



Point supplémentaire de l'ordre du jour : Eradication de la dracunculose

Rapport du Secrétariat

1. La dracunculose, une parasitose due au ver de Guinée, est une maladie douloureuse et incapacitante provoquée par *Dracunculus medinensis*, le plus gros nématode connu pour infester les tissus humains. Bien qu'elle soit connue depuis l'antiquité et qu'elle ait été autrefois très répandue, cette maladie a, au cours des deux cents dernières années, principalement touché les communautés rurales pauvres n'ayant pas accès à des sources d'eau potable. L'homme et le seul hôte définitif de *D. medinensis*, et la consommation d'eau de boisson infestée est la seule voie de contamination.
2. Le cycle de transmission, qui est étroitement déterminé par les caractéristiques des sources d'eau, passe par l'ingestion d'une eau contaminée par une espèce donnée de petits crustacés prédateurs (copépodes) qui servent d'hôte intermédiaire. La contamination des sources d'eau, constituées habituellement par des mares et des puits peu profonds, se produit au moment où la femelle du ver de Guinée parvenue à maturité (qui mesure entre 0,6 et 0,9 m) apparaît à la surface de l'épiderme, provoquant une tuméfaction très douloureuse, une vésicule puis un ulcère accompagné de fièvre, de nausées et de vomissements. Lorsque la personne trempe la partie de l'organisme touchée, habituellement la jambe ou le pied, dans l'eau pour soulager la douleur, la femelle émet alors des centaines de milliers de larves (premier stade larvaire). Le cycle se poursuit lorsque ces larves sont consommées par les copépodes chez lesquels elles poursuivent leur développement et que l'homme ingère les copépodes infestés présents dans l'eau de boisson.
3. La durée de chaque infestation est d'environ un an et ne confère aucune immunité protectrice. Les gens peuvent être simultanément infestés par plusieurs vers. Il n'y a pas de vaccin contre cette maladie et aucun traitement n'existe qui permette de tuer le nématode avant qu'il n'apparaisse à la surface de la peau. Son extraction, qui s'effectue traditionnellement par enroulement autour d'un bâtonnet, est longue et douloureuse. Cependant, les mesures de prévention de l'infestation, notamment le filtrage de l'eau de boisson, sont des mesures simples, efficaces et faciles à cibler étant donné l'association étroite qui existe entre la maladie et les caractéristiques des sources d'eau.
4. Les recherches effectuées dans les pays d'endémie ont fait apparaître l'existence d'un lien très fort entre dracunculose et faiblesse du développement socio-économique, qui s'exprime par des effets négatifs sur la productivité agricole, la sécurité alimentaire, l'état nutritionnel et la scolarisation. Le tropisme cutané de la femelle obéit à un cycle saisonnier, qui coïncide souvent avec le pic de l'activité agricole. Les symptômes associés laissent la plupart des patients, notamment les enfants d'âge scolaire, temporairement handicapés pendant au moins un mois. Comme les personnes infestées ont

les plus grandes difficultés pour se rendre à pied dans les centres de soins de santé, il n'est pas rare que des infections secondaires viennent compliquer leur état.

5. Du fait du lien étroit qui existe entre la maladie et des sources d'eau non potable, les activités entreprises au cours de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1981-1990) ont fourni l'occasion d'éliminer la dracunculose ; les progrès en ce sens ont été considérés comme un indicateur extrêmement visible et mesurable de l'amélioration de l'approvisionnement en eau dans les régions rurales. En 1986, alors qu'on estimait à 3,2 millions le nombre de cas dans le monde, l'objectif d'élimination de la dracunculose a été officiellement exprimé dans la résolution WHA39.21, qui a énoncé une stratégie combinée de distribution d'eau de boisson potable, de surveillance active, d'éducation pour la santé, de lutte antivectorielle, accompagnée de mesures prophylactiques individuelles.

6. La mise en oeuvre de la stratégie d'élimination a permis des progrès considérables et, à la fin de la décennie, la dracunculose avait été en grande partie éliminée d'Asie. En 1991, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA44.5, appelant de ses vœux l'éradication mondiale de la dracunculose d'ici la fin de 1995 ; un processus de certification de l'élimination pays par pays fut mis en place pour servir de fondement le moment venu à la déclaration de l'éradication mondiale de cette maladie.

7. L'éducation pour la santé visant à inciter les communautés à utiliser des sources d'eau potable ou, lorsque ce n'était pas possible, à se servir de filtres simples en tissu ou en nylon pour éliminer les copépodes de l'eau de boisson a été l'une des interventions les plus efficaces. Les efforts de pédagogie ont également permis de convaincre les communautés d'empêcher les personnes présentant des ulcérations dues à l'émergence des femelles d'avoir un contact avec les sources d'eau. Le recours à des volontaires entraînés basés dans les villages pour effectuer une surveillance active et un dépistage et une prise en charge précoces des cas, tenir des registres des cas et adresser des notifications mensuelles a constitué une autre stratégie importante. Ces volontaires ont également joué un rôle non négligeable dans l'éducation sanitaire des communautés. Des activités telles que le dépistage et la prise en charge rapides des cas et le fait d'éviter de contaminer les sources d'eau revêtent une importance grandissante au fur et à mesure que le nombre de cas diminue et que les possibilités d'interrompre la transmission augmentent.

