630															
CAMEROUN	72	0	0													
KENYA	35*															
PAKISTAN	2	0	0													
TOTAL*	221 055															

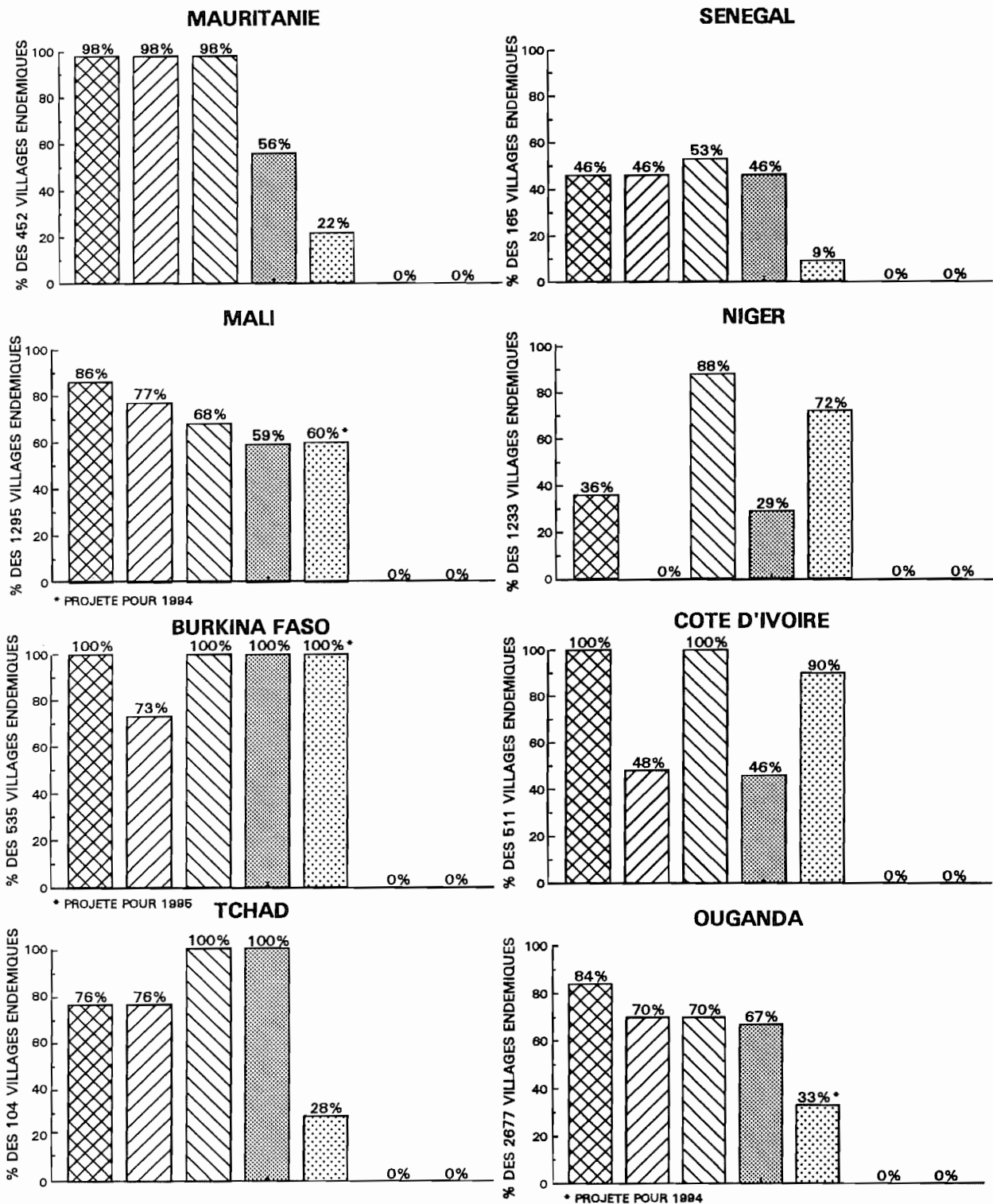
* RESULTATS PROVISOIRES, ENQUETE NATIONALE SE SERTISTAGE DE CAS EN COURS
• INCOMPLETS/PROVISOIRES

