



HAL
open science

La lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire : directives internationales et pratiques médicales (1948-1996)

Adjagbe Assani

► To cite this version:

Adjagbe Assani. La lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire : directives internationales et pratiques médicales (1948-1996). Histoire. Université Panthéon-Sorbonne - Paris I; Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire), 2017. Français. NNT : 2017PA01H030 . tel-01877205

HAL Id: tel-01877205

<https://theses.hal.science/tel-01877205v1>

Submitted on 19 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ PARIS 1 PANTHÉON-SORBONNE

ÉCOLE DOCTORALE D'HISTOIRE : INSTITUT DES MONDES AFRICAINS

THÈSE EN COTUTELLE
Pour l'obtention du grade de
DOCTEUR EN HISTOIRE

**LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME EN CÔTE D'IVOIRE : DIRECTIVES
INTERNATIONALES ET PRATIQUES MÉDICALES (1948-1996)**

Présentée et soutenue publiquement par **ASSANI ADJAGBÉ**
13 mars 2017

Directeurs de thèse

PIERRE BOILLEY, Professeur d'Histoire, Université Paris 1

AKA KOUAME, Professeur d'Histoire, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan

JURY

Mme DOMINIQUE JUHE-BEAULATON, Directeur de Recherche CNRS

M. PIERRE BOILLEY, Professeur d'Histoire, Université Paris 1

M. AKA KOUAME, Professeur d'Histoire, Université Félix Houphouët
Boigny, Abidjan

Mme ANNE HUGON, Maître de Conférence, Université Paris 1

A mon fils Yassine Marc-Aurel

A ma bien-aimée et chère compagne Nadège P. K. AHIBOH

A toute ma famille

Aux amis

*dont le soutien et l'amour ne m'ont jamais fait défaut dans cette quête inlassable
du savoir*

A mes proches qui sont, hélas, partis dans l'au-delà

Je dédie cette thèse

REMERCIEMENTS

Cette thèse est l'aboutissement d'un travail qui n'aurait pas été possible sans le concours de valeureuses personnes auxquelles j'aimerais exprimer toute ma gratitude. C'est d'abord à Laurent VIDAL (Directeur de recherche à l'IRD) que mes premières pensées se dirigent pour m'avoir permis de bénéficier d'un financement de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) afin de mener dans de très bonnes conditions ce travail. Avec lui, je n'oublie pas Karine Delaunay, pour son aide précieuse pendant mes séjours, à Bondy, ainsi qu'à tout le personnel du Centre qui n'ont pas ménagé leurs efforts pour les rendre agréables.

Ensuite, j'exprime aussi mes remerciements à mes directeurs de recherche, messieurs Pierre BOILLEY et Kouamé AKA qui ont permis que ce travail aille à son terme. Par leurs conseils, leurs encouragements, leurs remarques pertinentes et leurs exigences, ils ont su me guider, m'orienter et me motiver afin que ce travail ait du sens et du contenu. Avec eux, je voudrais associer madame Anne HUGON qui a pris de son temps pour me recevoir et travailler avec moi lorsqu'il s'est agi de réorienter le travail et définir les questions de recherche pour en faciliter la compréhension.

Enfin, je terminerai en traduisant ma reconnaissance à mes hôtes de Bobo Dioulasso, monsieur Sangaré et sa famille ; de Dakar, mon grand-frère par alliance, Moh Honorat et sa famille et à tous ceux qui ont fait en sorte que mes séjours dans ces deux villes se déroulent convenablement. Dans la foulée, je ne voudrais pas passer sous silence tous mes informateurs (médecins, professeurs en médecine, responsables médicaux,) qui ont accepté de puiser aux souvenirs de leurs carrières pour témoigner sur leurs expériences dans la pratique médicale. Cette gratitude s'adresse également aux documentalistes, bibliothécaires et archivistes de tous les sites qui m'ont accueilli durant le travail de documentation : à Abidjan, Dakar, Bobo Dioulasso, Marseille et Paris.

J'adresserai un dernier mot à mes frères (Osseni et Soumahila), sœurs et à ma très chère compagne, AHIBOH Nadège qui, par leurs prières et leurs bénédictions, m'ont accompagné durant toutes ces années, de même qu'à mon cher ami Abdoulaye BAMBA qui fut, de loin, un précieux soutien de tous les instants. Que Dieu vous rende au centuple toute l'attention et l'aide dont j'ai pu bénéficier de votre part.

LISTES DES SIGLES ET ACRONYMES

AEF : Afrique Equatoriale Française

AFI : Association des Femmes Ivoiriennes

AIMTSSA : Archives de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées

AMI : Assistance Médicale Indigène

ANCI : Archives Nationales de Côte d'Ivoire

ANS : Archives Nationales du Sénégal

AOF : Afrique Occidentale Française

ASS : Afrique Subsaharienne

BM : Banque Mondiale

CCTA : Commission de Coopération technique pour l'Afrique au Sud du Sahara.

CDC: Center for Disease Control

CEMV : Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire

CEP : Certificat d'Etudes Primaires

CETA : Centre d'Etudes des Trypanosomiasés Africaines

CFOM : Conseil de la France d'Outre-Mer

CHR : Centres Hospitaliers Régionaux

CHS : Centre Hospitaliers Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CMC : Christian Medical Commission

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine

CPEM : Certificat Préparatoire aux Etudes Médicales

CTPD : Coopération Technique entre Pays en Développement

DCI : Dénomination Commune Internationale

DDT : Dichloro-Diphényl-Trichlorétane

ENIDE : Ecole nationale d'Infirmiers et d'Infirmières diplômés d'Etat

ENISF : Ecole nationale des Infirmiers et sages-femmes

ESPC : Etablissements de Soins de Premier Contact

FBH : Fièvre bilieuse hémoglobinurique

FIDES : Fonds d'Investissement pour le Développement Economique et Social

FISE : Fonds international de secours à l'enfance.

FMI : Fonds Monétaire International

GVC : Groupements à Vocation Coopérative

HCH : Hexachlorocyclohexane

HG : Hôpitaux Généraux

IB : Initiative de Bamako

ICA : Institut de Cardiologie d'Abidjan

IMTSSA : Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées

INADES : Institut Africain de Développement Economique et Social

INSP : Institut National de la Santé Publique

IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale Appliqué

IRTO : Institut de Recherche sur la Trypanosomiase et l'Onchocercose

LNSP : Laboratoire National de la Santé Publique

MEECI : Mouvement des Elèves et Etudiants de Côte d'Ivoire

OCCGE : Organisation de Coopération et Coordination contre les Grandes Endémies

OIHP : Office international d'Hygiène Publique

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisations Non Gouvernementales

ONU : Organisation des Nations Unies

ORANA : Office de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition en Afrique

ORSC : Office de la Recherche Scientifique Coloniale

ORSOM : Office de la Recherche Scientifique Outre-Mer

ORSTOM : Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer

OSER : Office de Sécurité Routière

PAS : Politiques d'Ajustement Structurel

PCB : Physique-Chimie-Biologie

PDCI-RDA : Parti Démocratique de Côte d'Ivoire-Rassemblement Démocratique Africain

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PIB : Produit Intérieur Brut

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

RDA : Rassemblement Démocratique Africain

SAMU : Service d'Aide Médicale et d'Urgence

SCLGE : Service Commun de Lutte contre les Grandes Endémies

SGAMS : Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil

SGHMP : Service général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SNEP : Service National d'Eradication du Paludisme

SSP : Soins de Santé Primaires

UGTCI : Union Générale des Travailleurs de Côte d'Ivoire

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

UNRRA : Administration des Nations Unies pour les Secours et la Réhabilitation

USAID : Agence des Etats Unis pour le Développement International

WHO : World Health Organisation

INTRODUCTION

Les maladies et les épidémies font, comme partout ailleurs, partie du quotidien des sociétés ivoiriennes. Parmi les nombreuses maladies auxquelles sont confrontées les populations ivoiriennes figure notamment le paludisme. Cette maladie connaît depuis quelques années une résurgence des plus inquiétantes malgré les nombreux moyens déployés depuis la fin du XIX^e siècle pour la vaincre. Se pencher sur ce retour en force du paludisme, en interrogeant l'histoire de cette maladie pour comprendre ses ressorts constitue de loin une des raisons du choix de ce sujet de recherche. De plus, cette incursion dans le domaine de la santé et de la maladie espère ouvrir de nouvelles pistes de réflexions dans un domaine longtemps laissé aux anthropologues. C'est dans la continuité des travaux déjà entrepris par d'autres chercheurs sur ces questions spécifiques que se situe cette recherche¹. Ces travaux pionniers se résument aux ébauches d'histoire sociale de la maladie et de la médecine, aux recherches portant sur les interactions en jeu entre économie, démographie et maladies. D'autres encore s'intéressent aux pratiques et savoirs médicaux ou évoquent des rapports contradictoires entre acteurs de système de santé colonial et détenteur du pouvoir colonial.

C'est après avoir participé à un projet de l'unité « Socio anthropologie de la santé » de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD)² porté par Laurent Vidal et intitulé « *L'expérience des professionnels de santé face au paludisme, à la tuberculose et la prévention en milieu urbain* » : *Etude comparative Côte d'Ivoire / Sénégal*³, que l'idée est venue d'approfondir la réflexion sur les pratiques médicales relativement à l'endémie palustre. Les résultats de cette étude ont montré que la prise en charge passée et actuelle du paludisme, qui associe mesures curatives et préventives, est tributaire, à la fois, de facteurs exogènes et endogènes aux professionnels de la santé et à leur environnement de travail. En

¹ Sur la question de l'évolution de l'historiographie africaniste et du renouvellement des problématiques sur la santé et la maladie, on peut se référer à l'introduction de Karine Delaunay dans un dossier thématique sur « La santé et ses pratiques » paru dans *Outre-Mers (Revue d'Histoire)*, 2005, t. 93, n°346-347, p. 8-46

² Cette unité de recherche changera de dénomination pour s'appeler « Acteurs et systèmes de santé en Afrique » avant d'être fondue, avec une autre unité, dans une Unité Mixte de Recherche

³ Ce projet dirigé par Laurent Vidal a été financé par le programme Pal+ (« Paludisme et maladies associées » du Ministère français de la recherche, et ses résultats sont publiés dans un ouvrage collectif déjà paru : Vidal L., A.S. Fall, D. Gadou (ed. sc.), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques sociales »), 2005, 328 p

outre, les enseignements tirés de cette étude anthropologique ont mis à nu les réalités concrètes des pratiques des professionnels de la santé face à la prise en charge du paludisme.

L'approche anthropologique adoptée par le projet a permis, entre autres, de saisir la difficulté de la prise en charge du paludisme ; les problématiques du rapport entre les directives internationales et les pratiques médicales dans leur dimension historique restent à documenter. Cette dimension constitue l'objet de cette recherche. En effet dans l'historiographie française, les questions de santé ont fait l'objet d'études historiques relativement limitées, par comparaison aux études anthropologiques qui foisonnent dans ce domaine⁴. L'histoire n'a donc investi que très peu le domaine de la santé, exposé le plus souvent par des concepts et expressions qui méritent d'être clarifiés.

La première notion à expliciter est celle de la lutte étant donné que ce concept donne lieu à diverses acceptions. Dans ce travail, la lutte telle qu'elle est envisagée recouvre deux dimensions : le rôle, l'engagement des pouvoirs publics et des organismes internationaux à travers la mise en œuvre des politiques et programmes sanitaires d'une part ; d'autre part, la contribution essentielle des professionnels de santé à travers leurs pratiques de prise en charge et les itinéraires thérapeutiques auxquels les malades ont recours pour vaincre la maladie. La deuxième notion à clarifier, concerne les directives internationales qui s'entendent comme des instructions simples et précises contenues dans les stratégies et politiques émanant – ici de l'Organisation Mondiale de la Santé et de ses démembrements - et adressées aux organismes de santé locaux pour le traitement des pathologies, en l'occurrence le paludisme. Celles-ci se déclinent en stratégies et actions concrètes de lutte sur le terrain. Les directives de l'OMS sont le fruit des rencontres scientifiques organisées par cette institution, à travers ses organes, pour faire face à la gravité de multiples pathologies qui menacent l'humanité. Les directives de lutte contre le paludisme ont été élaborées principalement par le Comité d'experts composé de paludologues dont la renommée et l'expertise sont mondialement connues. Quant aux pratiques médicales, elles renvoient à des réalités diverses et méritent d'être mieux cernées pour coller aux faits que ce travail cherche à expliciter. Dans une approche plus simple, la pratique est la manière d'agir d'une personne dans un ensemble de normes reconnues au sein d'un corps professionnel. Selon Dominique Boultaureau, qui a travaillé sur *L'analyse de pratiques professionnelles en FLE*, cette notion

⁴ Delaunay (K), Introduction- « Faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique essai d'historiographie », Outre-Mers, 1^{er} décembre 2006, p. 7- 46

recouvre plusieurs dimensions et touche plusieurs secteurs d'activité⁵ dont il dresse une liste avant de tenter de clarifier ladite notion. Partant, il propose plusieurs définitions à ce terme de pratique,

Au singulier, c'est « le fait d'exercer une activité concrète historiquement déterminée, des hommes » ou d'avoir une « expérience, habitude approfondie » ou encore l'« application d'une doctrine, de préceptes, observation des devoirs du culte ». Au pluriel, les pratiques constituent un comportement habituel, une façon d'agir. Le sens courant évoque la mise en application de principes (d'un art ou d'une science), d'idées ou d'une technique en vue d'un résultat concret⁶.

Ces définitions aussi proches les unes des autres recouvrent parfaitement la réalité qu'on veut exposer dans cette thèse. Dans le domaine de la lutte contre le paludisme, ces pratiques sont, en réalité, des gestes techniques et des activités médicales diverses qui font appel à deux procédés complémentaires : d'une part, la prophylaxie qui se pratique avec des insecticides ou avec des médicaments (chimio-prophylaxie) ; d'autre part, la prise en charge effective des malades atteints par l'endémie palustre au moyen d'antimalariques de nature diverse. En définitive, on considérera dans cette analyse les « pratiques médicales » comme les applications des directives de l'OMS en matière de lutte contre le paludisme.

Globalement, on peut affirmer que les questions de médecine, de santé et de maladies ont fait l'objet de productions scientifiques notables. Le paludisme n'est à cet égard pas en reste : ainsi en est-il du mode de transmission de la maladie, des essais thérapeutiques avec les moyens disponibles depuis le 18^e siècle, des stratégies de lutte à l'échelle mondiale et régionale, du rôle des organismes comme l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations et surtout de l'Organisation Mondiale de la Santé⁷. D'autres études toutes aussi significatives portent sur les conséquences du paludisme en termes de mortalité, de morbidité, d'incidence

⁵ Boultaureau (D), *L'analyse de pratiques professionnelles en FLE : au cœur d'un dispositif institutionnel*, mémoire de Master 2 professionnel, Université Stendhal Grenoble 3-UFR des sciences du Langage, 2011, p.57 document en ligne : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00606178/document>

⁶ Ibid., p. 57

⁷ Pour une étude approfondie sur ces questions, consulter les ouvrages suivants : Baudon (D), « Les paludismes en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, 2000, n° spécial, p. 36-45 ; Mouchet (J.), et al, « Typologie du paludisme en Afrique », *Cahiers santé*, vol 4, n°3, 1993, p. 220-238 ; Organisation de Coopération et de Coopération contre les Grandes Endémies, « Centre Muraz, 40 years of malaria control », *Proceedings of the International conférence on malaria control, Bobo-Dioulasso, OCCGE, 1988*, 312 p

et de coût⁸. Mais, l'endémie se manifeste par une diversité des pratiques médicales convoquées.

L'hétérogénéité des pratiques médicales face au paludisme

Les pratiques médicales qui constituent un pan de la présente réflexion se sont transformées au fil des temps. Des études qui s'y rapportent, à travers des exemples pris aussi bien en Afrique qu'ailleurs dans le monde, lèvent un coin de voile sur le contenu et soulignent en même temps l'hétérogénéité des actes en matière de prévention, de diagnostic et de traitement.

Ainsi, dans l'ouvrage qu'elle consacre à la santé en Côte d'Ivoire de 1905 à 1958, Domergue-Cloarec évoque, s'agissant de la lutte contre le paludisme, l'utilisation des sels de quinine sous forme de comprimés ou sous forme d'injection pour détruire les hématozoaires dans le sang et les autres mesures visant l'agent de transmission : destruction de larves par du pétrole ou du goudron, assèchement des points d'eau⁹. Cet ouvrage s'attache à rappeler les mesures prises pour combattre le paludisme à un moment donné de l'époque coloniale. On va s'appuyer sur les données de cette étude en l'approfondissant par une mise en parallèle avec les directives convoquées à cet effet. Complémentaire de l'ouvrage de Domergue, la thèse de François Amichia explore l'évolution de la santé publique et de l'hygiène en Côte d'Ivoire de 1945 à 1958¹⁰. Le regard global que l'auteur pose sur l'action sanitaire du colonisateur, à travers les politiques de santé, les investissements qui les accompagnent et les activités médicales face aux pathologies, est utile en ce sens qu'il fournit une base de recherche indispensable à la compréhension de toute recherche en histoire de la santé coloniale en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, les pages consacrées à la lutte contre le paludisme donnent d'importants repères à prendre en compte dans le cadre du présent travail de recherche. Si ces documents de portée générale sur la santé en Côte d'Ivoire sont d'un apport appréciable, la thèse en

⁸ Pour des informations complémentaires, voir Gramont J.L (dir), « Le paludisme », Marchés coloniaux, 1947, p. 1679-1684 ; Baudon (D), Art. Cit., 2000, n° spécial, p. 36-45 ; Mouchet J., et al, « Typologie du paludisme en Afrique », Cahiers santé, 1993, vol. 4, n°3, p. 220-238

⁹ Domergue-Cloarec (D), Politique coloniale française et réalités coloniales ; *la santé en Côte d'Ivoire : 1905-1958*, Association des publications de l'Université de Toulouse, Toulouse Le Mirail, 2 vol, 1986, 1319 p

¹⁰ Amichia (F), *La santé publique et l'hygiène en Côte d'Ivoire de 1945 à 1958*, thèse de doctorat de 3^e cycle d'histoire (Direction : A Nouschi), Université de Nice (UER Lettres et sciences humaines), Nice, 1980, 236 p

science politique de Mathieu Finzt¹¹ l'est tout autant. Et pour cause, celle-ci s'intéresse à la pratique de la lutte antivectorielle avec l'utilisation des moyens qui se sont succédés à savoir la moustiquaire traditionnelle, le DDT pour les pulvérisations intradomiciliaires et l'usage plus récent des moustiquaires imprégnées, et ceci à travers des expériences menées dans diverses régions africaines. L'auteur accorde une attention particulière à la question de l'utilisation à grande échelle de ces moyens, action qui entraîne à la fois une catégorisation des populations bénéficiaires doublée d'une ségrégation spatiale. Par ailleurs, les problématiques de la lutte antivectorielle longuement discutées par l'auteur dans sa recherche sont au cœur de la présente thèse. La réflexion à mener sur l'application de ces moyens à l'échelle de la Côte d'Ivoire pourra se nourrir des informations tirées de ce remarquable travail. A propos du cas spécifique de la Côte d'Ivoire, le travail de recherche de Théodore Grah-Bialé¹² analyse, quant à lui, le système hospitalier ivoirien dans l'organisation sanitaire en Côte d'Ivoire, dans la première moitié des années 70. Cette étude livre des données historiques très intéressantes sur l'évolution du système hospitalier et de l'organisation sanitaire. Par son approche diachronique, cette thèse offre une grille de lecture intéressante sur l'organisation de la santé et surtout sur la cartographie des infrastructures hospitalières du jeune Etat indépendant. On va s'appuyer sur ces informations pour comprendre comment la lutte contre le paludisme s'organise, par exemple dans les centres hospitaliers disséminés sur le territoire.

Dans un registre plus général, on peut évoquer l'ouvrage de Rita Headrick¹³ sur la problématique du colonialisme, de la santé et des maladies en Afrique Equatoriale Française(AEF) de la fin du 19^e siècle à la première moitié du 20^e siècle. Cette étude se veut une contribution à l'étude de l'histoire de la médecine en AEF et précisément sur l'impact de la médecine dans le quotidien des peuples colonisés au fur à mesure de l'installation, de la conquête et de l'exploitation dans cette région. Pour l'auteure, le contact entre Européens et Africains a été le point de départ d'une rencontre à plusieurs enjeux. Ce contact a permis aux pays industrialisés de conduire leurs actions accompagnés d'une équipe sanitaire dont

¹¹ Fintz (M), *Moustiques et gouvernement du paludisme en Afrique. De la conservation de la nature à l'organisation du marché des biens de lutte*, thèse de doctorat en science politique (Direction : J-B Legavre), Institut d'Etudes politiques, Université Robert Schuman –Strasbourg III, 2004, 665 p

¹² Grah-Bialé (T), *Le service public hospitalier dans l'organisation sanitaire en République de Côte d'Ivoire*, thèse de Doit médical et de santé publique (Direction : J. Moreau), Université de Rennes, Faculté des Sciences juridiques, Rennes, 1976, 394 p

¹³ Headrick (R), *Colonialism, health and illness in French Equatorial Africa, 1885-1935*, Georgia/ Atlanta, 1994, 495 p

l'objectif est de comprendre le rôle pathologique des bactéries et de dresser un inventaire des maladies rencontrées en ces lieux. Elle a été également l'occasion du transfert d'un savoir-faire médical qui a nécessité la mise en place d'infrastructures administratives, médicales (formations sanitaires et écoles de formation) et de mobilisation de moyens pour la réussite des missions. De ce point de vue, cette étude offre un angle intéressant pour comprendre avec du recul la mise en place de la médecine dans des colonies françaises situées dans cette région et les réponses apportées à la lutte contre les maladies, de même que pour faire des comparaisons en cas de besoin. Centré sur l'Afrique occidentale française, l'ouvrage de Jean-Paul Bado traite, à partir de trois endémies (lèpre, trypanosomiase et onchocercose), de la médecine coloniale et des grandes endémies. L'auteur révèle les difficultés qui ont entouré la mise en place de la médecine coloniale, parce que confrontée à l'insuffisance des connaissances médicales sur les endémies à combattre. Néanmoins, le rôle de cette médecine n'en est pas moins important dans la lutte contre les trois endémies retenues pour son étude. C'est ce qu'il tente de montrer par la suite en insistant sur la contribution de cette médecine au recul observé face aux ravages de ces maladies. Cet ouvrage est une entrée dont on pourra se servir pour tenter un parallèle avec l'endémie palustre qui est une des pathologies meurtrières dans les colonies françaises.

Dans une démarche similaire mais centrée sur la Côte d'Ivoire, Judith N. Lasker¹⁴, dans « The role of health services in colonial rule : the case of the Ivoirry Coast » jette un regard historique sur le rôle des services de santé en période coloniale et définit trois périodes distinctes. Ce découpage chronologique lui permet d'analyser l'articulation entre les étapes du processus colonial et les exigences de santé publique, et révèle que les structures de santé coloniale se sont transformées suivant les objectifs de la colonisation et les moyens techniques et médicaux disponibles. Cet article donne ainsi des indications de base sur l'histoire de la santé à développer dans le cadre du présent travail. Par ailleurs, des études montrent non seulement que les pratiques évoluent au fil du temps, mais qu'elles présentent aussi un caractère hétérogène¹⁵. Dès lors, qu'il s'agisse des procédés diagnostics, des mesures de prévention et des pratiques curatives, on constate qu'il n'y a pas d'uniformisation dans les pratiques thérapeutiques.

