

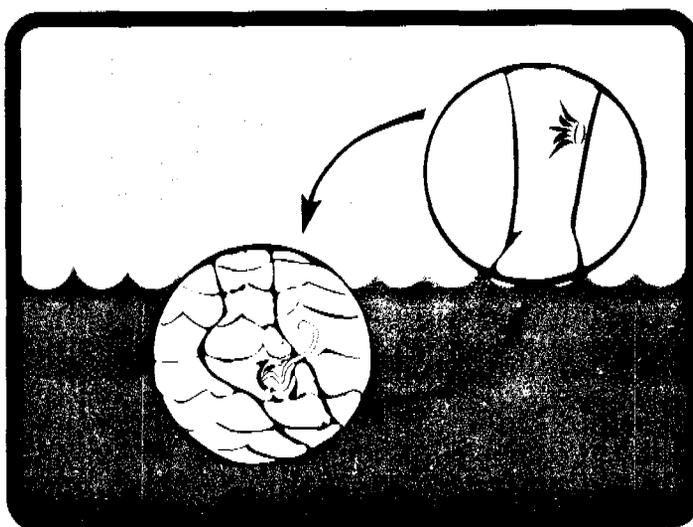
745.3 90IM

2

3 5 4

5 6

# IMPACT DE LA DIEPA SUR LA DRACUNCULOSE



DÉCENNIE  
INTERNATIONALE  
DE L'EAU POTABLE  
ET DE  
L'ASSAINISSEMENT



1981 - 1990

COMITÉ DIRECTEUR  
INTERINSTITUTIONS DE  
COOPÉRATION POUR LA  
DÉCENNIE

LIBRARY  
INTERNATIONAL REFERENCE CENTRE  
FOR COMMUNITY WATER SUPPLY AND  
SANITATION (IRC)

JUILLET 1990

245.3-90IM-10846

**Ce document a été établi pour l'Organisation mondiale de la Santé, grâce à l'appui du Programme des Nations Unies pour le Développement, à l'intention du Comité directeur de la Coopération pour la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement, par le Dr Donald R. Hopkins du Carter Center à Atlanta (Etats-Unis d'Amérique).**



# DECENNIE INTERNATIONALE DE L'EAU POTABLE ET DE L'ASSAINISSEMENT

COMITE DIRECTEUR INTERINSTITUTIONS DE LA  
COOPERATION POUR LA DECENNIE

## IMPACT DE LA DIEPA SUR LA DRACUNCULOSE

### TABLE DES MATIERES

1.	Le ver de Guinée et la Décennie .....	1
2.	La maladie .....	2
3.	Coopération .....	5
4.	Réalisations .....	11
5.	Pouvait-on faire davantage ? .....	14
6.	L'avenir .....	14
7.	Bibliographie .....	17

LIBRARY, INTERNATIONAL REFERENCE  
CENTRE FOR COMMUNITY WATER SUPPLY  
AND SANITATION (IRC)  
P.O. Box 9180, 2509 AD The Hague  
Tel. (070) 814911 ext. 141/142

RN:  
LO:

bn 10846

## 1. Le ver de Guinée et la Décennie.

Une des principales réalisations de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement a été l'impulsion donnée à la campagne mondiale d'éradication de la dracunculose ou filariose due au ver de Guinée. S'il est possible de maintenir cet élan après 1990, la dracunculose pourra devenir la deuxième maladie (après la variole) dont l'Organisation mondiale de la Santé certifiera l'éradication totale dans tous les pays.

*Des millions de  
personnes  
à risque*

La dracunculose est une maladie débilitante dont les victimes sont handicapées pendant des semaines ou des mois lorsqu'émergent les longs vers qui traversent la peau. On estime à une dizaine millions le nombre de sujets infectés par la maladie chaque année en Inde, au Pakistan et dans 19 pays africains et à plus de 100 millions le nombre de personnes vivant dans des zones à risque. Comme les vers apparaissent à l'époque des récoltes ou des plantations, l'infection a un effet disproportionné sur l'agriculture aussi bien que sur la santé dans les communautés frappées par l'endémie.



La dracunculose transmise uniquement par absorption d'eau contaminée n'a pas de réservoir naturel autre que l'homme. Pour l'éradiquer, il faut et il suffit d'interrompre la transmission à l'homme et la meilleure solution consiste à fournir une eau de boisson saine à l'ensemble de la population. En fait, on peut dire que la dracunculose est la seule maladie hydrique que l'approvisionnement en eau de boisson saine permet à lui seul d'éliminer.

*Objectifs  
communs*

Le plan d'action de Mar del Plata à l'origine des plans et programmes de la Décennie n'a pas expressément reconnu l'impact que pouvait avoir la Décennie sur l'incidence de la dracunculose. Des objectifs communs ont toutefois été rapidement reconnus par le Comité directeur interorganisations des Nations Unies pour la Décennie. A la suite d'exposés présentés par des épidémiologues des Centers for Disease Control d'Atlanta (Etats-Unis

d'Amérique), le Comité directeur a fait de l'éradication de la dracunculose un sous-objectif de la Décennie à sa réunion d'avril 1981, une déclaration publique venant sanctionner cette décision. C'est ainsi qu'une corrélation très étroite a existé entre les programmes de la Décennie et les efforts d'éradication du ver de Guinée dans la quasi-totalité des pays d'endémie et que d'importants progrès ont été réalisés contre la maladie.