Figure 1 **ETAT D'AVANCEMENT DES INTERVENTIONS: MARS 1994**



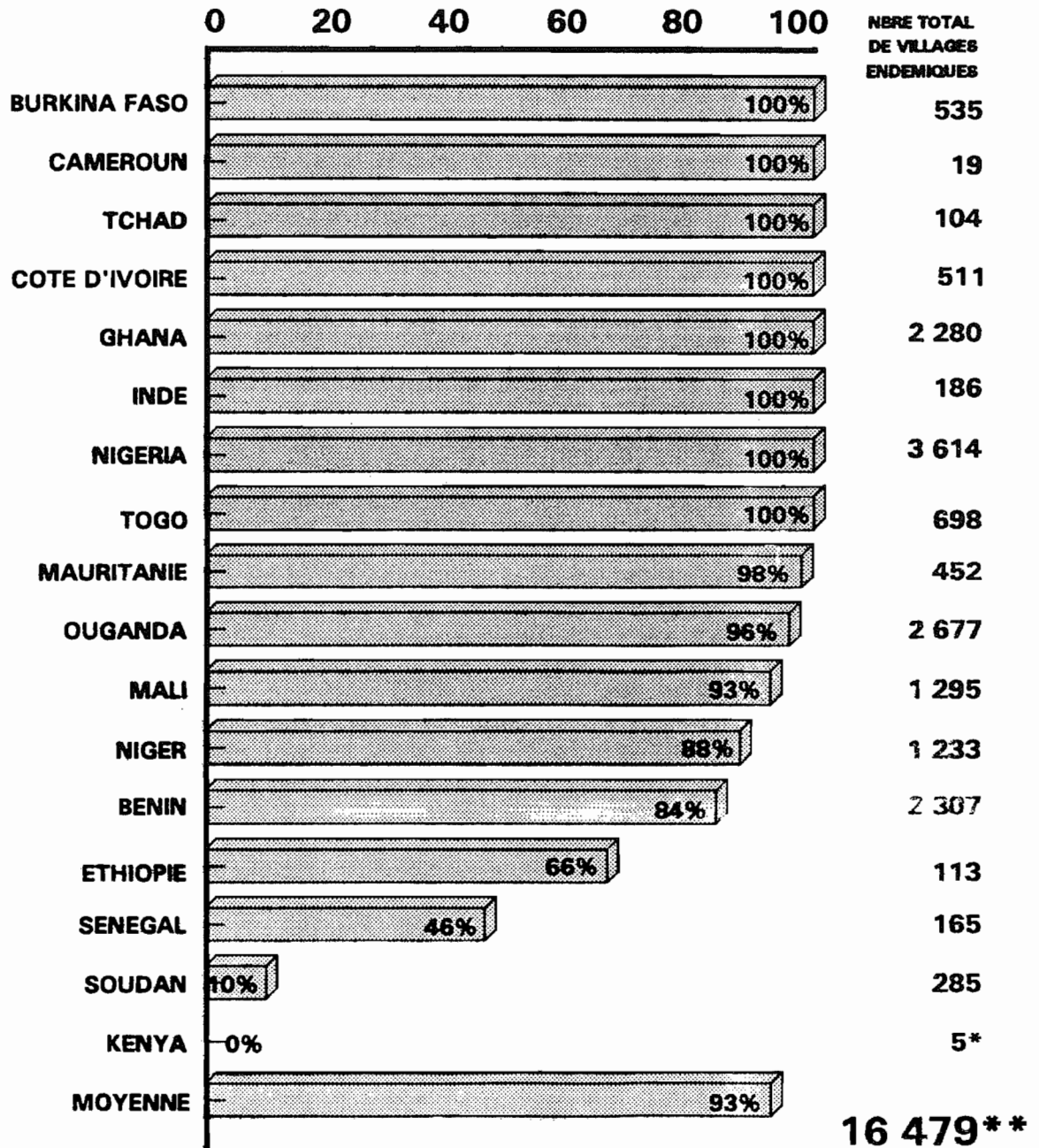
4/04/94

Figure 1 **ETAT D'AVANCEMENT DES INTERVENTIONS: MARS 1994**



4/04/94

Figure 2 **POURCENTAGE DES VILLAGES OU LA DRACUNCULOSE EST ENDEMIQUE ET AYANT BENEFICIE D'UNE OU PLUSIEURS MESURES DE CONTROLE (MARS 1994)**