¹⁴ Lasker N (J), « The role of health services in colonial rule : the case of the Ivoirry Coast », Culture, Medecine and Psychiatry, n°1, 1977, p. 277-297

¹⁵ Debacker (M. J), Paludisme : historique, mythes, croyances et idée reçues, thèse de médecine, Université de Paris Val De Marne, Faculté de médecine de Créteil, 2000 : Disponible sur <http://astrium.com/granddossiers/paludisme/paludisme-thèse.hlm>

A ce propos, l'auteur d'une enquête consacrée aux antipaludiques d'utilisation courante au Sénégal et en Côte d'Ivoire à partir de 1965 illustre fort bien cette réalité. Il met en relief la différence d'utilisation de ces antipaludiques et souligne la variabilité d'un pays à l'autre de l'organisation de la chimioprophylaxie antipalustre¹⁶. Ces exemples sénégalais et ivoirien permettent de saisir la complexité des stratégies thérapeutiques dans leur mise en application et partant, d'expliquer les options des décideurs et des professionnels de la santé en matière de thérapie.

Des savoirs médicaux au service des professionnels de santé

Faisant fi de la rupture chronologique qui dissocie parfois période coloniale et postcoloniale, ce travail de réflexion ne peut pas faire abstraction des savoirs médicaux. De fait, la question des savoirs médicaux s'inscrit dans le vaste champ de construction de la recherche scientifique coloniale qui accompagne l'entreprise coloniale. Cette science tire ainsi son origine de la période coloniale et se concrétise par l'émergence de l'idée d'une « mise en valeur scientifique des territoires d'outre-mer »¹⁷. Pour en rendre compte, de nombreux travaux ont été réalisés à l'occasion, avec des approches tout aussi différentes, et se sont attachés à éclairer davantage les questionnements soulevés par ce qu'il convient d'appeler science coloniale¹⁸.

Dans l'éventail des travaux produits sur le sujet, on peut s'arrêter sur celui de George Basalla¹⁹. Cette publication s'est attachée à présenter un modèle général et linéaire de la diffusion de la science occidentale. L'auteur y distingue trois phases correspondant à un processus d'investigation progressive de la science coloniale dans le champ d'études des territoires sous domination. La première phase correspond à la « science d'exploration ». En effet, prolongeant l'exploration géographique qui inaugure le champ d'étude des territoires, des visiteurs, des voyageurs naturalistes s'adonnent à la collecte d'informations sur un

¹⁶Attisso (M), « Les antipaludiques d'utilisation courante au Sénégal et en Côte d'Ivoire d'après les données statistiques », *Médecine d'Afrique Noire*, XV, n°10, 1968, p. 80-83

¹⁷Bonneuil (C), *Des savants pour l'empire. La structuration des recherches scientifiques coloniales au temps de "la mise en valeur des colonies françaises" 1917-1945*, Paris, Orstom éditions, 1991, Collections Etudes et Thèses, p.11

¹⁸ Le terme de science coloniale doit ici être entendu comme « l'effort scientifique en direction des colonies ». Il concerne de nombreuses disciplines : toutes les branches de la biologie et principalement celles appliquées à la médecine et à l'agronomie ainsi qu'à la géologie, la géographie, la météorologie, la géophysique et l'astronomie, de même que les sciences humaines et sociales.

¹⁹ Basalla (G), « The spread of western science », *Science*, 156, n°3775, 1969, p. 611- 622

nouveau milieu, y recensent de nouveaux phénomènes et de nouvelles formes de vie. La seconde étape, qualifiée de « science coloniale » par l'auteur, voit le champ des disciplines qui ont investi les colonies s'élargir. Au cours de celle-ci, des chercheurs professionnels se fixent localement tout en étant fortement dépendants de la métropole pour leur formation et leur reconnaissance à travers les publications et les carrières à construire. Enfin, la dernière phase, qualifiée de « science indépendante » montre que différentes conditions doivent être réunies pour qu'une communauté scientifique indépendante s'autonomise, se reproduise et définisse ses propres normes et priorités.

Dans son souci de comprendre les origines de la recherche scientifique coloniale et de présenter ses spécificités, Emmanuelle Sibeud²⁰ conduit une étude qui porte sur la construction des savoirs africanistes, notamment l'ethnologie, en France de 1878 à 1930 ; une étude qu'on peut aisément situer entre les deux phases décrites plus haut dans l'ouvrage de George Basalla. Par la nature des informations que l'auteure livre, l'ouvrage constitue une porte d'entrée pour revisiter les origines de la production scientifique de l'impérialisme français afin de comprendre ses motivations et ses développements. Plus exactement, on peut chercher à comprendre comment la situation décrite par Emmanuelle Sibeud s'applique aux savoirs médicaux que cette étude cherche à éclairer.

Dans le même ordre d'idée, la réflexion à mener peut s'appuyer sur l'éclairage de Christian Bonneuil qui, dans le cadre de ses recherches, s'est penché sur la structuration des recherches scientifiques coloniales. Il a tenté de montrer dans son analyse « l'émergence, au cours de la période coloniale, d'une "reconnaissance" du rôle central de la science dans le développement économique et social des colonies française ». Ainsi, s'appuyant sur l'exemple de la France, il affirme que la recherche scientifique coloniale a été d'abord et surtout une œuvre individuelle ou circonstancielle s'effectuant par des missions, avant de devenir institutionnelle, peu à peu, par la création d'organismes permanents en métropole ou sur place dans les colonies. Dans son argumentation, il prend comme exemple les sciences biologiques liées aux productions coloniales qui, avec les sciences biomédicales, constituent à l'époque de la « mise en valeur » la masse de la science coloniale en même temps que sa justification économique et humanitaire²¹. L'indépendance venant, l'implantation des institutions dans les colonies laisse à celles-ci un « corpus scientifique » avec un faisceau

²⁰ Sibeud (E), *Une science impériale pour l'Afrique ? La construction des savoirs africanistes en France 1878-1930*, Paris, Editions de l'EHESS, 2002, 357 p

²¹ Bonneuil (C), Op.Cit, p. 17

d'organismes, de laboratoires et d'équipements divers, qui illustrent éloquemment la place que la recherche occupera dans le contexte postcolonial.

D'ailleurs, la conduite et la poursuite des travaux de recherche au lendemain des indépendances, notamment dans les domaines de la santé et des maladies sous la bannière de l'Office de Recherche Scientifique et Technique outre-mer (ORSTOM), pour ne citer que celui-ci, en est la parfaite démonstration. Finalement, à travers l'exemple du Centre National de Recherche Scientifique (CNRS) et surtout de l'ORSTOM, et au-delà de leurs oppositions sur bien des points, il a tenté de dégager des convergences entre leur conception des sciences coloniales, leur rôle social et leur portée économique.

Dans le cas de l'impérialisme colonial anglais, on dispose en la matière du travail remarquable de Michael Worboys sur le processus de structuration et d'autonomisation des sciences coloniales. Au terme de ses recherches, Michael Worboys dresse un tableau détaillé de l'effort scientifique colonial anglais de 1895 à 1940. Il montre la structuration et l'institutionnalisation de l'agronomie, de la médecine et de l'entomologie coloniales dans le cadre d'un « impérialisme constructif ». Au-delà d'une fonction économique, il illustre une fonction idéologique et politique de la science impériale. En effet, la science participe d'une idéologie de progrès qui symbolise et cautionne la notion d'« impérialisme constructif », à savoir une colonisation pour le progrès, synthèse réussie d'une « mission civilisatrice » et de d'une « mise en valeur » de la colonisation à la britannique²². Concernant toujours cette structuration des sciences coloniales, on peut aussi s'appuyer sur une production particulièrement pointue sur le sujet, résultat d'un colloque sur les sciences coloniales. Ainsi, dans cet ouvrage collectif sur les « sciences coloniales : figures et institutions »²³, la plupart des contributeurs²⁴ s'attachent à étudier le processus concret du développement de la science moderne dans les pays colonisés.

Comprendre ces problèmes nécessite d'interroger l'histoire de la science coloniale à travers les organismes qui l'ont portée, notamment l'ORSTOM. Ce sont des pistes de

²² Worboys (George), *Science and British colonial imperialism 1895-1940*, PhD thesis, University of Sussex, 1979

²³ Waast (Roland), (dir), *Les sciences hors d'Occident au XXe siècle. Les sciences coloniales : figures et institutions*, vol. 2, Paris, Orstom éditions, 1996, 353 p. Cet ouvrage collectif regroupe les actes du colloque Sciences hors d'Occident au XX^e siècle tenu sous les auspices de l'ORSTOM/UNESCO à Paris en septembre 1994

²⁴ Pour une étude plus approfondie sur cette question, consulter l'ouvrage collectif coordonné par Waast (R), dir, *Op. Cit.*, 353 p

réflexion à prendre en compte et à approfondir dans le cas de la construction des savoirs médicaux qu'on voudrait présenter dans cette thèse.

Pour finir, on peut dire que la production des savoirs coloniaux qui se présente comme un processus dynamique est le résultat de procédés basés sur plusieurs circuits : ils sont, d'abord, le produit des entreprises individuelles et personnelles dans le cadre des missions lancées dans les territoires dès le début de la colonisation ; ils sont, ensuite, nés au terme de projets plus vastes menés sous la bannière des organismes scientifiques. Lesquels coordonnent et centralisent les recherches tournées essentiellement vers les colonies dans un objectif de mise en valeur. Ils sont, enfin, l'émanation des phénomènes de négociation de connaissances, de co-constructions et de coproductions entre visions occidentales et locales du passé. La production des savoirs médicaux analysés dans cette thèse est au croisement des différents schémas expliqués plus haut.

Concernant les professionnels de la santé et leur formation, on dispose du travail d'Isabelle Gobatto²⁵ qui s'intéresse à la construction des carrières professionnelles et les contraintes dans lesquelles s'organise la profession médicale au Burkina Faso. L'ouvrage s'attache à la description des pratiques et des stratégies des acteurs du système de santé. Toutefois, il n'aborde que très peu les aspects relatifs à la formation des médecins généralistes. L'approche d'Isabelle Gobatto, notamment en ce qui concerne la formation, sera approfondie dans une perspective historique pour appréhender, dans le cadre de cette recherche, les trajectoires et les spécificités des études médicales. Sur la Côte d'Ivoire, il y a des indications historiques intéressantes non seulement sur la constitution et la composition du personnel médical et paramédical, mais aussi sur les institutions de formation des professionnels de la santé²⁶.

Constitués de cadres européens -notamment français- au début de la colonisation, ce personnel formé en France est assisté, puis remplacé dans ses fonctions par un personnel autochtone dont la formation était assurée localement par des écoles créées à cet effet. La Côte d'Ivoire post-indépendante, encore profondément marquée par les structures de la colonisation, hérite donc d'un personnel médical dont la configuration peut être considérée, à

²⁵ Gobatto (I), Etre médecin au Burkina Faso. *Dissection sociologique d'une transplantation médicale*, Paris, l'Harmattan, 1999, 303 p

²⁶Pour approfondir cette question, voir les ouvrages suivants : Domergue-Cloarec (D), *Politique coloniale française et réalités coloniales ; la santé en Côte d'Ivoire : 1905-1958*, Association des publications de l'Université de Toulouse, Le Mirail, Toulouse, 2 vol, 1986, 1319 p ; Desalmand (P), *Histoire de l'éducation en Côte d'Ivoire*, Abidjan, CEDA, 1983, 456 p

raison, comme un dosage entre cadres expatriés et cadres ivoiriens qui, entre temps, achevaient leur formation, pour les uns au Sénégal et en Côte d'Ivoire, et pour les autres en France. L'analyse s'attachera donc à expliquer les mutations opérées au sein de cette profession médicale et paramédicale, en présentant les trajectoires de formation et par conséquent la transmission du savoir médical. De ce point de vue, saisir les réalités des pratiques thérapeutiques et prophylactiques dans le cadre de la lutte contre le paludisme, c'est aussi accorder une attention particulière à l'étude de ceux qui constituent les figures centrales des soins biomédicaux²⁷ en Côte d'Ivoire. Un personnel hétéroclite, aux contours et aux fonctions encore mal définis et en constitution, auquel sont dévolues des tâches - de consultations, de soins, d'administration et de pédagogie - pour lesquelles certains n'ont pas reçu de formation spécifique. Si la lutte concerne la Côte d'Ivoire, il ne faut pas perdre de vue qu'elle s'inscrit dans un contexte de prise en main des problématiques de la santé par l'OMS.

L'OMS dans le champ de la santé publique internationale

Les directives internationales, autre sujet au cœur de la réflexion et qui structure cette thèse, sont à inscrire dans le vaste champ de l'internationalisation des questions de santé, qui marque les relations internationales à cette époque. De la lecture et de l'exploitation de certains documents, il est permis d'affirmer que les stratégies de lutte et les directives médicales sont élaborées en dehors du contexte dans lequel elles doivent s'appliquer. Au fond, c'est à l'Organisation Mondiale de la Santé et à ses démembrements qu'il revient d'élaborer les politiques et les directives de traitement qui sont appelées à être mises en œuvre localement dans les pays membres. De ce fait, l'internationalisation des questions, antérieure à l'OMS, s'est amplifiée avec la création de celle-ci.

Antérieure à la création de l'OMS, la santé publique internationale a fait l'objet d'une recherche réalisée par Sylvia Chiffolleau, à partir de l'exemple de la peste dans l'Orient. L'auteur expose la genèse de la santé publique internationale et révèle comment la communauté internationale s'est mobilisée au moyen de savoir scientifique et de compétences politiques pour faire face à l'assaut des maladies. Elle affirme que : « Si l'on s'accorde généralement à reconnaître que, dans un monde de plus en plus interdépendant, santé et

²⁷ La biomédecine est la rencontre de deux disciplines : la médecine qui est une application des sciences au maintien de la santé humaine et la biologie, une science dont la démarche est d'expliquer le fonctionnement de la vie au niveau cellulaire, voir Picard (J-F), « Naissance de la biomédecine : le point de vue d'un historien », Histoire de la médecine et des sciences, n°1, vol. 12, jan. 1996, p. 97-102

maladies doivent être perçues comme un phénomène mondial (global health), la gestion coordonnée de celles-ci ne va pas sans poser problème »²⁸.

De ce point de vue, les actions des organisations de coopération sanitaire n'ont pas toujours connu des succès. Il existe des exemples de politique menées qui ont tourné au cauchemar et connu des revers retentissants. Ainsi pour elle,

La liste est longue des échecs de coopération sanitaire, des constats désabusés d'inadéquation entre les décisions prises, souvent à vocation universaliste, au niveau abstrait des instances internationales, et les réalités vécues sur des terrains extrêmement divers, tant par leurs conditions écologiques et épidémiologiques que par leurs systèmes politique, économique et social²⁹.

Ce constat de Chiffolleau est à prendre en compte dans le cadre de cette recherche pour comment avant la création de l'OMS, les questions de santé étaient appréhendées dans le cadre international.

A l'instar de l'Organisation des Nations Unies (ONU) créée, en 1945, pour promouvoir la paix dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une des institutions spécialisées de l'ONU, voit le jour en 1948 avec pour objectif « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible³⁰ ». Pour autant, l'internationalisation des questions de santé remonte au XIX^e siècle avec l'organisation des conférences sanitaires internationales qui préfigurent la nature des relations à venir entre l'OMS et les Etats signataires de l'acte constitutif. On dispose sur cette question d'une publication de l'Organisation consacrée à ses dix premières années d'existence. Les actions réalisées de même que les grandes lignes des futurs projets y sont présentées. Les problèmes évoqués dans l'ouvrage, les difficultés rencontrées par la nouvelle organisation autant que les solutions apportées sont des pistes à exploiter et à mettre en perspective avec la pathologie étudiée dans cette thèse³¹. D'autant plus que l'influence et le poids de l'OMS se sont renforcés dans le monde, avec plus de cent-quatre-vingt-dix membres, en 1995, contre vingt-six Etats qui ont ratifié la Constitution de l'Organisation à sa naissance³².

²⁸ Chiffolleau (S), *Genèse de la santé publique internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes, IFPO-Presses Universitaires de Rennes, 2012, 287 p

²⁹ Ibid.

³⁰ Voir annexe 1, p. 515

³¹ OMS, *Les dix premières années de l'OMS*, Genève, OMS-Palais des Nations, 1958, 537 p

³² Bertrand (D), Bertrand (L), *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique. Les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies*, Paris, L'Harmattan, 1997, p. 33

Dès sa création, elle met en place d'ambitieux programmes de santé, sortes de vastes politiques de santé à l'échelon mondial, acceptés par la majorité de ses membres, mettant ainsi à profit les progrès de la médecine. Elle perpétue de ce fait une longue tradition de coopération internationale avec une plus grande ambition. Si au début la coopération sanitaire internationale s'est intéressée prioritairement aux pathologies comme le choléra et la peste, le paludisme devient l'une des plus grandes préoccupations de l'OMS dès sa création, confirmée par la mise sur pied d'un comité d'experts du paludisme en 1947³³. Les publications de ce comité d'experts qui s'intègrent dans la période étudiée permettent de procéder à une analyse diachronique des actions entreprises par l'OMS dans le cadre de lutte contre le paludisme.

La décennie 1950 va marquer un épisode dans la lutte contre cette endémie avec le lancement de la "politique d'éradication" du paludisme³⁴, précisément en 1955. Cette décision intervient dans un contexte de domination coloniale pour la plupart des pays d'endémie palustre situés sur le continent africain, dont la Côte d'Ivoire. Dans son principe, elle constitue une révolution par rapport à l'engagement des institutions sanitaires internationales dans le long combat contre cette endémie.

Alors qu'un programme d'éradication du paludisme vise l'arrêt total de la transmission, un programme de lutte ordinaire poursuit la réduction de la fréquence du paludisme. Alors que dans l'un, les zones d'opération concernent l'ensemble des endroits favorables à la transmission du paludisme, dans l'autre les zones d'opération peuvent dépendre du degré d'endémicité de la région, de son accessibilité et de son importance sociale politique ou économique. Enfin, alors que dans un programme d'éradication, le résultat minimum vise la perfection avec une interruption de la transmission dans toute la région concernée avec élimination de nouveaux cas avérés, un programme de lutte ordinaire vise un résultat efficace qui se traduit par la réduction de la transmission jusqu'au point où le paludisme n'est plus un problème majeur de santé publique. En somme, un programme d'éradication peut résulter d'une transformation d'un programme ordinaire de lutte antipaludique et partant, peut à la longue se substituer à un programme à objectifs plus

³³ Najera (J.A), « Malaria and the work of WHO », Bulletin of the Health Organization, 1989, vol. 5, n°3, p. 230-243. La création du Comité d'experts est en réalité une initiative de la Commission intérimaire de l'OMS qui s'effacera dès la mise sur pied de l'OMS, le 7 avril 1948

³⁴ Par éradication, il faut entendre « l'arrêt de la transmission du paludisme et la suppression du réservoir d'infection au moyen d'une campagne limitée dans le temps et portée à un tel degré de perfection que, lorsqu'elle prend fin, la reprise de la transmission n'est plus possible », voir OMS, Série de rapports techniques n°123. *Comité d'experts du paludisme 6^e rapport*, Genève, OMS, 1957, 86 p

limités. Dans la Côte d'Ivoire coloniale, la lutte contre le paludisme est l'affaire du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) avec sa section paludisme créée en 1948, considérée comme un service antipaludique qui coordonne et oriente toutes les actions de lutte.

Dès lors, l'analyse va s'intéresser aux réponses apportées par les autorités coloniales et postcoloniales à ces problématiques sanitaires. On peut raisonnablement s'interroger sur le rôle dévolu à ce service antipaludique dans un tel cas de figure et, qui plus est, à l'intérieur de territoires où presque tout reste à entreprendre et où le paludisme est particulièrement répandu et endémique. Ces analyses seront mises en parallèle avec des faits d'importance majeure qui ont marqué l'histoire de cette endémie en Afrique, à savoir, l'organisation des conférences sur le paludisme en Afrique entre 1950 et 1965, et qui ont constitué des occasions pour évaluer les politiques de lutte en cours sur le continent et proposer des ajustements nécessaires. Mais, peu à peu dans les années 60, l'impression s'est renforcée que le programme d'éradication ne pouvait pas réussir dans un avenir proche. La perspective de l'impossibilité de faire disparaître le paludisme sur la planète n'est donc plus un tabou, c'est une réalité à la fin de la décennie 60.

L'échec de la politique mondiale d'éradication du paludisme confirmée, en 1970, a ouvert une voie nouvelle dans la lutte antipaludique. Au cours de la 22^e Assemblée mondiale de la Santé, l'OMS confirme l'échec de l'éradication dans la plupart des pays tropicaux. Le principe de la lutte antipaludique comme alternative à l'éradication est admis et a été depuis développée. Désormais, la politique de contrôle du paludisme constitue la ligne de conduite. C'est une politique qui vise l'adaptation des plans et des méthodes aux besoins et aux ressources des pays en développement. Les moyens de lutte font désormais place au traitement présomptif des fièvres en lieu et place de la chimioprophylaxie médicamenteuse par la chloroquine et à l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide. Ces stratégies propres au continent africain ont été élaborées à l'occasion de réunions du comité Afrique de l'OMS, et mises à la disposition des Etats membres chargées de les appliquer. Il serait intéressant de comprendre la mise en œuvre de cette politique dans le contexte d'un pays comme la Côte d'Ivoire.

Toutefois, la politique de contrôle s'opère dans un environnement marqué par la crise du système de santé des pays en développement, elle-même consécutive à la crise économique qui prend ses racines dès la moitié des années 70 pour s'accroître tout au long de

l'année 1980. Dans une thèse³⁵ qu'elle a consacrée à la crise du système de santé en Afrique, Ben Salem Leila a permis de saisir les ressorts de cet épisode de l'histoire de la santé en Afrique. On sait par exemple que la faiblesse du système de santé a été un facteur de l'échec de la politique d'éradication. En Côte d'Ivoire, la crise du système de santé se résume par une politique de santé publique qui est restée figée au cours de cette période.

Sous l'impulsion de l'OMS, la crise du système de santé n'échappe pas à une intervention extérieure, car depuis plusieurs années, les politiques publiques de santé en Afrique sont largement tributaires des doctrines élaborées par l'OMS. Ce faisant, une vision globale de la santé est proposée par l'OMS, connue sous le nom de Soins de santé primaires adoptée en 1978. Dans le même temps, la lutte contre le paludisme sous la conduite de l'OMS amorce une stratégie de régionalisation. Dans cette optique, le Bureau Afrique de l'OMS se lance dans une logique d'adaptation de la lutte aux conditions socio-économiques et épidémiologiques du continent africain. Celle-ci prend forme à l'occasion de l'organisation de plusieurs réunions régionales. Aussi, la réflexion tentera de comprendre comment on a pu concilier les nécessités du contrôle du paludisme avec la mise en œuvre des solutions visant à corriger les imperfections du système sanitaire. Autrement dit, comment les autorités se sont employées à assurer l'application de ces politiques à l'échelle locale et avec quels moyens dans un environnement si particulier. Ces actions aussi diverses les unes que les autres sont entreprises parce que la situation du paludisme en Côte d'Ivoire constitue un problème de santé publique majeur, et que le territoire favorise l'éclosion de la maladie.

