



L'ÉLIMINATION DE LA DRACUNCULOSE OU LA MALADIE DU VER DE GUINÉE AU BURKINA FASO (1963-2011)

ELIMINATION OF DRACUNCULIASIS OR GUINEA WORM DISEASE IN BURKINA FASO (1963-2011)

¹ ZABSONRÉ Moussa.

¹ Assistant en Histoire et Archéologie, Université de Fada N'Gourma (Burkina Faso), zabsmous@yahoo.fr

ZABSONRÉ Moussa, L'élimination de la dracunculose ou la maladie du ver de Guinée au Burkina Faso (1963-2011), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 5 (10), 301-312, [En ligne] Décembre 2022, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

Lorsque le Burkina Faso (ex Haute-Volta) accédait à l'indépendance le 05 août 1960, son profil sanitaire était dominé par un nombre important de maladies transmissibles (paludisme, onchocercose...). Toutefois, la dracunculose (encore appelée la dracontiasse, le dragonneau, le filaire de Médine, le ver de Guinée) n'était pas présente dans ce profil sanitaire. Elle ne s'est déclarée aux nouvelles autorités que dans le premier quinquennat de l'indépendance du pays (Ministère de la santé publique, 1978, p. 42). Avant 1963 il n'avait été signalé de cas dans toute la Haute-Volta. Cette année 1963, un seul cas de la maladie a été relevé par les structures sanitaires du pays. Dès lors les recherches de la section de parasitologie du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso, ont mis en évidence la présence du ver de Guinée dans 71

des 147 villages visités soit 48,3% (M. Lamontellerie, 1972., p. 793). De vastes enquêtes menées entre 1971 et 1979 ont permis d'enregistrer environ 500 000 cas soit une moyenne de 3 776 cas déclarés par an. Dès lors, la maladie était considérée comme un grave problème de santé publique. La nécessité de la combattre s'imposait d'où la mise en place en 1992 d'un programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG) et en 2011, le territoire national était déclaré être libéré de ladite maladie par l'OMS. Comment ce pays est-il parvenu à se libérer de cette maladie en seulement une décennie de lutte ? L'objectif de la présente étude est de retracer les principales étapes dans la lutte contre la dracunculose au Burkina Faso (ex Haute-Volta).

Mots clés : Dracunculose, Burkina Faso, Eradication, Maladie, Lutte.

Abstract

When Burkina Faso (formerly Upper Volta) gained independence on August 5, 1960, its health profile was dominated by a large number of communicable diseases (malaria, onchocerciasis, etc.). However, dracunculiasis (also called dracontiasis, baby dragon, Medina

heartworm, Guinea worm) was not present in this health profile. It did not declare itself to the new authorities until the first five years of the country's independence (Ministère de la santé publique, 1978, p. 42). Before 1963, no cases had been reported in the whole of Upper Volta. This year 1963, only one case of the disease was noted by the health structures of the country. Consequently, research by the parasitology section of the Muraz Center in Bobo-Dioulasso revealed the presence of Guinea worm in 71 of the 147 villages visited, i.e. 48.3% (M. Lamontellerie, 1972., p. 793). Extensive surveys carried out between 1971 and 1979 recorded approximately 500,000 cases, i.e. an average of 3,776 declared cases per year. From then on, the disease was considered a serious public health problem. The need to fight it was essential, hence the establishment in 1992 of a national program for the eradication of Guinea worm (PNEVG) and in 2011, the national territory was declared to be free of the said disease by the WHO. How did this country manage to free itself from this disease in just a decade of struggle ? The objective of this study is to trace the main stages in the fight against dracunculiasis in Burkina Faso (formerly Upper Volta).

Keywords: Dracunculiasis, Burkina Faso, Eradication, Disease, Control

INTRODUCTION

Le Burkina Faso (ex Haute-Volta) est un pays tropical sec situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Son climat est très capricieux et la pluviométrie annuelle varie entre moins 500 et 1100 mm (MEF, 2010, p. 26). Il partage ses frontières avec la Côte d'Ivoire au Sud-Ouest, le Ghana et le Togo au Sud, le Bénin au Sud-Est, le Mali au Nord-Ouest et le Niger à l'Est. Le réseau hydrographique y est très diversifié et relativement dense, composé de mares et de nombreux barrages dont les plus importants sont ceux de : Komienga, Bagré, Ziga, Sourou, Kou... Les vocations de ces constructions étaient

entre autres la production de denrées alimentaires (riz et maïs) et la production d'électricité (M. W. Bantenga, 2016, p. 21). Depuis la période coloniale de nombreuses populations restent exposées aux risques sanitaires car elles ont toujours été confrontées au problème crucial de l'approvisionnement en eau potable. Or, nous savons que l'eau est à la fois véhicule de nombreux agents pathogènes (comme les bactéries, les virus et les vers intestinaux) mais aussi facteur de reproduction d'insectes vecteurs de maladies. La qualité de l'eau de consommation est toujours à l'origine de nombreux problèmes sanitaires. Et c'est dans ce sens que (S) Sanon soutenait que « si d'une manière générale on peut dire que "l'eau c'est la vie", il n'y a nul doute que cette vérité universelle a une signification toute particulière quand on l'applique à un pays soudano-sahélien comme la Haute-Volta ». L'une des maladies liées à l'eau sinon à la qualité de l'eau de boisson est la dracunculose. Encore appelée dragonneau, filaire de Médine, ver des pharaons, fil d'Avicenne ou ver de Guinée, la dracunculose est due à un ver filiforme dont l'évolution le conduit douloureusement hors du corps de la personne qui l'abrite. Jusqu'en 1963 cette maladie n'était pas connue par les structures de santé voltaïques ; mais à partir de la première décennie post coloniale, son évolution fut inquiétante. Un seul cas de la maladie a été relevé par les structures sanitaires du pays en 1963. C'est alors que les recherches de la section de parasitologie du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso, ont mis en évidence la présence du ver de Guinée dans 71 des 147 villages visités soit 48,3% (M. Lamontellerie, 1972, p. 793). Entre 1971 et 1979 le pays a enregistré environ 500 000 cas soit une moyenne de 3 776 cas déclarés par an. Dès lors, la maladie est considérée comme un problème de santé publique. La nécessité de la combattre s'imposait. C'est à partir de 1992, par le canal du programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG) que le pays est parvenu à des résultats forts probants dont la certification. C'est pourquoi nous avons choisi de nous intéresser à l'histoire de la lutte de cette maladie à travers le

