

Historique de la dracunculose au Burkina Faso : aspects épidémiologiques et lutte

M. Y. ZIDA¹, K. M. DRABO², F. I. K. YAYA BOCOUM³, S. SANOU³,
L. G. DONDASSE⁴, T. R. GUIGUEMDE⁵

Résumé

La dracunculose touche surtout les communautés non approvisionnées en eau potable. Notre étude retrace l'histoire de la dracunculose au Burkina Faso, en compilant toutes les informations relatives aux recherches et à la lutte contre le ver de Guinée au Burkina Faso de 1963-2009. Une revue documentaire et des entretiens individuels ont servi pour la collecte des données. En 1963, le premier cas de ver de Guinée a été notifié à l'hôpital Yalgado OUEDRAOGO de Ouagadougou. Des études menées en 1984 ont permis de valider comme stratégie centrale le traitement des points d'eau couplé à la filtration systématique des eaux de boisson. L'enquête nationale sur la dracunculose en 1990 a permis de dresser la cartographie de la maladie, engendrant la mise en place du programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG) en 1992. Le nombre de cas est passé de 11 287 cas notifiés en 1992 à 0 cas autochtone en 2007, grâce au soutien technique et financier des partenaires, à l'implication de la communauté, à l'approvisionnement en eau potable des populations et à un engagement politique permanent. Une approche multisectorielle et synergique a permis au Burkina Faso d'éradiquer le ver de Guinée. La certification de cette éradication interviendra d'ici la fin de l'année 2010.

Mots clés : Historique, dracunculose, PNEVG, épidémiologie, lutte, éradication, Burkina Faso, autochtone.

Abstract

Dracunculosis affects especially communities without potable drinking water supply. Our study describes the history of the dracunculosis in Burkina Faso, by compiling all the information relative to research and the fight against Guinea worm in Burkina Faso from 1963 to 2009. A literature review and individual interviews served for primary and secondary data collection. In 1963, the first case of Guinea worm was notified to the Yalgado OUEDRAOGO hospital in Ouagadougou. Studies conducted in 1984 allowed validation of a central strategy including treatment of the water sources coupled with the systematic filtration of drinking water. The national survey on dracunculosis in 1990 allowed the mapping out of the disease, enhancing the implementation of the national program to eradicate Guinea worm (PNEVG) in 1992. The number of reported cases in 1992 equaled 11287 decreasing to 0 in 2007, thanks to the technical and financial support of development and local partners, to supply drinking water for the populations and the permanent political commitment of government. A multi-sector and synergy approach to license in Burkina Faso the eradication of Guinea worm will be due certification by the end of 2010.

Keywords. History, dracunculosis, PNEVG, epidemiology, fight-eradication, Burkina Faso-autochthonous.

¹ UFR/SDS, Ouagadougou, Burkina Faso, cel + 266 78 85 26 92, mail : zidamarietou@yahoo.fr

² IRSS/CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso.

³ Direction générale de la santé, Ouagadougou, Burkina Faso.

⁴ PNEVG/Ministère de la santé, Ouagadougou, Burkina Faso.

⁵ INSSA/UPB, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.

Introduction

La dracunculose ou ver de Guinée est une maladie parasitaire endémique qui touche certaines communautés ne bénéficiant pas d'un approvisionnement en eau potable. En 1947, Stone estimait à 48 millions l'incidence annuelle de la dracunculose dans le monde. En Afrique de l'Ouest, la dracunculose s'étendait à tous les pays de la sous-région dans les années 1980 (GUIGUEMDÉ T. R., 1986). Suite à la résolution de la 39^e Assemblée de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) portant sur l'élimination de la dracunculose en novembre 1985, le gouvernement burkinabé a mis en œuvre le programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG-BF) en 1992 (SANKARAD. S., 2003). À travers ce programme, des activités de lutte ont été menées et n'ont pas été vaines car le Burkina Faso a réussi à mettre fin à la transmission locale de la dracunculose en 2006. Dans le cadre du processus de certification de l'éradication du ver de Guinée, un des critères primordiaux est l'écriture de l'historique de la maladie. Ainsi, cette étude se propose de retracer l'histoire de la dracunculose au Burkina Faso.

Matériel et méthode

Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective couvrant la période de 1963 à 2009.

Techniques et outils de collectes des données

Deux techniques ont été essentiellement utilisées en fonction du type d'information collecté et de la source. Il s'agit de la revue documentaire et de l'entretien individuel auprès des personnes ressources. Un guide de revue documentaire et un questionnaire individuel semi structuré ont servi de support à la collecte des informations.

Sources d'informations

Les informations que nous avons recueillies proviennent de plusieurs sources. Pour la revue documentaire : les rapports statistiques sanitaires annuels de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) ; les différents rapports de l'OMS sur le ver de Guinée ; les rapports des études de recherche ; les rapports de monitorages ; les rapports de supervision ; les rapports des rencontres des coordonnateurs de l'Afrique francophone et les articles dans les revues scientifiques en rapport avec la dracunculose au Burkina Faso.

Pour l'entretien individuel : le responsable du programme national d'éradication du ver de Guinée ; les personnes ressources ayant mené la lutte.