### *Succès nationaux*

Alors que la Décennie touche à sa fin, le principe de l'effort international d'éradication est solidement établi: la plupart des pays d'endémie ont entrepris des programmes nationaux d'éradication ou des activités préliminaires et l'éradication est à portée de main en Inde et au Pakistan, les deux derniers pays asiatiques d'endémie. En Inde et au Nigéria, la présence de la dracunculose est un des principaux critères retenus pour l'établissement du calendrier d'approvisionnement des villages en eau saine. Dans plusieurs pays, les efforts nationaux d'éradication de la dracunculose ont contribué à mobiliser de nouvelles ressources en faveur d'un approvisionnement plus rapide en eau saine. Une conférence internationale des donateurs qui a eu lieu en janvier 1989 a contribué à réunir les fonds nécessaires pour préserver l'élan du mouvement d'éradication de la dracunculose d'ici à 1995.

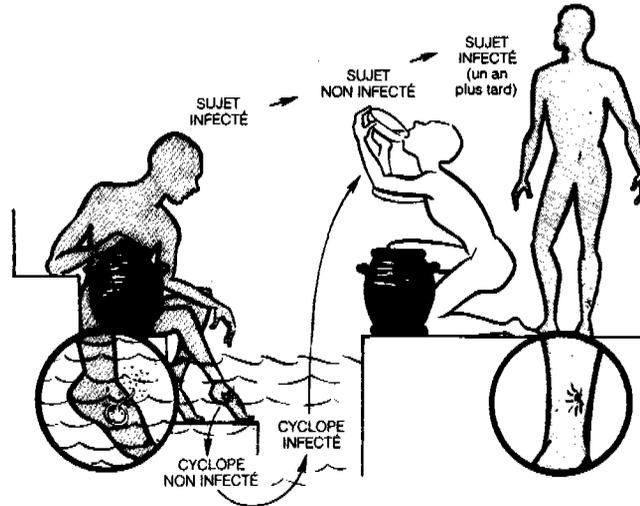
### **2. La maladie**

### *Un mal très douloureux*

La dracunculose est une infection parasitaire d'origine hydrique très douloureuse que l'homme ne peut contracter qu'en buvant de l'eau contenant les larves microscopiques du parasite. Une année environ après l'absorption d'eau contaminée, le ver femelle adulte pouvant mesurer jusqu'à un mètre de long sécrète une toxine qui provoque une intense sensation de brûlure sous la peau. Il se forme alors une ampoule qui finit par crever en laissant sortir lentement le ver. Généralement, le sujet infecté ne présente aucun signe ou symptôme pendant la période d'incubation qui dure une année avant l'apparition du ver. Celui-ci a tendance à émerger d'un membre inférieur, de la cheville ou du pied, mais il peut en fait traverser la peau ou les muqueuses n'importe où.

L'émergence permet au ver femelle de libérer des centaines de milliers de larves dans une mare d'eau douce. Au contact de l'eau fraîche, l'ampoule sur une jambe ou une autre partie du corps qui contient un ver mature

*Tout se passe  
dans l'eau*



crève et les larves pénètrent dans l'eau où elles sont ingérées par un copépode, le cyclope, qu'on appelle également "puce d'eau". Ces copépodes qui séjournent un peu partout dans les mares d'eau douce sont à peine visibles à l'oeil nu lorsqu'on présente un récipient rempli d'eau à la lumière.

Les larves du ver de Guinée ingérées par les copépodes subissent alors une double transformation en deux à trois semaines. Elles peuvent ensuite infecter l'homme qui absorbe l'eau contenant les cyclopes. Chez l'homme, les larves parviennent à maturité et s'accouplent trois ou quatre mois plus tard, après quoi les mâles meurent. Les vers femelles migrent alors vers la partie du corps d'où elles émergeront quelques mois plus tard.

*Des semaines  
de souffrance*

Les sujets n'acquièrent aucune immunité contre cette douloureuse maladie, même s'ils sont infectés année après année. Dans la plupart des cas on ne voit émerger qu'un ver à la fois mais il est arrivé qu'on en compte jusqu'à deux douzaines ou davantage chez la même personne au même moment. L'émergence peut prendre plusieurs semaines et la douleur qu'elle provoque est encore aggravée si le ver fragile se déchire avant de quitter complètement la victime, ce qui explique le "traitement" traditionnel qui consiste à enrouler le ver autour d'une baguette à mesure qu'il s'extrait.

La dracunculose n'est pas généralement fatale à moins que le ver n'émerge dans une zone vitale comme la moëlle épinière, en cas de polyémergence chez le même sujet ou d'infection tétanique secondaire de la plaie provoquée par l'émergence. L'incapacité physique souvent associée à la douleur et à l'infection bactérienne secondaire peut être grave et très prolongée : on a compté en moyenne cinq semaines dans une étude et 100 jours dans une autre. Une incapacité physique permanente à la suite de

**Conséquences  
économiques**

l'infection surviendrait dans 0,5% des cas environ généralement à cause de blocages articulaires ou de contractures.

La dracunculose a des effets sociaux et économiques considérables à cause de l'incapacité temporaire qu'elle provoque chez un grand nombre de sujets à une période critique de l'année. L'infection frappe surtout la population active de 15 à 55 ans. Elle est souvent saisonnière avec une prévalence maximale au moment de l'année où certains villageois doivent s'occuper des plantations (au début de la saison des pluies) ou de la récolte (au début de la saison sèche).