thème : « L'élimination de la dracunculose ou la maladie du ver de Guinée au Burkina Faso (1963-2011) ». Il est donc question dans la présente étude de chercher à comprendre comment ce pays hautement endémique est-il parvenu à se libérer de cette maladie en seulement une décennie de lutte ? Notre objectif dans cette étude est de retracer les principales étapes et actions de lutte contre la dracunculose au Burkina Faso.

1. METHODOLOGIE

1.1. Justification des bornes chronologiques

Dans cette étude, nous identifions deux dates importantes qui balisent nos axes de recherche et d'analyses. La borne chronologique inférieure est 1963 qui indique la première identification de cas dans le pays depuis son indépendance en août 1960. Celle supérieure qui est 2011 correspond à l'année de la certification du Burkina Faso par l'OMS. Il est considéré désormais comme un pays libéré totalement de cette maladie. Toutefois, il est inapproprié de penser ou dire que le pays a éradiqué cette maladie.

1.2. Collecte des données

La collecte des données constitue la cheville-ouvrière dans toute activité de recherche. Il s'agit ici d'une étude rétrospective qualitative. Elle fait appel certes, à quelques chiffres pour soutenir les analyses. Dans notre démarche méthodologique nous avons eu recours à plusieurs techniques et outils de collecte des données. A cette étape, nous sommes d'avis que « la recherche est une démarche de fourmi, amassant inlassablement, pour l'avenir » (S. Dreyfus et L. Nicolas-Vullierme, 2000, p. 23). Elle a constitué en l'exploitation d'une revue documentaire, des données d'archives et des entretiens individuels. En effet, cette maladie est assez documentée car de nombreux auteurs en ont fait leur sujet de recherche. A ces productions scientifiques s'ajoutent la littérature grise et de

nombreux rapports sur la thématique ici abordée. L'ensemble de ces ressources est disponible dans les différents centres de documentation et les bibliothèques de l'Université Joseph KIZERBO, de la Direction des études et de la planification du ministère de la santé, du centre des archives nationales, du centre Muraz de Bobo-Dioulasso ainsi que sur le site de l'OMS etc. Un guide de revue documentaire, des fiches de lecture et un questionnaire individuel ont permis l'atteinte de l'objectif énoncé.

2. RÉSULTATS DE L'ETUDE

2.1. Faisons connaissance de la dracunculose

Avec ses multiples appellations déjà énoncées en introduction, la dracunculose est exclusivement liée à la qualité de l'eau de boisson. Au Burkina Faso, elle n'est signalée dans les services de santé qu'à partir de 1963. Par ailleurs, sa présence était signalée dans les documents coloniaux.

L'eau occupe une place importante dans la transmission de beaucoup de maladies dont la dracunculose. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 80 % de toutes les maladies peuvent être attribuées au manque d'eau salubre, à l'inadaptation des systèmes d'assainissement¹. Au Burkina Faso, cette problématique de l'eau se posait et se pose toujours avec acuité. La couverture des besoins en eau des populations, en particulier celles rurales est très faible. Elle était de 30% en 1976 pour l'ensemble du pays (Ministère de la santé publique de la Haute-Volta, 1978, p. 89). Les populations sont alors contraintes de se contenter des seuls points d'eau accessibles géographiquement que financièrement comme les mares, les rivières et les puits sans margelle ; ce qui les expose à de nombreuses maladies comme la dracunculose. En 1982, Michel Van Ulten² soutenait que : « la

¹ « L'eau porteuse de maladies », www.sololiya.fr, consulté le 02/10/2011

² Ancien Représentant Résident adjoint du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) au Burkina Faso

L'élimination de la dracunculose ou la maladie du ver de Guinée au Burkina Faso (1963-2011)

dracunculose pouvait-elle être supprimée par la seule consommation d'eau potable »³.

En rappel, la dracunculose est une maladie connue depuis la période ancienne. Selon J-P. Chippaux :

« l'affection est mentionnée dans la littérature antique simultanément en Égypte et en Inde vers le XVe siècle avant J-C. La maladie et son traitement par extraction du ver sont décrits dans le papyrus d'Ebers (1500 ans avant J-C) » (J-P. Chippaux, 1994, p. 9).