Analyse des résultats

Elle a été réalisée en fonction du type de données collectées. Les données quantitatives collectées essentiellement à travers une grille de recueil des informations relatives aux aspects épidémiologiques du ver de Guinée au Burkina Faso ont été analysées de la manière suivante : une comparaison dans le temps (année) et dans l'espace (région/ provinces) des cas notifiés. N'ayant pas pu obtenir la taille des populations à risque (celles qui ont un comportement de consommation d'eau des mares contaminées), la comparaison des prévalences n'était pas possible dans le temps et dans l'espace. L'importance de la maladie était déterminée en fonction du nom-

bre absolu de cas dans le temps et dans l'espace (Ministère de la santé : direction des études et de la Planification. Burkina Faso : annuaire statistique de santé, 2006 : 233 ; 2007 : 210 ; Ministère de la santé, UNICEF, OMS, 2008.) Les données qualitatives ont été collectées à travers une grille de recueil des informations relatives à la maladie, à l'organisation de la lutte et aux contributions des acteurs et un questionnaire individuel semi structuré. Le traitement des données a été essentiellement basé sur l'analyse compréhensive couplée à l'interprétation des déclarations des personnes interviewées. À cet effet, le dire a été intégralement transcrit, suivi d'une identification des extraits du discours illustrant les idées et les notions importantes. Elles ont été regroupées dans les rubriques suivantes : les enjeux au cours des différentes phases de la lutte, les insuffisances et les contraintes auxquelles les acteurs ont fait face durant la période étudiée.

Présentation des résultats et de la discussion

Les résultats sont présentés selon le schéma suivant : l'historique de l'épidémiologie du ver de Guinée au Burkina Faso ; l'historique de la lutte contre le ver de Guinée au Burkina Faso. La discussion va comporter les rubriques suivantes : insuffisances et contraintes ; influence des découvertes et des études sur le ver de Guinée au Burkina Faso ; évolution de l'endémicité dracunculienne au Burkina Faso ; enjeux liés à l'implication des partenaires dans la lutte contre le ver de Guinée au Burkina Faso ; et qualité des données rapportées.

Résultats

Historique de l'épidémiologie du ver de Guinée au Burkina Faso

Etat des lieux concernant les études dans le temps et dans l'espace avant l'organisation de la lutte

Les études sur le ver de Guinée au Burkina Faso peuvent se résumer en 4 grandes rubriques. Ce sont les données de découvertes, les études sur la morbidité, les études sur l'impact socio-économique et enfin les données de notification des cas par le système de santé.

Avant 1963, aucune trace de notification officielle de ver de Guinée par les structures sanitaires de la Haute-Volta n'avait été constatée. C'est en 1963 que Pyrame a rapporté le premier cas de ver de Guinée à l'hôpital de Ouagadougou (PYRAME Y. et BECQUET R., 1963). Une enquête effectuée en 1967 par Lamontellerie dans le sud-ouest de la Haute-Volta a montré la présence dans cette région de quatre (04) filarioses : onchocercose, wuchereriose, dipotalonemose et dracunculose (LAMONTELLERIE M., 1972). En Juin 1982, GUIGUEMDÉ *et al.* ont mené une étude sur l'association filarienne chez les habitants de deux villages du sud-ouest de la Haute Volta où l'association filarienne a été signalée depuis 1967.

Les principales associations filariennes à *Dracunculus medinensis* qui ont été rencontrées sont : *D. medinensis* + *D. perstans* (53 %), *D. medinensis* + *D. perstans* + *O. volvulus* (11 %), *D. medinensis* + *D. perstans* + *W. bancrofti* (13 %) et *D. medinensis* + *D. perstans* + *W. bancrofti* + *O. volvulus* (7 %) (GUIGUEMDÉ T.R, SOCKAL C. D, ROUX J., 1983).

Par contre, certaines associations n'ont pas été rencontrées (dracunculose + onchocercose et dracunculose + onchocercose + wuchereriose) tandis que d'autres étaient très rares (dracunculose + wuchereriose = 1 %).

Etudes sur la morbidité dracunculienne

En 1985, des études épidémiologiques dans le sud – ouest de la Haute Volta ont démontré que sur le plan clinique le poly parasitisme était très fréquent et la grande majorité des localisations (92 %) concerne le membre inférieur (SANKARA D. S., 2003). En milieu rural, les complications cliniques de la dracunculose sont de règle et cela tient à plusieurs facteurs : surinfection constante des lésions ulcérées par méconnaissance de l'hygiène, absence de traitement des lésions en raison de l'impossibilité des malades à se déplacer vers les dispensaires et/ou par refus d'y aller du fait de l'inexistence d'un traitement réellement efficace. Ces conséquences cliniques de la dracunculose ont entraîné de nombreuses conséquences socio-économiques.

Etudes sur l'impact social et économique

GUIGUEMDÉ *et al.* ont montré dans leur étude sur le poids socio-économique de la dracunculose en 1986 (GUIGUEMDÉ T.R, GBARY A. R, OUÉDRAOGO J. B., 1989) que ce sont les longues immobilisations que la dracunculose entraîne qui permettent de prévoir les retentissements sur les récoltes agricoles. La dracunculose est une infection essentiellement rurale ; son pic correspond exactement au pic des activités agricoles ; c'est l'exemple de la région du Burkina Faso où il n'existe qu'une seule saison de pluies qui s'étend de mai-juin à septembre-octobre (LAMONTELLERIE M., 1972). Au cours de la saison agricole, les semis se font de juin à juillet selon les types de céréales : mil, maïs, arachide, coton etc. Or c'est exactement à cette période que se produit le pic de la dracunculose. Ainsi, sur le plan théorique, un cultivateur considéré isolément peut perdre toute sa récolte (100 %) s'il est alité à la période des semis. Par contre, s'il n'est alité qu'après celle-ci, ce sont les cultures qu'il ne pourra pas effectuer totalement et dans ce cas la perte économique est variable (de 50 à 80 %). Pour les malades dont le ver apparaît en fin de culture, la perte économique est encore moins importante (de 20 à 30 %). Cette perte redevient importante si la maladie apparaît au moment des récoltes (30 à 40 %) (GUIGUEMDÉ T.R, SOCKAL C. D, ROUX J., 1983). Une étude menée par GUIGUEMDÉ *et al.* en 1984 (Ministère de la santé et de l'action sociale, 1991) a permis d'évaluer à un milliard de francs CFA le coût des pertes subies par an du fait du ver de Guinée au Burkina Faso.