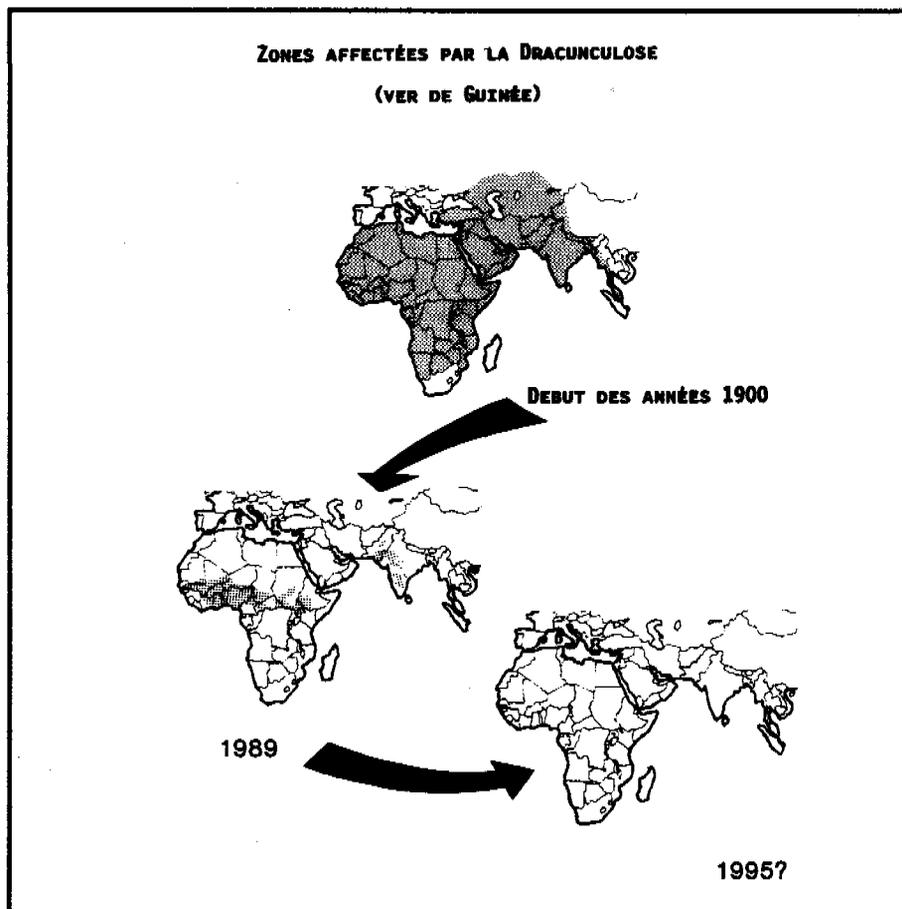
Les taux de prévalence dans beaucoup de communautés africaines dépassent souvent le tiers de la population totale d'un village. Ces dernières années, les chercheurs ont fait de nombreuses observations concernant les effets de la maladie sur l'absentéisme scolaire, sur la capacité des parents de s'occuper des jeunes enfants et notamment de les faire vacciner, ainsi que sur la production agricole. Une étude appuyée par l'UNICEF dans une zone du sud-est du Nigéria peuplée de 1,6 million d'habitants a évalué à plus de 20 millions de US \$ par année le manque à gagner dû à la dracunculose dans la riziculture.

**Aucun traitement  
connu**

Il n'existe pas de traitement curatif connu. Les seuls moyens de lutte consistent à prévenir l'infection en amenant la population des zones d'endémie à faire bouillir l'eau de boisson (à condition qu'elle ait les moyens de se procurer les combustibles nécessaires) ou à la filtrer à travers un tissu très serré; approvisionner la population en sources d'eau souterraine par exemple en forant des puits; ou à traiter les sources contaminées d'eau de surface tous les mois par un cyclopicide connu, le téméphos (Abate). On ne connaît pas de réservoir animal naturel du parasite qui infecte l'homme - *Dracunculus medinensis* - mais d'autres espèces de *Dracunculus* infectent les animaux sauvages dans de nombreuses parties du monde.

**Amélioration  
de la situation**

La dracunculose sévissait déjà en Egypte au temps des pharaons. Aujourd'hui, elle se retrouve uniquement au Pakistan, en Inde et dans 19 pays d'Afrique subsaharienne sur une bande allant du Sénégal à l'Ethiopie. Au début du XXe siècle, on trouvait le ver de Guinée partout au Moyen-Orient et dans une grande partie de l'Asie méridionale (l'un des synonymes du parasite est "ver de Médine") ainsi que dans une grande partie de



l'Afrique du Nord, de l'Est et de l'Ouest. Des esclaves africains infectés ont même apporté la maladie en Amérique où elle a cependant disparu. La dracunculose a été éliminée en Union soviétique méridionale pendant les années 20 et en Iran pendant les années 70. Elle semble avoir progressivement disparu dans la plus grande partie du Moyen-Orient grâce à l'amélioration des sources d'eau de boisson.

### 3. Coopération

La dracunculose est un horrible fléau, particulièrement visible de surcroît, au moins pour les sujets et les communautés infectés. Ses liens directs avec

*Projets prioritaires*

le développement ont donc fait de son élimination un objectif tout désigné à promouvoir comme corollaire de la Décennie. A l'évidence puisqu'ils offrent la meilleure solution à long terme au problème de la dracunculose, les projets ruraux d'approvisionnement en eau doivent donner la priorité absolue aux villages d'endémie.