Appelée dragonneau dans l'antiquité, elle est aussi signalée en 1785 et 1826 en Sénégambie et l'explorateur Barth l'observa dans le sahel voltaïque en juillet 1851 (J-P. Bado, 1995, p. 402). Elle est exclusivement transmise par l'ingestion d'eau contaminée par un micro crustacé du genre cyclope (F. Richards, 1987, p. 31). Les cyclopes se retrouvent généralement dans les puits, les étangs, et les étendues d'eau stagnante. Le *Dracunculus medinensis* est l'agent causal de cette maladie. En effet, dans le circuit de la digestion, le cyclope est tué provoquant une libération de larves dites « larves de premier stade ». Ces derniers migrent jusqu'à atteindre les cavités abdominales et thoraciques où ils commencent leur maturation. Le ver femelle devient porteur de larves après trois mois et le mâle qui a une durée de vie assez réduite, meurt après six mois (OMS, 1984, p. 4). Plus tard, la femelle dont l'utérus est rempli de larves se dirige vers les membres inférieurs. Elle est alors prête à émerger et à émettre ses embryons comme l'indique la photo n°1. Ces douleurs se calment au contact de l'eau. C'est pourquoi les malades se plaisent à tremper leur pied concerné dans l'eau afin de réduire la douleur. Ce geste est un important facteur de propagation de la maladie par la contamination d'autres points d'eau et de personnes.

Photo n°1 : Le ver de Guinée sortant du pied d'un malade



Source : Photo de sensibilisation sur le ver de Guinée de l'OMS, in www.commons.wikimedia.org/Dracunculus_medinensis.jpg, consultée le 27/03/2013.

Cette photo illustre l'un des procédés utilisés par les malades pour accélérer l'extraction du ver de Guinée. Il s'agit d'enrouler soigneusement le ver au fur et à mesure que celui-ci se retire. Cet exercice requiert une prudence et une patience de la part du malade qui doit veiller à protéger le ver jusqu'à sa sortie. Toute section ou mort de ce dernier pose un énorme risque d'infection du pied malade.

La dracunculose était aussi connue des populations locales. Toutefois, les explications que celles-ci attribuaient aux causes de cette maladie, laissent percevoir une méconnaissance de ses causes réelles. Pour certaines populations la dracunculose est une maladie propre à leur zone et les « dignes fils » se reconnaissent qu'après avoir fait la maladie. Selon Larba Ouédraogo, habitant du village de Goanga dans le Bam, « on croyait que c'était une maladie ordinaire que tous les habitants du village devraient faire ». Il poursuit en soutenant que : « cette maladie est propre à notre région. Dans les villages développés et dans les grandes villes on ne la trouve pas »⁴. On peut ici s'apercevoir que ce dernier, en évoquant les villages développés, fait allusion aux villages disposant d'au moins un point d'eau potable. C'est

³ ANBF, 37V296, Extrait du discours du Représentant Résident du PNUD lors du deuxième atelier national sur la Décennie

Internationale d'Approvisionnement en Eau Potable en Haute-Volta prononcé le 17 mai 1982 à Ouagadougou.

⁴ Ouédraogo Larba, 62 ans, ménagère, Goanga/Bam, 20/09/2012

pourquoi il ajoute que les grandes villes ne connaissent pas non plus la maladie car on n'y souffre pas trop pour cette question d'eau. Un rapport sur la perception traditionnelle des maladies d'origine hydrique produit en 1997 montre que pour les Peuls, le mburutu, appellation locale de la maladie du ver de Guinée, est une maladie liée à l'eau. Pour ces derniers, les eaux des mares, des surfaces creuses, des puits mal ou non protégés, l'eau du chelhelde c'est-à-dire l'eau de la première pluie sont autant de causes qui sont à l'origine de la dracunculose⁵.

On en conclut alors que les problèmes d'approvisionnement en eau potable doublé de la perception traditionnelle de la maladie ont contribué à accentuer l'endémicité de la maladie dans les pays endémiques en général et au Burkina Faso en particulier.

2.2. Le problème de la dracunculose au Burkina Faso de 1963 à 1992

C'est en 1963 que Y. Pyrame de l'Hôpital Yalgado Ouédraogo, première structure de référence de la Haute-Volta construit depuis 1958, rapporta le premier cas de ver de Guinée (M.Y. Zida, 2010, p. 54). S'agissait-il vraiment d'un cas alerte d'une forte endémie ou d'un réel début de propagation de la maladie ? Cette notification du premier cas en 1963 ne doit pas faire perdre de vue que cette maladie est bien plus ancienne au Burkina Faso que la date indiquée. En l'absence d'une étude claire sur cette maladie pendant la période coloniale, on ne

peut douter de sa présence. L'explorateur anglais Heinrich Barth avait déjà signalé la présence de cette maladie dans le sahel voltaïque. Aussi, l'inexistence d'installations adéquates pour un approvisionnement en eau potable constatée par les autorités coloniales a fait prendre une mesure à cet effet. La circulaire du 12 septembre 1923 instruisait au creusage de puits avec margelles dans les villages. Cette mesure selon J-P. Bado visait la suppression du ver de Guinée et des anophèles (J-P. Bado, 1995, p. 411). Alors, les premières enquêtes épidémiologiques ont permis de lever l'équivoque. En 1967, sous la houlette de la section de parasitologie du Centre Muraz de Bobo-Dioulasso, une enquête menée par M. Lamontellerie dans les localités de Banfora et de Niangoloko, a montré que parmi les filarioses endémiques dans la zone il y avait la dracunculose. Au cours de cette enquête, la présence du ver de Guinée a été relevée dans 71 des 147 villages visités soit 48,3% (M. Lamontellerie, 1972., p. 793). De 1971 à 1979 le pays a enregistré au total environ 500 000 cas soit une moyenne de 3 776 cas déclarés par an (J-P. Chippaux, 1994, p. 75). Les rapports du ministère de la santé relevaient en 1986 la présence de la maladie dans la quasi-totalité des trente provinces que compte le pays. Seules les provinces du Bazèga, de la Gnagna, du Gourma, de la Kossi et du Nahouri n'avaient pas notifié de cas. Les vingt-cinq restantes ont notifié des cas allant de 01 à 157 selon les provinces. On peut mieux cerner l'ampleur de la maladie à travers le tableau n°1.