Données des notifications des cas par le système de santé dans l'espace et dans le temps avant l'organisation de la lutte

Avant l'organisation de la lutte, la notification des cas de ver de Guinée par le système de santé était passive. Aucune donnée complète du système de santé concernant la période de 1963 à 1969 n'a été retrouvée. On note par ailleurs une diminution du nombre de cas de ver de Guinée de 1970 à 1973, suivie d'une augmentation en 1974 et d'une baisse en 1975, puis une augmentation progressive du nombre de cas entre 1975 et 1978, ensuite une chute de cas de 1979 à 1980 suivie d'une légère augmentation en 1981 (figure 1). Enfin l'évolution du nombre de cas de ver de Guinée de la période de 1982 à 1990 est en dents de scie. Le nombre de cas diminue de 1982 à 1984, puis augmente en 1985 et diminue à nouveau en 1986. Le pic de 1990 est imputable au recensement national. En 1991 aucune donnée n'a été retrouvée (figure 1). L'analyse spatiale des cas, avant l'organisation de la lutte, classe les zones de Kaya (20 962 cas) et Ouahigouya (17 025 cas) comme étant les zones de fortes endémicités.

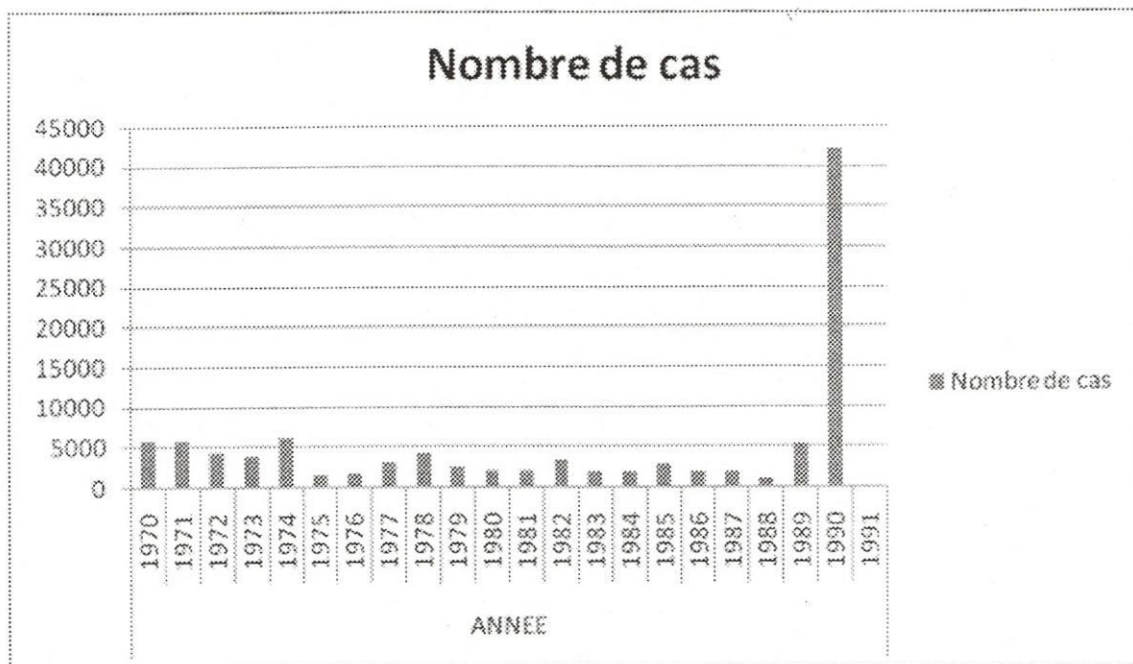


Figure 1. Répartition du nombre de cas de ver de Guinée de 1970 à 1991.

Evolution des cas dans le temps et dans l'espace durant la lutte : 1992-2009

La figure 2 montre que le nombre de cas de ver de Guinée notifié a décru progressivement d'année en année entre 1992 et 1998. Cependant, la plus grande diminution des cas est observée entre 1992 et 1993 (3 006 cas). Des difficultés ont entravé les activités du PNEVG d'où un faible taux de réduction des cas entre 1997 et 1999 (figure 2). Ceci a conduit à la relance des activités dans le but d'atteindre l'objectif visé par le PNEVG. Après la mise en œuvre de ces activités, on observe une chute progressive du nombre de cas de ver de Guinée d'une année à une autre depuis 1999, mais plus accentuée à partir de 2000. En nombre absolu, la plus grande diminution de cas est intervenue entre 2000 et 2001 (925 cas). Les trois cas rapportés en 2007 ainsi que le cas rapporté en 2008 étaient importés du Ghana (Rapport Annuel du Programme National d'Eradiation du Ver de Guinée, 2007 et 2008). Jusqu'en fin décembre 2009 aucun cas de ver de Guinée n'a été notifié. Pendant cette période, les zones de Kaya (5 953 cas) et Ouahigouya (5 534 cas) sont demeurées très endémiques.