Premièrement, du point de vue épidémiologique et humanitaire, les villages où sévit le ver de Guinée supportent les effets de cette maladie en plus de toutes les autres conséquences de l'absence de sources suffisantes d'eau de boisson saine. Non seulement doivent-ils faire face en particulier aux maladies diarrhéiques, comme tous les autres villages sous-desservis, mais le ver de Guinée frappe aussi bien l'éducation et l'agriculture que la santé des habitants. On peut donc soutenir que les villages frappés par le ver de Guinée sont les plus défavorisés des villages dépourvus d'eau de boisson saine.

Deuxièmement, du point de vue arithmétique, les villages d'endémie ne représentent qu'une faible proportion de l'ensemble des villages non approvisionnés en eau de boisson saine. Au Nigéria par exemple, moins de 7000 sur les quelque 90 000 villages non approvisionnés - selon les estimations - sont concernés par la dracunculose. Il est donc tout à fait possible de réserver une partie des nouvelles sources d'eau dans les pays d'endémie aux villages touchés jusqu'à l'éradication de la maladie, même si cette décision pose inévitablement des problèmes d'ordre politique.

Troisièmement, du point de vue économique, les avantages que retireront les villages d'endémie, par extension le pays, dès qu'ils seront approvisionnés en eau potable, dépasseront en moyenne ceux des villages épargnés. Ainsi, en faisant profiter d'abord les villages d'endémie des ressources limitées dont il dispose pour l'approvisionnement en eau de boisson saine, le pays rentabilisera au maximum l'investissement dans ce secteur coûteux; cela se traduira par une augmentation de la production agricole, moins d'absentéisme scolaire et un meilleur état de santé de la population. Il y aura aussi d'autres avantages plus difficiles à mesurer.

Tout cela est vrai depuis longtemps et les moyens efficaces pour éviter la dracunculose existent eux aussi depuis des années. Il existe donc un lien logique entre la Décennie et l'éradication de la dracunculose. La Décennie a offert à ceux qui voulaient lutter contre la maladie ou l'éradiquer une

*Occasion  
unique*

*La Décennie et l'éradication du ver de Guinée*

*L'inde montre l'exemple*

occasion unique : pour la première fois, ils n'avaient plus besoin de préconiser des efforts coûteux d'approvisionnement en eau saine pour éviter la maladie (puisque la Décennie le faisait déjà pour *l'ensemble* des populations sous-desservies; un objectif qui, s'il est atteint, entraînera automatiquement l'éradication de la dracunculose); ainsi, les apôtres de l'éradication du ver de Guinée n'avaient qu'à insister sur les conséquences positives pour la Décennie de la lutte contre cette maladie qu'on avait un peu oubliée auparavant.

Après la première approbation par le Comité directeur interinstitutions de la coopération pour la Décennie de l'éradication de la dracunculose comme sous-objectif de la Décennie en avril 1981, l'Assemblée mondiale de la Santé, dans une résolution sur la Décennie, a expressément mentionné à son tour que celle-ci offrait une occasion spéciale de lutter contre la dracunculose. On disposait ainsi de deux textes officiels sur lesquels on pouvait se fonder pour lancer un appel aux dirigeants des pays d'endémie en faveur d'un examen sérieux du problème de la dracunculose, dans le cadre de l'engagement concernant l'intensification de l'approvisionnement en eau saine pendant la Décennie. Un facteur extrêmement important à cette époque a été l'annonce du lancement par l'Inde d'un programme national d'éradication du ver de Guinée en 1980.

A la suite d'une première réunion internationale sur le problème de la dracunculose organisée par le National Research Council des Etats-Unis à

*Ateliers régionaux*



Washington en 1982, plusieurs pays africains ont demandé une consultation à l'OMS ou à l'UNICEF. En 1984 l'OMS a désigné un centre collaborateur OMS pour la dracunculose (recherche, formation et lutte) au Centers for Disease Control d'Atlanta (Etats-Unis d'Amérique). En 1986, l'Assemblée mondiale de la Santé adoptait une résolution spécifiquement consacrée à la dracunculose qui préconisait expressément l'élimination de la maladie, pays par pays, l'occasion de la Décennie étant particulièrement favorable. Cette résolution n'a pas toutefois fixé de date cible pour l'éradication. Le premier atelier régional africain sur la dracunculose a eu lieu à Niamey (Niger) en 1986, et 14 des 19 pays africains supposés endémiques y étaient représentés. A la deuxième réunion à Accra (Ghana) en 1988, tous les pays africains d'endémie sauf deux étaient représentés, l'Inde et le Pakistan avaient envoyé des observateurs et un autre important donateur s'était joint à la lutte.

*L'initiative de  
Global 2000*

Sous l'impulsion de l'ancien Président des Etats-Unis, M. Jimmy Carter, Global 2000, Inc, une organisation à but non lucratif du Carter Presidential Center d'Atlanta (Etats-Unis d'Amérique) a commencé en 1986 à appuyer une initiative nationale d'éradication au Pakistan avec l'appui financier de la Bank of Credit and Commerce International (BCCI). Le même groupe a ensuite appuyé un petit secrétariat qui devait servir de point focal aux programmes nationaux d'éradication du Ghana en 1987 et du Nigéria en 1988. L'ancien Président Carter a personnellement assisté à la deuxième Conférence régionale africaine à Accra en 1988. Si le lancement du programme pakistanais a permis d'entreprendre la lutte dans les principaux foyers qui subsistaient en Asie (en dehors du programme indien), les deux programmes lancés avec l'aide de Global 2000 en Afrique abordaient le problème dans deux des trois pays où la maladie sévissait sur l'ensemble du territoire.