La Côte d'Ivoire : une géographie favorable au développement des moustiques

Les données passées et actuelles ne laissent pas de place au doute quant au caractère endémique du paludisme dans ce pays. Ainsi, des rapports du service de santé colonial datant des années 40 pointent déjà les ravages de cette endémie au sein des populations de la colonie, notamment les Européens les plus touchés par l'endémie. Les statistiques sur l'ampleur de cette maladie, qui sont à prendre avec beaucoup de mesure, permettent de constater que de 1940 à 1943, la morbidité du paludisme a augmenté au sein de la population européenne,

³⁵ Ben Salem (L.S), *Système et politiques de santé au Sénégal et dans certains Etats d'Afrique subsaharienne. Difficultés et échecs des réformes*, thèse pour le doctorat d'Etat en Droit et Financement du Développement, (Direction : J. Basso), Faculté de Droit et des Sciences Economiques, Institut de Droit de la Paix et du Développement, Nice, Université de Nice-Sophia-Antipolis, 2003, 402 p

passant de 875 cas à 2.434, soit plus du double³⁶. Si on constate une baisse en 1944, elle représente toutefois 21% de la morbidité palustre dans les données disponibles. D'ailleurs, le paludisme a représenté la principale cause des rapatriements sanitaires de la colonie à cette période. Dans la population indigène, 44.241 ont été diagnostiqués comme malades du paludisme en 1944³⁷.

Après les indépendances, la gravité paludisme en termes de mortalité et de morbidité était réelle : dans un document publié dans le plan quinquennal sur la lutte contre le paludisme, on note que le paludisme reste l'une des premières causes de morbidité et de mortalité en Côte d'Ivoire³⁸, notamment chez les enfants de moins de cinq ans. S'agissant de la mortalité infantile, elle représente 10% des causes de décès chez l'enfant en 1985. En 1991, la morbidité dans les services de pédiatrie des hôpitaux de référence sont de 9% au CHU de Treichville, 20,7% au CHU de Yopougon et 54% au CHU de Cocody. Au total, le paludisme demeure une endémie dangereuse pour la communauté ivoirienne³⁹. Il est considéré comme une cause majeure de mortalité et de morbidité, surtout chez les enfants de moins de cinq ans ; et représente actuellement le premier motif de consultations dans les formations sanitaires de premiers recours. La Côte d'Ivoire est considérée à juste titre comme un pays d'endémie palustre.

Pays d'Afrique occidentale qui couvre un territoire de 322462 Km², la Côte d'Ivoire se situe entre le 5^e et le 10^e degré de la latitude Nord, entre le 3^e et le 9^e de longitude Ouest. Elle fait donc partie de la zone intertropicale de l'Afrique. Cette position géographique fait d'elle un terreau favorable au paludisme. Quels sont donc les facteurs de prolifération des moustiques, source de la survenue du paludisme ?

Si les facteurs qui expliquent l'abondance des moustiques en Côte d'Ivoire sont multiples, les causes naturelles y sont prépondérantes. Sans elles, l'influence des autres causes serait pratiquement inexistante. Les moustiques, ici comme ailleurs, sont, au-delà de toutes considérations un produit de la géographie dans quelques-unes de ses multiples dimensions. Le lien entre les vecteurs responsables du paludisme et des éléments de la géographie locale a été fort documenté. Parmi les nombreuses publications consacrées à ce sujet, on peut évoquer

³⁶ ANS : Rapport du service de santé, 1943

³⁷ ANS : Rapport du service de santé colonial, 1944 ; Rapport du service de santé, 1945

³⁸ Anonyme, Plan quinquennal de lutte contre le paludisme 1996-2001, sl, sd, 78 p

³⁹ Anonyme, Op.Cit., 78 p

celles de J-M. Amat-Roze et G. Remy⁴⁰ portant sur le paysage épidémiologique du paludisme dans l'espace ivoiro-voltaïque ; le rapport de la conférence sur le paludisme en Afrique équatoriale, en 1950, qui emprunte de larges extraits au rapport du professeur F.J.C Cambournac portant sur la situation du paludisme en Afrique subsaharienne au cours d'une tournée de sept mois la même année. On cite aussi le remarquable ouvrage de Félix Iroko qui explique comment les populations de la Côte des Esclaves ont développé les solutions endogènes à la présence des moustiques sur leur territoire⁴¹. Plus largement, ces travaux ont montré de fort belle manière l'influence que les éléments environnementaux naturels ont sur l'épidémiologie du paludisme.

Parmi les facteurs intervenant dans la répartition du paludisme, le climat occupe une place de choix : c'est lui qui détermine le régime des pluies et de la température. La prolifération des moustiques qui conditionne la situation du paludisme en Côte d'Ivoire n'échappe pas à cette règle.

La Côte d'Ivoire présente un régime climatologique⁴² non uniforme, qui va du climat équatorial au climat tropical prédésertique. Le climat, généralement chaud et humide, constitue dès lors une transition entre l'équatorial et le tropical. Équatorial le long des côtes, il est semi-aride à l'extrême nord. Le pays connaît en général des variations importantes de température entre le Nord et le Sud, mais également le long de l'année en fonction des saisons. Les températures oscillent autour de 28 °C en moyenne. Deux grandes zones climatiques se côtoient : le climat équatorial et le climat tropical de savane, lui-même plus ou moins sec. Le climat subéquatorial est caractérisé par des températures de faibles amplitudes de (25 °C à 30 °C), un fort taux d'humidité (de 80 à 90 %) et des précipitations abondantes, qui atteignent à Abidjan 1766 mm et à Tabou 2129 mm ; le climat tropical de savane humide couvre le Nord de la zone forestière du Sud et le Sud de la région des savanes. Les températures, à amplitudes plus importantes, y oscillent entre 14 °C et 33 °C avec une hygrométrie⁴³ de 60 % à 70 % et des précipitations annuelles de 1 200 mm³ à Bouaké⁴⁴. Ces facteurs font que l'activité des femelles

⁴⁰ Amat-Roze (J.-M), Remy (G), « Paysage épidémiologique du paludisme dans l'espace ivoiro-voltaïque », Médecine Tropicale, juillet-août 1982, vol. 42, n°4, p. 383-392

⁴¹ Iroko (F.A.), Une histoire des hommes et des moustiques en Afrique. Côte des esclaves (XVIe-XIXe siècles), Paris, Ed. L'Harmattan, 1994, 168 p

⁴² Pour les informations complètes sur cette question, voir République de Côte d'Ivoire, Etude de faisabilité des forages manuels. Identification des zones potentiellement favorables, Unicef, Lomé, 2009, 73 p : disponible en ligne sur [http://unicef.org/french/wash/files/Cote_Ivoire_Rapport_final_des_zones_favorables_\(FINAL\).pdf](http://unicef.org/french/wash/files/Cote_Ivoire_Rapport_final_des_zones_favorables_(FINAL).pdf)

⁴³ Ce terme est employé pour désigner la quantité d'eau présente dans l'air

⁴⁴ Dans les faits, quatre types de climats sont à distinguer en Côte d'Ivoire : le climat soudanais ou régime tropical de transition avec deux saisons : une sèche et une pluvieuse et une chaleur plus élevée ; le climat

responsables des nuisances est maximale dans des conditions précises de température, d'humidité relative et de vent. Iroko Félix ne dit pas autre chose quand il note dans son ouvrage sur les moustiques dans la Côte des esclaves que :

La température et le taux d'humidité relative élevé enregistrés lorsque les vents sont nuls ou faibles, et soufflant de la mer, représentent les conditions les plus favorables. Les précipitations assez importantes sont très favorables à l'existence des moustiques. Leur présence se remarque à tout moment de l'année, en nombre variable et ne pullulent généralement que durant les saisons pluvieuses, notamment la grande⁴⁵.

Plus que la prolifération de moustiques favorisée par les précipitations abondantes, la transmission du paludisme ainsi que son intensité sont en relation très étroite avec la quantité des pluies et leur répartition le long de l'année. Dans le même ordre, la variation de la température a aussi une influence décisive pour délimiter la période de transmission ou conditionner son intensité. La transmission du paludisme a lieu toute l'année dans les régions à climat équatorial et elle diminue au fur et à mesure que la latitude augmente.

Une fois remplies les conditions de température, l'eau apparaît comme une donnée fondamentale tout à fait indispensable pour la reproduction des moustiques ; car le milieu hydrique leur est indispensable pour la ponte. Leurs œufs s'y transforment d'abord en larves, en nymphes ensuite avant d'accéder à l'étape d'insecte parfait. Le paysage hydrographique du pays s'y prête fort bien.

Le réseau hydrographique de Côte d'Ivoire peut être regroupé en trois sous-ensembles d'importance inégale : quatre fleuves principaux qui ont une direction générale Nord-Sud ; une multitude de petits fleuves côtiers déversent leurs eaux soit directement dans la mer (notamment à l'Ouest de la Côte d'Ivoire), soit dans les nombreuses lagunes que l'on rencontre le long du littoral ivoirien depuis Grand-Béréby jusqu'à la frontière entre la Côte d'Ivoire et le Ghana ; enfin, les affluents des fleuves étrangers au territoire ivoirien (le Niger au Nord-ouest et la Volta-Noire au Nord-est) qui contribuent à irriguer la partie nord du pays. Ces différents cours d'eau sont de véritables gîtes des stades immatures et des imagos⁴⁶ de ces

baouléen ou régime équatorial de transition atténué comportant deux saisons sèches et deux saisons pluvieuses et un taux d'humidité comprise entre 60% et 70% ; le climat attéen ou régime équatorial de transition avec deux saisons sèches et deux saisons pluvieuses et une forte hygrométrie entre 80% et 90% et le climat de montagnes comportant deux saisons : l'une sèche et l'autre pluvieuse.

⁴⁵ Iroko (F.A.), Op. Cit., p. 23

⁴⁶ L'imago est la forme de l'adulte ailé de l'insecte qui correspond à la deuxième et dernière phase du développement du moustique ou phase aérienne. Cette dernière succède au cycle préimaginal qui se déroule en milieu aquatique et regroupe l'œuf, les quatre stades larvaires et la nymphe. Des informations complémentaires

moustiques, dont la mobilité explique la présence en des endroits relativement éloignés de la zone lagunaire où ils sont nés. Cette mobilité permet aux moustiques de satisfaire « toutes les exigences inhérentes à leur biologie et indispensables à la conservation de l'espèce : recherche d'un gîte de repos, de nourriture et d'un lieu de reproduction »⁴⁷.

Par rapport à la place de l'eau dans la reproduction des moustiques, celle de la végétation se trouve relativement secondaire. Elle est loin d'être déterminante dans un phénomène dont elle n'est pas prioritairement responsable, mais qu'elle peut, à sa manière, aggraver. Il existe un lien entre la végétation et la reproduction des moustiques ; cela tient surtout beaucoup plus aux conditions d'accueil offertes aux moustiques par la flore que des liens organiques à proprement parler, entre eux.

Les forêts denses ivoiriennes sont situées dans la moitié sud du territoire. Elles appartiennent, en fait, à un ensemble beaucoup plus vaste, couvrant à la fois le Libéria, la Côte d'Ivoire et l'Ouest du Ghana. Parmi les facteurs écologiques qui permettent de distinguer les différents types de forêts, il faut d'abord considérer les variables climatiques, notamment la pluviométrie et, ensuite, les qualités des sols essentiellement en ce qui concerne leur capacité de rétention en eau. Ce dernier facteur écologique permet surtout une subdivision des forêts denses en sous-types⁴⁸. Cette mobilité permet aux moustiques de satisfaire toutes les exigences inhérentes à leur biologie et indispensables à la conservation de l'espèce : recherche d'un gîte de repos, de nourriture et d'un lieu de reproduction. Ces forêts sont complétées par des savanes qui n'en constituent pas moins des refuges pour les moustiques. Ces savanes reçoivent des appellations différentes suivant l'importance ou l'absence de peuplement forestier : savane boisée, arborée ou savane herbeuse. Elles occupent la zone soudanaise.

La conséquence des caractéristiques de ce milieu naturel est de favoriser le développement de gîtes naturels constitués par des marécages et de trous d'eau à fond de sables blancs. Au fond du fleuve Comoé par exemple, on trouve des marécages à fonds limoneux, imperméables, où poussent des palétuviers. A titre d'illustration, la ville de Grand-Bassam offre dans ses entrepôts, ses briques sombres, ses dépôts de bois, sa végétation basse,

sont fournis par un brillant entomologiste de l'Orstom qui a travaillé principalement en Afrique, voir Darriet (F), La lutte contre les moustiques nuisants et vecteurs de maladies, Paris, Karthala-Orstom, 1998, p. 13

⁴⁷ Iroko (F.A.), Op. Cit., p. 25

⁴⁸ On distingue deux grands types de forêts denses au sein du domaine guinéen : les forêts hygrophiles et les forêts mésophiles, voir Ministère de l'Environnement et de la forêt, Programme des Nations Unies pour l'Environnement, *Diversité biologique de la Côte d'Ivoire* : Rapport de synthèse, Abidjan, 1999, 276 p:

document disponible en ligne sur <http://bch-cbd.naturalsciences.be/civoire/contribution/monographie/monographie.pdf>

les refuges diurnes, sombres abrités, qui plaisent à anophèles gambiae. Au regard de ce qui précède, on s'interrogera sur la nature des moustiques prédominant en Côte d'Ivoire, condition préalable à la mise en œuvre de toute mesure de lutte antipaludique.

Par ailleurs, ce développement montre que les caractéristiques du milieu naturel et les transformations introduites par les hommes peuvent modifier les modalités de la transmission du paludisme. A ce propos, Amat-Rose J.-M. et Remy G.⁴⁹ ont montré avec clarté la variabilité de la transmission, l'intensité et l'endémicité du paludisme dans l'espace ivoiro-voltaïque. Ce qui fait dire que plusieurs maillons de la chaîne épidémiologique du paludisme sont sous la dépendance de l'environnement. Cette piste de réflexion pourra être approfondie dans le cas spécifique de la Côte d'Ivoire à travers la présente étude afin de voir comment cette variabilité s'observe et s'analyse.

La période concernée par cette recherche s'étend de 1948 à 1996. La première date correspond à l'année de création de l'OMS dont les missions s'inscrivent dans la continuité des actions engagées par les premières organisations sanitaires internationales dans la lutte contre les épidémies. C'est en cette même année qu'est créée en Afrique Occidentale Française (AOF) une « section paludisme »⁵⁰ annexée au Service générale d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP)⁵¹. Elle est chargée d'étudier les conditions du paludisme en AOF, d'approfondir les aspects de la biologie des anophèles, de tester l'efficacité des moyens prophylactiques et même d'établir des plans de lutte. Elle constitue, en fait, la cheville ouvrière technique de la lutte contre le paludisme.

L'année 1996, qui marque la fin de l'étude, ouvre une nouvelle page de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire. Cette année voit la naissance, après des débuts difficiles, du Programme national de lutte contre le paludisme⁵² (PNLP). Ce programme est la traduction en actes des recommandations de la conférence ministérielle sur le paludisme qui s'est tenue, à Amsterdam en 1992. Au cours cette rencontre, l'OMS obtient l'engagement

⁴⁹Amat-Roze (J.-M), Remy (G), Art. Cit., p. 383-392

⁵⁰ Bernet (J) *De quelques observations au sujet de la lutte contre l'anophèle par le DDT* en AOF, Bobo Dioulasso, SGHMP (section paludisme), 1949, p. 1

⁵¹ Pour les détails sur la transformation du SGHMP, voir Sanner (L), Massequin (A), « Le service d'hygiène mobile et son œuvre », *Bulletin médical de l'Afrique Occidentale Française*, Tâches et problèmes de la santé publique en AOF, jan. 1954, n° spécial, Dakar, Direction générale de la Santé Publique, p. 14-28.

⁵² Le Programme National de Lutte contre le Paludisme est un des programme prioritaires du Ministère de la Santé publique. Son cadre organique est régi par deux arrêtés : le premier est le n°143 MSP/CAB du 10 mai 1996 sous le décret n°96-231 du 13 mars 1996 et le second est le n°416 du 28 décembre 2002, voir Niangué (J), *Lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire, aout 1997-22 décembre 2003*, Ministère de la Santé publique, Abidjan, 2003, p. 4

politique de tous les pays à combattre la maladie. Elle les incite à la mise en place des programmes nationaux de lutte contre le paludisme avec en prime l'application de la Stratégie Mondiale de lutte antipaludique qui devient le programme phare de l'OMS au début de la décennie 90⁵³. La création du PNLN répond à cette ambition exprimée et marque désormais la volonté des autorités ivoiriennes d'accorder une plus grande attention à cette endémie⁵⁴ et de tendre, à terme, vers une uniformisation des protocoles thérapeutiques. C'est au PNLN que revient désormais la charge de coordonner, d'élaborer les directives de lutte et de les diffuser auprès des professionnels de santé au plan local.

La chronologie dans laquelle s'inscrit ce travail ne tient pas compte de la césure qui intervient en 1960 et qui consacre généralement une rupture dans les rapports entre la métropole et la colonie. De fait, la santé et la lutte contre les épidémies s'appréhendent depuis le XIX^e siècle et, davantage depuis 1948, dans le cadre d'une coopération internationale, sous la bannière de l'OMS, laquelle transcende celui des relations interétatiques. Plus singulièrement, la santé s'analyse comme une force qui dépasse la politique et est perçue comme une voie de collaboration nouvelle entre les sociétés, entre les pays qu'ils soient grands ou petits. De ce point de vue, la rupture qui marque les rapports entre peuples colonisateurs et peuples libérés ne peut être retenue. En définitive, les questions de santé et de maladies se trouvent dans une sorte de continuité entraînée par la dynamique de la coopération sanitaire internationale même bien au-delà des indépendances.

A la lumière de ce qui précède, quelles sont les applications locales des directives de l'OMS dans le cadre de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire dans la période considérée ? Cette interrogation conduit à s'intéresser au processus d'élaboration des stratégies de lutte et aux modalités de leur application. Elle porte aussi sur le positionnement des autorités en charge des questions de santé de même que les professionnels de santé face aux directives de lutte contre le paludisme. En parallèle, on peut mesurer le lien entre les directives et les options locales en matière d'activités antipaludiques. Elle se prolonge par l'analyse des contradictions dans la mise en œuvre de stratégies exogènes dans un cadre local

⁵³ Memain Sraddo (D), *Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides en Côte d'Ivoire, perceptions et pratiques des acteurs : étude de cas dans la région sanitaire d'Abidjan*, mémoire de master en Administration Sanitaire et de Santé publique, Rabat, 2010, 74 p+ 14 p (Annexes)

⁵⁴ La mise en place du Programme national de lutte contre le paludisme est la traduction concrète des décisions prises au cours de la Conférence ministérielle de l'OMS, tenue du 26 au 27 octobre 1992 à Amsterdam sur le lancement de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme. La Conférence a recommandé que la lutte soit désormais organisée par des programmes plus souples, plus durables et adaptés aux conditions locales, voir OMS, « La Stratégie mondiale de lutte antipaludique », *Bulletin de l'OMS*, 1993, vol. 5, n°71, p. 491-495

de même que les adaptations nécessaires. Cela permet de clarifier le rôle des autorités sanitaires, des paludologues, de la communauté scientifique plus généralement et des institutions qui se mobilisent dans ce sens. Enfin, quelles ont été les réactions des populations face aux stratégies de lutte exogènes, à travers leur opposition ou le recours aux thérapies propres au contexte local ?

Pour conduire cette étude et répondre aux questions que soulève le sujet, plusieurs sources ont été consultées et concernent pour l'essentiel le 20^e siècle. Le travail de documentation a été réalisé dans les centres archivistiques au moyen d'archives coloniales et militaires pour une grande partie, ainsi que dans les bibliothèques et les centres de documentation en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso, au Sénégal et en France.

En Côte d'Ivoire

La documentation a été consultée, tour à tour, aux Archives nationales de Côte d'Ivoire, à la bibliothèque de la faculté de médecine d'Abidjan et à celle de l'Institut National de la Santé Publique. Aux Archives nationales, ce sont les Journaux Officiels de la République de Côte d'Ivoire (JORCI) et de l'Afrique Occidentale française (JOAOF) qui ont d'abord été consultés. Dans ceux-ci, on a retrouvé, entre autres, les textes qui organisent la santé, la formation médicale et les professions médicales en Afrique Occidentale française et dans les colonies qui la composent. L'examen de ces textes de loi donne un éclairage sur l'ensemble du dispositif législatif élaboré en amont et son application sur le terrain au moyen d'une multitude de structures créées à cet effet. Ces documents ont permis de reconstituer plus aisément la chronologie de la politique sanitaire au sein de la Fédération et à un niveau plus local, dans la colonie de Côte d'Ivoire.

Si les journaux officiels sont d'accès facile et n'ont subi que très peu l'effet du temps, il n'en est pas de même pour d'autres sources d'importance capitale que sont les rapports médicaux du service de santé de la colonie de Côte d'Ivoire. Ainsi, aucun rapport médical de la colonie de Côte d'Ivoire qui concerne la période étudiée - notamment ceux produits à partir de 1945- n'a pu être consulté. En effet, la principale difficulté qui se présente pour tout chercheur aux Archives nationales de Côte d'Ivoire est l'impossibilité de retrouver dans les cartons de rangement des documents postérieurs à l'année 1930, du moins pour ce qui concerne le domaine de la santé et l'assistance sociale. Il est donc impossible d'analyser la situation sanitaire de la colonie de Côte d'Ivoire dans la longue durée si on veut se limiter à ces sources.

A côté des sources archivistiques, d'autres types de documents ont été exploités, notamment des mémoires et quelques rares thèses soutenues en Côte d'Ivoire et dont quelques chapitres ont un rapport plus ou moins direct avec le sujet de recherche. De plus, les articles du quotidien gouvernemental *Fraternité Matin* auxquels on a eu accès, ont fourni quantité d'informations sur les activités du ministère de la Santé et de ses démembrements en matière de lutte contre les endémies. Par exemple, il a été possible de procéder à l'analyse des états généraux de la santé en Côte d'Ivoire, une rencontre qui a permis de faire le diagnostic du système de santé en Côte d'Ivoire et de proposer des ébauches de solutions qui ont été utilisées pour la rédaction.

A la bibliothèque de la faculté de médecine d'Abidjan, les thèses médicales se rapportant au paludisme ont constitué l'essentiel des documents examinés. Ces travaux de recherche couvrent la période comprise entre 1973 et 1999. Pourquoi avoir choisi des thèses de médecine ? Ce type de document constitue une source de premier ordre dans cette recherche par sa particularité. En effet, elle est le fait de futurs praticiens et constitue un moyen essentiel pour comprendre comment s'élaborent et évoluent les savoirs sur la médecine. Elle offre l'avantage de traduire le niveau d'intérêt du monde académique pour certaines questions de santé à travers les thèmes qui attirent le plus le corps enseignant et les étudiants. Sous cet angle, l'exploitation des thèses réalisées en Côte d'Ivoire a permis de mettre en parallèle les politiques globales et les options locales en matière de lutte contre le paludisme. Elle autorise à tenter, dans un intervalle de temps donné, la reconstitution d'une histoire de la lutte contre le paludisme. L'analyse des thèses a fourni une clé de compréhension des différentes stratégies en œuvre. Au surplus, elle permet de toucher de plus près ce qui se fait en matière de lutte contre le paludisme dans les différents centres de santé en Côte d'Ivoire.