⁵ Ministère de l'environnement et de l'eau, 1997, *Rapport d'étude sur la perception traditionnelle de maladies d'origine hydrique*

chez les peul, Ouagadougou, Ministère de l'environnement et de l'eau, p. 66.

Tableau n°1 : La dracunculose au Burkina Faso de 1971 à 1992

Année	Nombre de cas
1971	5822
1972	4404
1973	4008
1974	6277
1975	1557
1976	830
1977	2885
1978	2694
1979	2565
1980	2620
1981	2134

Année (suite)	Nombre de cas (suite)
1982	3485
1983	4362
1984	1739
1985	2382
1986	1894
1987	1957
1988	1069
1989	5323
1990	42187
1991	1305
1992	1784

Sources :

- Richards F, 1987, *La dracunculose au Burkina Faso : rapport final du consultant épidémiologiste des centres pour le contrôle des maladies, Arlington, Vector Biology and Control Project, p.72.*
- Ministère de la santé, 2010, *Rapport national sur les activités d'éradication du ver de Guinée au Burkina Faso, Ouagadougou, Ministère de la santé, pp.17-24.*

A travers ce tableau on décrypte une forte morbidité de la maladie avec une moyenne de 2 3276 cas déclarés par an. Ces chiffres ne sauraient être exhaustifs. Ils seraient plus alarmants avec une méthodologie de collecte des données plus précise et minutieuse comme ce fut le cas en 1990. Il faut savoir que dans un contexte de pays en développement la fréquentation des centres de santé n'avait pas encore bien intégré les habitudes des populations surtout rurales qui étaient plus attirées vers la médecine traditionnelle. De nombreux cas non déclarés peuvent alors rester non comptabilisés. Toutefois, les données de 1976 et 1990 suscitent quelques analyses. En effet, sans une action concrète de lutte on a enregistré une baisse fulgurante des chiffres. Il s'agirait ici sans doute d'un défaut de collecte des données. Aussi, faut-il le rappeler, dès janvier 1975 le pays a connu une restructuration administrative (le pays

compte désormais 10 départements administratifs correspondant aux secteurs sanitaires). Ne peut-on pas lier cette baisse à cette réforme ? Par contre, en 1990, en prélude d'une importante action contre le ver de Guinée une enquête nationale devait permettre de fournir les données plus précises sur la maladie. Cette enquête devait permettre d'élaborer une cartographie du ver de Guinée et les chiffres sont très évocateurs du niveau d'endémicité du pays car 2621 villages sur 8068 étaient touchés par la maladie⁷.

Les provinces du Bam et de l'Oubritenga renfermaient les taux d'endémicité les plus élevés du pays selon le tableau n°2.

⁶ Ce résultat est ainsi obtenu en considérant la période de 1971 à 1992 (soit 21 ans) et les données du tableau n°1. Il corrobore celui déjà énoncé par J-P. Chippaux qui, sur la période de 1971 à 1979 (soit 10 ans), relève une moyenne de 3 776 cas déclarés par an.

⁷ Ministère de la santé, 2010, *Rapport national sur les activités d'éradication du ver de Guinée au Burkina Faso, Ouagadougou, Ministère de la santé, p. Annexe 8.*

Tableau n°2 : L'endémicité dans les deux provinces pilotes de 1989 à 1992

Province	Villages enquêtés	Villages endémiques	Taux
Bam	254	143	56%
Oubritenga	307	219	71%
Total	561	362	64,5%

Source : Ministère de la santé, 2010, *op. cit.*, p. 15.

Cette maladie a constitué un véritable problème de santé publique à partir des années 1970, au regard du nombre de personnes affectées et de ses multiples conséquences socio-économiques pouvant atteindre un milliard de franc CFA de perte annuelle (T.R. Guiguemdé, 1986, p. 112). En effet, le malade est frappé par son immobilité pendant quelques mois et, le plus souvent, en période des travaux champêtres. Ce qui réduit inéluctablement les rendements agricoles comme le confirme Larba Ouédraogo : « l'année où tu développes la maladie, elle te rend inefficace au champ et tu ne peux rien récolter. Tu n'auras donc qu'un grenier vide »⁸. Cela est lié au fait que le malade est souvent alité pendant quelques semaines par suite des douleurs causées par l'apparition du ver et autres complications. C'est pourquoi certaines populations identifient la dracunculose comme la "maladie qui vide les greniers". Elle menace plus les populations qui intègrent les plans d'eau de surface dans leur système d'approvisionnement en eau de boisson. Elle est aussi considérée

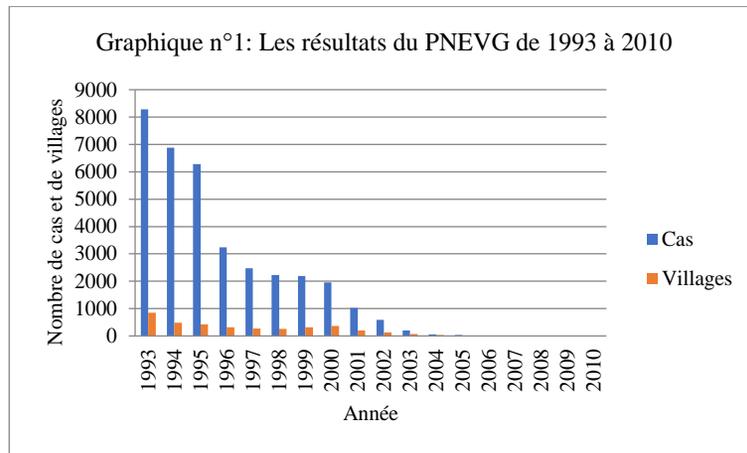
comme une maladie de la pauvreté et de grandes actions devaient être engagées à son encontre.