*L'engagement  
du Ghana ...*

Le Ghana a manifesté un extraordinaire niveau de mobilisation publique en juin 1988, le Chef de l'Etat, le lieutenant Jerry Rawlings, ayant passé huit jours à visiter 21 villages d'endémie dans la région septentrionale particulièrement touchée, afin de promouvoir les objectifs de la campagne d'éradication nationale. Ce fut là un exemple exceptionnel de participation d'un chef d'Etat à la lutte contre une maladie.

*... et du  
Nigéria*

Pour sa part, le programme nigérian d'éradication du ver de Guinée a mené à bien un dépistage systématique dans l'ensemble du pays, village par

**Etapas marquantes de la lutte en faveur de l'éradication de la dracunculose**

- 1980** Lancement du programme indien d'éradication du ver de Guinée
- 1981** Résolutions du Comité directeur interorganisations de la Décennie et de la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
- 1982** Atelier sur les occasions de lutte contre la dracunculose
- 1983** Consultations au Togo, au Bénin, en Côte-d'Ivoire, au Nigéria et en Ouganda
- 1984** Désignation des CDC comme centre collaborateur OMS  
Consultation au Niger
- 1985** Première Conférence nationale au Nigéria
- 1986** Résolution de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'élimination de la dracunculose  
Première Conférence régionale africaine, Niamey (Niger)  
Financement des programmes pakistanais et ghanéen par Global 2000  
Consultations au Cameroun, au Pakistan et au Burkina Faso
- 1987** Débat sur l'éradication de la dracunculose au Comité Spécial sur la Faim de la Chambre des Représentants des Etats-Unis  
Dépistage actif des cas au Pakistan  
Etude sur l'impact agricole au Nigéria
- 1988** Deuxième Conférence régionale africaine, Accra (Ghana)  
Rapport à la Quarante-et-Unième Assemblée mondiale de la Santé  
Visite du chef de l'Etat ghanéen à 21 villages frappés par la dracunculose  
Aide apportée par Global 2000 au Nigéria qui procède à un dépistage national des cas  
Conférence nationale au Bénin, au Ghana, en Inde et au Pakistan  
Réalisation du film "Le ver de Guinée: un serpent de feu"  
Financement de projets pilotes au Mali et au Burkina Faso par la Band Aid Foundation  
Résolution du Comité régional africain  
Consultation en République de Guinée
- 1989** Résolution de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé  
Le PNUD et l'UNICEF annoncent un important nouvel appui en faveur de l'initiative  
Deuxième Conférence nationale au Nigéria; annonce de la nouvelle politique sur les priorités en matière d'approvisionnement en eau  
Première Conférence régionale de la Méditerranée orientale, Islamabad (Pakistan)  
Conférence internationale des donateurs, Lagos (Nigéria)

*Dates cibles*

village, des cas de dracunculose au cours des neuf premiers mois qui ont suivi son lancement. Les résultats ont ensuite été présentés à la deuxième conférence nationale sur la dracunculose au Nigéria, tenue en mars 1989 (la première ayant eu lieu en 1985). A la cérémonie d'ouverture de la conférence de 1989, le numéro deux du Gouvernement nigérian a annoncé que dorénavant tous les projets ruraux d'approvisionnement en eau du pays utiliseraient comme critère principal la nécessité d'éliminer le ver de Guinée.

Après le programme indien d'éradication du ver de Guinée, c'était là le deuxième programme qui faisait explicitement mention de l'approvisionnement en eau en milieu rural sur la base de critères liés à la santé. Le Ghana s'est fixé pour but d'éradiquer la dracunculose sur son territoire en 1993 et le Nigéria en 1995.

Des rapports sur la situation de l'initiative de l'éradication ont été présentés par le Directeur général de l'OMS à l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988 et au Conseil exécutif en 1989. Les ministres de la santé de la Région africaine ont adopté une résolution approuvant l'objectif de l'éradication de la dracunculose à leur réunion annuelle de Brazzaville en septembre 1988. Les pays d'endémie de la Région de la Méditerranée orientale ont tenu leur première réunion sur le sujet à Islamabad en avril 1989.

Parmi les autres étapes marquantes de l'initiative, on peut mentionner les débats sur la dracunculose du Comité spécial sur la Faim de la Chambre des Représentants des Etats-Unis en 1987, la diminution progressive du nombre des cas et des villages d'endémie dans le cadre du programme national indien et les annonces périodiques d'appui aux programmes des pays faites par de nouveaux donateurs comme la Band Aid Foundation, le Rotary International, l'American Cyanamid Company, le Laboratoire danois de lutte contre la bilharziose avec l'appui de DANIDA, la mission d'USAID au Ghana, et d'autres encore.