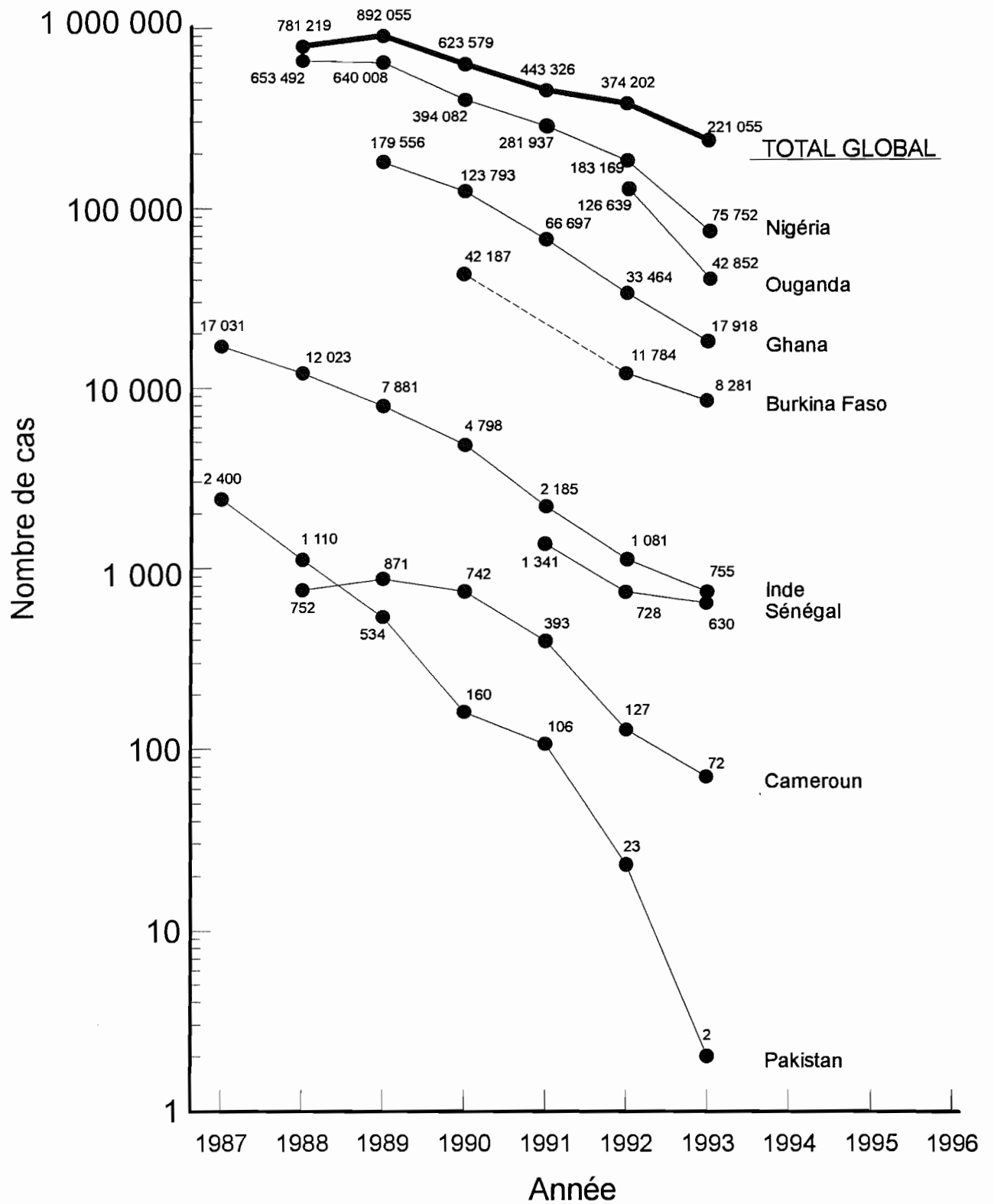


* Résultats provisoires, enquête nationale de dépistage de cas en cours.

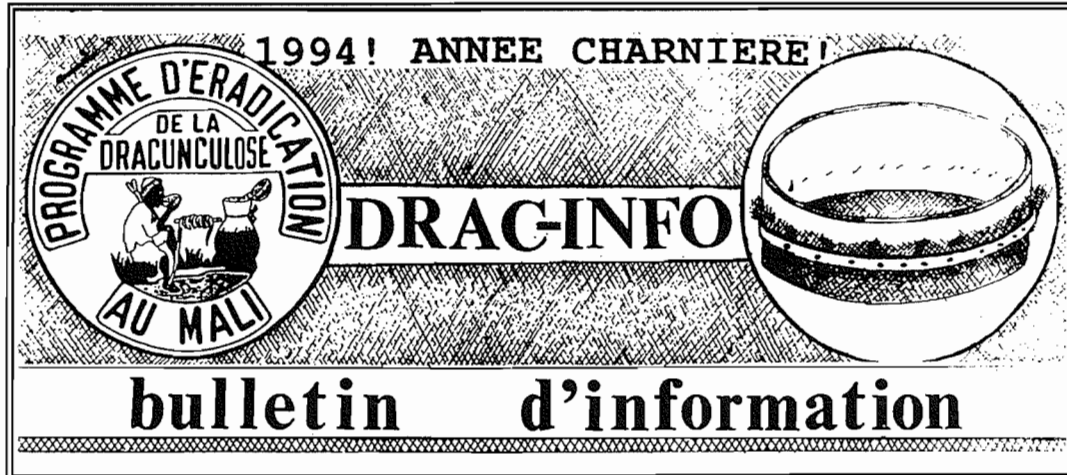
** En 1993, il ne restait au Pakistan qu'un seul village endémique (2 cas de dracunculose).