Par ailleurs, des articles de revues et de périodiques⁵⁵ conservés dans cette bibliothèque ont été analysés pour compléter les informations. S'agissant des *Annales de l'Université*, c'est la série (B) consacrée à la médecine et à la santé qui a fait l'objet d'une attention particulière. L'exploitation de cette revue a permis de disposer d'articles pertinents portant notamment aussi bien sur l'étude des caractéristiques du paludisme en Côte d'Ivoire et en Afrique de l'Ouest que sur des études traitant des essais médicamenteux. Dans la foulée, deux articles renseignent le lecteur sur le contexte de la création de l'école de médecine

⁵⁵ Les publications concernées sont : *Médecine d'Afrique Noire* et *Annales de l'Université (série B)*

d'Abidjan et permettent de comprendre les étapes de construction et d'évolution de cette école. Plus exactement, ces publications évoquent la difficile gestation de cette institution qui était à l'origine une Ecole de médecine, avant de devenir quelques années plus tard la Faculté de médecine d'Abidjan. Quant à la bibliothèque de l'INSP, elle a été d'une grande utilité en ce sens que les documents portant sur la mise en œuvre de la politique de Soins de Santé Primaires en Côte d'Ivoire s'y trouvent. Plus exactement, ceux-ci renseignent sur les tentatives de mise en œuvre de cette stratégie dans la politique nationale de la santé publique. Si aucune information précise sur l'efficacité de l'application des Soins de Santé Primaires en matière de lutte contre le paludisme n'a pu être obtenue après la lecture des mémoires et autres rapports de stage, en revanche, on a pu, à la lumière de l'exposé des grandes orientations qui figurent dans les documents consultés, se faire une idée des innovations et des implications que cette politique pourrait avoir introduit dans les pratiques de santé à court et long terme.

A Bobo-Dioulasso

Le travail de documentation effectué dans cette ville se justifie à plus d'un titre. Bobo Dioulasso a abrité pendant la colonisation française le siège du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie, créé en 1944, sur les cendres du Service Général Autonome de la maladie du sommeil qui l'a précédé. Il s'y ajoute la présence de nombreux laboratoires de recherches fondamentales et appliquées. Pour garantir plus d'efficacité dans ses actions sur le terrain, la création de sections annexées à la « super structure » qu'est le SGHMP et s'occupant de pathologies précises se présente alors comme une nécessité. L'application de cette ligne de conduite s'est traduite par la création de la section « Paludisme », en 1948.

La bibliothèque de l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS)⁵⁶ conserve dans ses rayons la plupart des documents sur la santé et la médecine de l'Afrique de l'Ouest entre autres. On y trouve également un grand nombre de publications produites par la « Section paludisme » du SGHMP sur tous les aspects touchant cette pathologie et couvrant à la fois la période coloniale et postcoloniale. Autant d'éléments qui permettent de procéder à une analyse aussi bien diachronique que synchronique des sujets qui sont étudiés. Ils autorisent

⁵⁶ L'Organisation ouest africaine de santé a été créée en 1987. Elle a pour objectif d'offrir le niveau le plus élevé en matière de prestation de santé aux populations de la sous-région sur la base de l'harmonisation des politiques des Etats membres, de la mise en commun des ressources et de la coopération entre les Etats membres et les pays tiers, en vue de trouver collectivement et stratégiquement des solutions aux problèmes de santé de la sous-région

par conséquent une comparaison entre ces pathologies et permettent de saisir la politique générale en matière de lutte contre les grandes endémies.

Dans cette optique, plusieurs rapports ont été exploités principalement ceux de la « Section paludisme » du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie et du nouvel organisme qui va lui succéder : l'Organisation de Coopération et de Coordination contre les grandes endémies (OCCGE). Ces rapports annuels livrent des informations assez intéressantes et utiles sur les études et enquêtes de nature épidémiologique, entomologique et thérapeutiques réalisées dans le cadre de la lutte lancée en Afrique de l'Ouest depuis de nombreuses années. Les renseignements pertinents tirés dans ces rapports ont beaucoup contribué à une meilleure connaissance du paludisme de cette région, y compris sur celui qui sévit en Côte d'Ivoire, le terrain d'étude. Ce corpus a permis de retracer dans les grandes lignes les étapes de la lutte contre le paludisme en Afrique de l'Ouest de façon générale et en Côte d'Ivoire en particulier. De même, des monographies réalisées dans le cadre de vastes enquêtes sur des terrains variés et présentés, à l'occasion des réunions techniques de l'OCCGE et de l'OMS, ont utilement renseigné sur les questions posées par la maladie. Leur exploitation a contribué à mieux cerner le rôle des organismes internationaux et sous-régionaux dans l'élaboration et la mise en œuvre des différentes stratégies de lutte contre cette endémie meurtrière. L'analyse de ces sources sous plusieurs angles permet de saisir, par-delà le rôle des organismes, les liens qu'on peut établir à divers niveaux. D'autres types d'informations, notamment celles portant sur la formation du personnel médical (médecins, infirmiers et laborantins) en AOF, ont été obtenues et ont permis d'affiner la réflexion.

Enfin, il ne faut pas passer sous silence les nombreux autres ouvrages et revues d'époque qui, à des degrés divers, ont fourni quantité d'informations utiles. Toutefois, le travail de documentation s'est révélé des plus laborieux dans cet établissement. Au nombre des difficultés, on peut relever l'état désordonné et presque d'abandon dans lequel se trouvent les sources qui constituent pourtant une mine d'information pour les chercheurs en histoire de la santé. En outre, l'absence de nombreux rapports d'activité de l'OCCGE notamment pour la période postcoloniale se présente comme une contrainte majeure pour saisir la globalité des études réalisées dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Pour ces raisons, il n'a pas été possible d'établir avec une chronologie précise l'ensemble des études réalisées par la « section paludisme » ; ce qui aurait permis d'éclairer davantage l'analyse. Il n'empêche, ces sources ont permis de restituer l'activité des sciences coloniales dans la période étudiée et qui se rapport.

Au Sénégal

Pour compléter et enrichir le corpus documentaire d'une part, et d'autre part, pour combler les lacunes observées après le travail réalisé aux Archives Nationales de Côte d'Ivoire, le recours aux fonds des Archives Nationales du Sénégal où il existe une documentation relativement abondante sur la période coloniale s'est présenté comme une nécessité. Ces archives qui concernent les territoires de l'ex-AOF ont été produites, pour l'essentiel, par l'administration coloniale. Elles sont organisées en fonds, séries et sous-séries qui permettent une exploitation aisée desdits documents.

Les séries H et G ont été dépouillées, de même que des sources imprimées dans l'espoir de trouver des dossiers abordant les questions touchant au sujet de recherche ou quelques-uns de ces aspects. La série H est composée de deux fonds d'archives : le fonds de l'AOF qui concerne particulièrement et le fonds Sénégal colonial. Les fonds de l'AOF qui couvrent la période 1826-1959 se divisent en deux parties: la première se rapporte à la période antérieure à 1920 et se subdivise en deux sous-parties consacrées à l'organisation et au fonctionnement du service de santé. La deuxième partie, quant à elle, couvre la période qui de 1920 court jusqu'en 1959.

Quels types de renseignements livrent ces sources ? La série étudiée ici est constituée à partir d'un ensemble de documents élaborés par les services de santé de l'Afrique Occidentale française, le service du Gouvernement général et les services du ministère des colonies. Elle comprend aussi les procès-verbaux des conseils sanitaires, des documents relatifs à la pharmacie et aux dépôts de médicaments de même que les décisions et notes avisées du Gouverneur général ou des Gouverneurs des différentes colonies formant le groupe AOF. Les notes relatives aux écoles de formation du service de santé (Ecole Africaine de médecine et de pharmacie, les écoles de formation à l'échelle des colonies comme l'Ecole des infirmiers du cadre local, Cours d'instruction des visiteuses du cadre local), aux conditions de recrutement et à l'évolution de l'enseignement médical dans l'ensemble de l'AOF s'y trouvent également. De plus, elle fournit aussi des renseignements utiles sur les épidémies, l'hygiène, la salubrité et les activités sociales. En somme, cette série est importante pour comprendre l'organisation et le fonctionnement des services de santé dans les territoires de l'AOF. Elle permet d'analyser aussi les réponses apportées par les autorités coloniales face aux pathologies qui sévissent sur l'ensemble de la fédération. Enfin, elle met surtout en

évidence le passage de la théorie, à travers la définition du cadre légal de la politique sanitaire, à la pratique sur le terrain qui, elle, se traduit par l'ensemble des actes médicaux effectués.

De façon plus pratique, ce sont les dossiers qui concernent la santé en Côte d'Ivoire et en AOF qui ont fait l'objet d'une analyse très fouillée. La série G dont les rapports couvrent la période située entre 1782 et 1958 est le deuxième type de corpus dépouillé ; elle est l'une des plus importantes des archives de l'AOF en termes de volume. Celle-ci se compose d'un ensemble de rapports périodiques : mensuels, trimestriels, semestriels et annuels de différents administrateurs coloniaux et chefs de services de l'AOF adressés au Gouverneur Général. Pour trouver un début de réponse aux problématiques que pose le sujet, quatre types de rapports ont été sélectionnés et analysés pour en tirer le maximum d'informations. Ces documents ont l'inconvénient d'avoir été rédigés sous l'angle de l'appréciation du pouvoir colonial et peuvent donc manquer d'objectivité. Il faudra les confronter avec d'autres sources. Ce sont :

Les rapports médicaux du service de santé de la colonie de Côte d'Ivoire : ces rapports médicaux sont le produit de la direction du service de santé à la tête de laquelle se trouve le directeur local de la santé publique de la Côte d'Ivoire et des services qui lui sont rattachés. Ils présentent un tableau succinct de l'état sanitaire de la colonie de Côte d'Ivoire pour une année donnée. Le rapport médical est, de ce point de vue, le fruit de la synthèse des différents rapports émanant des médecins-chefs de cercles et de subdivisions de la colonie sur la situation sanitaire d'une circonscription donnée. Partant, c'est donc sur la base des renseignements collectés en amont par les différents collaborateurs, plus exactement à un échelon inférieur, que le directeur de la santé publique de la colonie rédige son rapport annuel. Celui-ci se présente en deux parties : l'une porte sur l'aspect administratif et l'autre, sur le volet médical. Le volet administratif, comme son nom l'indique, donne des informations d'ordre administratif sur la santé dans la colonie. Il s'agit de renseignements fort utiles sur la composition du personnel médical de la colonie, sur le budget du service de santé et sur le bilan chiffré des différentes composantes du service de santé. Quant au volet médical, il s'attache essentiellement à présenter et à décrire les différentes pathologies qui sévissent dans la colonie d'une part et d'autre part, à exposer les stratégies et les actions de lutte qui sont engagées à l'échelle de la colonie. Le tout, appuyé par des statistiques qui en permettent une meilleure appréciation et une meilleure lisibilité. Avec ces rapports, on a pu retracer à la fois l'évolution de la politique sanitaire générale dans la colonie et les activités du service de

santé menées pour lutter contre les multiples pathologies, notamment le paludisme. L'intérêt de ces rapports réside dans les chapitres qu'ils consacrent à chaque pathologie, au nombre desquelles le paludisme. Ces bilans ont fourni des informations détaillées, utilisées pour analyser les activités menées chaque année contre cette maladie en parallèle avec les directives de lutte contre le paludisme. Au surplus, de nombreuses statistiques sur la maladie réalisées à partir des enquêtes diverses et la présentation des activités des structures sanitaires, quoique succincte, ont été fort bénéfiques.

Les rapports du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie : ces rapports ont servi à comprendre et cerner quelques-uns des champs d'intervention et l'éventail des activités du Service général d'hygiène Mobile et de Prophylaxie dans toute la fédération de l'AOF, ainsi que de ses démembrements indispensables à la compréhension des savoirs et des pratiques médicales développées tout au long de cette recherche. Des notes particulièrement intéressantes et des statistiques sur la réalité du paludisme, de même que d'autres pathologies dans la colonie ont été obtenues. Autant d'éléments qui autorisent à faire des comparaisons utiles sur les pathologies à la fois à l'intérieur de la colonie et surtout entre les colonies.

Les rapports annuels de la santé publique : ces rapports présentent la situation de la santé publique dans chaque territoire composant l'AOF. Ce sont des documents complémentaires des premiers cités et très utiles pour tenter une approche comparative entre les colonies de la fédération. On y trouve de nombreuses données statistiques sur les maladies qui ont servi à étayer les arguments développés dans la thèse.

Les rapports d'inspection médicale scolaire de la colonie de Côte d'Ivoire : ces rapports présentent les résultats des activités de l'inspection scolaire de la colonie. Ils fournissent des informations sur les efforts réalisés pour la protection des écoliers, - donc des enfants- dans le cadre de la lutte contre les endémies notamment le paludisme.

En France

Le travail de documentation s'est déroulé dans plusieurs bibliothèques et centres d'archives de Paris et de Marseille. A Paris, il s'agit d'abord de la Bibliothèque de recherche africaine de l'université Paris 1. Dans celle-ci, on a pu consulter de nombreux ouvrages sur l'histoire et l'anthropologie de la santé et la médecine en Afrique. L'exploitation de ces ouvrages a permis de définir les contours du sujet et d'apprendre à manier plus aisément le vocabulaire médical. A côté de ces documents d'une extrême importance, on a également eu accès à de nombreux travaux de recherche qui ont porté sur l'histoire de la santé et de la

médecine coloniale et postcoloniale. Ces travaux constitués pour la plupart de thèses, de mémoires de DEA et de maîtrise ont été d'une grande utilité, car ils ont permis de revisiter les problématiques de santé et de médecine et de disposer de quelques orientations relativement au sujet de thèse. De plus, ils autorisent, à travers leur approche historique, à revisiter le contexte des questions de santé et de médecine. Bien que tous les sujets d'étude n'aient pas pour cadre géographique la Côte d'Ivoire, les nombreuses références à l'AOF et les approches comparatives qui se rapportent à ce territoire ont donné quelques indications intéressantes et utiles. En outre, l'abondante référence bibliographique qui accompagne ce type de travaux a été d'un très grand recours dans le déroulement du travail de recherche.

Ensuite, le travail de documentation s'est poursuivi à la Bibliothèque interuniversitaire de médecine⁵⁷. Dans cette enceinte se trouvent la plupart des références en matière de travaux et de documents portant principalement sur le domaine médical dans son ensemble. Ici, l'attention a été portée sur les revues et travaux de recherches qui intéressent le sujet et qui s'inscrivent le cadre chronologique : le paludisme et le 20^e siècle. Ce regard a concerné aussi les thèses de médecine consacrées au paludisme soutenues en France et qui portent soit sur la Côte d'Ivoire soit sur l'Afrique. La lecture a surtout concerné les documents les plus anciens dont les écrits renseignent sur ce qui se faisait en matière de lutte contre le paludisme. Parmi les documents répertoriés et consultés, on peut citer *Médecine d'Afrique Noire*, *Afrique Médicale*, *Bulletin médicale de l'AOF*, *Annales de la Société belge de médecine coloniale*, *Médecine tropicale*, *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*...

A côté de ceux-ci, les publications de l'Office d'Hygiène Publique et surtout de l'Organisation mondiale de la santé ont été très précieuses. Ces différentes publications traitent plus particulièrement des questions intéressant les travaux de l'organisation et ayant une portée scientifique internationale. Deux d'entre elles ont eu un poids déterminant dans la construction de ce travail : il s'agit du Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, des Séries de Rapports techniques⁵⁸. La lecture de ces documents a été importante pour saisir le

⁵⁷ Depuis 2011, cette bibliothèque est appelée désormais Bibliothèque Interuniversitaire de Santé. Elle est issue de la fusion des Bibliothèques Interuniversitaires de Médecine (BIUM) et Interuniversitaires de Pharmacie (BIUP) et implantée sur deux sites, respectivement rue de l'École de Médecine et avenue de l'Observatoire

⁵⁸Le Bulletin de l'OMS : le plus important des périodiques de l'OMS, publie des articles sur les sujets suivants : résultats des méthodes appliqués pour combattre certaines affections ; répartition géographique des maladies ; enquêtes sur des sujets données faites par des consultants OMS ; observations originales faites au cours des campagnes patronnées par l'OMS ; recherches de laboratoire dans les domaines présentant de l'intérêt pour l'Organisation. On y trouve également des notes et des comptes-rendus bibliographiques sur des publications traitant de sujets en rapport avec les travaux de l'OMS

contexte et les enjeux de l'élaboration des politiques de santé et des directives qui les accompagnent suivant les périodes étudiées, de tenter une analyse à la fois synchronique et diachronique de celles-ci afin de les convoquer dans le cadre de cette recherche. A cet égard, les deux grandes politiques de santé dans lesquelles s'insère le sujet ont pu être affinées et précisées grâce à ces documents. Ces nombreuses productions publiées indiquent de façon générale la ligne officielle de l'OMS dans les questions qui touchent la santé publique internationale. Mais, elles ne révèlent que très rarement les désaccords issus des débats qui animent parfois les positions divergentes des personnes participant aux rencontres de l'OMS et auraient pu éclairer les arguments développés. L'inaccessibilité aux documents sur les débats qui ont animé ces rencontres, et par conséquent, leur non prise en compte dans les points développés dans ce travail constituent une des lacunes de cette riche documentation de l'OMS.

A l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, les bibliothèques de la Maison des Sciences de l'Homme et du Centre d'Etudes Africaines ont été consultées. Si dans la première, on a pu trouver quelques rares documents concernant le sujet, dans la seconde, on a par contre tiré profit du riche corpus documentaire des nombreux périodiques qui y sont entreposés. Au centre de documentation du centre de recherche de l'IRD de Bondy, de nombreuses revues scientifiques dont les articles traitent de la lutte contre le paludisme surtout dans le contexte colonial et postcolonial ont été analysées. Il s'agit essentiellement de travaux et enquêtes réalisés par des anthropologues et entomologistes de l'ex-Orstom qui ont permis de comprendre le rôle prépondérant de cet organisme dans la conduite de la recherche scientifique dans les colonies françaises.

A Marseille, le travail a porté essentiellement sur les sources d'archives de l'Institut de Médecine tropicale du Service de Santé des Armées(IMTSSA). Les documents d'archives consultés à la bibliothèque du Pharo font partie d'un ensemble de fonds documentaires de nature essentiellement médicale. Ils proviennent de plusieurs organismes et institutions de l'époque : Ministère de la France d'Outre-mer, Haut-commissariat de la République en Afrique Occidentale française, Direction générale de la santé publique en AOF, Directions locales de la santé à l'échelle des colonies. On a trouvé aussi de nombreuses notes émanant

La série de Rapports techniques publie des rapports de comités d'experts et d'autres groupes de spécialistes de spécialistes ainsi que des rapports sur certaines conférences tenues sur les auspices de l'OMS

des médecins du service de santé coloniale sur leurs expériences en colonie. Conservées depuis l'époque coloniale, ces sources rendent compte des décisions et activités du service de santé des troupes coloniales principalement dans le contexte colonial et postcolonial. De façon plus générale, elles permettent de comprendre la politique de santé élaborée en Métropole pour les colonies et sa traduction concrète sur le terrain. Un intérêt particulier a été accordé aux documents consacrés au paludisme dans les colonies françaises pour non seulement avoir une vue d'ensemble de la lutte engagée au niveau fédérale, mais également pour réaliser au besoin des comparaisons pertinentes.

Les sources exploitées au Pharo ont fait l'objet d'un classement par thème et par territoire sous influence française. Si ce classement a l'avantage de faciliter la tâche aux chercheurs, il importe de relever quelques difficultés qui sont certes surmontables, mais qui ont le défaut de retarder le chercheur dans sa quête d'information. Ainsi par exemple, certaines pièces se retrouvent dans des boîtes qui ne leur sont pas destinées. On note aussi que la chronologie n'est pas prise en compte dans l'archivage des pièces et que certains documents manquent dans les cartons, ce qui rend difficile le travail d'analyse.

Les sources exploitées au Pharo se présentent sous plusieurs formes : il y a les documents administratifs et officiels dans les lesquels on range les rapports d'activité des services de santé, les notes personnelles et officielles issues des observations faites par le personnel de santé dans son travail quotidien, les rapports de mission des médecins et inspecteurs médicaux, les courriers officiels échangés entre les structures telles que le ministère des colonies, la Direction générale du service de santé colonial, le Gouvernement général des fédérations des colonies (AOF, AEF), les Directions locales de la santé, l'Inspectorat des services de santé colonial. Nous avons retrouvé quelques anciennes thèses de médecine portant sur le paludisme, les revues spécialisées et les périodiques médicaux de l'époque considérée, tels que Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, Revue coloniale de médecine et chirurgie, Médecine Tropicale, Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales etc.). On a tiré profit de nombreux rapports, études et travaux des organismes internationaux et principalement de l'OMS, ou émanant des congrès comme le 4^e Congrès des maladies Tropicales et du paludisme tenu à Washington du 10 au 18 mai 1948.

Les sources archivistiques du Pharo ont l'inconvénient de provenir essentiellement de l'administration coloniale : ce qui soulève la question de l'objectivité des arguments développés dans les documents et des décisions qui en découlent. En outre, la discontinuité constatée dans certains documents importants comme les rapports est un handicap de taille.

D'une part, cela ne permet pas d'apprécier l'évolution des activités des services de santé dans la longue durée, et d'autre part, cette lacune n'est pas de nature à garantir au chercheur des résultats incontestables. Il importe donc d'analyser avec un esprit critique ces documents et surtout d'opérer un travail de croisement avec d'autres sources de nature différente.

Le centre national des Archives d'Outre-mer à Aix-en-Provence dispose de nombreuses sources coloniales à disposition du chercheur. Concernant les colonies françaises d'AOF, les archives consultables ne sont que la réplique microfilmée des Archives du Sénégal. Cependant, de nombreuses revues d'époque portant sur la santé en situation coloniale ont été consultées pour enrichir notre corpus documentaire.

Au total, les sources présentées ci-dessus constituent un corpus particulièrement important pour l'étude des maladies telles que le paludisme et plus généralement pour l'étude des questions de santé qui concernent la période coloniale. Cependant, leur exploitation soulève de nombreux problèmes en raison de leur origine –l'administration coloniale- et de la difficulté à produire des statistiques dans un contexte où les risques de déperdition des chiffres sont nombreux, en raison des conditions de travail des médecins et des mœurs locales. Ces constats amènent donc à s'interroger surtout sur la valeur à accorder aux chiffres fournis dans les rapports pour appuyer les analyses, et du coup, à émettre des doutes sur la véracité des informations livrées en conséquence.

A titre d'exemple, l'un des problèmes souvent évoqués est celui relatif aux statistiques livrées par les services sanitaires coloniaux. En effet, il est par exemple établi que les chiffres portant sur la mortalité ne prennent en compte que la létalité hospitalière. Ce faisant, les nombreux cas de décès enregistrés en dehors de ce cadre ne sont pas comptabilisés, minorant par la même occasion les chiffres abondamment servis dans les documents officiels. Cette situation s'explique par une absence d'hospitalisation dans les structures de soins et par l'ignorance de l'issue de nombreux cas de malades par le personnel de santé ; ce qui conduit à une sous-estimation des chiffres réels.

Outre cette sous-évaluation, les chiffres livrés se caractérisent aussi par des ruptures et des absences parfois constatées : en définitive se pose la question de l'authenticité des statistiques et des informations qui en découlent, dans un contexte où la rigueur et la fiabilité étaient fortement tributaires des préoccupations de leurs auteurs et des destinataires des rapports. En réalité, les données statistiques ne sont pas l'œuvre de professionnels rompus à la tâche, si bien que les valeurs réelles sont difficiles à obtenir dans ces colonies où l'état-civil est des plus problématiques. Dans ces conditions, l'utilisation des statistiques sanitaires en

contexte colonial soulève des difficultés évidentes et impose aux chercheurs de la prudence et de la mesure, en raison d'un manque d'uniformité et d'une méthodologie consensuelle dans le recueil des données.