2.3. La mise en œuvre du PNEVG et ses résultats

Une campagne mondiale d'éradication de la dracunculose a été lancée dans le début des années 1980. L'OMS considérait que la dracunculose touchait 3,5 millions de personnes réparties dans 20 pays⁹. En 1991, l'Assemblée mondiale de la santé a approuvé les efforts en vue de l'éradication de la dracunculose pays par pays et s'est fixé pour objectif l'arrêt de la transmission avant 1995 et la certification de l'éradication à l'échelle mondiale d'ici la fin des années 1990. (OMS, 1996, p. 3). En s'inscrivant dans la dynamique de la communauté internationale d'éliminer cette maladie le plus tôt possible, le Burkina Faso a constitué en 1984, une commission nationale de lutte contre la dracunculose. A cet effet, il a été élaboré un programme de lutte contre le ver de Guinée dont l'objectif final était le contrôle, voire l'élimination de la maladie. Or toute élimination doit être sanctionnée par la certification de l'OMS. Il s'agit d'une reconnaissance des bons résultats du programme d'un pays. C'est ainsi qu'il a été mis en œuvre en 1992 le Programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG) au Burkina Faso. Ses actions ont permis de mieux contrôler le ver de Guinée et le graphique n°1 nous montre les résultats remarquables des actions entreprises contre la maladie.

⁸ Ouédraogo Larba, 62 ans, Ménagère, Goanga/Bam, 20/09/2012

⁹ OMS, 2019, *Dracunculose (maladie du ver de Guinée)*, [En ligne] [https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/dracunculiasis-\(guinea-worm-disease\)](https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/dracunculiasis-(guinea-worm-disease))



Source : Ministère de la santé, 2010, *op. cit.*, p. 24.

Ce graphique indique ici les bons résultats engrangés par le PNEVG concernant la maladie. Il présente le nombre de cas et le nombre de villages endémiques par année depuis la mise en œuvre du programme. Avant la mise en œuvre du programme, la situation du ver de Guinée était très alarmante au Burkina Faso. Les villages pouvaient aussi bien héberger des cas autochtones (il s'agit de ceux qui pris la maladie sans avoir quitté leur lieu d'habitation) que des cas importés (des populations qui ont pris la maladie dans un pays étranger avant de rejoindre son village du Burkina Faso).

3. DISCUSSION

3.1. Les actions engagées contre le ver de Guinée au Burkina Faso

Le Burkina Faso, suivant l'élan de la communauté internationale de vaincre le ver de Guinée avant 1995, a engagé de nombreuses actions contre la maladie. Les luttes n'ont pas été que modernes. Les savoirs endogènes ont été aussi mis à contribution.

➤ **La lutte traditionnelle :** Il est très capital pour les populations de savoir pourquoi la maladie apparaît chez cette personne à ce moment-là et à cet endroit. Pour elle une maladie n'arrive jamais au hasard. Il faut toujours aller consulter les guérisseurs et les charlatans pour déceler de quelle maladie il s'agit, et pourquoi les choses sont arrivées ainsi et à lui (A. Meulenbrock, 1990, p. 65). En effet, le monde n'est pas seulement fait de visible. Il est aussi invisible et c'est celui qui détermine même la vie de l'homme. Ainsi dans le système de soin traditionnel, le thérapeute

recherche l'étiologie et les causes des maladies avant de proposer un traitement spécifique selon les maladies. La thérapie qu'il donne constitue une restauration d'un ordre rompu.

Dans de nombreux cas, la dracunculose se traite par l'extraction manuelle du ver enroulé autour d'un bâtonnet ou d'une ficelle. Cet exercice peut durer des semaines. Cette pratique très ancienne reste encore utilisée par de nombreux malades. Comme dans la majorité des formes de traitement de maladie, il est aussi fait usage de certaines plantes (écorces, feuilles, racines, fleurs...). Selon A. R. Gbary, le traitement traditionnel repose sur des extraits végétaux et concernent entre autres les applications de cataplasmes de feuilles, de produits à base de poudre d'arbre et de beurre de karité, l'inhalation de vapeurs d'infusions diverses, l'application de sève d'arbre, l'absorption de décoctions de racines (A. R. Gbary et al. 1987b, pp. 246-249).

On peut observer chez les traitants de l'Afrique de l'ouest, l'utilisation courante de 4 espèces végétales pour les soins thérapeutiques de cette maladie : *Annonca senegalensis* (pommier cannelle du Sénégal), *Calotropis procera* (pommier de Sodome), *Parkia bigloboza* (néré), *Stachytarpheta indica* (verveine) (J-P Chippaux, 1994, p. 91). Les Burkinabè étaient persuadés que l'on pouvait guérir de la dracunculose. Sibidi Zombré par exemple propose un remède contre ce mal composé de carapace de tortue et de plante saisonnière dénommée *Stylechiton lancifolus* (oûla en moré). Cette plante est brûlée jusqu'à calcination. La fumée qui se dégage est orientée

vers la zone malade qui loge le ver, ou son orifice de sortie du corps du malade ; ce qui accélère la sortie du ver en quelques jours¹⁰. Quant à Larba Ouédraogo, il fait savoir qu'il existait une poudre noire que l'on versait sur la partie où le ver semble se trouver afin de provoquer du pus. En quelques jours la partie éclate et il y sort un ver blanchâtre, le ver de Guinée. Cette sortie peut durer deux à trois mois. Une fois le corps débarrassé du ver alors on traite la partie comme une plaie ordinaire et c'est fini¹¹. Toutefois, il ressort des analyses de nombreux auteurs que tous ces modes de traitement sont inefficaces en termes de résultat.