Figure 3

DIMINUTION DES CAS DE DRACUNCULOSE: 1987 - 1993



MALI: LE JAPON CONSTRUIRA 500 PUIITS POUR L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE



Le 9 février, M. Takeshi Nakamura, Ambassadeur du Japon auprès du Mali a présenté un chèque de 4 milliards de francs CFA (environ 6,7 millions de dollars EU) au Président du Comité intersectoriel du Mali pour l'éradication de la dracunculose, le Général Amadou Toumani Toure. Cet argent permettra à l'Agence de coopération internationale du Japon de construire 500 puits pour que les zones endémiques du Mali ait une eau de boisson salubre. Les travaux doivent commencer en 1994. Le Général Toure a remercié le Gouvernement japonais de ce soutien généreux, notant que « Celui qui donne l'eau donne la vie ». Outre l'intensification récente des autres interventions, le programme d'éradication au Mali a publié en mars le premier numéro de son bulletin, Drac-Info pour mieux diffuser l'information sur le programme pendant cette année charnière de 1994. Les Lions Clubs locaux ont également donné au programme 1.000 pièces d'un pagné spécial du ver de Guinée avec le logo de Lions Club, ainsi que des messages et des dessins sur le ver de Guinée.

TCHAD: RECHERCHE ACHEVEE, DEBUT DES INTERVENTIONS

La recherche accélérée des régions où l'on soupçonne encore la maladie d'être endémique, démarrée en décembre 1993 au Tchad et dont il était question dans le Résumé 42 de la dracunculose était terminée en mars 1994. Le tableau suivant présente les résultats:

<u>Préfecture</u>	<u># de cas</u>	<u>Villages endémiques</u>
Chari Baguirmi	4	4
Mayo Kebbi	157	47
Lac	0	0
Logone occidental	6	5
Logone oriental	0	0
Guera	288	4
Tandjile	0	0
Moyen Chari	388	9
Salamat	388	37
<hr/>		
TOTAL (TCHAD)	1.231	106

Les problèmes de sécurité ont fait qu'il n'était pas possible de faire des recherches dans deux régions de Logone oriental. Les enquêtes par sondage ont confirmé l'exactitude des résultats de la recherche. Les équipes de la recherche ont également employé une approche extrêmement efficace, commençant à mettre sur pied des mesures de lutte (orientation des agents de santé villageois, éducation sanitaire, distribution de filtres en tissu) dans les villages touchés par la maladie dès qu'on découvrait la présence de la maladie (confère Figures 1 & 2). Ce programme prévoit de déployer des interventions à grande échelle, y compris une lutte contre le vecteur cette année, avant que ne commence la saison de transmission maximale aux alentours du 1er juin.

NIGERIA: UN NOMBRE MOINDRE DE VILLAGES ENDEMIQUES

Le Nigéria qui, en 1993, comptait 6.317 villages où étaient déployées des mesures de surveillance et de lutte contre la dracunculose, se concentre à présent sur les 3.614 villages où l'on sait qu'il existe au moins un cas de maladie, en date du 1er janvier 1994. Les autres villages où l'on a constaté que la maladie était endémique en 1994 seront ajoutés chaque mois à la liste des villages endémiques. Le nombre de cas indiqués au Nigéria en 1993 était de 75.752, soit une diminution de 63 % dans le total officiel révisé de 202.917 cas signalés par le Nigéria en 1992. Le nombre de cas préliminaires signalés par le Nigéria en janvier 1994 est de 4.106, soit une diminution de 49 % par rapport au total de janvier 1993 (confère Figure 5). Une demande faite en janvier par le Programme d'éradication de la dracunculose de l'Etat de Kano a permis de réunir 3,4 millions de naira (environ 155.000 dollars EU) pour soutenir les activités de cet Etat. En mars, le Nigéria et l'Ethiopie ont participé à une diffusion interactive d'une heure sur WorldNet, à partir de Washington, avec le Dr Donald Hopkins et M. Craig Withers de Global 2000.

INDE: DIMINUTION DE 31% DANS LE NOMBRE DE CAS

L'Inde a convoqué la 16e réunion de son Equipe spéciale à Delhi les 18 et 19 janvier 1994, pour revoir les résultats des activités déployées en 1993 par le Programme d'éradication de la dracunculose. Un total de 755 cas avait été signalé dans 186 villages endémiques pour l'ensemble du pays; 547 cas dans le Rajasthan, 179 dans le Madhya Pradesh et 29 dans le Karnataka. Il s'agit là d'une diminution de 31 % seulement dans le nombre de cas en Inde de 1992 à 1993 (confère Figure 3). Quatre-vingt-six pour cent des cas se trouvent dans trois districts: Jodhpur, Rajasthan (44 %), Dhar, Madhya Pradesh (23 %) et Nagaur, Rajasthan (19 %). Les différences dans les taux de diminution de la maladie selon certaines parties du Rajasthan sont indiquées à la Figure 4.