Cet ensemble de documents présentés ci-dessus a été enrichi et complété par des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé ayant exercé en Côte d'Ivoire, mais aussi ailleurs, comme en France et au Sénégal. Ce sont au total vingt entretiens qui ont été réalisés dans le cadre de cette recherche auprès de praticiens, formateurs et responsables sanitaires : médecins généralistes, internes des hôpitaux, médecins spécialistes, professeurs en médecine, des médecins-directeurs ou sous-directeurs au ministère de la santé, qui ont eu en charge la gestion des endémies ou du programme de lutte contre le paludisme.

Le recueil de témoignages qui a nécessité l'utilisation d'un dictaphone a suivi la technique de l'entretien semi-directif autour d'un guide d'entretien. Pour les praticiens et formateurs, il s'est organisé autour des grands thèmes dans lesquels on a insisté sur le cursus universitaire de l'informateur, son parcours professionnel, ses connaissances sur la maladie et surtout sa pratique médicale. Le choix du guide d'entretien s'est révélé plus intéressant et plus pertinent car il englobe l'ensemble des thèmes à développer avec des questions ouvertes ; en plus, il donne l'occasion de suivre l'entretien et de faire des relances qui doivent parfois permettre à l'interlocuteur de faire des précisions et d'argumenter sa prise de position, à l'affirmer plus nettement ou à la nuancer et à se situer par rapport à ce qui lui apparaît comme une convergence ou une contradiction possible de ses propos.

Le profil et la trajectoire professionnelle des personnes dont les témoignages ont été recueillis sont variables mais, ils ont tous la particularité d'appartenir au milieu médical. On compte parmi eux des Français, des Ivoiriens et un Sénégalais. C'est au cours d'un séjour à Marseille dans le cadre d'une recherche documentaire au Centre des Archives d'Outre-mer que l'idée est venue de rencontrer monsieur Pierre BARABE le président de l'Association Amicale de Santé Navale et d'Outre-Mer pour lui exposer les objectifs de la recherche et solliciter par la même occasion son aide afin qu'il use de sa position de président pour toucher le plus grand nombre de médecins. Il s'est montré disponible à apporter son aide pour rencontrer ceux d'entre eux qui habitent la région marseillaise et alentour ; tout en soulignant la difficulté d'une telle démarche pour la grande majorité éparpillée un peu partout dans la France et habitant le plus souvent dans leur région d'origine pour bénéficier de la tranquillité d'une retraite méritée. Malgré son aide, les demandes d'entretien adressées à de nombreux médecins sont restées sans suite et la moisson a été de loin maigre car seulement trois

médecins civils ont répondu à notre demande dont deux au cours d'une rencontre privée et le troisième sous la forme d'une réponse écrite au guide d'entretien qui lui a été adressé. Le seul médecin militaire interrogé a été le médecin général Pierre BARABE au cours d'un entretien qui s'est déroulé dans la salle de documentation de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de santé des Armées. Finalement, c'est dans la région des Bouches du Rhône que les informateurs ont été les plus nombreux à répondre à notre demande. Par des démarches plus personnelles, deux autres médecins exerçant actuellement en dehors de la France métropolitaine (dans les Antilles) et ayant servi en Côte d'Ivoire dans les décennies 70 et 80 ont donné suite aux demandes à travers des courriels qui leur ont été adressés et ont fait parvenir les réponses suivant le guide d'entretien.

Une démarche similaire a été entreprise auprès des médecins ivoiriens au nombre desquels se trouvent les pionniers de la formation médicale et qui figurent sur la liste des premiers étudiants de l'Ecole de médecine d'Abidjan. Leurs témoignages à la fois en tant qu'étudiants et en tant que praticiens ont permis de disposer d'informations précises sur les débuts de l'enseignement médical en Côte d'Ivoire et surtout de mieux comprendre la période transitoire qui marque le passage des destinés de cette formation médicale aux mains des formateurs locaux à partir de 1969-1970. Plus exactement, les problématiques touchant à la transmission des savoirs, donc à la formation médicale, mais aussi aux pratiques de santé puisées dans les souvenirs de leurs expériences professionnelles ont été abordées. Pour mieux analyser les mutations de la formation médicale et mieux saisir l'évolution de la transmission des savoirs, il est apparu également nécessaire de recueillir le témoignage des praticiens formés plus récemment et notamment ceux des décennies 80 et 90. Les conditions d'exercice des praticiens ont été également prises en compte, c'est pourquoi les informateurs choisis exercent dans des formations sanitaires de taille variable, allant des centres de santé urbains à l'hôpital de référence qu'est le centre hospitalier universitaire, en passant par l'hôpital régional. L'objectif d'un tel choix est d'apprécier aussi les conditions d'exercice des praticiens dans leurs structures respectives, une donnée à prendre en compte dans l'analyse concernant les pratiques de santé. Quant aux responsables sanitaires en charge des programmes de santé, il a surtout été question de l'organisation de la lutte au niveau institutionnel et plus particulièrement du rôle des différentes structures ministérielles, et notamment du Programme national de paludisme, dans la mise en œuvre des stratégies.

Les analyses sur lesquelles repose cette thèse croisent des sources documentaires et des entretiens. Ce qui a permis de dégager les lignes de force du travail, traité en deux parties,

dont les articulations sont à la fois thématiques et chronologiques. Tout d'abord, il s'agira de présenter « la politique d'éradication du paludisme » comme un défi pour l'OMS de 1948 à 1960. Trois chapitres permettent d'éclairer ce défi qui se présente à l'OMS : le premier s'attache à expliquer les raisons qui justifient le lancement de la « politique d'éradication du paludisme » et les étapes de sa mise en application ; le deuxième chapitre s'emploie à montrer en quoi l'éradication du paludisme n'est pas applicable en Côte d'Ivoire et le troisième expose les options locales en matière de lutte contre le paludisme, en remplacement de l'éradication.

Ensuite, la deuxième partie montre que l'OMS décide d'un retour vers un projet plus réaliste à travers la politique de contrôle du paludisme s'étendant de 1970 à 1996. Cette partie s'articule autour de trois centres d'intérêts. Le premier porte sur la mise en œuvre de la politique de contrôle du paludisme après l'échec de l'éradication, en insistant sur les causes de son échec et sur les grandes lignes de cette politique de substitution ; le chapitre suivant discute des problématiques du système de santé dans les pays en voie de développement sous le prisme de réunions internationales d'où émergent des directives internationales d'une part, et s'interroge sur la recherche d'une stratégie africaine de lutte antipaludique pour répondre à une logique d'adaptabilité des stratégies de lutte aux particularités des régions, d'autre part. Enfin, le dernier chapitre analyse le contrôle du paludisme dans la pratique médicale en Côte d'Ivoire et ses modalités.

PREMIERE PARTIE

La politique d' « éradication du paludisme » : un défi pour l'OMS (1948-1969)

Après sa création le 7 avril 1948, les domaines d'intervention de l'Organisation Mondiale de la Santé se multiplient au regard des pathologies qui menacent les populations de toutes les contrées du monde. Ceci dit, les ravages causés par une des pathologies en l'occurrence le paludisme, au lendemain de la Seconde guerre mondiale, vont faire de cette maladie une des priorités des activités de l'OMS au point où elle va décider d'y consacrer toute son énergie⁵⁹. En 1946, soit deux ans auparavant, la Commission intérimaire de l'Organisation a reconnu l'importance du paludisme sur le plan de la santé publique et la nécessité d'accorder un rang prioritaire aux activités antipaludiques, confirmée par la création d'un Comité d'experts sur le paludisme le 11 avril 1947⁶⁰. Cet engagement fait suite au

⁵⁹ Le comité d'experts du paludisme dans son 2^e rapport pointait justement les conséquences du paludisme par « la fréquence de cette maladie dans des vastes régions du monde, où elle frappe des centaines de millions de personnes chaque année et cause la perte de millions de vies humaines ; la gravité des ravages physiques et mentaux qu'elle entraîne pour les populations de nombreux pays ; la diminution considérable de la capacité de travail des populations qui en souffrent, ce qui aggrave la pénurie mondiale des denrées alimentaires et entrave considérablement l'activité et le progrès de l'industrie et de l'agriculture », voir OMS, *Actes officiels de l'OMS, n°11. Rapports des comités d'experts et autres organes consultatifs à la commission intérimaire*, Genève, OMS, 1948, p. 44

⁶⁰ C'est à l'initiative du représentant du Venezuela que, le 9 novembre 1946, la proposition concernant la création d'un Comité du paludisme a été faite et examinée par le Comité d'Epidémiologie et de Quarantaine de la Commission intérimaire de l'OMS. Dans le projet de constitution déposée, le Comité doit assurer la réalisation des buts visés par l'OMS dans le domaine du paludisme. Il sera donc chargé de servir de centre de coordination et d'information dans les relations internationales des services antipaludiques nationaux et des organes gouvernementaux ou non gouvernementaux intéressés à l'enseignement et aux recherches concernant cette maladie. En outre, il se chargera de fournir, sur demande, une aide technique appropriée aux services antipaludiques nationaux en vue de leur organisation ou de leur développement ; d'étudier les données épidémiologiques et statistiques, relatives au paludisme, reçues par l'OMS et les communiquer aux différentes institutions ; de favoriser la collaboration entre groupes scientifiques et professionnels et à l'action préventive dans le domaine du paludisme et d'aider, dans certains cas, ces groupes en vue du développement et de l'amélioration de notre connaissance de cette maladie et des moyens de la combattre ; de recueillir des renseignements sur les méthodes de propagande antipaludique pratiquées par les Membres de l'OMS, et instituer un échange de tels renseignements entre ces membres ; de réunir les textes des lois et règlements relatifs au paludisme et autres questions connexes, adoptées par les membres de l'OMS et les communiquer ; d'unifier la

constat des dangers de plus en plus grandissants que représente l'endémie pour la planète toute entière. Cette triste réalité est reconnue par le Comité d'experts dans son premier rapport⁶¹ qui déclare que : « Dans de nombreuses régions du monde, le paludisme est toujours de beaucoup le plus grand obstacle à la réalisation de l'objectif de l'OMS » et qu'il « est encore comme il l'a été autrefois, la plus importante parmi les maladies des régions tropicales et subtropicales, à l'est comme à l'ouest »⁶².

Pour marquer cette implication de plus en plus grandissante de l'OMS, un projet de résolution est élaboré lors de la tenue de la 5^e session de la Commission intérimaire, demandant expressément au Comité d'experts d'étudier un plan général de lutte antipaludique mondial, en précisant le rôle que l'Organisation pourrait jouer dans l'exécution dudit plan⁶³. Ce dernier prévoit que la lutte doit se consacrer prioritairement aux zones où une action massive est nécessaire et définir les moyens de toute nature (avis d'experts, formation de

nomenclature malariologique, ainsi que les règles et méthodes épidémiologiques appliquées dans la malariologie et dans l'anophélinométrie ; d'étudier les recommandations faites au sujet du paludisme par l'Assemblée, le Conseil ou le Directeur général et entreprendre toutes activités en vue de donner effet à leurs instructions et d'informer le Conseil de toutes mesures qui, de l'avis du Comité, devraient être adoptées, sous forme de réglementation internationale, en ce qui concerne le paludisme ou toute autre question relative à cette maladie, qui pourrait figurer à l'ordre du jour des sessions de l'Assemblée, voir OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°4. Résumé des débats de la 2^e session de la Commission intérimaire de l'OMS (4 au 13 novembre 1946), Genève, OMS, 1947, p. 164-166

⁶¹ Comité d'experts sur le paludisme : rapport sur la première session (22-25 avril 1947), voir OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°8. *Rapport de la Commission intérimaire à la première assemblée mondiale de la santé*, Genève, OMS, 1948, p. 8-16

⁶² OMS, Op. Cit., Genève, OMS, 1948, p. 9

⁶³ Le rôle de l'OMS est d'apporter des conseils techniques et d'assurer les services d'experts. Ces services sont constitués de deux équipes : l'une, l'équipe consultative est sollicitée à la demande des gouvernements qui prennent la décision de réaliser de vastes campagnes. Ainsi, l'équipe consultative est envoyée sur place pour aider à mener des enquêtes paludométriques et entomologiques, à dresser des plans de campagne, à renforcer les organisations antipaludiques existants et à former du personnel. Une telle équipe n'est pourvue ni de matériels ni de fournitures, son rôle consistant essentiellement à donner des conseils d'ordre technique. Ses membres sont généralement envoyés dans la capitale du pays, de sorte qu'ils peuvent travailler en rapport direct avec l'administration centrale de la santé publique. L'autre, l'équipe de démonstration, par contre, dispose de son propre matériel et de moyens de transport. Elle travaille dans des régions choisies pour leur forte endémicité paludique et ses membres sont chargés de faire des démonstrations portant sur les méthodes modernes de lutte moins onéreuses. Ils évaluent les résultats obtenus, forment le personnel local et donnent des conseils, à la demande du gouvernement et avec l'autorisation du Bureau régional, tant en ce qui concerne le paludisme que d'autres problèmes. Parfois, les équipes de démonstrations doivent déterminer quels seraient les meilleurs moyens à mettre en œuvre pour lutter contre le paludisme dans des conditions épidémiologiques particulières, et à cette fin, elles entreprennent des campagnes expérimentales que l'on dénomme « projets-pilotes ». A côté de l'OMS, une autre institution coopère à de nombreux projets de lutte antipaludique : c'est le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE) qui procure les insecticides, ainsi que le matériel servant à effectuer les pulvérisations et les autres fournitures nécessaires, voir *Chronique de l'OMS*, février-mars 1955, vol. 9, n°2-3, p. 33-108

personnels, bourses, démonstration et programme d'opérations sur le terrain.) par lesquels l'Organisation pourrait encourager la lutte ou son extirpation dans ces zones. Le Comité est également invité à se prononcer sur l'efficacité et l'utilisation à grande échelle des insecticides nouvellement découverts pour servir de base à une action généralisée contre le paludisme.

Dans cette perspective, la Commission décide d'inscrire dans les projets de budgets de 1948 et 1949 une aide aux gouvernements dans la lutte contre le paludisme pour couvrir les frais relatifs aux moyens qui seraient définis⁶⁴. En somme, l'OMS se propose d'aider les gouvernements à lutter efficacement contre le paludisme selon les directives scientifiques modernes. De ce point de vue, la principale méthode de lutte recommandée est l'utilisation des pulvérisations de DDT à effet rémanent à l'intérieur des habitations formulée dans le premier rapport du Comité d'experts du paludisme.

Cette option est consécutive à la découverte des propriétés insecticides du Dichloro-Diphényl-Trichlorétane (DDT) en 1939⁶⁵, présenté comme une arme très puissante aussi bien comme larvicide que comme arme destructrice des moustiques adultes. Son utilisation dans les projets d'expérimentation à base d'insecticide et les succès inattendus apportent une révolution dans les actions de lutte entreprises jusque-là. Sa capacité à interrompre la chaîne d'infection du paludisme grâce à son pouvoir rémanent est le signe d'une grande victoire contre la maladie qui semble proche. Au surplus, les résultats acquis au Venezuela lors des premières applications d'insecticide à effet rémanent dans de vastes zones rurales, puis à Ceylan, en Grèce, en Guyane, en Inde, en Italie et ailleurs démontrent que la transmission du paludisme peut être interrompue par cette méthode⁶⁶. La voie vers une possible éradication de la maladie est donc envisageable. C'est que va proposer la 8^e Assemblée mondiale de la santé à Mexico⁶⁷.

⁶⁴ OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°7*. Procès-verbaux et documents de la 5^e session de la Commission intérimaire (22 janvier- 7 février 1948) Genève, OMS, 1948, p. 254

⁶⁵ Mouchet (J), *Art. Cit.*, 1994, n°4, p. 257-263

⁶⁶ OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°176*. Vingt-deuxième Assemblée Mondiale de la Santé (Boston, Massachusetts, 8- 25 juillet 1969) Genève, OMS, 1969, p. 107

⁶⁷ La 8^e Assemblée mondiale de la Santé s'est déroulée à Mexico, du 10 au 27 mai 1955, voir OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n°63*. Huitième Assemblée Mondiale de la Santé (Mexico, 10-27 mai 1955), Genève, 1955, 471 p

La "politique d'éradication" théorisée dès 1955 a suscité beaucoup d'espoirs malheureusement déçus lorsque l'éventualité d'un échec se profile au fur et mesure de son application sur le terrain. Territoire d'endémie palustre et sous domination coloniale au moment du lancement de cette politique, la Côte d'Ivoire devrait faire partie à priori des zones bénéficiaires de cette "politique d'éradication". Mais, l'expérience dans la pratique a montré que cette "politique d'éradication" n'était pas d'application facile dans toutes les zones de forte endémicité. Comment la Côte d'Ivoire a-t-elle fait face à cette directive internationale et avec quels moyens ? Ou plus exactement comment s'est-elle adaptée à cette directive de l'OMS ? La réponse à ces questions occupera trois chapitres.

Le premier chapitre porte sur les raisons qui constituent le fondement de la "politique d'éradication" du paludisme en 1955. L'idée est de partir de la mise au point du DDT, nouvelle arme redoutable contre le vecteur du paludisme qui a fait ses preuves dans les expériences menées çà et là pour expliquer la justification du lancement dudit programme à l'échelle mondiale. Le programme global « d'éradication du paludisme » envisagée en 1955 sera ensuite analysé pour exposer non seulement les motivations de son expérimentation à grande échelle mais, aussi souligner ses limites qui ouvre la voie à une "politique de prééradication".

Le deuxième chapitre s'interroge sur l'application de cette politique en Côte d'Ivoire sous le prisme des conditions à réunir pour organiser un programme d'éradication. Dans cette analyse, on prend le parti d'affirmer que la politique d'éradication est impossible à mettre en œuvre en Côte d'Ivoire en raison de la conjugaison d'éléments défavorables qui tiennent pour l'essentiel en la faiblesse d'un système sanitaire en construction, donc embryonnaire.

Le troisième chapitre pose la problématique de l'alternative à la "politique d'éradication du paludisme" dans le contexte ivoirien. Dans cette perspective, il examine les mesures que les autorités ivoiriennes ont mises en œuvre en marge de la "politique d'éradication" pour faire face à cette pathologie. Comment se sont déclinées les mesures de lutte antipaludique entre 1948 à 1969 ?

CHAPITRE I :

Pourquoi la mise en œuvre d'une politique d' « éradication du paludisme » ?

C'est lors de la 8^e Assemblée mondiale de la Santé, tenue à Mexico du 10 au 27 mai 1955⁶⁸, que la décision a été prise de lancer la politique d' « éradication du paludisme »⁶⁹. Elle est l'aboutissement des actions entreprises depuis la mise au point du DDT et des possibilités nouvelles qu'offre cet insecticide dans la lutte contre le paludisme. L'engagement de l'OMS est sans faille : le soutien qu'elle apporte aux pays d'endémie palustre, les moyens logistiques, financiers et humains qu'elle offre et les opérations de démonstration de l'utilisation de l'insecticide qu'elle entreprend vont contribuer à donner du crédit à l'efficacité de ce produit. D'ailleurs, les expériences de l'utilisation du DDT avec des résultats qui vont au-delà des espérances des initiateurs et la crainte de voir se développer une résistance au DDT vont précipiter la mise en œuvre de "la politique d'éradication".

A la lumière des résultats tangibles, l'OMS accepte la proposition du Conseil Exécutif⁷⁰ qui lui demande d'élaborer un programme d'éradication du paludisme. Ainsi, l'Assemblée de la santé décide que : « L'Organisation mondiale de la Santé doit prendre l'initiative, fournir des conseils techniques et encourager les recherches et la coordination des ressources, dans la mise en œuvre d'un programme ayant pour objectif final l'éradication du paludisme dans le monde entier »⁷¹. Pourquoi l'OMS s'engage-t-elle dans une politique d'éradication ? L'éradication a-t-elle totalement répondu à l'attente de ses défenseurs ? Comment "l'éradication du paludisme" est-elle perçue par les paludologues à cette époque ?

⁶⁸ OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n°63, Op. Cit.*, Genève, 1955, 471 p

⁶⁹ Voir annexe 2, p. 533

⁷⁰ La proposition du Conseil Exécutif a été faite au cours de la quinzième session qui s'est tenue en janvier et février 1955, OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n°63, Op. Cit.*, Genève, 1955, p. 65

⁷¹ OMS, *La deuxième décennie de l'OMS : 1958-1967*, Genève, OMS, 1968, 474 p

La réponse à ses questions va s'articuler autour de trois centres d'intérêt. Le premier présente l'avènement du DDT comme l'amorce d'un espoir pour la disparition du paludisme de la planète ; le second analyse "la politique mondiale d'éradication" du paludisme comme un projet ambitieux mais controversé en raison même des contradictions qu'elle révèle au moment de son lancement (résistances au DDT et impossibilité de l'étendre à toutes les régions de la planète) et le troisième s'attache à discuter du réajustement proposé à cette politique ambitieuse, à travers l'élaboration d'une politique de prééradication à l'endroit des pays insuffisamment développés.

I. L'avènement de l'insecticide dichloro-diphényl-trichloréthane ou DDT : un nouvel espoir pour la disparition du paludisme ?

La mise au point du DDT a été l'aboutissement d'un long processus de recherche dans le domaine de la chimie. Ses propriétés insecticides ont été découvertes grâce aux travaux réalisés par Paul Muller au début de la Seconde guerre mondiale. Peu toxique pour les vertébrés et utilisable en milieu aquatique aussi bien que sur des supports minéraux et végétaux et même au sol, il répond à toutes les demandes en santé publique et même à celles de l'agriculture. Son introduction en santé va provoquer une véritable révolution dans la lutte contre les insectes en même temps qu'elle va susciter des craintes après son expérimentation.

Comment le DDT révolutionne la lutte contre le paludisme ?

La lutte contre le paludisme par la destruction des vecteurs, appelée aussi lutte antivectorielle, a traversé le cours de l'histoire où elle a connu plusieurs variantes dans son application. A l'origine pour s'attaquer aux causes du paludisme, l'on a eu recours non seulement à la lutte antilarvaire par l'application de larvicides comme le pétrole, le vert de Paris et le cyanure de cuivre, mais aussi aux mesures de contrôle des eaux où se formaient les gîtes larvaires et, même aux méthodes naturistes⁷². Ces moyens de lutte qui ont prouvé leur efficacité dans les centres urbains n'ont pas eu d'incidence sur les larves dans les zones rurales là- même où les populations vivent dans des endroits clairsemés.

Au fil des années, à la phase de la lutte contre les larves a succédé celle de la destruction des moustiques adultes au moyen d'insecticide au pyrèthre dans les régions

⁷² OMS, *Actes officiels de l'OMS n° 11. Op. Cit.*, 1948, p. 49

rurales. La valeur de cette méthode a été prouvée et des résultats satisfaisants ont été obtenus dans des pays comme l'Union Sud-africaine⁷³, l'Inde, les Pays-Bas et le Brésil⁷⁴. Toutefois, ce produit va très vite montrer ses limites : le pouvoir insecticide du pyrèthre est dépourvu de toxicité rémanente de sorte que son utilisation exige un temps beaucoup plus long et une périodicité s'échelonnant sur plusieurs jours voire plusieurs semaines selon le comportement des espèces d'anophèles vectrices. C'est d'abord en Amérique, pays classique de la lutte systématique contre les parasites, que la science et l'industrie chimique se sont mises à la recherche d'insecticides synthétiques capables de remplacer les produits végétaux ou minerais qui n'ont pas donné satisfaction. Par la suite, la science et l'industrie européennes vont s'activer à leur tour pour s'occuper davantage de ce problème⁷⁵.