Données des études sur la transmission

Après l'étude sur l'association filarienne, des études ont été menées sur le vecteur dans la même région (sud-ouest) du Burkina Faso. Ces études ont permis de distinguer trois (3) types de point d'eau : les puits traditionnels, les puits modernes et les mares (GUIGUEMDÉ T. R., STEIB K., COMPAORÉ T., KAGONÉ M., MEDA P., SOKAL C. D., LOZAC' HMEUR P., ROUX J.,

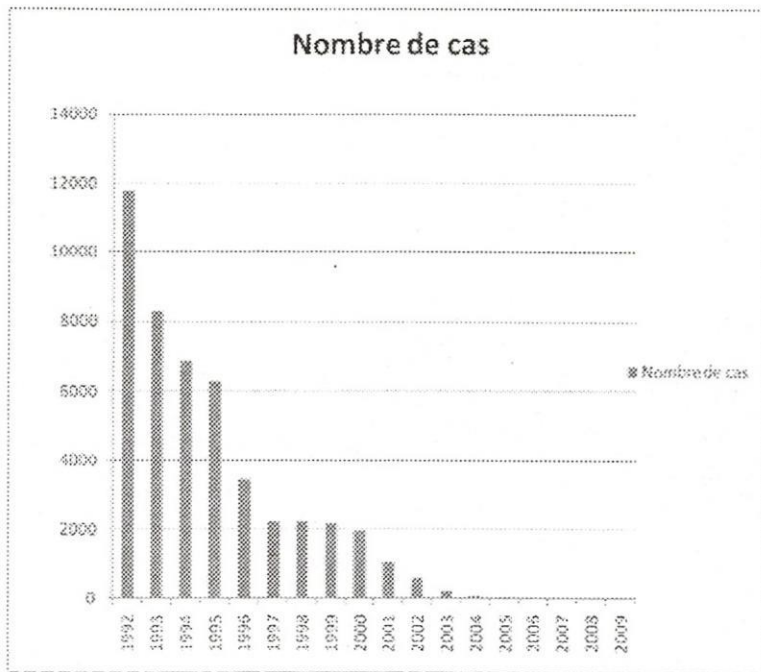


Figure 2. Répartition du nombre de cas de ver de Guinée durant la période 1992- 2009.

1984). Des cyclops ont été retrouvés dans tous les points d'eau notamment dans les puits modernes comportant une margelle. La découverte de cyclops dans les puits à margelle corrobore toute idée de contrôle de la dracunculose par le seul forage de tels puits. En effet, ces puits peuvent être des lieux de transmission : s'ils sont colonisés par des cyclops infectés venus des mares avoisinantes elles-mêmes infectées ; si les cyclops qui s'y trouvent sont infectés à partir de l'extérieur par suite des souillures des puisettes par les malades ignorant l'hygiène donc n'ayant reçu aucune éducation sanitaire (GUIGUEMDÉ T. R., STEIB K., COMPAORÉ T., KAGONÉ M., MEDA P., SOKAL C. D., LOZAC' HMEUR P., ROUX J., 1984).

L'aire d'endémicité de la dracunculose concerne deux zones climatiques (GUIGUEMDÉ T. R., 1986) : la zone soudano-sahélienne caractérisée par l'alternance d'une courte saison pluvieuse et d'une longue saison sèche et la zone libéro-nigériane (dénomination attribuée à l'une des deux zones d'endémicité dracunculienne élevée en Afrique dans les années 1980) caractérisée par deux saisons pluvieuses et deux saisons sèches.

La pluviométrie dans chacune des zones détermine une évolution cyclique ayant un rythme annuel de même que le cycle de la dracunculose (12-14 mois). Il en résulte pour chaque zone une période constante où les conditions épidémiologiques de transmission sont les mieux remplies : début de saison pluvieuse (mai-juin) en zone soudano-sahélienne, c'est le cas du Burkina Faso. Dans cette zone, au moment où s'effectue la transmission, c'est-à-dire au moment où les cas atteignent leur pic, les principaux points d'approvisionnement en eau de boisson sont les mares.

C'est pour tenir compte de ces modalités de transmission de la dracunculose qu'au cours de la décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement, il était important que les stratégies de lutte comme les plans nationaux de lutte tiennent compte de ces faciès épidémiologiques de la dracunculose (GUIGUEMDÉ T. R., GBARY A. R., STEIB. K., 1986).

Historique de la lutte contre le ver de Guinée au Burkina Faso

Les études sur les stratégies de lutte : 1983 - 1989

Une étude fut initiée en 1985 en vue d'élaborer un plan de lutte. Cette étude avait pour but de trouver la technique ou les techniques de lutte les plus efficaces. Les activités menées de 1985 à 1989 dans le sud-ouest du Burkina Faso furent une étude comparative de l'efficacité des techniques (éducation pour la santé, traitement chimique des points d'eau au Téméphos et les deux combinés) dans dix villages d'endémicité pour la dracunculose (GUIGUEMDÉ T. R., GBARY A. R, OUEDRAOGO J. B., 1991). Cette étude a démontré que l'éducation sanitaire seule ou associée au traitement chimique des mares a permis d'éliminer la dracunculose de huit villages au bout de quatre ans du fait de sa faisabilité, son faible coût et son acceptabilité. Par contre, la lutte antivectorielle seule a connu des difficultés tels le coût du Téméphos qui était élevé (1,6 dollars USD environ 650 FCFA) et le manque de personnels nécessaires pour le traitement dans les villages. Toujours dans la même lancée de lutte contre le ver de Guinée par l'éducation pour la santé, un support d'éducation sanitaire intitulé « Elimignons le Ver de Guinée » et destiné surtout à l'agent de santé communautaire a été édité par Guiguemdé T.R en Juillet 1984.