Figure 4
IMPACT DE LA STRATEGIE D'ISOLEMENT DE CAS SUR L'INCIDENCE DE LA DRACUNCULOSE DANS LES DISTRICTS DE BANSWARA, DUNGARPUR ET UDAPUR ET LES AUTRES DISTRICTS ENDEMIQUES DE L'ETAT DU RAJASTHAN, EN INDE

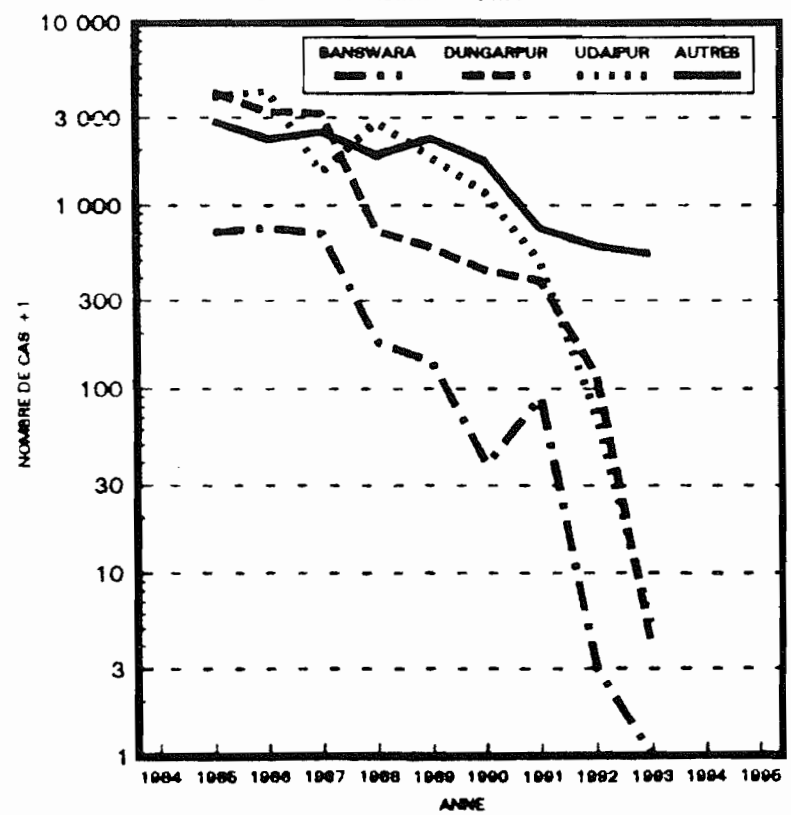
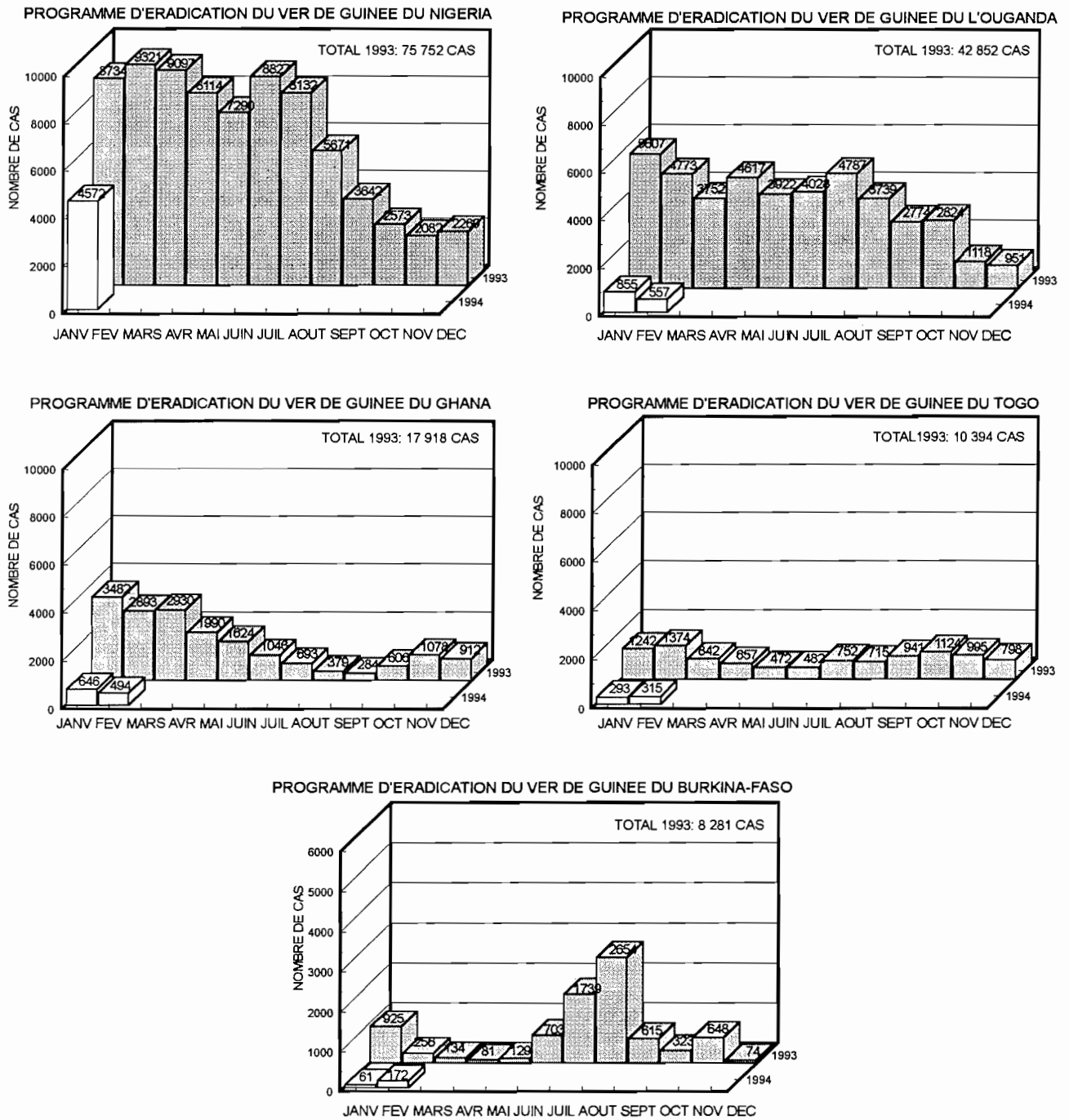