Dans cette perspective, la découverte de l'action rémanente d'un nouvel insecticide, en 1939⁷⁶ en Suisse, a complètement modifié les méthodes de lutte contre les larves et les moustiques adultes. C'est presque à une révolution que l'on assiste pour reprendre les propos de V. REYNES, dans son introduction à une publication consacrée aux insecticides de contact :

La révolution dans les procédés traditionnels est venue avec la découverte et l'application d'insecticides de contact et à effet rémanent. L'imago, qui est la forme immédiatement dangereuse de l'insecte, a pu dès lors être pourchassée avec un succès si éclatant que la lutte antilarvaire est passée au second plan, comme doivent logiquement y passer aussi les autres moyens traditionnels de prophylaxie : ségrégation, vaccinations, chimioprophylaxie⁷⁷.

A cet effet, la période couvrant la Seconde guerre mondiale a été fructueuse dans le domaine des innovations, notamment par l'introduction de nouvelles armes de lutte contre le

⁷³ L'Union Sud-africaine a existé de 1910 à 1961. C'est l'Etat qui marque la création et l'indépendance du pays qu'est l'Afrique du Sud. L'Union Sud-africaine est créée, le 31 mai 1910, par l'unification de quatre colonies britanniques d'Afrique Australe : la colonie du Cap, du Transvaal, de l'Orange et du Natal.

⁷⁴ Ibid, p. 49

⁷⁵ Muller (Dr Paul), Histoire du DDT, (Les conférences du Palais de la Découverte) Paris, Les presses de l'imprimerie alençonnaise, 1948, 22 p

⁷⁶ Les travaux sur la découverte de l'insecticide ont, en réalité, commencé en 1872 lorsque l'étudiant strasbourgeois Othmar Zeidler a fait la synthèse du DDT en décrivant le produit dans sa thèse en 1874, sans chercher l'application pratique de sa découverte. C'est cette technique qui sera exploitée par l'équipe de chercheurs suisses dans laquelle se trouvait Paul Muller pour déceler les propriétés insecticides du nouveau produit, voir Pille (G), « Le DDT », Médecine Tropicale (Les insecticides de contact), 1952, vol.12, n°7, p. 802-831 ; Mouchet (J), « Le DDT en santé publique », Cahiers Santé, 1994, n°4, p. 257-262 ; Anonyme, Le DDT et la prophylaxie des maladies transmissibles par les insecticides, Insecticides Geygy, Paris, 1951, 61 p

⁷⁷ Reynes (V), « Introduction », Médecine Tropicale, vol. 12, n°7(spécial), 1952, p. 795-799

paludisme. Sous cet angle, la mise au point du DDT⁷⁸ est incontestablement est des éléments marquants de cette période en ce qu'elle élargit non seulement la gamme des moyens prophylactiques disponibles, mais aussi et surtout, elle permet d'entrevoir l'éradication du paludisme qui paraissait impensable voire impossible avant la guerre. Dose faible, forte puissance insecticide pour un coût de synthèse abordable... tels sont les paramètres positifs que les chimistes et les services sanitaires recherchent dans une molécule pour être rentable dans un contexte de lutte à grande échelle. Le DDT répond avec succès à toutes ces exigences et c'est pourquoi il a été utilisé contre les vecteurs du paludisme. Qu'est-ce que le DDT et qu'apporte-t-il réellement à la lutte contre le paludisme ?

L'un des apports les plus importants à l'hygiène et la prophylaxie générale est l'étude et la mise en application DDT dans la panoplie des moyens thérapeutiques. D'abord synthétisé en 1873 à Strasbourg par l'Autrichien Othmar ZEIDLER⁷⁹, il a fallu attendre 1939 pour que ses propriétés insecticides soient révélées par Paul Muller⁸⁰ au cours de ses recherches menées en vue de la découverte d'un produit de meilleure efficacité⁸¹. C'est en synthétisant des insecticides de contact capables de protéger les végétaux qu'il découvre, trois ans plus tard soit en 1939, que le diphényltrichloréthane possède une action insecticide de contact non négligeable envers les mouches, notamment un des dérivés p. p'dichlordiphényltrichloréthane, dont le caractère extraordinaire se trouve dans une durée d'action de premier ordre : ainsi est né l'insecticide idéal dont a rêvé Muller.

L'emploi du DDT comme insecticide est breveté par la firme suisse en 1939 et les produits ont été commercialisés sous plusieurs noms⁸². La valeur du DDT repose en effet sur

⁷⁸ Le DDT est une dénomination courante empruntée à la chimie : D= dichloro, D= diphényl, T= trichloréthane. Elle qualifie un produit complexe dans lequel on trouve plusieurs isomères dichloro-diphényl-trichlororétane mélangés à des résidus chlorés et sulfonés en faible proportion. Sans autre qualificatif, le DDT désigne le produit technique commercial, voir Pille (G), Art. Cit., p. 802-831

⁷⁹ Fils d'un pharmacien australien, il a fait des études de doctorat en chimie à Strasbourg et devient pharmacien plus tard.

⁸⁰ Paul Muller est né le 12 janvier 1899. Il a fait ses études à Bâle, puis a étudié la chimie à l'université de cette ville. C'est là qu'il prépare sa thèse de doctorat ès sciences sous la direction du professeur Fichter et l'obtient en 1925. C'est par la suite qu'il rentre au sein des laboratoires J.R. Geigy à Bâle où il se consacre aux recherches dans différents domaines, voir Muller (Dr Paul), Histoire du DDT, (Les conférences du Palais de la Découverte) Paris, Les presses de l'imprimerie alençonnaise, 1948, p. 1

⁸¹ Mouchet (J), Art. Cit., 1994, p. 257-262

⁸² Le DDT fut commercialisé sous les noms suivants : Néocide 50 qui est une poudre mouillable contenant 50% de substance active ; Néocide émulsion qui est un concentré pour émulsion dans l'eau ; Néocide mural, solution dans le pétrole prête à l'emploi ; Néocide poudre, poudre dont les qualités d'adhérence et d'homogénéité ont été particulièrement étudiées et Gyron, poudre flottante destinée à traiter les plans d'eau qu'elle rend inaptés à la vie

un grand nombre de qualités qu'on ne trouve réunis dans aucun autre insecticide. D'abord, il n'est pas toxique contrairement aux autres produits qui l'ont précédé (arséniate et vert de Paris), selon le Comité d'Experts du paludisme de l'OMS : « Le Comité a discuté des dangers que le DDT présente pour l'homme ; il réaffirme son opinion que le DDT, tel qu'il est couramment appliqué dans les pulvérisations à effet rémanent, est inoffensif pour l'homme et les animaux »⁸³ ; ensuite, il est polyvalent en ce sens qu'il agit sur un grand nombre d'insectes dangereux pour l'homme et les animaux domestiques ; enfin, il agit aux deux stades de la vie de l'insecte : larve et adulte ou imago.

Cette qualité lui confère une puissance inédite et permet d'entreprendre des actions de lutttes imagocides ou larvicides antimoustiques. Par ailleurs, l'efficacité incontestée du DDT est fondée sur deux propriétés principales : la première en fait un insecticide de contact au point où il suffit qu'un insecte entre en contact avec le produit pour que sa mort soit assurée. C'est un poison nerveux qui atteint les centres vitaux de l'insecte par le système nerveux périphérique provoquant une mort de l'insecte précédée de tremblements. Plus exactement, le simple contact des extrémités des pattes de l'insecte avec ce produit permet à la substance active de pénétrer dans le corps de l'animal à travers la cuticule de chitine⁸⁴. De là, grâce à son extrême solubilité dans les lipides de l'épicuticule, il provoque une paralysie progressive mortelle. Les surfaces imprégnées par des émulsions de DDT demeurent toxiques pour les moustiques durant plusieurs semaines ; la deuxième propriété est sa rémanence. Celle-ci est due à la grande stabilité chimique du dichloro-diphényl-trichloéthane réalisée pour chaque produit par l'emploi de solvants ou de supports spécialement étudiés.

Ainsi dans sa variété, le DDT convient aux traitements des murs lisses ou peints, aux parois brutes ou poreuses et aux poussières ou aux vêtements où peuvent se cacher et vivre les insectes.

C'est ce pouvoir rémanent et ce mode d'action par contact qui font des produits DDT, d'une part les meilleurs et les plus économiques, à l'emploi, et d'autre part des armes modernes pour lutter contre les insectes⁸⁵. Ces qualités reconnues aux DDT ont pu être vérifiées et certifiées à l'occasion de certaines expériences de terrain, à l'instar des essais

larvaire des moustiques, voir Anonyme, Le DDT et la prophylaxie des maladies transmises par les insectes, Paris, Insecticides Geigy, 1951, 61 p

⁸³ Anonyme, Op.Cit., 1951, p. 19

⁸⁴ Elle se présente comme une enveloppe dure externe qui recouvre tout le corps de l'insecte et le protège. Dans la composition de la cuticule se trouve la chitine, substance produite par l'insecte et qui, dans le règne animal participe à sa survie.

⁸⁵ Anonyme, Op.Cit., 1951, p. 20

réalisés tant aux Etats-Unis que sur les théâtres d'opérations dans le Pacifique⁸⁶. En raison de l'embargo japonais sur les quinquinas, le DDT apparaît comme la solution miracle. On peut noter ainsi qu'en 1944, Gahan a testé, aux Etats-Unis, les premiers traitements intradomiciliaires dans la vallée du Mississippi occasionnant la disparition des moustiques en une saison. La même technique se développe avec le même succès, en Europe méditerranéenne, au Venezuela puis, finalement, dans le monde entier. Dans le Pacifique, les Alliés déversent le DDT par avion sur les plans d'eau pour protéger leurs troupes des moustiques et du paludisme. De même, après le débarquement en Europe, c'est le DDT qui a maîtrisé les épidémies de typhus exanthématique de Naples puis dans des camps de concentration nazis après leur libération.⁸⁷

Après une période d'utilisation anarchique, l'usage du DDT a été codifié grâce aux travaux réalisés par les Comités d'experts de l'OMS, notamment le comité d'experts du paludisme et le comité d'experts sur les insecticides⁸⁸. Aussi, les traitements des plans d'eau sont-ils abandonnés au profit des aspersion intradomiciliaires dans le cadre de la lutte antipaludique. Le traitement des cours d'eau dont le but est d'éliminer les simules, vecteurs d'onchocercose est couronné d'un grand succès dans les années 50 en Afrique de l'Est, puis de 1968 à 1973 en Afrique de l'Ouest. Mais, c'est le programme global « d'éradication du paludisme » qui marque l'âge d'or du DDT. L'adoption et la codification du DDT par l'OMS comme principal insecticide de lutte contre le paludisme se sont opérées progressivement à mesure que se perfectionnent les connaissances relatives à la fabrication du produit d'une part et au fait que celui-ci ait déjà fait ses preuves d'autre part. L'implication de l'OMS dans la résolution des questions de santé mérite qu'on dise quelques lignes sur l'histoire de cette organisation et les missions qu'elle s'est assignée pour mieux comprendre la suite des développements qui sont faits dans cette thèse.

En effet, l'internationalisation de la lutte contre les pathologies est un héritage laissé par de nombreuses structures⁸⁹ qui ont vu le jour dans le courant du XIX^e siècle, et notamment la dernière en date, l'Organisation d'hygiène de la Société Des Nations (SDN).

⁸⁶ Duguet (J), Robion (J), « Désinsectisation, désinfection et dératisations des avions », La Médecine aéronautique, 1946, t. 1, n°4, p. 213-235

⁸⁷ Mouchet (J), Art. Cit., 1994, p. 257-262

⁸⁸ La création d'un comité d'experts des insecticides (appelé initialement sous-comité d'experts d'insecticides) est envisagée lors de la tenue de la deuxième session du Comité d'experts sur le paludisme organisé du 19 au 25 mai 1948 à Washington, voir OMS, Actes officiels n°11. Op. Cit., 1948, p. 50

⁸⁹ De nombreuses organisations internationales ont fait des problématiques de santé leur principale activité, à côté de celles qui ont en fait une activité secondaire. L'analyse portera notamment sur les premières dont est directement héritière l'OMS, en laissant de côté les autres.

Héritière des prérogatives de l'Organisation d'Hygiène dans un domaine aussi particulier, l'OMS va s'employer à poursuivre, conduire et accentuer ses actions avec plus ou moins de réussite. Pour Yves Beigbeder, la création de l'OMS a servi à corriger une insuffisance parce que les premières organisations ont vu le jour dans une perspective de protection des pays « civilisés » ; le combat de ces dernières contre les pathologies a consisté à établir un cordon sanitaire autour des nations développées⁹⁰. Avec l'OMS, ce cordon sanitaire s'étend à tous les pays signataires de la charte.

La proposition de convoquer une conférence internationale, pour créer une nouvelle et vaste organisation sanitaire, a été formulée lors de la conférence tenue par les Nations unies à San-Francisco en 1945. La conférence internationale de la santé, qui a été la première conférence convoquée par les nations-Unies s'est ouverte, le 19 juin 1946, à New-York. Elle a consacré la majeure partie de son temps à l'élaboration de la Constitution. Aux termes des semaines de travail, les discussions ont abouti à la signature de quatre Actes destinés à donner force légale aux décisions prises en vue de l'établissement de l'OMS⁹¹. Quant à la Constitution, elle a été signée, le 22 juillet 1946, à New-York ; elle entre en vigueur, le 7 avril 1948, lorsque le 26^e des 61 Etats membres signataires l'a ratifié⁹².

Pour réussir sa mission, elle s'est dotée de plusieurs organes aux missions et compétences variées. Le fonctionnement de l'Organisation est assuré par trois organes⁹³ : L'Assemblée de la Santé : c'est le premier des organes institués par la Constitution. Elle est composée de délégués représentant les Etats Membres. Ces délégués doivent être reconnus comme les personnalités les plus qualifiées par leur compétence technique dans le domaine de la santé. L'Assemblée de la Santé se réunit en session ordinaire annuelle et en autant de sessions extraordinaires que les circonstances peuvent l'exiger.

Les fonctions de l'Assemblée mondiale sont nombreuses : elle est chargée, entre autres, d'arrêter la politique de l'Organisation ; d'étudier et approuver les rapports et les activités du Conseil et du Directeur général. Elle peut aussi donner au Conseil exécutif et au Directeur général des instructions et des directives sur toute question urgente concernant la santé ; et crée toute commission nécessaire aux activités de l'Organisation. Enfin, elle étudie

⁹⁰ Beigbeder (Y), *L'Organisation Mondiale de la Santé*, Paris, Puf, 1995, p. 9-28

⁹¹ OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°9*. Rapport de la Commission intérimaire à la première assemblée mondiale de la santé, Genève, 1948, 95 p

⁹² Beigbeder (Y), Op. Cit., p. 9-28

⁹³ Voir Constitution de l'OMS : annexe 1, p. 515

des recommandations ayant trait à la santé, émanant de l'Assemblée générale, du Conseil économique et social, du Conseil de Sécurité ou de Tutelle des Nations Unies et fait des rapports à ceux-ci sur les mesures prises par l'Organisation en exécution des recommandations. L'Assemblée mondiale n'est pas la seule structure de l'OMS.

Le Conseil exécutif complète le tableau. Il est composé de trente-quatre personnes, désignées par autant d'Etats Membres. L'Assemblée de la Santé choisit, compte tenu d'une répartition géographique équitable, les Etats appelés à désigner un délégué au Conseil, étant entendu qu'au moins trois de ces Membres doivent être élus parmi chacune des organisations régionales établies. C'est l'organe exécutif de l'Assemblée de la santé. A ce titre, il doit veiller à l'application des décisions et les directives de l'Assemblée de la Santé. Il peut donner des avis consultatifs à l'Assemblée de la Santé sur les questions qui lui seraient soumises par cet organisme et sur celles qui seraient déferées à l'Organisation par des conventions, des accords et des règlements. Il autorise le Directeur général à prendre toute mesure d'urgence dans le cas d'événements exigeant une action immédiate. Il peut en particulier autoriser le Directeur général à prendre les moyens nécessaires pour combattre les épidémies ; participer à la mise en œuvre des secours sanitaires à porter aux victimes d'une calamité et entreprendre des études ou recherches sur l'urgence desquelles son attention aura été attirée par un Etat quelconque ou par le Directeur général. Le dernier organe institué est le Secrétariat.

Le Secrétariat comprend le Directeur général et le personnel technique et administratif nécessaire à l'Organisation. Le Directeur général est nommé par l'Assemblée de la Santé, sur proposition du Conseil et suivant les conditions que l'Assemblée de la Santé pourra fixer. Le Directeur général, placé sous l'autorité du Conseil, est le plus haut fonctionnaire technique et administratif de l'Organisation. Le Directeur général est de droit Secrétaire de l'Assemblée de la Santé, du Conseil, de toute commission et de tout comité de l'Organisation, ainsi que des conférences qu'elle convoque. Il peut déléguer ces fonctions. Le Directeur général nomme le personnel du Secrétariat conformément au règlement du personnel établi par l'Assemblée de la Santé.

Tout commence lors de la première session du comité d'experts sur le paludisme, organisée du 22 au 25 avril 1947, au Palais des Nations, à Genève⁹⁴. Au cours de cette session, les experts se sont félicités de l'avènement du DDT comme une nouvelle arme

⁹⁴ OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°8. Rapport de la Commission intérimaire à la première Assemblée Mondiale de la Santé, Genève, OMS, 1948, 68 p

puissante de lutte antipaludique, avant de se prononcer en faveur de son utilisation à grande échelle dans les campagnes de lutte non sans s'interroger sur son efficacité aussi bien contre les larves que contre les moustiques adultes⁹⁵. Par la suite, l'OMS, à travers sa Commission intérimaire, a adopté une résolution reconnaissant à l'Italie les efforts qu'elle déploie pour la suppression des anophèles de son territoire⁹⁶. De même, dans une autre résolution, la Commission invite les gouvernements des pays où le paludisme constitue un problème à prendre une série de mesures préventives et curatives, parmi lesquelles l'intensification de l'emploi des insecticides dans la lutte contre le paludisme⁹⁷.

Dans l'histoire de l'OMS et du DDT, l'année 1949 est considérée comme un tournant avec la tenue de la première session du comité d'Experts des insecticides⁹⁸, du 10 au 15 mai 1949, à Cagliari. Cette réunion a été l'occasion de préciser les missions du comité, mais encore plus, de fournir d'utiles renseignements techniques et des conseils à tous les utilisateurs du nouvel insecticide. Ce fut le point de départ de la codification de l'utilisation à grande échelle du DDT en santé publique⁹⁹. Par ailleurs, la décision d'en faire du nouvel insecticide le principal moyen de lutte antipaludique trouve son fondement dans son utilisation dans des grandes campagnes menées dans plusieurs régions du monde, lesquelles campagnes se sont révélées très convaincantes et prometteuses. En plus de tester l'efficacité du nouvel insecticide, les expériences ont sans doute servi aussi à fournir des arguments solides aux opposants à la stratégie "d'éradication mondiale" du paludisme avec l'utilisation du DDT. Pour ce faire, de nombreuses opérations de lutte sont lancées en plusieurs endroits du monde.

L'utilisation du nouvel insecticide en Afrique, le continent le plus impaludé a été lancée au même moment que dans les autres régions du monde. Que retenir de ces opérations

⁹⁵ OMS, *Comité d'Experts du paludisme. Rapport sur la première session*, Genève, Palais des Nations, 22-25 avril 1947, 23 p

⁹⁶ Cette résolution ne fait pas expressément mention de l'utilisation du DDT. Cependant, une source émanant des archives du service de santé des armées permet d'affirmer que c'est bien le DDT qui a été utilisé en Sardaigne pour faire disparaître les anophèles, voir OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°13 (1^e Assemblée Mondiale de la Santé, Genève du 24 juin au 24 juillet 1948), OMS, Genève, déc. 1948, p. 301 et AIMTSSA : Carton n° 230 : Données pratiques sur les campagnes antipalustres par le DDT (enseignement d'une mission en Italie) par le médecin Commandant TRINQUIER du corps de santé colonial, 25 p

⁹⁷ OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°13. Op. Cit., p. 306

⁹⁸ Ce comité d'experts des insecticides est chargé de déterminer les normes internationales pour les insecticides et leurs produits finis, d'encourager le développement, sur une base régionale, d'appareils-types de pulvérisations, et de s'occuper de toutes autres questions concernant l'emploi approprié des insecticides, voir OMS, Série de rapports techniques n°8. Op. Cit., 1950, p. 46

⁹⁹ OMS, Série de rapports techniques. *Comité d'experts des insecticides. Rapport sur la première session*, Cagliari, 10-15 mai, 1949, 50 p

de démoustication de grande envergure ? L'analyse qui suit porte sur quelques exemples significatifs d'expérimentation et qui ont contribué à la légitimer le choix du DDT¹⁰⁰.

L'application des méthodes de lutte par les insecticides à action rémanente¹⁰¹ a été testée avec plus ou moins de satisfaction dans plusieurs pays d'Afrique avec l'expérimentation de projet d'éradication des vecteurs du paludisme dans certains d'entre eux¹⁰² (Ilaro au Nigeria et en Ile Maurice)¹⁰³. La diffusion des résultats des campagnes expérimentales a fait l'objet d'une recommandation du Conseil Exécutif de l'OMS ; dans celle-ci le chef de la section s'est vu confié la charge de produire une publication sur les progrès de l'utilisation du DDT. En effet, cette demande peut laisser supposer qu'il s'agit d'une démarche tendant à dissiper les suspicions sur l'efficacité du produit et son acceptation par le monde médical même si le DDT a été accueilli avec un enthousiasme mesuré dans le cercle des paludologues. Car, il faut par-dessus tout réussir à faire admettre aux hygiénistes son action permanente et sélective sur les insectes. Ce qui n'était pas gagné d'avance pour la

¹⁰⁰ D'autres insecticides ont été couramment utilisés dans la lutte contre le paludisme à côté du DDT. C'est le cas de l'hexachlorocyclohexane ou HCH préparé par Faraday, en 1825, avant que sa structure ne soit déterminée, en 1836, par Peligot et Laurent¹⁰⁰. L'activité toxique de cet insecticide sera révélée, dès 1941, par A. Dupire qui étudiait les procédés de fabrication industrielle du HCH. Des essais biologiques dans les laboratoires de phytopharmacie et diverses stations expérimentales ont mis en lumière la valeur insecticide de l'HCH contre de nombreux insectes ravageurs des cultures et des parasites du bétail.