➤ **La lutte moderne :** En ce qui concerne cette forme de lutte il faut noter que cette maladie ne dispose pas de traitement médicamenteux fiable. Il existe tout de même des tentatives de traitements symptomatiques qui généralement n'ont pas un fort effet curatif. Cependant, cela permet de soulager le malade par une baisse sensible de l'inflammation et favorise une extirpation plus rapide de la filaire (R.K. Ziba, 1991, p. 36). La chaîne de transmission de la dracunculose peut alors être interrompue par certains protocoles. Cela permet d'éliminer la maladie car il n'existe pas d'hôte intermédiaire dans cette chaîne et F. Richards soutient qu'une interruption de la transmission de maladie pendant seulement une année pourrait théoriquement éliminer totalement la maladie d'une communauté (F. Richards, 1987, p. 33). L'initiative pour l'élimination de cette maladie au Burkina Faso voit le jour en 1982. En 1983, une étude a été menée sur la lutte contre la dracunculose par l'éducation sanitaire dans trois villages hyper-endémiques Nofesso, Mitieredougou, et Panga dans le Sud-Ouest. En deux ans, par la mise en œuvre de cette approche s'inspirant du un guide « Elimignons le Ver de Guinée », la maladie a été éradiquée dans ladite zone d'étude (A.R. Gbary et al., 1987a, p. 392). Ce guide qui était destiné à l'agent de santé communautaire, indique deux mesures de prévention : l'une collective et l'autre individuelle. Il s'agissait selon ce guide de respecter les règles d'hygiènes suivantes :

- ceux qui ont le ver de Guinée ne doivent pas entrer dans les mares ;

- chacun doit toujours filtrer l'eau avec un tamis filtre avant de la boire.

Pour améliorer les performances du pays en matière de lutte contre le ver de Guinée, les autorités du Conseil national de la révolution (CNR) ont entrepris une étude en 1985 en vue d'élaborer un nouveau plan de lutte. Jusqu'en 1989, de nombreuses techniques ont été employées dans la lutte contre la maladie dans le Sud-Ouest. Il s'est agi de l'éducation pour la santé, du traitement chimique des points d'eau au Témophos et des deux combinées dans dix villages endémiques (T.R. Guiguemdé et al., 1991, p. 446). C'est en prélude d'une vaste campagne de lutte qu'il fut mis en œuvre, un Projet pilote de lutte contre la dracunculose dans les provinces du Bam et de l'Oubritenga. Les activités ont été entre autres : le recensement actif de tous les villages affectés, la formation des agents de santé, des campagnes d'éducation pour la santé, l'approvisionnement en eau potable et la distribution des tamis pour le filtrage de l'eau avant la boisson. Les résultats de ces différentes études ont influencé les décisions prises à la 39^e assemblée mondiale de la santé qui s'est tenue à Genève en 1986 (il s'agit de la résolution WHA 39.21). A cette importante rencontre la stratégie adoptée comprenait : la surveillance active, une éducation pour la santé, le contrôle vectoriel, une prophylaxie personnelle et un apport en source d'eau potable assainie afin d'éliminer l'infection avant décembre de l'année 1995 (OMS, 2008, p. 4). Il était alors nécessaire d'améliorer l'accès à l'eau potable des populations, ce qui aurait sans doute un impact positif dans la lutte contre la maladie. La dracunculose pouvait être supprimée par la seule consommation d'eau potable. En avril 1981, le Comité directeur inter-institutions pour la coopération dans le cadre de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1981-1990) considérait que l'élimination de la dracunculose était un indicateur du succès de ladite Décennie. D'où l'adoption de la résolution WHA34.25 la même année par l'Assemblée mondiale de la Santé qui reconnaît que la Décennie offre l'occasion d'éliminer la dracunculose. Conscients du rapport entre l'eau et la santé, les pouvoirs publics ont mis en œuvre une

¹⁰ Zombré Sibidi, 78 ans, Tradipraticien, Ouargaye, 16/04/2012

¹¹ Ouédraogo Larba, 62 ans, Ménagère, Goanga/Bam, 20/09/2012

L'élimination de la dracunculose ou la maladie du ver de guinée au Burkina Faso (1963-2011)

politique de l'eau dont les résultats ont été l'amélioration du taux d'accès à l'eau potable dans les centres gérés par l'Office National de l'Eau et de l'Assainissement (ONEA). Ce taux était de 74% en 2005 (MAHRH, 2006, p. 27). Selon le Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques (MAHRH) :

« depuis le démarrage de l'hydraulique rurale au Burkina-Faso, près de 48 000 points d'eau modernes ont été réalisés dont 30 000 sont fonctionnels [...] Grâce à ces infrastructures, 60% de la population rurale disposait effectivement en 2005 d'un accès qualifié de "raisonnable" à l'eau potable » (MAHRH, 2006, p. 13.)

3.2. La certification de l'élimination du ver de Guinée au Burkina Faso

En engageant la lutte contre le ver de Guinée, les autorités du pays avaient pour objectif la certification qui s'inscrit dans un long et périlleux processus commençant par la pré-certification qui est une phase transitoire. En 2007, l'action du gouvernement a consisté à la création par Arrêté d'un comité technique national de pré-certification de l'éradication du ver de Guinée présidé par le parasitologue Robert T. Guiguemdé. Ce comité avait pour mission de :

- suivre l'exécution du programme national d'éradication du ver de Guinée
- explorer les cas de ver de Guinée suspectés ou notifiés
- vérifier la tenue des documents du programme à tous les niveaux

Le Burkina Faso ne pouvait pas alors réussir cette lutte qu'à travers une synergie d'actions et de ressources, car un seul cas peut retarder l'objectif de l'élimination de quatorze mois. En effet, selon l'OMS :

« la transmission est considérée comme interrompue dans un pays lorsque celui-ci n'a notifié aucun cas pendant 14 mois consécutif. Il peut alors entrer dans une période de pré-certification pendant au moins 3 ans, au cours desquels une

surveillance intensive doit se poursuivre »¹².