*Annonces de contribution*

Le principe et les bases financières de l'éradication du ver de Guinée ont été consacrés en mai 1989 par une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé, préconisant explicitement l'élimination de la dracunculose "en tant que problème de santé publique ... pendant les années 1990". Peu avant, l'UNICEF et le PNUD s'étaient engagés à financer d'importantes parties du plan stratégique mondial pour la dracunculose (1989-1995) qui venait

d'être mis au point par Global 2000 et les CDC. En juillet 1989, une conférence internationale des donateurs sur l'éradication mondiale du ver de Guinée "objectif 1995" a eu lieu à Lagos (Nigéria). A la conférence les contributions annoncées pour l'éradication du ver de Guinée ont atteint au total US \$9,6 millions et l'initiative a bénéficié d'une publicité internationale accrue. Ces efforts ont contribué à pousser les derniers pays d'endémie à entreprendre une évaluation nationale du problème de la dracunculose avant la fin de 1990, c'est-à-dire l'époque prévue par l'Inde et le Pakistan pour éliminer l'infection.

#### 4. Réalisations

C'est en grande partie grâce à la Décennie qu'on a pu mieux sensibiliser les milieux concernés à l'occasion d'éradiquer la dracunculose, car en fixant l'objectif de l'approvisionnement en eau pour tous la Décennie a repris à son compte l'objectif relativement coûteux des avocats de la santé publique en offrant un forum réceptif pour présenter l'initiative. Celle-ci a d'ailleurs assez rapidement bénéficié de l'appui public du Comité directeur de la Décennie en avril 1981. Si, dans un premier temps, on avait pu espérer pouvoir éradiquer la dracunculose avant la fin de la Décennie, il ne fait guère de doute que c'est bien la Décennie qui a lancé cette première campagne d'éradication depuis celle de la variole.

#### *Etapes clefs*

En échange, l'initiative de l'éradication de la dracunculose a aidé la Décennie à atteindre des étapes clefs pour la reconnaissance au niveau mondial, et surtout au Ghana, au Nigéria et en Inde, du principe selon lequel il faut tenir compte des impératifs de la santé en fixant les priorités pour l'approvisionnement en eau saine.

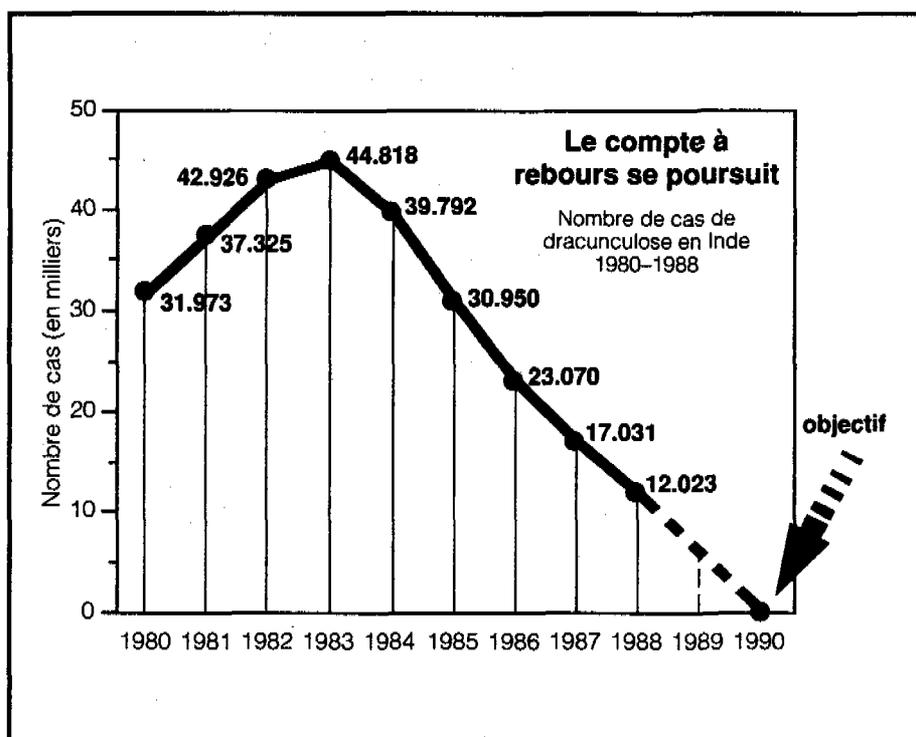
#### *Engagement de l'Agence japonaise de Coopération internationale*

En mettant ainsi l'accent sur la dracunculose, on a pu aider davantage de gens, dans les pays frappés ou non par l'endémie, à comprendre très concrètement l'importance de l'objectif de la décennie d'approvisionner en eau saine les populations qui en sont encore dépourvues. Par exemple, c'est parce qu'elle a appris l'existence de la filariose due au ver de Guinée et compris qu'elle pouvait contribuer à éviter la maladie que l'Agence japonaise de coopération internationale a décidé d'appuyer deux projets ruraux d'approvisionnement en eau, d'un montant d'environ US \$6 millions

**Impact  
spectaculaire**

chacun, dans des zones à forte endémie de l'Etat d'Anambra au Nigéria et dans la région septentrionale du Ghana.

Ces dernières années, grâce à l'accent mis sur l'initiative de l'éradication au cours de la Décennie et à la priorité donnée aux villages d'endémie, des projets ruraux d'approvisionnement en eau au Nigéria, au Togo, au Pakistan



et en Inde, ont permis de réduire façon spectaculaire la prévalence de la dracunculose. Par exemple, dans une circonscription administrative de l'état de Kwara au Nigéria, un projet d'approvisionnement en eau, appuyé par l'UNICEF, a ramené le taux moyen de prévalence de la dracunculose dans 20 villages de 59,6 % pendant la saison de transmission 1983-1984 à 11,3 % pendant la saison 1986-1987, trois villages ayant même enregistré un taux nul (alors qu'il était respectivement de 62,0 %, 52,7 % et 44,8 %). Le nombre de cas de dracunculose en Inde a diminué de 67 % entre 1984 et 1988. Au Pakistan, le nombre de cas était estimé à 2400 en 1987, à 1111 en 1988 et à moins de 550 en 1989.