Comme le DDT, c'est un insecticide de contact. Il agit également comme toxique d'absorption et de plus comme toxique respiratoire, grâce à sa tension de vapeur relativement élevée. Cette dernière propriété lui permet d'être utilisée comme fumigant et d'agir contre les lentes des poux. Il possède également une action rémanente cependant moindre que celle du DDT. En revanche, et à l'instar du DDT, il traverse avec une plus grande rapidité, la cuticule des insectes à la faveur de solubilité dans les lipides et atteint le système nerveux, provoquant de violents tremblements suivis de paralysie et de mort. Au total, l'HCH, insecticide de découverte française n'a pas connu une place importante dans la prophylaxie des maladies endémiques. Son activité antiparasitaire n'en est pas moins remarquable, car le produit manifeste une action insecticide sensiblement plus grande dans la majorité de leurs applications, quand bien même son pouvoir rémanent reste moindre, voir OMS, Série de rapports techniques n°123. *Comité d'Experts du paludisme 6^e rapport*, Genève, OMS, 88 p ; Gallet (P), « Le HCH et autres insecticides chlorés », *Médecine Tropicale (Les insecticides de contact)*, 1952, vol.12, n°7, p. 832-847

¹⁰¹ Au moment de la mise en application de ces nouveaux moyens de lutte, plusieurs insecticides à base d'hydrocarbures chlorés avaient été mis au point et étaient disponibles ; les plus couramment utilisés étaient le Dichloro-diphényl-trichloroétane ou DDT ; l'hexachloro-epoxyoctahydrodi-méthano-naphtalène ou Dieldrine et l'Hexachlorure de benzène ou HCH, voir Vincke (I.H), « L'éradication du paludisme », *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 1961, n°2, p. 233-248

¹⁰² En l'absence de données disponibles, on peut penser que ces campagnes ont bénéficié du concours des experts paludologues de la Commission intérimaire de l'OMS à laquelle est dévolue toutes les missions des organisations sanitaires existantes avant la création de l'OMS. D'ailleurs, l'exploitation des résultats des campagnes pour les besoins de l'OMS en 1950 à des fins de justifications de l'efficacité du DDT ne peut que confirmer cette éventualité, voir Pampana (Dr E.J.), *Lutte antipaludique par les insecticides à action rémanente ; série de monographie*, n°3, Genève, OMS, 1951, 71 p

¹⁰³ C'est en 1949 que le projet d'éradication des espèces a été lancé en Île Maurice et à Ilaro au Nigeria avec des produits différents. Des détails sur ces deux projets sont donnés dans les pages suivantes : 49-50

lutte antipalustre collective qui se résumait essentiellement jusque-là en des mesures antilarvaires et chimioprophyllactiques. Que retenir alors des campagnes de démostication avant la prise en main par l'OMS des questions de santé publique internationale ?

L'Union Sud-africaine fait figure de précurseur en Afrique pour ce qui est de l'utilisation d'insecticides en aspersions intradomiciliaires. Elle constitue également une zone transition entre les mesures traditionnelles de lutte antilarvaire en Afrique et les pulvérisations intradomiciliaires à l'aide du DDT. La campagne d'utilisation a débuté, en 1944, avec une combinaison des méthodes antilarvaires associée au traitement des maisons par les insecticides à action rémanente. Les succès de cette campagne sont notables avec la disparition de la fièvre bilieuse hémoglobinurique et la régression spectaculaire des indices¹⁰⁴ spléniques et parasitaires¹⁰⁵. A Madagascar, dès le mois de septembre 1949, une campagne de grande envergure par la méthode rémanente a débuté avec le traitement de 165.000 habitations jusqu'en 1950 ; en Rhodésie du Sud¹⁰⁶, c'est par un plan biennal de lutte établi que l'application des insecticides a été testée. Lancées en septembre 1949, les pulvérisations ont été appliquées seulement aux habitations avec un intervalle de trois mois. Dès 1950, une diminution de la transmission a été constatée et confirmée par la baisse de du nombre de malades hospitalisés et par certains indices paludométriques et entomologiques¹⁰⁷. En réalité dans toutes ces régions, une nette amélioration de la situation du paludisme a été observée ; mais, dans des régions comme l'Ouganda, aucun changement appréciable n'a été constaté¹⁰⁸.

Au même moment, l'utilisation du nouvel insecticide a été élargie avec son application dans des projets d'éradication des vecteurs et deux exemples sont, à ce point,

¹⁰⁴ L'indice se définit comme un chiffre indiquant la proportion d'un évènement ou d'un nombre par rapport à un autre. C'est la mesure d'une certaine grandeur pour indiquer une grandeur d'un autre ordre. Ainsi, un indice splénique est le pourcentage de splénomégalie (hypertrophie de la rate) dans une tranche d'âge déterminée, le plus souvent de 2 à 9 ans. Plus exactement, il mesure la fréquence de l'augmentation du volume de la rate. Normalement, cet organe n'est pas palpable sous le rebord costal gauche. Son volume est augmenté en cas de paludisme et sera augmenté à chaque accès jusqu'à être senti à la palpation sous le rebord costal, atteindre l'ombilic et quelquefois le dépasser. C'est une méthode rapide, non coûteuse permettant d'établir un instantané de la situation paludique ; un indice parasitaire ou plasmodique est le pourcentage des sujets présentant des parasites dans le sang, sans ou avec manifestations cliniques, dans une tranche d'âge déterminée, le plus souvent de 2 à 9 ans. L'usage du mot « index » est souvent utilisé à la place d'indice.

¹⁰⁵ Pampana (Dr E.J.) « Lutte antipaludique par les insecticides à action rémanente », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1951, n°3, p. 557-619

¹⁰⁶ La Rhodésie du Sud correspond à la période durant laquelle le Zimbabwe actuel était une colonie britannique de 1870 jusqu'à son indépendance en 1980.

¹⁰⁷ Pampana (Dr E.J.), *Art. Cit.*, p. 561-562

¹⁰⁸ OMS, *Série de rapports techniques. Comité d'experts des insecticides, Op. Cit.*, 1949, p. 31

révélateurs, à savoir les projets lancés dans la localité d'Ilaro au Nigeria avec l'utilisation de l'HCH et en l'Ile Maurice avec l'usage du DDT.

Dans cette Île, le paludisme est la cause d'une très forte mortalité infantile dont le taux est maximum durant la saison paludéenne qui se situe entre février et mai et où se sévissent deux des vecteurs les plus dangereux du continent : anophèles gambiae et funestus. Une équipe de recherches désignée par le "Colonial Office" est arrivée au mois de novembre 1949 et avait pour mission d'y organiser une campagne visant à l'éradication du paludisme et si possible de ses agents vecteurs. Un recensement et un relevé topographique ont été organisés par le directeur des services médicaux en vue d'établir une carte du pays indiquant l'emplacement exact des villages et des habitations isolées. L'Île a été divisée en six districts, chacun doté de sa propre organisation et d'un centre de direction des opérations. Trois préparations d'insecticides à base de DDT¹⁰⁹ principalement à effet rémanent ont été utilisées dans les divers districts. L'application des insecticides (DDT ou BHC) a été faite à dose de 100 ou 200 mg par pied carré. Après un début modeste dans les districts, le 17 janvier 1949, les pulvérisations ont gagné peu à peu en ampleur et efficacité. L'objectif de la campagne consiste à traiter les parois intérieures de tous les locaux dans lesquels les moustiques adultes sont susceptibles de se poser, y compris les habitations, les lieux de culte, les entrepôts, les fabriques et les installations servant aux bêtes. Les résultats des pulvérisations ont été obtenus sur la base des études épidémiologiques (enquêtes portant sur les indices spléniques et parasitaires) et entomologiques effectuées avant et après les expériences de terrain¹¹⁰.

Au total, l'utilisation de la méthode rémanente, durant les mois de janvier à mai 1949, a donné de bons résultats non seulement du point de vue de la morbidité paludéenne, mais aussi de l'éradication d'anophèle funestus uniquement, alors que anophèle gambiae se montrait insensible. Cette campagne a contribué significativement à la réduction de la mortalité générale et de la mortalité infantile en 1949 par rapport aux années antérieures. Mais, si le DDT a permis de diminuer la nuisance d'anophèles funestus, il n'en est pas de même pour anophèles gambiae qu'il n'a pas été possible d'éliminer. Dès lors, l'explication

¹⁰⁹ En plus du DDT, un type d'insecticide connu sous le Gammexane (BHC) à 50% sous forme de poudre mouillable en suspension aqueuse a été utilisé, Dowling (Dr M.A.C), Rapport sur la situation sur le plan d'extirpation du paludisme dans l'Ile Maurice, Genève, OMS (Comité d'experts du paludisme), 1950, 11 p.

¹¹⁰ OMS, Série de rapports techniques n°38. Rapport de la Conférence en Afrique équatoriale 1950 (Kampala, 27 novembre-9 décembre 1950), Genève, Palais de Genève, 1951, p. 33-37

pourrait résider dans l'effet répulsif, au contact, de certains insecticides utilisés et dans la connaissance insuffisante des données sur la biologie d'anophèle gambiae.

Au Nigéria, c'est un plan d'expérimentation d'éradication des vecteurs en l'absence de barrières naturelles qui a été mis en œuvre, avec un double objectif : d'une part, étudier la possibilité pratique dans une « enclave », par des pulvérisations à effet rémanent, les deux principaux anophèles vecteurs que sont anophèle gambiae et anophèle funestus et, d'autre part, évaluer l'influence d'une interruption locale prolongée de la transmission du paludisme. A la différence de l'Ile Maurice, l'insecticide utilisé ici est le HCH pulvérisé tous les trois mois dans toutes les maisons y compris toutes les habitations situées dans un rayon de 5 km d'Ilaro. Les résultats des pulvérisations à effet rémanent sont évalués au moyen d'indices entomologiques et paludométriques. Ceux-ci ont montré à la fin de la deuxième pulvérisation une forte réduction d'anophèle funestus et jusqu'à 90% pour anophèles gambiae en l'absence d'éradication. On a également constaté que le pouvoir infectant des deux vecteurs a été ramené à zéro, l'objectif final étant de mesurer l'état sanitaire général d'une collectivité africaine vivant dans une région hyperendémique. En dehors de ces projets, il en existe beaucoup d'autres de moindre envergure dans presque tous les territoires du continent. Ces expériences sont réalisées dans les agglomérations urbaines de plus ou moins grande étendue, dans les zones périphériques des villes ou dans des régions industrielles¹¹¹.

Au total, la régression du paludisme consécutive à l'utilisation des insecticides DDT et, accessoirement l'HCH constitue un tournant majeur dans les perspectives de la lutte dans les zones de fortes endémicités comme l'Afrique. C'est une lueur d'espoir partagée par les participants et prise en compte lors des assises de la première conférence africaine sur le paludisme à Kampala en 1950. Ainsi, à propos de l'utilisation des insecticides à effet rémanent,

La conférence est d'avis qu'il est possible de réaliser une forte réduction de la transmission du paludisme due à anophèles gambiae, par l'application d'insecticides à effet rémanent dans les habitations humaines et dans les autres abris des moustiques ... et ... d'empêcher complètement la transmission du paludisme par anophèle gambiae dans certaines régions de hautes terres d'altitude supérieure à 1800 m et dans les régions où la transmission n'a lieu qu'au cours de périodes relativement brèves...¹¹².

¹¹¹ OMS, Série de rapports techniques n°38, Op.Cit., 1951, p. 33-37

¹¹² Ibid., p. 54-55

Ce faisant, la Conférence appelle à la nécessité d'entreprendre ou d'élargir des projets de lutte afin de déterminer l'effet des mesures imagicides¹¹³ dans des conditions particulièrement difficiles du continent africain. En somme, il paraît urgent de poursuivre les recherches sur l'efficacité des produits à disposition et évaluer leurs modes d'action, de tester la forme la plus efficace de l'insecticide et de sa préparation et de rechercher les problèmes connexes. Cette décision de la conférence est consécutive aux résultats de la lutte antipaludique au moyen d'insecticides à effet rémanent testée auparavant dans certaines régions d'Afrique par une « méthode simple, directe, économique, efficace et rapide pour prévenir la transmission du paludisme »... et capable « de détruire de nombreux insectes vecteurs de maladie et elle est facilement acceptée par les populations africaines »¹¹⁴. Les autres régions du monde fortement impaludées ne sont pas en reste.

En Amérique latine, les campagnes ont concerné les pays les plus touchés par le paludisme : à savoir Argentine, Bolivie, Brésil, Mexique, Pérou et Venezuela¹¹⁵. L'utilisation du DDT dans ces campagnes de lutte contre le vecteur du paludisme a permis de faire baisser l'indice parasitaire, de réduire considérablement la population anophélienne et de protéger les populations. Par exemple, au Venezuela, l'indice splénique qui était de 98,6% en 1945 est tombé à 15,5% en 1949. Au final, les pulvérisations intradomiciliaires ont enregistré des résultats encourageants dans cette partie du monde où le paludisme présente une très grande hétérogénéité de même qu'une grande endémicité. C'est la preuve que le nouvel insecticide pourrait constituer réellement l'arme redoutable tant attendue.

Tout comme dans ces zones tropicales de l'Amérique latine, les régions de l'Asie comme le Ceylan et l'Inde notamment ont expérimenté la lutte au moyen du DDT aussi bien dans les zones urbaines que rurales. Là aussi on a constaté la diminution de l'indice du paludisme, qu'il s'agisse de la régression de la mortalité infantile, de la morbidité générale ou de l'indice parasitaire. Aux Etats-Unis, l'action du DDT a été testé dans 13 états considérés

¹¹³ C'est un terme emprunté au vocabulaire zoologique qui signifie lutte contre les insectes imagos ou insectes à métamorphoses.

¹¹⁴ OMS, Série de rapports techniques n°38, Op.Cit., p. 31

¹¹⁵ En Argentine, les campagnes ont commencé en 1947 et se sont poursuivies jusqu'en 1949 ; en Bolivie, c'est en 1946 avec l'implication du Service spécial de prophylaxie ; c'est au Brésil que le programme le plus étendu a été lancé entre 1947 et 1949 ; dans l'Equateur, les insecticides à action rémanente ont été utilisés entre 1949 et 1950 ; au Mexique, Pérou et au Venezuela, les opérations se sont étendues entre 1946 et 1948, voir Pampana (Dr E.J.), Lutte antipaludique par les insecticides à action rémanente. Résultats des campagnes, Genève, OMS, 1951, p. 66-70

comme fortement impaludés. Dès 1945, le Communicable Disease Center du US Public Health Service envisage la possibilité de réduire la transmission de la maladie afin qu'elle n'existe plus comme un problème de santé publique. Quatre ans après, l'objectif est atteint car le taux de mortalité paludéenne a été réduit à portion congrue passant de 12,6% en 1933 à 0,4% en 1948.

En Europe, seuls quatre pays (Grèce, Italie, Portugal et Yougoslavie) ont lancé des campagnes fondées sur l'emploi des insecticides à action rémanente. Des pays où le paludisme constitue un problème de santé publique de premier ordre. De ce point de vue, les résultats des campagnes étaient attendus avec beaucoup d'empressement. En effet, les pulvérisations ont été réalisées entre 1944 et 1948 et des données spectaculaires relevées montrent une amélioration de la situation du paludisme après les campagnes prophylactiques. Ainsi, en Grèce les vies humaines ont été épargnées et les rendements des activités agricoles ont augmenté. Dans les autres, on a connu une situation similaire avec une baisse de la morbidité, de la létalité et de la mortalité due essentiellement à l'usage des insecticides DDT.

Les résultats concluants obtenus, grâce au DDT dans la prophylaxie des maladies transmises par les insectes et principalement le paludisme sont remarquables. Ils dépassent largement les espoirs que ce produit a suscités. Avec les insecticides DDT, c'est un moyen supplémentaire qui s'ajoute à la longue liste des thérapeutiques de lutte contre les insectes nuisibles. Désormais, la lutte imagocide (contre les moustiques adultes) a supplanté la lutte antilarvaire et ouvre de nouveaux espoirs quant à la fin du combat contre l'endémie palustre. Au-delà de ces succès qui ont été déterminants dans le choix de la "politique d'éradication", l'utilisation du DDT comme principal moyen de lutte contre les vecteurs du paludisme pose de réelles difficultés qui rendent problématique son usage à grande échelle dans le cadre de ladite politique. Ces difficultés qui sont susceptibles de complexifier la lutte ont sans doute rendu plus difficiles les campagnes de démoustication.

Une efficacité contrastée et porteuse d'inquiétudes

Si l'efficacité du DDT demeure incontestable au regard de ce qui précède, il n'en demeure pas moins vrai que des faits réels ou supposés signalés après son utilisation risquent d'enrailler la machine dévastatrice qui se lance à la conquête des zones impaludées. La situation si singulière du continent africain du point de vue épidémiologique et les facteurs inhérents à l'utilisation du DDT, en termes de matériels logistiques constituent des difficultés qu'il faut sans doute réussir à surmonter pour garantir le succès de l'utilisation des insecticides.

La première difficulté à résoudre est la situation particulière de l'Afrique qui suscite des interrogations au sein des réunions internationales, notamment au cours de la première conférence sur le paludisme tenue en terre africaine, en 1950. Celle-ci est liée à la nature de *anophèle gambiae* réputé très difficile à traiter alors que ce vecteur est le plus répandu et le plus dangereux en Afrique. Ce constat est ressorti des conclusions issues des assises de la conférence de Kampala où les questions sur les méthodes de lutte antipaludiques par les insecticides à effet rémanent et l'éventualité de l'application de "la politique d'éradication" dans cette région du monde n'ont pas été tranchées. En effet, l'éradication du vecteur le plus dangereux de cette zone – *anophèle gambiae* - au moyen des seules mesures de pulvérisations au DDT n'a pas produit les résultats escomptés, occasionnant par la même occasion, le recours à des mesures antilarvaires, comme c'est le cas à Ilaro (Nigeria) et en Île Maurice.

Dans le même ordre d'idée, en Ouganda, un projet expérimental de moindre envergure a été lancé, sans donner non plus de résultats appréciables. Dans ce dernier cas, cette situation a été attribuée au mouvement des populations à destination et en provenance des régions voisines où aucune mesure de lutte n'a été prise face à l'afflux de moustiques infectés provenant de ces régions. En clair, l'étendue des zones à traiter, la migration des populations d'une frontière à une autre et le manque de coordination dans ces opérations de pulvérisations ont provoqué la réinfestation des régions auparavant traitées.

C'est pourquoi, les participants à la conférence de Kampala sont d'avis que dans les régions urbaines du continent, une association des mesures larvaires dans le cadre de l'assainissement général et des mesures imagocides paraît indispensable dans les campagnes

de lutte contre le paludisme. Ce faisant, il paraît difficile d'indiquer des méthodes-types à appliquer en Afrique car : « La diversité des caractères dans ce continent est telle que chaque projet devrait être spécialement conçu pour faire face à une situation particulière et pour y parer de la manière la plus satisfaisante et la plus économique »¹¹⁶.

De plus, une opinion de plus en plus répandue exprime une certaine réticence face au principe même de la lutte contre le paludisme en terre africaine. La question qui se pose est de savoir si une action intempestive n'allait pas supprimer la précieuse immunité que les Africains ont acquise au cours des siècles, car il est démontré que l'adulte africain vivait en bonne harmonie avec son parasite en raison d'une relative immunité acquise dès la naissance¹¹⁷.

Mais, la menace la plus sérieuse vient des cas de résistances observées avec l'utilisation du DDT qui pourrait constituer un obstacle au progrès de l'éradication. La résistance désigne l'accroissement de la tolérance vis-à-vis des insecticides manifestés par une souche d'un insecte donné, par rapport à la sensibilité originale de l'espèce. On distingue deux principaux types de résistance aux insecticides : la résistance physiologique qui dénote une plus grande aptitude à survivre au contact d'un insecticide et la résistance de comportement qui est due à un changement d'habitudes chez le moustique, lequel évite ainsi la contamination par une dose létale de l'insecticide. Si la dernière citée ne compromet pas forcément la réussite d'une campagne d'éradication, ce n'est pas le cas de la première qui inquiète sérieusement les paludologues. Les exemples cités ici se rapportent aux deux cas.

La menace est tellement imminente que dans le document final de la réunion de la 4^e session du comité d'experts sur le paludisme¹¹⁸, le rapport souligne le « nombre croissant de souches d'insectes de diverses espèces qui se révèlent résistances au DDT, à l'HCH, au Chlordane et à la Dieldrine, produits qui, maintenant, risquent de ne pas assurer la destruction des mouches domestiques »¹¹⁹. Mais, à la date de rédaction du rapport (1950), aucune espèce du genre anophèles n'a encore manifesté de résistance notable aux insecticides, mais il n'est pas exclu qu'avec l'existence des espèces de *Culex* et d'*Aedes* résistantes, des cas similaires

¹¹⁶ OMS, Série de rapports techniques, n°38. Op. Cit., p. 31

¹¹⁷ Vincke (L.H), « L'éradication du paludisme », Annales de la Société belge de Médecine Tropicale, 1961, n°2, p. 233-248

¹¹⁸ OMS, Série de rapports techniques n°39. Rapport sur la quatrième session (Kampala, Ouganda, 11-16 décembre 1950), Genève, Palais de Genève, avril 1951, 34 p

¹¹⁹ Ibid., p. 16

se développent avec les autres vecteurs du paludisme. Et justement la crainte de voir se multiplier les cas de résistance surtout de l'anophèle le plus dangereux -anophèles gambiæ- suscite des inquiétudes car il peut être porteur de grande menace sur l'avenir du projet "d'éradication du paludisme" en préparation.

C'est précisément en 1951 seulement qu'il est fait cas d'une résistance chez les anophèles vecteurs du paludisme : et c'est en Grèce avec anophèle sacharovi après six années d'exposition au DDT que cette résistance a été mise au jour. Celle-ci n'a cessé de s'accroître, à tel point que dans de nombreuses régions de la Grèce, les pulvérisations de DDT à action rémanente ne suffisent plus à combattre le paludisme. Des insecticides apparentés donnent lieu également à des phénomènes de résistance au même moment où d'autres variétés d'anophèles deviennent résistantes¹²⁰. Avant le lancement de la campagne d'éradication du paludisme des cas de résistance ont été signalés çà et là, notamment aux Etats-Unis où une résistance des culicinés aux hydrocarbures chlorés a été observée en 1950.

La deuxième difficulté est la problématique liée à la nature des produits utilisables qui se présentent sous différentes formes rendant encore plus difficile leur usage pour des personnes dépourvues de formation préalable. Commercialisés sous diverses formes, ils répondent chacun à un besoin avec leur formule constitutive adaptée aux exigences variées liées à la destruction des insectes. Suivant les cas, on a recours à cinq produits majeurs¹²¹ qu'il faut savoir doser pour obtenir des résultats escomptés.

Dans son déroulé, la première conférence africaine sur le paludisme, tenue à Kampala (Ouganda) du 27 novembre au 9 décembre 1950, s'est davantage penchée sur l'utilisation des insecticides sur le continent à la lumière des projets et des opérations de pulvérisations en cours. Elle a fait des recommandations pertinentes sur les combinaisons des produits qui peuvent garantir un succès dans la perspective de l'usage à grande échelle des

¹²⁰ OMS, *L'organisation mondiale de la santé et l'éradication du paludisme*, Genève, OMS, 1956, p. 5

¹²¹ Le DDT se présente sous plusieurs formes : la poudre mouillable à forte concentration ou NEOCIDE 50. Présentée sous la forme d'une poudre blanche à diluer dans l'eau, elle est mouillable pour donner avec les eaux, même dures, une suspension qui « tient ». La durée de l'action insecticide de NEOCIDE 50 dépend de la quantité de substance active appliquée ; en émulsion, il s'emploie en mélange à l'eau à la dose d'un litre de concentré pour 3 litres d'eau, en pulvérisations sur les murs, les parois, les fumiers, etc. Il s'utilise sur les vêtements et les couvertures contre les poux, sur des surfaces et dans les eaux de mares à des doses variables ; le Néocide mural est une solution prête à l'emploi offrant toutes les garanties d'une fabrication contrôlée chimiquement et biologiquement. Le produit se présente sous forme de liquide incolore à très faible odeur de pétrole et ne tache pas les murs ; le Néocide poudre se présente sous de forme de poudre blanche, tenace et inodore. Il sert au poudrage des individus et de leurs vêtements pour la destruction simple et rapide de la « vermine ». Son emploi dans la prophylaxie des maladies à poux et de la peste, est connu, voir Anonyme, *Insecticides GEIGY*, Paris, 1951, 61 p

nouveaux insecticides. Ainsi, à l'issue des exposés sur les différentes formules des insecticides à action rémanent qui ont été utilisés en Afrique, les préparations recommandées par les experts suivant les expériences acquises sur le terrain sont les suivantes : pour le DDT, les paludologues spécialistes du continent sont généralement d'avis que la lutte par l'emploi des poudres mouillables est plus économique que l'utilisation des solutions ou des émulsions, avec l'inconvénient qu'il est plus difficile de maintenir la suspension homogène pendant toute la durée de la pulvérisation ; ce qui est la cause de quelques-uns au moins des échecs qui sont constatés à la suite de l'emploi de cette méthode. Pour l'insecticide HCH, d'une façon générale, on ne l'emploie que sous forme de poudre mouillable. On lui reproche son odeur et la corrosion qu'il provoque sur le matériel de pulvérisation¹²².