Figure 5 NOMBRE DE CAS DE DRACUNCULOSE NOTIFIES AU NIGERIA, EN OUGANDA, AU GHANA, AU TOGO, ET AU BURKINA-FASO: 1993 - 1994



GHANA: DIMINUTION DE 47 % DANS LE NOMBRE DE CAS

Le Ghana a diminué son nombre total de cas à 17.918 en 1993, soit une diminution de 46,5 % par rapport à 1992 (confère Figure 3). La diminution dans le nombre de villages endémiques pendant la même période était de 28,4 % (par rapport à 2.280 villages endémiques en 1993), y compris 520 villages nouvellement endémiques qui n'avaient pas signalé de cas en 1992, mais qui avaient constaté la présence d'un ou de plusieurs cas en 1993. Le taux de notifications faites dans les délais dans les villages endémiques du Ghana en 1993 était plus de 98 %, mais les troubles civils dans les régions endémiques au Nord, au début de 1994, ont diminué les taux de notifications provisoires dans les pays, de 53 % à 55 % en janvier et février 1994, respectivement (confère Figure 5).

BURKINA FASO: DIMINUTION DES CAS ET DES VILLAGES ENDEMIQUES

Le Burkina Faso a diminué, d'après les indications, le nombre total de villages endémiques connus dans ce pays, de 2.621 villages au moment de la recherche de cas en 1990 à 535 villages endémiques en 1993. Toutes les 30 provinces avaient notifié au moins un cas en 1990 et, en 1993, cinq provinces n'avaient notifié aucun cas (confère également Figure 5).

EN BREF:

Le Cameroun signale le début de mesures de limitation prises en l'espace de 24 heures pour les 60 % de cas qui se sont déclarés dans ce pays en 1993. En avril, le Cameroun a notifié officiellement le Nigéria de cinq cas de dracunculose détectés au Cameroun en août-décembre 1993 et qui provenaient probablement de l'Etat de Borno, au Nigéria.

L'Ouganda a nettement diminué l'incidence de la dracunculose de 1992 à 1993, et des réductions complémentaires sont déjà notées en janvier et février 1993, comparé à janvier et février précédent (confère Figure 5). Le programme prévoit de réunir une conférence nationale en juin.

PUBLICATIONS RECENTES



Abdel-Hameed AA, Ahmed A-GM, Elturabi MK, Mohamdani AA, Magzoub MEMA, 1993. An outbreak of dracunculiasis in central Sudan. *Ann Trop Med Parasitol*, 87:571-577.

CDC, 1994. Update: dracunculiasis eradication - Mali and Niger, 1993. *MMWR*, 43:69-71.

CDC, 1993. Recommendations of the International Task Force for Disease Eradication. *MMWR*, 42(N° RR016):1-38.

Kambire Sr, Kangoye LT, Hien R, Yameogo G, Hutin Y, Ouedraogo JB, Meert JP, Guiquemde TR, 1993. Dracunculiasis in Burkina Faso: results of a national survey. *J Trop Med & Hyg*, 96:357-362.

Kaul SM, 1992. Explanation and implications of increasing trend of villages with only one case of Guinea worm for Guinea worm eradication in India. *J Comm Dis (Delhi)*, 24:211-218.

Kaul SM, Sharma RS, Verghese T, 1992. Monitoring the efficacy of temephos application and use of fine mesh nylon strainers by examination of drinking water containers in Guinea worm endemic villages. *J Com Dis (Delhi)*, 24:159-163.