Le projet pilote de lutte contre la dracunculose dans les provinces du Bam et de l'Oubritenga (1989-1992)

Initié en 1989 dans deux provinces très endémiques, pour une durée de trois ans, il avait pour stratégies l'éducation sanitaire et l'utilisation de tamis filtre. La prévalence de la maladie dans les 2 provinces était à 64,5 % soit 362 villages touchés sur 561 dénombrés avec respectivement au Bam (56 % ; 143 / 254) et à l'Oubritenga (71 % ; 219 / 307) (BIBANÉ L., TOÉ Z. R., 1989). Le 20 Avril 1989, lors de la première réunion du comité de suivi du projet pilote contre la dracunculose, il est ressorti que les objectifs ont été en majorité atteints. Au total 1175 agents de santé villageois- accoucheuses villageoises (ASV-AV) ont été formés dans le cadre de la mise en place de la stratégie de lutte retenue. Désormais, chaque village de la zone pilote disposait d'ASV et d'une AV formés aux méthodes de lutte contre la dracunculose. Au total 29 990 filtres ont été distribués aux ménages des deux provinces. La grande partie de tamis filtres (92 %) a été distribuées au cours de la première année du projet pilote. Entre 1989 et 1990 le taux d'incidence dracunculienne est passé dans la province du Bam de 68 pour 10 000 habitants à 37 pour 10 000 habitants avec une différence statistiquement significative ($p < 0,05$). Au terme de ce programme pilote, la dracunculose a été classée comme maladie à déclaration obligatoire par nos formations sanitaires (Ministère de la santé et de l'action sociale, 1991).

L'enquête nationale sur la dracunculose

L'enquête nationale sur la dracunculose au Burkina Faso a été initiée en Juin 1990. Elle a abouti en fin d'année 1990 à une description épidémiologique précise et détaillée de la dracunculose au Burkina Faso. Elle avait notifié 42 187 cas dans 2 621 villages d'endémie de nos 30 provinces (Ministère de la santé et de l'action sociale et de la famille, 1990).

Le Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG) : 1992-2009

Le PNEVG, adopté en Février 1992, a été soutenu financièrement par la Banque Mondiale au départ. L'objectif final du PNEVG est de rendre effective l'éradication de la maladie du ver de

Guinée et se base sur les quatre stratégies suivantes : l'Information – Education – Communication (IEC) ; l'approvisionnement en eau potable dans les villages d'endémie ; l'endiguement des cas et la surveillance à base communautaire.

Les différents partenaires et leurs contributions au PNEVG

Le tableau I résume la répartition des partenaires en fonction de la période considérée. L'Etat burkinabé, par l'intermédiaire du Ministère de la santé et du Ministère de l'agriculture et des ressources halieutiques (direction de l'approvisionnement en eau potable) a été d'un grand apport dans la lutte contre le ver de Guinée au Burkina Faso à travers le Programme de Développement de la Santé et Nutrition (PDSN). En effet, entre 1996 et 2005, l'inventaire national des ouvrages hydrauliques montre un taux d'accroissement en points d'eau modernes de 50 % (32 908 points d'eau modernes en 1996 contre 48 376 points d'eau modernes en 2005) ; soit une moyenne de 1 500 points d'eau modernes par an. Le coût financier de ces points d'eau s'estime à environ 139 212 000 000 de FCFA durant cette décennie ; soit un coût moyen de 6 000 000 de F CFA par point d'eau moderne.

Tableau I. Répartition des partenaires en fonction de la période considérée.

ND: Non Déterminé

Période	Partenaires		Nature de leur contribution
	Techniques	Financiers	
1970 à 1981	ND	ND	
1982 à 1991	BAND-AID (ONG)	BAND-AID (ONG)	Financement du projet pilote
1992 à 1998	UNICEF	UNICEF	Construction de forages et puits, financement de la confection de tamis filtres et formation des ASV
	USAID (United States Agency for Development)	ND	Appui pour l'organisation de réunions inter-états
	OMS	OMS	Traitement des points d'eau à l'Abate
	Global 2000 (ONG)	Global 2000 (ONG)	Financement de la construction de puits
	PDSN (projet de développement de la santé et nutrition)	PDSN (projet de développement de la santé et nutrition)	Financement de la construction de puits
	1999 à 2009	ND	Association des Musulmans d'Afrique (ONG)
Projet japonais (JK)		ND	Construction de 250 forages au Centre Nord
ND		Global 2000 (ONG)	Financement pour la construction de forages
OMS		OMS	Financement de l'évaluation externe du PNEVG de 2008
ND		Centre Carter	Récompense de toute personne ayant déclaré un cas de ver de Guinée avéré
UNICEF		UNICEF	Attribution des fonds pour la réalisation des activités du PNEVG

Discussion

Insuffisances et contraintes

Pour ce qui est des insuffisances, il s'agit de celles liées aux outils de collecte : l'organisation de la grille des revues étant antérieure à la collecte, il se pourrait que certains éléments soient négligés lors de la collecte des données. Pour l'analyse des informations recueillies à l'aide du questionnaire, il se peut qu'il y ait distorsion dans l'interprétation des données. Concernant les contraintes, elles sont de divers ordres. Il s'agit de : la quasi absence d'informations à certaines périodes (absence de données statistiques sur le nombre de cas de ver de Guinée en 1991), la relative disponibilité des acteurs de la lutte, la mauvaise conservation de certaines archives.