Lorsque la transmission de la maladie est arrêtée et la surveillance maintenue pendant au moins trois ans sans notifier de cas autochtone alors le pays, après une évaluation de la commission internationale pour la Certification de l'Éradication de la Dracunculose (CICED), reçoit de l'OMS la certification. Avant d'apprécier les efforts du pays, cette structure procède par :

- vérifier l'exactitude des données du rapport ;
- examiner l'indicateur de l'approvisionnement à l'eau potable des zones infectées ;
- mener des enquêtes de l'absence de transmission et des risques de réintroduction de la maladie ;
- évaluer le système de surveillance.

La communauté internationale s'est bien engagée dans ce combat. C'est ainsi que pour accompagner les pays très endémiques à atteindre les résultats de certification, les partenaires de l'OMS ont fait le choix de contribuer de façon significative à la lutte contre cette maladie. Ainsi, Health & Development International (HDI) par l'intermédiaire du Centre de collaboration de l'OMS, s'est proposée de donner une allocation budgétaire de 1 000 ou 2 000 dollars US par an destinée uniquement aux patients, ou également aux volontaires des villages. Et cela aussi longtemps que possible suivant la durée de l'effort d'élimination et des gages du pays à faire une gestion correcte des fonds fournis. Les pays désirant bénéficier de cette allocation devraient récompenser les populations selon les critères suivants :

- ✓ le patient doit accepter se soumettre à des mesures d'enrayement adéquates, (l'extraction chirurgicale ou alternativement, l'immersion contrôlée et/ou le bandage)
- ✓ le patient doit coopérer en aidant le programme d'éradication afin de déterminer le lieu où le patient a pu être infecté ;

¹² OMS, 2018, « Dracunculose (maladie du ver de Guinée) », www.who.int, mis en ligne le 25 avril 2018

- ✓ le cas doit être vérifié par un ou plusieurs membres du personnel médical, possédant la formation adéquate."¹³

Au démarrage du programme de lutte en 1993, le pays avait une endémicité de 8 281 cas. Les résultats des luttes engagées contre cette maladie sont assez remarquables sur le graphique n°1 car on peut y observer une nette régression des chiffres. Cela est nécessairement imputable à une conjugaison d'actions de dépistage, d'éducation pour la santé, de meilleur approvisionnement en eau potable, de motivation ou de récompense de la déclaration des cas etc. La lettre circulaire n° 07/0841/MS/SG/DGS/DLM du 23 juillet 2007, du ministère de la santé a annoncé un système de récompenses en nature pour les agents de santé villageois qui notifient des cas de dracunculose au même titre que les patients ayant eux-mêmes signalé leur cas. Ces récompenses se composent de couvertures, de nattes, de chapeaux de paille, de seaux, de t-shirts et de casquettes (Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication en matière de dracunculose, 2007, p. 9). Cette mesure, en plus de démontrer le niveau de pauvreté a donné un coup d'accélérateur à la lutte. Elle a contribué de façon non négligeable à identifier des cas et d'améliorer les résultats. Au regard de ses bons résultats à l'issue des évaluations, le Burkina Faso s'est inscrit sur la liste des pays ayant vaincu le ver de Guinée. En Septembre 2011, le pays a été certifié par l'OMS comme un pays ayant réussi le contrôle et l'élimination de la maladie du ver de Guinée. Pour prévenir la propagation de la maladie par les cas importés, de nombreuses rencontres transfrontalières ont aussi été tenues de 2000 à 2010. En effet, jusqu'en 2008, le Burkina Faso enregistrait des cas importés de chacun de ses pays limitrophes. Ces rencontres devaient permettre de connaître la situation de la maladie dans chacun des pays et les mesures prises pour son contrôle.

CONCLUSION

En 2011, soit près d'un demi-siècle d'action contre la dracunculose (1963-2011), le Burkina Faso a été certifié comme un pays ayant réussi à éliminer la

maladie. Ces résultats forts intéressants sont la combinaison de plusieurs facteurs. En effet, au lendemain de l'indépendance du Burkina Faso en 1960, les populations surtout rurales étaient confrontées au problème d'approvisionnement en eau potable. C'est pourquoi le ver de Guinée sévissait de façon endémique dans les zones rurales où les populations intègrent les plans d'eau de surface dans leur système d'approvisionnement en eau de boisson (J.N. Poda et al, 1998, p. 36). Il est évident que de nombreuses actions ont été menées dans le domaine de l'approvisionnement en eau des populations. Elles ont permis de passer à un taux de 30% en 1976 à 74% en 2005. On dira donc que d'une part, ils sont liés à l'amélioration des conditions de vie des populations par leur facile accès à l'eau potable. D'autre part ils sont soutenus par la discipline d'hygiène dans la communauté locale en matière de gestion des points d'eau et des personnes atteintes de dracunculose : c'est l'éducation sanitaire qui, si elle est bien menée « constitue la solution la plus économique et la plus rentable à long terme pour l'anéantissement de la maladie » (OMS, 2008, pp. 9-10). En une décennie de lutte dans le cadre d'un programme, le Burkina Faso a pu relever un défi de taille, celui de la victoire contre cette maladie qui continue de menacer de nombreuses populations sous d'autres cieux en Afrique. Alors la garde ne saurait être baissée au risque de replonger dans le cycle infernal de cette maladie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BADO Jean-Paul, 1995, « La maladie de l'eau en Haute-Volta de la conquête à 1932 », MASSA Gabriel et MADIEGA Y. Georges (dir), La Haute-Volta coloniale : Témoignage, recherches, regards, Paris, Karthala, pp. 401-411