*Un phénomène mieux  
connu*

On en sait beaucoup plus sur l'ampleur du phénomène après les efforts entrepris dans le cadre de l'initiative d'éradication pendant la Décennie. Par exemple, au début de la Décennie, on situait le nombre de cas dans une fourchette assez large de 10 à 48 millions par année; aujourd'hui nous savons que le chiffre réel est plus proche de 10 millions de cas, le nombre de personnes à risque dans 20 pays avoisinant les 140 millions. Le dépistage de village en village à l'échelle nationale a été entrepris en Inde, au Pakistan et au Nigéria, et d'autres activités de dépistage sont prévues. Le Cameroun a également procédé à une évaluation nationale du problème. Au cours des 15 dernières années, la maladie semble également avoir été éliminée ou avoir disparu en Arabie saoudite, en Gambie, en Guinée, en Iran et en République arabe du Yémen.

*Modèle animal*

La recherche opérationnelle a démontré l'utilité des filtres monofilamentaires en nylon ou en polyester pour éliminer les copépodes de l'eau de boisson. Des études plus récentes effectuées au Ghana par les CDC ont également montré que le tissu "grey baft" plus courant peut également servir de filtre. Ces recherches ont donc confirmé l'existence d'un moyen pratique d'aider les communautés avant même qu'elles soient approvisionnées en eau de boisson saine. D'autres recherches effectuées en laboratoire par les CDC ont abouti à un modèle animal pour l'infection qui utilise le furet (*Mustela putorius furo*) comme hôte de *Dracunculus insignis*. Les recherches sur les effets curatifs et prophylactiques potentiels de plusieurs antihelminthiques n'ont cependant pas donné de résultats significatifs. De nombreuses évaluations effectuées pendant la Décennie ont confirmé l'efficacité de l'éducation pour la santé avec ou sans fourniture de filtres, et celle de l'approvisionnement en eau pour la prévention de la dracunculose. Il est également prévu d'évaluer l'efficacité du téméphos pour lutter contre la fléau.

*Films*

Enfin, l'initiative a abouti à la production de plusieurs matériels de formation portant sur tous les aspects de l'éradication de la dracunculose. Un nouveau film, "Le ver de Guinée: un serpent de feu", a été réalisé par les CDC, Global 2000, le PNUD et l'UNICEF, et un autre, intitulé "L'eau d'Ayolé", que l'on doit au PNUD et à l'USAID, contient également d'importants passages consacrés au ver de Guinée.

### 5. Pouvait-on faire davantage ?

L'initiative de l'éradication de la dracunculose est en bonne voie avant la fin de la Décennie, même si l'objectif final n'est pas aussi proche qu'il aurait été si les pays et les organisations internationales s'étaient plus rapidement mobilisés.

Le retard s'explique pour différentes raisons. La plus importante tient aux autres graves problèmes auxquels a été confrontée l'Afrique - principale région d'endémie - par exemple la crise de la dette, la sécheresse, la famine, les guerres civiles et l'apparition de l'épidémie de *sida*. Les carences très sérieuses en matière de notification des cas de dracunculose ont souvent donné à penser qu'il ne s'agissait pas d'un problème important (en 1987, l'Etat d'Anambra au Nigéria signalait 20 fois plus de cas de dracunculose à l'OMS que l'Afrique entière deux ans plus tôt). Malgré la base politique dont il a déjà été question et qui a fait suite aux mesures prises en 1981 par le Comité directeur de la Décennie et l'Assemblée mondiale de la Santé, un autre handicap sérieux a été la perception imparfaite du lien entre des projets ruraux coûteux d'approvisionnement en eau des zones rurales et "la survie de l'enfant" dans l'esprit relativement étroit de certains hauts responsables, et ce, malgré les déclarations d'intention en faveur des buts de la Décennie.

### *Dracunculose et soins de santé primaires*

La crainte de ce qui était considéré par beaucoup comme une autre campagne d'éradication "verticale" et les dangers qu'elle présentait pour la promotion des soins de santé primaires ont suscité certaines hésitations, même si l'effort de lutte contre la dracunculose est reconnu de plus en plus comme s'inscrivant parfaitement dans le cadre des soins de santé primaires. Certains responsables semblaient craindre qu'en privilégiant la lutte contre une maladie tropicale de plus, on risque de vouer moins d'attention et - peut-être de consacrer moins de fonds - à d'autres domaines qui les intéressaient davantage. Et puis on s'est également heurté à l'inertie habituelle des bureaucraties qu'on cherche à mobiliser.

### 6. L'avenir

La prolongation prévue des activités de la Décennie au-delà de 1990 est une bonne nouvelle dans l'optique d'une éradication de la dracunculose

d'ici 1995. Le principal obstacle actuel qu'on ne maîtrise pas est celui de la désorganisation des services provoquée par les troubles au sud du Soudan. Sinon, il est clair qu'on pourra atteindre l'objectif en se mobilisant pleinement et rapidement. Si le ver de Guinée n'est pas éradiqué au moment où la Décennie prend officiellement fin en 1990, il aura pratiquement disparu en Asie et l'on pourra alors se consacrer entièrement à l'Afrique et aux zones à plus forte endémie. D'ici là il devrait être possible de mesurer l'ampleur du phénomène dans ces zones.