Influence des découvertes et des études sur le ver de Guinée au Burkina Faso

Les études menées en 1984 sur le vecteur du ver de Guinée (GUIGUEMDÉ T. R., STEIB K., COMPAORÉ T., KAGONÉ M., MEDA P., SOKAL C. D., LOZAC' HMEUR P., ROUX J., 1984) ont permis de ne pas limiter le traitement des points d'eau aux mares. En effet, il a été noté lors de l'étude que les sources d'eau modernes (puits à margelle) peuvent aussi être des sites de transmission du ver de Guinée autant que les mares (GUIGUEMDÉ T. R., STEIB K., COMPAORÉ T., KAGONÉ M., MEDA P., SOKAL C. D., LOZAC' HMEUR P., ROUX J., 1984). C'est ainsi que la stratégie de filtration systématique des eaux de boisson en milieu endémique a été retenue par le PNEVG. En 1990, l'enquête nationale sur le ver de Guinée a noté l'ampleur réelle de cette maladie. Face à cette forte endémicité (42 187 cas), les autorités politiques et sanitaires ont pris conscience de la gravité de ce mal et des conséquences économiques qu'il engendre (coût économique chiffré à plus de 700 millions de FCFA pour l'année 1990). Des activités d'éradication du ver de Guinée ont alors été entreprises sur le plan national.

Evolution de l'endémicité dracunculienne au Burkina Faso

Des données épidémiologiques (incidence annuelle) sur cette maladie étaient incomplètes au cours des années 1963 à 1969 dans la mesure où c'est seulement en 1971 que la dracunculose apparaît dans les relevés épidémiologiques hebdomadaires de l'OMS. Les premières données d'enquête sur la dracunculose disponibles dans les États ont été obtenues par les équipes de l'OCCGE à partir de 1972. Cependant, jusqu'en 1982, elle ne figurait pas dans la fiche statistique mensuelle de « maladies transmissibles » modèle OCCGE. L'endémie qui est localisée dans les zones rurales pauvres échappe aux relevés parce que le plus souvent il n'y existe pas de formations sanitaires. Même là où il existe des formations sanitaires, les cas notifiés, quand les agents de santé y songent, sont très peu représentatifs de la réalité pour les raisons suivantes : il n'y a pas de traitement efficace contre le ver adulte qui puisse inciter les malades à fréquenter les formations sanitaires. Ce sont donc les cas compliqués qui sont vus en consultation ; la sensibilisation du personnel de santé était insuffisante et pourrait contribuer aux sous notifications des cas. Les prestataires accordent plus d'importance à d'autres pathologies telles que le paludisme, les maladies diarrhéiques, les maladies à potentiel épidémique, car générant plus de réactions émotionnelles de la part des populations et des responsables sanitaires.

De 1970 à 1991, les zones de Kaya et Ouahigouya étaient les deux (2) plus endémiques avec respectivement 20 962 cas et 17 025 cas. Ces fortes endémicités peuvent s'expliquer par le fait que : en ce qui concerne la zone de Kaya, on pourrait incriminer des facteurs tels que : le faible

accès à l'eau potable ; le séjour cyclique et régulier des populations dans les hameaux de cultures pendant la saison pluvieuse ; ces hameaux de cultures sont le plus souvent à proximité de mares (PNEVG, 1999) propices à la transmission du ver de Guinée pour peu qu'un seul malade s'y baigne ; en ce qui concerne Ouahigouya, cette province fait frontière avec le Mali et développe un important flux migratoire (commerce et social) pouvant l'alimenter en cas importés. Ces cas viendraient s'ajouter aux cas autochtones, gonflant ainsi les statistiques.

Le pic de 1990 est imputable à l'enquête nationale. Ainsi, le recensement des cas jadis passif devient actif. La notification passive des cas de ver de Guinée en 1988 rapportait 1 007 cas tandis que celle active de 1990 rapportait 42 227 cas.

Deux ans après l'enquête nationale de 1990, on constate une chute spectaculaire de l'incidence dracunculienne. En effet, le nombre de cas de dracunculose a été divisé par 3,7 entre 1990 (42 227 cas) et 1992 (11 784 cas).

Cela peut être dû à la spécificité de l'enquête nationale. En effet, dans cette enquête ont été considérés comme cas de dracunculose, les cicatrices évocatrices du ver de Guinée et les sujets affirmant avoir développé la maladie. Cela a entraîné une surestimation des cas de ver de Guinée prévalant en 1990. Par ailleurs, des cas antérieurs à l'année 1990 ont pu être comptabilisés pour cette année (Sinon pourquoi constate-t-on un décrochage important (divisé par 3,7) en 1992). Une autre hypothèse pourrait être avancée, à savoir que le système de notification qui était à son début passif n'ait pas été totalement performant.

Par ailleurs, certaines de ces hypothèses citées ci-dessus pourraient être évoquées en ce qui concerne l'origine de l'endémicité des zones de fortes et de faibles endémicités des périodes 1993-1998 et 1999-2009.