BANTENGA Moussa Willy, 2016, « Production agricole et alimentaire au Burkina Faso : quelques traits des évolutions récentes », BANTENGA Moussa Willy (dir), Histoire rurale du Burkina Faso, Ouagadougou, Presses universitaires de Ouagadougou, pp. 13-29

Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication en matière

¹³ SEIM Anders R., 1993, *La Récompense HDI de la Lutte Contre la Dracunculose. Un système pour des récompenses en espèces dans le programme d'éradication globale de la dracunculose*, [En

ligne] <https://hdi.no/project/la-recompense-hdi-de-la-lutte-contre-la-dracunculose/>

L'élimination de la dracunculose ou la maladie du ver de Guinée au Burkina Faso (1963-2011)

de dracunculose, 2007, Résumé de la dracunculose, Genève, Department of health et human services.

CHIPPAUX Jean-Philippe, 1994, Le ver de Guinée en Afrique : Méthode de lutte pour l'éradication, Paris, Editions de l'ORSTOM.

DREYFUS Simone et NICOLAS-VULLIERME Laurence, 2000, La thèse de doctorat et le mémoire : étude méthodologique (sciences juridiques et politiques) troisième édition, Paris, Edition CUJAS.

GBARY Akpa Raphaël, GUIGUEMDE T. Robert et, OUEDRAOGO Jean-Baptiste, 1987a, « La dracunculose un fléau éradiqué dans trois villages du Burkina Faso par l'éducation sanitaire », Bulletin de la société de pathologie exotique, 80, pp. 390-395

GBARY Akpa Raphaël, GUIGUEMDE T. Robert et, OUEDRAOGO Jean-Baptiste 1987b, « Dracunculose : étude des croyances et attitudes des populations en zone endémique de savane (Burkina-Faso) », Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 80, pp. 242-251

GUIGUEMDE T. Robert, GBARY Akpa Raphaël et OUEDRAOGO Jean-Baptiste, 1991, « Contrôle de la dracunculose par trois techniques au Sud-Ouest du Burkina Faso : efficacité comparée des techniques », Médecine Tropicale vol 51 n°4, pp. 445-450

GUIGUEMDE T. Robert, 1986, « Comment chiffrer le coût économique des maladies tropicales dans une collectivité rurale », Bulletin de la société de pathologie exotique, 79, pp. 108-113

LAMONTELLERIE Michel, 1972, « Résultats d'enquêtes sur les filarioses dans l'ouest de la Haute-Volta (cercle de Banfora) », Annales de Parasitologie. t. 47, n° 6., pp. 789-838

MEULENBROEK Anne, 1990, La conception des maladies chez les moosi dans la région de Basma (Burkina Faso), Kaya, PEDI.

Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques (MAHRH), 2006, Programme National d'Approvisionnement en Eau Potable et d'Assainissement. Document de programme, Ouagadougou, MAHRH, 55 p.

Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), 2010, Profil des régions du Burkina Faso, Ouagadougou, SONAZA Imprimerie, 226 p.

Ministère de l'environnement et de l'eau, 1997, Rapport d'étude sur la perception traditionnelle de

maladies d'origine hydrique chez les peuls, Ouagadougou, Ministère de l'environnement et de l'eau, 81 p.

Ministère de la santé publique, 1978, Le profil sanitaire du pays, Ouagadougou, Ministère de la santé publique, 187 p.

Ministère de la santé, 2010, Rapport national sur les activités d'éradication du ver de Guinée au Burkina Faso, Ouagadougou, Ministère de la santé, 31 p.

OMS, 1984, Comment lutter contre la dracunculose ? (Rapport d'un atelier), Washington DC, National Academy Press.

OMS, 2008, Eradication de la dracunculose, Genève, Service de production des documents de l'OMS.

OMS, 2018, « Dracunculose (maladie du ver de Guinée) », www.who.int, mis en ligne le 25 avril 2018

OMS, 1996, Critères de certification de l'éradication de la dracunculose, Genève, OMS.

PODA Jean-Noël et al, 1998, « Gestion de l'eau et maladies d'origine hydrique dans le terroir de Donsin au Burkina Faso : cas du ver de Guinée », Revue CAMES, N°00, pp. 36-39.

RICHARDS Frank, 1987, La dracunculose au Burkina Faso : rapport final du consultant épidémiologiste des centres pour le contrôle des maladies, Arlington, Vector Biology and Control Project, 116 p.

SEIM Anders R., 1993, La Récompense HDI de la Lutte Contre la Dracunculose. Un système pour des récompenses en espèces dans le programme d'éradication globale de la dracunculose, Genève, Fondation Pro Victimis, [En ligne] <https://hdi.no/project/la-recompense-hdi-de-la-lutte-contre-la-dracunculose/>

ZIBA Rasmata Katia, 1991, Approche géographique de la dracunculose au Burkina Faso : projet d'étude, Mémoire de DEA, Géographie, Université de Bordeaux III, Institut de Géographie Tropicale, 116 p.

ZIDA M. Yalagré, 2010, Historique de la dracunculose au Burkina Faso : aspects épidémiologiques et lutte, Thèse de doctorat d'Etat, Médecine, université de Ouagadougou, UFR/SDS, 155 p.