Ce document présente des observations faites dans deux villages comparables en Inde, comptant chacun environ 3.500 habitants. Dans l'un des villages, où l'intervention se concentrait surtout sur la distribution de filtres en tissu (avec une éducation sanitaire), le nombre de cas de dracunculose a été diminué de 67 %, passant de 58 cas en 1991 à 19 cas en 1992. Dans l'autre village où, outre l'utilisation des filtres en tissu, on a également traité avec de l'Abate les points d'eau du village en 1991, le nombre de cas de la dracunculose a été diminué de 94 % pendant la même période, passant de 106 cas en 1991 à six cas en 1992. Cela nous montre l'impact que peut avoir la lutte contre le vecteur en tant qu'autre intervention dans des villages où tout le monde n'utilise pas des filtres en tissu. On recommande vivement aux pays l'utilisation analogue de plusieurs interventions dans le plus grand nombre possible de villages endémiques pour arriver au taux élevé de réduction nécessaire à cette étape de la campagne d'éradication.

Kumar A, Biswas G, Joshi GC (eds), 1994. Report and recommandations, XVI Task Force Meeting, Guinea worm eradication programme in India. Delhi: National Institute of Communicable Diseases, 47 pp.

Kumar A, Biswas G, 1994. Report and recommandations, Fifth independant evaluation, Guinea worm eradication programme in India. Delhi: National Institute of Communicable Diseases, 112 pp.

Tayeh A, Cairncross S, Maude GH, 1993. Water sources and other determinants of dracunculiasis in the Northern Region of Ghana. *J Helminthol*, 67:213-225.

Teshomme G, 1993. Guinea worm eradication programme in Ethiopia. *AFYA*, 28:27-33.

OMS, 1994. Dracunculiasis eradication. Update: Mali and Niger, 1993. *Wkly Epidemiol Rec*, 69:71-73.

* * * * *

"Conséquences néfastes du ver de Guinée sur la jeunesse
et le sport à BKZ (Blablata, Kouablézra et Zangrofla)"

par

Zan Bi Goh Honoré, Agent de Santé

Communautaire, Côte de Ivoire

1993

Outre les dégâts socio-économiques causés par le ver de Guinée, mon affection est le plus portée sur la jeunesse et le sport. En effet cette sale maladie aura laissé dans mon village un souvenir vraiment triste en matière de sport et en particulier le football.

BKZ était l'un des villages les plus connus et les plus craints de la région et du canton Mangourou en matière de football. Il avait pris l'habitude d'honorer de sa présence toutes les manifestations sportives et de participer à toute le coupes inter-villages pendant les grandes vacances. Et tous les jeunes étaient vraiment fières de vivre ces moments de joie sportive avec leur village. Notre dernière participation aux manifestations sportives était en 1989 lors du tournoi de l'Association de Elèves et Etudiants de Zanara, doté du trophé Semi Bi Zan où nous étions éliminés en demi-finale par l'équipe de Bonefla.

Depuis l'arrivée du ver de Guinée en fin d'année 1990, BKZ n'a plus jamais participé à aucune fête sportive, n'a plus livré une simple rencontre dite amicale. Tous les jeunes étant atteints par le ver de Guinée, personne ne pouvait se tenir debout et de surcroît jouer au ballon. Certains ont eu des membres déformés, d'autres en ont même perdu la vie. Les vacances n'ont plus leur sens d'exister et les élèves refusent de rentrer au village de peur d'être atteints eux aussi. Aucune activité sportive et même culturelle ne peut se pratiquer maintenant chez nous. Les danses traditionnelles qui animaient le village pendant les nuits, les fêtes et souvent les décès n'existent plus; les masques claquent sous le poids de plusieurs pressions atmosphériques parce que n'étant plus entretenus; les lieux sacrés ne sont plus entretenus. En un mot la culture tend à disparaître. Les jeunes ne jouissent plus de leur propre jeunesse. Jeunesse et vieillesse se confondent à BKZ.

Le terrain de football, qui était alors un lieu de retrouvailles pour tous les fils de BKZ, jeunes et vieux, élèves et villageois, filles et garçons pour suivre ou participer aux séances d'entraînement de leur équipe ou autres manifestations sportives, n'est plus qu'un souvenir du bon vieux temps. Abandonné depuis près de trois ans, notre cher terrain de football est maintenant le nid de tous les déchets publics et fait les beaux jours des bergers qui y viennent traîner leurs bêtes. Le cite même est complètement méconnaissable. Nous ne vivons plus les belles fêtes sportives de fin d'année et du nouvel an sur notre terrain de football. Le ver de Guinée tue le sport à BKZ. Un souvenir vraiment triste pour les jeunes que nous sommes.

* * * * *



**RECOMMANDATIONS DE LA
5eme CONFERENCE REGIONAL POUR L'AFRIQUE SUR
L'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE**