Enjeux liés à l'implication des partenaires dans la lutte contre le ver de Guinée au Burkina Faso

Pendant longtemps la lutte contre le ver de Guinée était la préoccupation exclusive des spécialistes (dans les organismes de recherche) et dans une moindre mesure des prestataires de soins. Après les indépendances, il était remarquable que les défis à relever en matière de santé fussent très nombreux. Il se pourrait que le ver de Guinée soit apparu comme une priorité de second degré par rapport à d'autres endémies telles que : le paludisme, l'onchocercose, la trypanosomiase... L'appui technique s'est accru à partir de 1992 avec l'arrivée de l'UNICEF et de l'USAID, de l'OMS et de l'État burkinabé (PDSN). L'implication de leaders politiques tels que Jimmy Carter, Olissegum Obassanjo et Amani Toumani Touré dans la course vers l'éradication du ver de Guinée a eu un effet positif sur cet appui technique. En effet, à partir de 1999, on note l'implication du centre Carter, de l'ONG « Association des musulmans d'Afrique » et d'un projet japonais dans cette lutte. Chaque partenaire technique ayant sa version de la lutte, on peut affirmer, sans se tromper que toutes les stratégies dans le PNEVG n'intéressaient pas directement chaque partenaire. Par exemple l'UNICEF contribuait systématiquement à l'implantation de forages alors que l'OMS s'intéressait plus au traitement des mares. Global 2000, lui accompagnait les pays jusqu'à moins de 100 cas/an et se retirait pour que l'OMS fasse le reste. Les responsables du PNEVG ont dû mettre en synergie les différentes initiatives et soutiens techniques dans un esprit de continuité. La mise en place du comité intersectoriel pour l'éradication du ver de Guinée a contribué à harmoniser la compréhension des différentes stratégies retenues par les partenaires

qui y siégeaient systématiquement. L'appropriation des stratégies de lutte par les différents partenaires a été une condition majeure pour que cet appui technique soit efficace. Pour absorber les différentes propositions en appui technique, il a fallu que la capacité de gestion du PNEVG soit renforcée. C'est ainsi que l'on a assisté au renforcement du personnel à partir de 2001 avec l'affluence des partenaires techniques. Ceci a eu pour résultats l'accroissement de la responsabilisation de tous les acteurs, l'amélioration de la gestion de l'ensemble du programme, le renforcement de la qualité et de la fiabilité de la surveillance épidémiologique et l'intensification des activités d'IEC (information, éducation, communication). On constate que certaines activités ont bénéficié d'appuis techniques venant de plusieurs partenaires, améliorant ainsi la synergie d'action. Il s'agit entre autres des réunions transfrontalières, de la construction de forages, des formations des acteurs et de l'évaluation périodique du PNEVG.

L'appui financier a été faible avant 1992 et au début de la mise en place du PNEVG. L'enjeu à cette période était d'obtenir des résultats probants avec très peu de ressources financières. Il s'est posé un problème d'envergure des activités limitant la distribution des tamis filtres, le traitement des mares... Entre 1995 et 1998, l'appui financier a été relativement important. Cependant, l'enjeu était de minimiser l'impact des lourdeurs administratives sur le décaissement des fonds et sur les résultats attendus conséquemment. Sans avoir pu accéder aux données chiffrées sur la contribution de chaque partenaire, nous pouvons affirmer, au regard de l'évolution des activités que le PNEVG a bénéficié d'un appui substantiel à partir de 1999 avec l'implication de multiples partenaires. À partir de cette date, l'enjeu était de minimiser l'influence de la multitude des procédures de gestion des fonds sur la justification des dépenses et par conséquent sur les résultats attendus. Chaque partenaire ayant ses habitudes en matière de gestion financière, il va s'en dire que le PNEVG a dû s'adapter aux différentes procédures accompagnant les fonds alloués à cette lutte. Cette situation a certainement permis aux acteurs de bénéficier d'une expérience supplémentaire en matière de gestion financière. Elle pourrait être capitalisée par les autorités du Ministère de la santé et utilisée dans la gestion d'autres défis sanitaires. Des besoins de transparence nécessaire dans ce type de partenariat financier (intervenants multiples) sont apparus. C'est ainsi que les partenaires ont mis à la disposition du PNEVG les rapports financiers respectifs. Un enjeu financier réside dans le fait que chaque partenaire tient à obtenir une certaine visibilité, rendant parfois difficile l'intégration de l'utilisation des ressources. C'est ainsi que par exemple, les mobyettes destinées à l'administration des vaccins étaient rarement prêtées aux agents en renfort dans le cadre du traitement des mares. Aussi, a-t-on assisté à la duplication des ressources en carburant devant servir pour des activités différentes mais ayant les mêmes cibles. Ces situations ont contribué à réduire l'efficacité de certaines interventions.

Qualité des données rapportées

Lors de la collecte des données nous avons retrouvé quelquefois des chiffres différents selon que le recueil se fait sur l'annuaire statistique ou dans des documents du PNEVG. Ce phénomène n'est pas propre au ver de Guinée. En effet, dans d'autres cas (paludisme, tuberculose...) les données varient en fonction des sources considérées. Ceci interpelle sur l'urgence de disposer de données concordantes quelle que soit la source. En effet toute la planification se fait sur la base de l'ampleur de la gravité du problème.