EVOLUTION RECENTE

8. La campagne mondiale d'éradication de la dracunculose a grandement progressé en 2003.¹ Le nombre total de cas notifiés dans le monde au cours de l'année a été de 32 193, soit une réduction de 96 % par rapport aux 892 055 cas notifiés en 1989 et une diminution de 41 % par rapport à 2002. La transmission est désormais limitée à 12 pays africains seulement : le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Nigéria, l'Ouganda, le Soudan et le Togo. Sur le total des cas notifiés en 2003, 143 ont été importés d'autres pays ; 47 de ces derniers venaient du Ghana et 40 du Soudan.

¹ Pour de plus amples informations, voir : L'éradication de la dracunculose : bilan de la surveillance mondiale, 2003. *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 79(19): 181-189, 2004.

9. Le Sénégal et le Yémen¹ ont été certifiés exempts de dracunculose par la Commission internationale pour la Certification de l'Éradication de la Dracunculose au cours de sa première réunion en mars 2004. Le Cameroun, la République centrafricaine et le Tchad n'ont notifié aucun cas autochtone en 2003. Toutefois, de nombreux réfugiés soudanais se sont installés dans des camps situés dans l'est du Tchad, faisant courir un risque potentiel de réintroduction de la maladie dans cette région.

10. Les troubles civils dans le sud du Soudan demeurent le principal obstacle à la réussite de la campagne mondiale d'éradication. Depuis 1995, le Soudan a régulièrement notifié plus de la moitié du nombre total de cas dans le monde, cette proportion atteignant 76 % en 2002 et 63 % en 2003. On ne peut pas établir les tendances épidémiologiques dans le sud du Soudan pour 2003, car seuls 66 % des villages d'endémie ont envoyé des notifications mensuelles. En dehors du Soudan, le Ghana et le Nigéria sont arrivés au deuxième et au troisième rang des pays d'endémie, en déclarant 82 % du nombre total de cas, exception faite de ceux du Soudan.

OBSTACLES A SURMONTER

11. L'objectif pour tous les pays d'endémie restants, en dehors du Soudan, est d'interrompre la transmission de la maladie dans les trois ans à venir. L'éradication exige un système de surveillance extrêmement sensible afin de dépister tous les cas, y compris les cas importés, où qu'ils se produisent, et de faire en sorte que toutes les interventions préventives soient pleinement mises en oeuvre. Les systèmes de santé locaux doivent intensifier la surveillance des interventions, veiller à ce qu'une surveillance active soit bien effectuée, améliorer la supervision et encourager les agents de santé en poste dans les villages.

12. Au cours de la dernière phase avant l'éradication, le coût du dépistage et de la prise en charge des derniers cas devient tout à fait prohibitif. Il faut donc assurer des ressources suffisantes, en particulier du fait que l'intérêt pour une maladie tend à diminuer lorsque le nombre de cas s'amenuise et que les personnes touchées vivent dans des régions toujours plus reculées et difficiles d'accès.

13. Les ministres de la santé des pays d'endémie restants ont exprimé leur engagement politique et cette détermination sans faille ne doit pas fléchir.

LES REALISATIONS

14. En dehors d'une réduction du nombre de cas, qui est passé de 3,2 millions en 1986 à 32 193 en 2003, les efforts de lutte contre la dracunculose ont déjà plusieurs retombées positives durables. La campagne d'éradication a été la première à utiliser les systèmes d'information géographique et de cartographie sanitaire comme instruments d'étude épidémiologique et de planification afin d'identifier rapidement les populations à risque, de dresser la carte des caractéristiques de l'infrastructure rurale, d'organiser la mise en oeuvre ciblée des interventions et de fournir des notifications mensuelles homogènes, issues de la surveillance à l'échelon local. Ces outils ont simplifié le fonctionnement des programmes d'éradication et d'élimination d'autres maladies, notamment de la poliomyélite, de la lèpre, de la filariose lymphatique et de l'onchocercose.

¹ Les deux autres pays d'endémie de cette maladie en Asie, à savoir le Pakistan et l'Inde, ont interrompu la transmission antérieurement et ont été certifiés exempts de dracunculose en 1997 et en 2000, respectivement.

15. Cette campagne a permis de constituer des réseaux d'agents de village qualifiés, habitués à la supervision et capables de dépister les cas, de procéder aux notifications mensuelles et d'appliquer un traitement topique simple sur les lésions. Ces réseaux constituent une infrastructure utilisée par les programmes de lutte contre d'autres maladies afin d'atteindre des populations qui seraient autrement inaccessibles.

16. Lorsqu'elle sera certifiée, l'éradication de la dracunculose marquera la première victoire complète sur une maladie non virale sans qu'aucune intervention médicale n'ait facilité les efforts de lutte. Les progrès enregistrés à ce jour ont déjà mis en évidence la faisabilité d'un changement des comportements dans les régions rurales pauvres et la capacité qu'a l'éducation pour la santé, assurée par des volontaires présents dans les villages, d'obtenir un tel changement.

17. Contrairement à d'autres campagnes d'éradication, qui offrent des avantages universels du fait qu'elles mettent fin à l'obligation de vacciner partout dans le monde, la campagne d'éradication de la dracunculose va presque exclusivement bénéficier aux populations pauvres de certains des pays les plus pauvres au monde. L'appui de la communauté internationale à l'éradication de la dracunculose a été une initiative en faveur des pauvres qui reconnaît à la fois le rôle central de la santé dans le développement socio-économique et la capacité des populations touchées à participer à l'amélioration de leurs conditions de vie.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

18. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

= = =