*Davantage de ressources*

Mais pour éradiquer la dracunculose d'ici 1995, il faudra disposer immédiatement de ressources plus abondantes pour intervenir dans les derniers pays d'endémie. Tous les pays doivent participer à l'effort commun pour parvenir à l'éradication, même si la dracunculose ne pose pas pour certains d'entre eux un grave problème de santé publique. C'est ainsi qu'il faudra apporter une assistance financière au Kenya et au Cameroun pour que la dracunculose retienne l'attention qu'elle mérite du point de vue des intérêts mondiaux et non nationaux. Des ressources seront également nécessaires pour appuyer les activités de planification et de coordination centrale. Les pays devront aussi donner la priorité aux villages d'endémie dans tous les projets ruraux d'approvisionnement en eau de boisson saine.

*Critères de certification*

Il faut d'urgence mettre au point des critères définis d'un commun accord au niveau international, si possible sous les auspices de l'Organisation mondiale de la Santé, pour certifier l'élimination de la dracunculose dans les pays d'endémie ou les anciens pays d'endémie. Ces critères s'imposent bien sûr dans des pays comme l'Inde où l'on n'enregistrera plus de cas dans un an ou deux, mais il faut aussi pouvoir vérifier de façon fiable si la maladie a réellement disparu dans plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale qui ne notifient aucun cas depuis de nombreuses années.

Ces enquêtes peuvent et doivent commencer dès que les critères auront pu être définis car il serait dangereux d'attendre et de découvrir tardivement quelques foyers inconnus qu'il ne serait plus possible d'éliminer avant 1995. Par sa nature même, la dracunculose est une maladie qui frappe des zones rurales peu accessibles et oubliées. Il est donc prudent de s'attendre à quelques mauvaises surprises en procédant à des campagnes approfondies de dépistage dans d'anciennes zones d'endémie. Il faudra également

disposer de fonds afin d'aider les anciens pays d'endémie à mener une surveillance active avant de certifier que la maladie a été éliminée.

### BIBLIOGRAPHIE

Edungbola L. D., Watts S. J., Kale O. O., 1988. The distribution of dracunculiasis in Nigeria: A preliminary study. *Intl. J. Epidemiol*, 17(2); 428-433.

Edungbola L. D., Watts S. J., Alabi T. O., Bello A. O., 1988. The impact of a UNICEF-assisted rural water supply project on the prevalence of guinea worm disease in Asa, Kwara State, Nigeria. *J. Amer. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 39: 79-85.

Gbary A. R., Guiguememde T. R., Ouadraogo J. B., 1987. La dracunculose: un fléau éradiqué dans trois villages du Burkina Faso par l'éducation sanitaire. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*. 80: 390-395.

Hopkins D. R., 1983. Dracunculiasis: An eradicable scourge. *Epidemiol Rev.*, 5: 208-219.

Select Committee on Hunger, U.S. House of Representatives, 1987. Eradication of guinea worm disease (Proceedings of Hearing held March 17, 1987). Washington: U.S. Government Printing Office, 89 pp., Serial No. 100-5.

National Research Council, 1983. Opportunities for Control of Dracunculiasis - Report of a workshop. Washington: National Academy Press, 65 pp.

Nwosu A. B. C., Ifezulike E. O., Anya A. O., 1982. Endemic dracontiasis in Anambra, State of Nigeria: Geographical distribution, clinical features, epidemiology, and socioeconomic impact of the disease. *Ann. Trop. Med. Parasit.*, 76: 187-200.

Organisation mondiale de la Santé, 1988. Dracunculose : Pakistan. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 63 : 177-180.

Organisation mondiale de la Santé, 1989. Dracunculose : Inde. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 64 : 159-162, 239.

Organisation mondiale de la Santé, 1989. Dracunculose : bilan de la surveillance mondiale - 1988. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 64 : 297-300.

Rao C. K., Paul R. C., Sharma M. I. D., et al, 1981. Guinea worm disease in India: Current status and strategy of its eradication. J. Comm. Dis.(Delhi), 13: 1-7.

Udonsi J. K., 1987. Control of endemic dracontiasis by provision of water supply in rural communities of Imo State, Nigeria. Publ. Hlth., 101: 63-70.

Watts S.J., 1987. Dracunculiasis in Africa: Its geographical extent, incidence, and at-risk population. Am. J. Trop. Med. Hyg., 37: 121-127.

Watts S. J., Brieger W. R., Yacoob M., 1989. Guinea worm: an in-depth study of what happens to mothers, families and communities. Soc. Sci. Med., 29: 1043-1049.

Le présent document fait partie d'une série de brochures préparées pour le compte du Comité directeur de la Coopération pour la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement. Voici les titres parus dans de cette série :

- 1. Impact de la DIEPA sur les maladies diarrhéiques**
- 2. La DIEPA et la participation des femmes**
- 3. Rapport sur les activités de la DIEPA dans le domaine du développement des ressources humaines**
- 4. Rapport sur les échanges d'informations techniques dans le cadre de la DIEPA**
- 5. Impact de la DIEPA sur la dracunculose**
- 6. Impact de la DIEPA sur la schistosomiase**

Des exemplaires de ces documents peuvent être obtenus auprès de l'Unité CWS, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.