Conclusion

Pour mener à bien un processus de contrôle ou d'éradication il faut : se baser sur des stratégies éprouvées d'où la nécessité des études et projets pilotes, un engagement politique conséquent qui ne peut être obtenu sans prise de conscience collective, l'enquête nationale a contribué à cela. La persistance ou la stagnation de l'endémicité est multifactorielle. Elle peut être liée au phénomène migratoire des populations, à l'accès à l'eau potable, à la performance du système de collecte de l'information sanitaire. Les effets positifs des recherche-actions peuvent se propager de proche en proche. L'étude révèle que l'éradication du ver de Guinée est un combat qui nécessite forcément une approche multisectorielle. Finalement la multiplicité des soutiens financiers n'assure pas toujours des résultats probants en matière d'éradication du ver de Guinée. Il faut que les ressources soient rendues disponibles promptement et convenablement utilisées à travers des affectations judicieuses et équilibrées aux différentes stratégies. En outre, la discordance des données selon les sources peut contribuer à donner une idée tronquée de l'ampleur ou de la gravité de la maladie.

Références bibliographiques

- BIBANÉ L., TOÉ Z. R., 1989.** Procès verbal de la réunion du comité de suivi du projet pilote de lutte contre le ver de Guinée. 20 Avril 1989. p : 1-3.
- GBARY A. R., GUIGUEMDÉ T. R., 1985.** Distribution géographique et évaluation épidémiologique de la dracunculose, Etude Médicale. 1985. p : 1-6.
- GUIGUEMDÉ T. R., SOCKAL C. D., ROUX J., 1983.** Etude des associations filariennes chez les habitants de deux villages du Sud Ouest de la Haute-Volta. *Medecine d'Afrique Noire* 1983, 30 (10).
- GUIGUEMDÉ T. R., SOCKAL C. D., ROUX J., 1983.** La dracunculose, un problème de Santé publique ? *Médecine d'Afrique noire* : 1983, 30(10).
- GUIGUEMDÉ T. R., STEIB K., COMPAORÉ T., KAGONÉ M., MEDA P., SOKAL C. D., LOZAC' HMEUR P., ROUX J., 1984.** Etudes épidémiologiques et contrôle de la dracunculose en zone de savane (Sud- Ouest de la Haute-Volta). Résultats de la première année d'étude du vecteur (cyclops). *O. C.C.G.E- info* 1984. 12- 84 N° 89. p 15-41.
- GUIGUEMDÉ T. R., 1986.** Caractéristiques climatiques des zones d'endémie et modalité de la dracunculose en Afrique. *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 1986, 79, 85-95.
- GUIGUEMDÉ T. R., GBARY A. R., STEIB K., 1986.** Dracunculose en Afrique de l'Ouest ; Epidémiologie générale de la Dracunculose (cycle de développement, modalité de la transmission, faciès épidémiologique). *Etude Médicale*, Juin 1986. 2. 67-72.
- GUIGUEMDÉ T. R., GBARY. A. R., OUÉDRAOGO. J. B., 1986.** Dracunculose en Afrique de l'Ouest ; Manifestations cliniques de la dracunculose. *Etude Médicale*, Septembre 1986, p : 99-123.
- GUIGUEMDÉ T. R., GBARY A. R., OUÉDRAOGO J. B., 1989.** Stratégies de lutte contre la dracunculose. *Maladies Tropicales transmissibles*. Ed. AUPELF- UREF. John. Libbery. Enrotext. Paris. 1989. PP. 61-71.
- GUIGUEMDÉ T. R., GBARY A. R., OUÉDRAOGO J. B., 1991.** Contrôle de la dracunculose par trois techniques au Sud Ouest du Burkina Faso : efficacité comparée des techniques. *Médecine tropicale*, Volume 51-N° 4 Octobre-Décembre 1991.
- LAMONTELLERIE M., 1972.** Résultats d'enquêtes sur les filarioses dans l'Ouest de la Haute-Volta (cercle de Banfora), *Ann. Parasit. Bum. Com.* 1972. 47.6. 789-838.
- Ministère de la santé** : direction des études et de la Planification. Burkina Faso : annuaire statistique de santé, 2006 : 233.
- Ministère de la santé** : direction des études et de la Planification. Burkina Faso : annuaire statistique de santé, 2007 : 210.

Ministère de la santé et de l'action sociale et de la famille, 1990. Direction du contrôle des maladies transmissibles. Rapport final de l'enquête nationale sur la dracunculose au B.F. Novembre-Décembre 1990. CH : 7.

Ministère de la santé et de l'action sociale, 1991. La dracunculose au Burkina Faso ; point sur le programme national d'éradication. Janvier 1991. P : 2-7.

Ministère de la santé publique et des affaires sociales, 1984. Rapports Statistiques 1984. Burkina Faso.

Ministère de la santé, UNICEF, OMS, 2008. Membres de l'équipe d'évaluation : Brou Aka Noël, Harou Oumarou, Diakitè Toumani, Sidibé Yakouba, Badiel Roger, Zon Hilaire, Kologo Oumarou. Evaluation externe du programme nationale d'éradication du ver de Guinée du Burkina Faso du 9 au 25 Juin 2008. Rapport final. P : 5-17.

PYRAME Y. et BECQUET R., 1963. Dracunculose et tétanos à propos de 15 Observations. Bulletin de la société de pathologie exotique. 1963. 56/ 3, 469-474.

PNEVG, 1999. Draft du plan de relance du programme nationale d'éradication du ver de Guinée 1999. p : 7-13.

Rapport Annuel du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée. 2007

Rapport Annuel du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée. 2008

SANKARA D. S., 2003. Direction de la lutte contre la maladie : PNEVG : Rapport du Burkina Faso : à la revue des Programmes nationaux d'éradication du ver de Guinée des Pays francophones. Ouagadougou du 20 au 22 Octobre 2003. P :2.