1. Avant le début de la prochaine saison de transmission, tous les pays touchés par la dracunculose doivent s'assurer qu'une surveillance épidémiologique à base communautaire et une éducation pour la santé ont commencé dans chaque village d'endémie et que des mesures appropriées ont été prises pour assurer que les tissus de filtration sont utilisés dans chaque famille.
2. Les pays sont priés d'utiliser soigneusement le matériel de filtration fourni gratuitement, de manière à concentrer cet outil efficace dans les zones les plus appropriées avec un minimum de gaspillage. Les filtres en tissu doivent être façonnés de manière à correspondre aux utilisations locales, distribués dans les familles en nombre suffisant et promus de façon à garantir leur utilisation effective. Ils doivent aussi pouvoir être utilisés par les cultivateurs et les bergers lorsqu'ils sont loin du village.
3. Le ver de Guinée est une cible mouvante. La liste des villages d'endémie doit être mise à jour au moins une fois par an. Ceci nécessite une structure qui permette de détecter les villages nouvellement infectés et aussi un critère d'exclusion pour retirer de la liste des villages qui ne sont plus endémiques; ceci de manière à ce que les interventions soient concentrées sur les zones à haut risque tout en gardant les anciens villages d'endémie sous surveillance.
4. L'ensemble des pays d'endémie doivent démarrer le plus rapidement possible les mesures d'isolement des cas dans le maximum de zones infectées en 1994.
5. Tous les pays qui n'ont pas encore commencé la lutte antivectorielle doivent démarrer cette intervention dans tous les villages d'endémie pour lesquels cette lutte est appropriée, ceci dans le but

d'augmenter le taux de réduction annuelle du nombre de cas à plus de 80%. A cette fin, un plan opérationnel détaillé doit être préparé. Le plan doit comprendre la formation, l'enregistrement et le suivi des épandages de téméphos et un budget pour la recherche de fonds si besoin. Cette intervention doit être complémentaire de l'éducation pour la santé, la filtration, le traitement des cas et/ou l'approvisionnement en eau potable.

6. Le système de surveillance et la mise en oeuvre de chaque intervention doivent être suivis de manière régulière et évalués annuellement.
7. Les bailleurs de fonds extérieurs sont encouragés à accroître leur appui à l'effort de l'éradication, et le faire de telle manière qu'ils assurent l'accélération et la non-interruption de la mise en place des programmes. Au même moment, les exemples de plusieurs pays ont montré que d'énormes progrès peuvent être atteints sans d'énormes fonds spécifiques et en dépit des conflits internes et des difficultés de tous genres. Ils méritent d'être félicités et doivent servir d'exemple. Nous ne devons pas rester prisonniers des plans d'action traditionnels et saisir toutes les opportunités pour trouver des solutions originales afin d'atteindre nos buts.
8. Les pays doivent s'efforcer d'intégrer leurs activités à celles du système existant de soins de santé primaires. Dans les villages endémiques pour lesquels ce système n'est pas en place, les activités d'éradication du ver de guinée doivent être combinées à des mesures pour lutter contre les maladies évitables par la vaccination, la carence en vitamine A, et les maladies diarrhéiques.
9. Les pays doivent envoyer un rapport mensuel des cas et la liste des nouveaux villages endémiques à l'OMS, et l'OMS doit largement diffuser ces résultats au moins tous les trimestres.
10. Aucun pays africain n'a à ce jour commencé une notification régulière à l'OMS des noms et villages d'origine des cas importés des pays voisins. De telles notifications doivent commencer aussitôt que possible et doivent être suivies d'accords entre les pays pour l'échange d'informations au niveau local entre les frontières. Des mesures spéciales peuvent être nécessaires là où des populations nomades sont impliquées.
11. Pour cartographier tous les villages et pour les inclure dans un Système d'Informations Géographiques (SIG), il a été demandé aux pays qui ne l'ont pas encore fait, d'envoyer à l'OMS Genève aussitôt que possible, par l'intermédiaire des représentations de l'UNICEF des pays, la liste complète des villages d'endémie, en mentionnant:
 - la division administrative, au niveau administratif le plus bas (sous-district) auquel chaque village est rattaché;
 - le nombre d'habitants;
 - le nombre de cas de ver de guinée en 1993;
 - les types de points d'eau disponibles, et leur état de fonctionnement;
 - la localisation de la formation sanitaire et de l'école la plus proche;
 - l'existence ou non d'un agent de santé villageois formé.
12. L'introduction d'un système de récompense pour inciter la déclaration proposé de cas de ver de guinée être considérée par les pays appropriés qui doivent utiliser l'opportunité offerte par le HDI (Health & Development International).
13. L'OMS doit commencer le processus de certification de l'éradication. Ainsi les pays demandant la certification doivent fournir un rapport détaillé sur la situation épidémiologique passée et présente du

ver de Guinée. Ce rapport, conforme au canevas de l'OMS, doit être envoyé à l'OMS d'ici la fin de la saison de transmission 1994.

14. Des moyens comme la présente conférence sont nécessaires pour les échange d'expériences de terrain entre coordonnateurs et pour la diffusion des nouvelles approches développées dans le pays.

L'inclusion d'informations dans le Résumé de la dracunculose ne constitue pas une "publication" de cette information.

Pour plus d'informations sur le Résumé de la dracunculose, prière de contacter Virginia G. Sturwold, EdD, writer-editor, DCD/IHPO, F-03, 1600 Clifton Rd., NE, Atlanta, GA 30333, U.S.A. FAX: (404) 639-0277.



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