A l'instar de la diversité des produits disponibles et en fonction de leur utilisation, les appareils pulvérisateurs présentent plusieurs particularités. Et la question n'est pas sans importance puisque les qualités requises pour l'appareillage sont primordiales quant au résultat final des pulvérisations. Deux catégories d'appareillage sont disponibles dans le commerce : il y a un appareillage de petit et moyen gabarit avec des pulvérisateurs à usage domestique à petit débit et des pulvérisateurs à débit beaucoup plus important utilisés par les services de désinsectisation. En tout état de cause, les résultats des pulvérisateurs sont tributaires des caractéristiques des appareils utilisés¹²³.

Avec l'avènement de ce nouvel insecticide, la voie est désormais toute tracée pour lancer la "politique d'éradication" qui sera effective lors de la mémorable Assemblée mondiale de l'OMS de 1955, sans pour autant avoir résolu toutes les difficultés inhérentes à son utilisation.

¹²² Cambournac (Dr F.J.C), Rapport sur le paludisme en Afrique équatoriale, OMS, Genève, 1950, p. 43

¹²³ Des études réalisées sur la question de l'appareillage montrent que la qualité du résultat des pulvérisations dépend très largement de la qualité et de la nature des appareils. En pratique, l'appareil doit être d'une utilisation facile pour les pulvérisateurs que ce soit sur de petites surfaces ou les grandes qui, elles, nécessitent la mobilisation d'une logistique appropriée comme les avions et les hélicoptères. D'où, la nécessité d'organiser des formations suivies de campagnes de démonstrations à l'endroit de tout utilisateur possible, voir Reynes (V), Trinquier (E), Cros (R), « Etude pratique des insecticides de contact », Médecine Tropicale, 1952, vol.12, n°7 (spécial), p. 889-911

II. La politique d' « éradication du paludisme » en 1955 : un projet ambitieux mais controversé ?

L'adoption par la Huitième Assemblée Mondiale de la Santé de la politique d'éradication du paludisme, le 26 mai 1955¹²⁴, comme stratégie nouvelle de la lutte contre cette endémie pour le futur, est l'aboutissement d'un processus mêlant doutes et espoirs. Quelles sont les origines de cette politique d'éradication ? S'agit-il d'une stratégie véritablement réalisable ou d'un simple slogan d'une organisation – en l'occurrence OMS – vis-à-vis de laquelle les attentes sont nombreuses ? Et quel bilan peut-on faire de sa mise en application avant sa remise en cause et finalement son abandon au début de la décennie 70 ?

Origines et mis en œuvre de la politique d'éradication

La période qui de 1939 court jusqu'à 1947 a été marquée par des événements qui vont impacter les perspectives de la lutte contre l'endémie palustre. La Seconde Guerre mondiale qui s'est étalée sur cinq ans, soit de 1939 à 1945, a eu pour effet d'intensifier la morbidité et d'accroître la mortalité dues au paludisme dans de nombreuses régions du monde. De façon plus générale, elle a causé d'innombrables ruines et compromis la santé de millions d'êtres vivants. Si la guerre a occasionné cette situation désastreuse, la fin des hostilités va, au contraire, ouvrir la voie à d'immenses progrès dans le domaine des sciences et de la technique applicables à la médecine et à l'hygiène.

Concrètement, la fin de la guerre va donner un coup d'accélérateur à une série de campagnes de lutte antipaludique sous forme expérimentale dans de nombreux pays en proie à l'endémie. Ce coup d'accélérateur inattendu est consécutif au brin d'espoir né de la mise au point, en 1939, du DDT et de son utilisation à grande échelle à des fins prophylactiques. Mais, c'est surtout le bilan positif tiré des premières campagnes de pulvérisations qui va décider l'OMS à autoriser et encourager la généralisation de l'emploi du DDT d'abord, comme l'une des possibilités offertes dans la lutte, ensuite, comme l'arme principale et le symbole de l'éradication du paludisme lancée, en 1955. Si des essais de pulvérisations ont eu

¹²⁴ OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°63. Huitième Assemblée Mondiale de la Santé (10-27 mai, Mexico), OMS, Genève, p. 31

lieu un peu partout dans les zones de forte endémicité, c'est surtout la réussite des campagnes en Amérique, en Italie et en Grèce citées en exemple dans les nombreuses sources¹²⁵ qui va faire naître de réels espoirs.

Avant la création de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1948, la Commission intérimaire de l'Organisation mondiale de la Santé¹²⁶ a reconnu l'importance du problème posé par le paludisme et la nécessité de prendre des mesures immédiates et efficaces dans l'optique d'une réponse à la maladie. C'est ainsi qu'un organe technique, appelé Comité d'Experts sur le Paludisme est créé, en 1947, en remplacement du Comité du Paludisme de la Commission intérimaire de l'OMS. Celui-ci est chargé désormais de « donner des avis consultatifs à la Commission intérimaire et de présenter à l'Assemblée mondiale de la Santé des recommandations concernant la création d'un Comité du paludisme... »¹²⁷, dans le cadre des stratégies à arrêter et à vulgariser. Lors des premières séances du Comité d'experts, tenues du 22 au 25 avril 1947, à Genève, les experts ont formulé des suggestions au sujet des expériences à entreprendre en vue de l'utilisation de deux nouvelles armes dans la lutte antipaludique : les remèdes synthétiques et surtout l'insecticide DDT. Pour eux, « La pulvérisation du DDT offre, enfin, un moyen de lutter contre le paludisme dans de nombreuses régions moyennant une dépense qui ne dépasse pas les capacités économiques des populations... »¹²⁸. Cette disposition va avoir un écho favorable dans les zones les plus impaludées de la planète, de sorte que même les autorités sanitaires des territoires autonomes ou sous domination coloniale vont se l'approprier très rapidement. Pour sa part, le directeur du Service de Santé Colonial, le médecin-général inspecteur Marcel Vaucel affiche une posture qui marque sa totale adhésion à cette nouvelle donne dans des propos sans équivoque. C'est pourquoi dans sa correspondance, datée du 30 novembre 1947, adressée à ses

¹²⁵ Pour une étude plus détaillée et plus approfondie sur cette question, voir OMS, Série de rapports techniques n°357. *Comité d'Experts du paludisme* 13^e rapport, Genève, OMS, 1967, p. 6-15 ; OMS, Série de rapports techniques n°123. *Comité d'Experts du paludisme* 6^e rapport, Genève, OMS, p.4-7 ; OMS, *Adoption d'une politique d'éradication du paludisme*, sd, OMS, Genève, 3 p

¹²⁶ La Commission Intérimaire de l'Organisation Mondiale a été créée le 22 juillet 1946 à l'occasion de la tenue de la Conférence Internationale de la Santé qui s'est déroulé, du 19 juin au 22 juillet 1946 dans le cadre des travaux préparatoires précédant la naissance de l'OMS. Composée de 18 Etats, elle assumera ses charges jusqu'à l'entrée en vigueur de la Constitution de l'OMS. Ces tâches consistent en la préparation du travail de la mise sur pied de l'organisation, à la reprise des fonctions des organisations internationales et éventuellement à la solution des problèmes sanitaires urgents. Elle devait cesser ses fonctions dès la tenue de la première Assemblée mondiale de la Santé.

¹²⁷ OMS, *Comité d'Experts sur le paludisme*. (Extrait du rapport sur la 1^e session (22-25 avril 1947), Genève, OMS, p. 2

¹²⁸ Ibid., p. 4

collaborateurs¹²⁹ dans les colonies, il lève le voile sur ses attentes relativement à l'utilisation du nouvel insecticide,

L'OMS¹³⁰ a vu son attention attirée sur les possibilités nouvelles offertes, dans la lutte contre le paludisme, par les nouveaux médicaments antipaludéens et les insecticides du type DDT. Si les premiers n'en sont encore qu'au stade de l'expérimentation, il n'en est pas de même du DDT qui, singulièrement en ce qui concerne la lutte antipaludique, a été largement utilisé dans des campagnes de grandes envergures comme celles menées en Grèce et en Italie au cours de ces dernières années.¹³¹

La Commission intérimaire de l'OMS y souscrit entièrement et ses actions vont s'inscrire dans la droite ligne de l'action internationale déjà en cours contre le paludisme et portée successivement par l'Office Internationale d'Hygiène Publique, l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations et l'Administration des Nations Unies pour les Secours et la Réhabilitation (UNRRA). Désormais, il s'agit pour les autorités sanitaires d'impliquer encore plus l'Organisation dans l'élaboration des stratégies et dans la réalisation des actions concrètes ; et celles-ci passent nécessairement par la mise en œuvre d'un programme international de lutte contre le paludisme, comme cela est recommandé fort justement dans un rapport de la Commission intérimaire de la Première Assemblée mondiale de mai 1948¹³².

Le choix porté sur le DDT comme insecticide dont l'utilisation est fortement recommandée sera au centre des débats lors de la première Assemblée mondiale de l'OMS dans des termes qui incitent, cependant, à la prudence¹³³. Cette prudence se justifie par les nombreuses inquiétudes soulevées au cours des discussions portant sur l'applicabilité du nouvel insecticide et sur l'état des connaissances sur cette nouvelle arme jugée « fragmentaires et insuffisantes »¹³⁴. Une posture, d'ailleurs, perceptible dans toutes les déclarations et publications relatives à l'utilisation des insecticides de même que dans certains

¹²⁹ Il s'agit des Hauts Commissaires, des gouverneurs généraux, gouverneurs des colonies, commissaires de la Républiques, Préfets et chefs de territoire.

¹³⁰ Avant que l'OMS ne soit fonctionnelle, c'est la Commission intérimaire de l'Organisation Mondiale de la Santé qui avait le pouvoir d'agir en cette qualité avant l'entrée en vigueur de la Constitution de l'OMS. Celle-ci n'est effective qu'après les ratifications attendues des membres de l'Organisation des Nations Unies.

¹³¹ AIMTSSA, Archives Carton 230 : Affaires diverses.

¹³² OMS, *Actes officiels de l'OMS, n°10. Rapport de la Commission intérimaire à la première Assemblée mondiale de la santé (partie II)*, Genève, OMS, 1948, p. 5-6

¹³³ La proposition de résolution dont il est question a fait l'objet d'échanges intenses entre le rapporteur, docteur AMYOT du Canada et les membres du Comité d'Experts. Face aux enjeux que cette question soulève, lesquels ont d'ailleurs été diversement exposés par les participants, il a été décidé de renvoyer la question au Conseil Exécutif de la Commission intérimaire pour décision. Toutefois, il est certain que la décision d'utiliser le DDT dans la lutte contre le paludisme ne souffre plus d'ambiguïté.

¹³⁴ OMS, *Comité d'Experts du paludisme, 5^e rapport*, Genève, OMS, 1953, p.1-10

documents de travail et d'information produits par les experts de l'OMS¹³⁵. Au cours des débats sur la proposition de résolution du comité d'experts, c'est sur l'expérience de la ville de Sardaigne en matière de lutte contre le paludisme avec le DDT que les discussions vont porter¹³⁶. Historiquement, cette région de l'Italie a fait l'objet d'une campagne d'expérimentation sur l'éradication du paludisme au lendemain de la Seconde Guerre mondiale.

De fait, l'Italie fait partie des pays qui, les premiers, ont entrepris très tôt d'expérimenter la lutte contre le paludisme au moyen du DDT. Dans ce pays, le paludisme est une réalité ancienne qui remonte à l'époque de la République romaine. C'est donc un terreau favorable à une expérimentation¹³⁷ et dont on attend, certainement beaucoup, pour la suite à donner à la lutte. Tout commence précisément, en 1946, quand la Fondation Rockefeller a entrepris en Sardaigne un programme visant l'éradication totale de la maladie dans la région avec l'utilisation du DDT¹³⁸. Le but ultime de cette opération vise à faire disparaître les anophèles et, par la même occasion, le paludisme. Pour ce faire, la mise en œuvre de ce programme a nécessité l'utilisation de deux moyens de lutte : la lutte antiadulte et la lutte contre les anophèles larvaires ou lutte antilarvaire. Cette campagne pour l'éradication du paludisme, qui a nécessité la mise en place d'une équipe spécialisée, a bénéficié de

¹³⁵ A ce sujet, le 5^e rapport du Comité d'experts du paludisme tenu à Istanbul du 7 au 12 septembre 1953 est suffisamment édifiant sur cette prudence observée par les autorités médicales de l'époque, voir OMS, Op. Cit., 5e rapport, 1953, p.1-10

¹³⁶ Lors de la première Assemblée mondiale de la santé, tenue à Genève du 24 juin au 24 juillet, la Commission Intérimaire a recommandé à l'Assemblée d'adopter la résolution sur la campagne menée en Sardaigne en ces termes : « ...elle reconnaît le droit au gouvernement italien d'appliquer à ses frais, des mesures de désinsectisation, indépendamment de celles qui sont exigées par les conventions sanitaires internationales existantes... elle charge le directeur général de signaler à l'attention de tous les membres l'intérêt que l'Assemblée porte aux efforts déployés par le Gouvernement italien en vue de débarrasser la Sardaigne des anophélins et d'empêcher leur réintroduction dans cette île ; et de recommander la coopération la plus complète possible de la part de tous les membres », OMS, *Actes officiels de l'OMS, n°13. Première Assemblée Mondiale de la Santé*, (24 juin-24 juillet 1948), Genève, OMS (Palais des Nations), 1948, 398 p

¹³⁷ C'est en Italie que commence, déjà en 1944, une des premières expériences de lutte antipaludique par le DDT à action rémanente. En 1946, l'UNRRA applique la méthode à plusieurs zones impaludées ; et en cette même année, le Gouvernement italien décida de mettre à exécution un plan quinquennal destiné à vaincre le paludisme dans toutes les régions endémiques du pays. Ce plan exclut la Sardaigne et l'île d'Elbe qui vont plutôt bénéficier d'une campagne tournée vers l'éradication du paludisme et des espèces anophéliennes vectrices, voir Pampana (Dr E. J.), *Lutte antipaludique par les insecticides à action rémanent : résultats des grandes campagnes ; série de monographie n°3*, Genève, OMS, 1951, 71 p

¹³⁸ AIMTSSA, Archives Carton n° 230 : Affaires diverses : Médecin Lieutenant-Colonel Bernard (P), *Rapport de mission à Rome et Cagliari*, (mai 1948), Paris, 1948, 10 p

l'assistance d'un organisme spécial créé à cet effet et composé de 10 membres dont un chef de service entomologique et un médecin traitant¹³⁹.

Dans sa réalisation, la campagne a commencé par un travail préparatoire où des études de cartographie et d'entomologie sont élaborées avant que des techniciens de pulvérisation soient lancés sur le terrain. Comment s'est déroulée la lutte sur le terrain ? Les opérations de pulvérisations en Sardaigne en vue de l'éradication ont été multiformes et ont mobilisé beaucoup de moyens logistiques appropriés. Concrètement, on note que la lutte contre les moustiques adultes a consisté à peindre l'intérieur des maisons au DDT en solution à 5% dans le pétrole en injectant la poudre sur les parois lisses des habitations. Pour les parois poreuses, la poudre mouillable est diluée dans l'eau à 0,5% de produits actif et deux couches sont nécessaires au lieu d'une pour garantir son efficacité.

Limitée dans le temps, la campagne débute en hiver et se termine en février, date des premières pontes des anophèles dans le sud de l'île. Une fois cette première étape réalisée, tout l'effort doit désormais porter sur la seconde phase, à savoir la lutte antilarvaire, commencée aussitôt achevée la première phase. Au cours de cette seconde étape, l'agent de lutte antilarvaire pulvérise sur les gîtes à larves du DDT en solution à 5%, à l'exception des régions ne pouvant être traitées par la pompe. Dans ce cas de figure, d'autres moyens sont mobilisés pour sa réalisation comme les pulvérisations par avion, les travaux de drainage et de désherbage. Ces opérations sont répétées une fois par semaine toutes les six semaines. Ces deux opérations, sur la foi du rapport cité, ont conduit à la diminution massive du nombre de cas de paludisme et une disparition complète dès la deuxième année dans les zones précédemment atteintes et traitées. Au total, la disparition des anophèles telle que envisagée dans cette région, exige l'association de deux formes de lutte : la lutte antiadulte et la lutte contre les anophèles larvaires.

La deuxième phase d'expérimentation de la lutte contre les vecteurs avec l'insecticide DDT s'est déroulée en Grèce. Ce pays est considéré comme le plus impaludé d'Europe en raison des ravages causés par le paludisme. Et cette caractéristique n'a pas laissé indifférent Sir Ronald Ross qui, après une visite effectuée en Grèce en 1906 déclare, au sujet de cette région, qu'il n'a jamais : « Rien vu de pire dans les régions les plus impaludées de l'Inde et rien d'aussi grave en Afrique où, selon toute probabilité, les habitants jouissent d'une

¹³⁹ L'organisme dont il est question est : Ente Regionale per la Lotta Anti Anofelica in Sardegna (l'ERLAAS), voir Pampana (D' E. J.), Op. Cit, p. 58

immunité plus élevée »¹⁴⁰. Les statistiques qui rendent compte de cette situation sont parlantes : à titre d'exemple, on retient que le paludisme s'est manifesté de façon dramatique dans cette région dans les rangs des armées alliées au cours de la première guerre mondiale. Plus grave, pendant la décennie 1930-1940, la morbidité paludéenne a varié entre un et deux millions de cas par an et la mortalité paludéenne a occupé le second rang dans la mortalité infantile.

Ce sont les dangers potentiels de la maladie sur le pays et la nouvelle possibilité d'une lutte contre les vecteurs qu'offre le DDT, qui justifient le lancement des campagnes dans toute la Grèce. Ici, les campagnes nationales de pulvérisation de grande envergure commencent en 1946 et s'étendent progressivement chaque année jusqu'à couvrir toutes les zones en 1949. Elles sont menées, comme en Sardaigne, avec la collaboration de la Fondation Rockefeller et l'Administration des Nations Unies pour les Secours et la Réhabilitation. De celles-ci, les sources consultées, principalement la monographie rédigée par le chef de la section du paludisme de l'OMS portant sur la lutte antipaludique par les insecticides à action rémanente¹⁴¹, rapportent qu'elle a nécessité, comme en Italie, l'association des deux méthodes de lutte comme qui sont la lutte larvaire et la lutte contre les moustiques adultes.

Ces campagnes ont été l'occasion d'expérimenter le nouvel insecticide DDT dont les pulvérisations sont faites par des moyens conséquents. Au total, deux-cents zones marécageuses ont été traitées par les avions et au sol, ce sont vingt-sept stations antipalustres qui se sont chargées d'investir neuf-cent-quarante-huit villages et villes¹⁴². De façon pratique, les pulvérisations faites du sol au plafond dans le cadre de la chasse aux moustiques adultes ont nécessité deux grammes de DDT par m². Pour les opérations antilarvaires, le sol et l'air sont pris en compte. Tandis que la lutte antilarvaire au sol se limite aux zones urbaines et semi-rurales, le traitement par avion s'opère dans les gîtes de grandes étendues comme les lacs, les rivières et surtout les grands marais.

Quels enseignements peut-on tirer de ces campagnes d'expérimentation au DDT ? Les résultats obtenus dans ces deux pays sont encourageants et incitent à l'optimisme dans l'optique de la généralisation de la pratique des pulvérisations. Ainsi en Italie comme en Grèce, il a été constaté une baisse du nombre de décès dus au paludisme, une raréfaction des

¹⁴⁰ Pampana (D^r E. J.), Op. Cit., p. 53

¹⁴¹ Ibid, p. 53

¹⁴² AIMTSSA : Carton n°230 : Affaires diverses : lutte contre le paludisme en Grèce pendant l'année 1946

cas cliniques de paludisme, une diminution du nombre de moustiques et une quasi disparition d'autres insectes comme les mouches, les puces, les poux et les punaises. De façon générale, la morbidité paludéenne dans l'armée, les hôpitaux et dans les collectivités a considérablement chuté. Au total, c'est un tableau fort encourageant qu'offre les campagnes d'expérimentation au DDT avec des résultats assez satisfaisants qui font du nouvel insecticide une arme sinon mortelle du moins désormais incontournable dans la perspective de la lutte contre les insectes nuisibles.

Si les résultats issus des essais de pulvérisations donnent de réels espoirs aux autorités sanitaires internationales, c'est surtout avec les expériences réussies de l'éradication du paludisme initiée dans ces deux grandes régions les plus impaludées de la planète qui vont achever de convaincre les plus sceptiques sur les possibilités réelles de parvenir à une élimination totale de la maladie. De ce point de vue, la décision de l'OMS de lancer la politique d'éradication, dès mai 1955, trouve également son fondement dans lesdits projets, même si à l'évidence, l'expérience pratique de ces expériences isolées et solitaires demeure relativement limitée et soulève en même temps des interrogations. Au demeurant, les succès inespérés observés avec ces projets expérimentaux ont donné une impulsion considérable au concept et conforté les concepteurs et initiateurs dans leur choix. Deux exemples suffisent pour s'en convaincre.

En effet, forte des expériences passées dans la coordination de trois programmes continentaux d'éradication¹⁴³ qu'elle a menés avec réussite, l'Organisation panaméricaine de santé a vite fait de tester un plan pour l'éradication du paludisme. Ainsi, lors de la quatorzième conférence sanitaire panaméricaine, réunie à Santiago (Chili) en octobre 1954¹⁴⁴, elle a adopté un plan continental pour l'éradication du paludisme dans la région américaine¹⁴⁵. Ce plan s'est appuyé sur des facteurs comme l'efficacité attestée du DDT, l'existence d'importantes organisations antipaludiques pour coordonner les campagnes dans la plupart

¹⁴³ L'Organisation panaméricaine était responsable de la coordination de trois programmes continentaux pour l'éradication d'*Aedes aegypti* (adopté en 1947), du pian (adopté en 1949) et de la variole (adopté en 1950), voir Najera (J.A), Le paludisme et l'action de l'OMS, *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1989, vol. 67, n°4, p. 347-363

¹⁴⁴ Najera (J.A), Art. Cit., p. 350

¹⁴⁵ Le Bureau sanitaire panaméricaine, en fait, le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques a créé un Bureau de Coordination du Programme d'Eradication du paludisme (COMEP), organe technique chargé de fonctions consultatives, voir OMS, Série de rapports techniques, n°123. *Comité d'Experts du paludisme*, 6e rapport, Genève, OMS, 1957, p.6

des pays concernés, les économies à long terme à réaliser à la suite du choix de l'éradication plutôt que les dépenses continues qu'impliquent les programmes de lutte et enfin, le danger de voir les vecteurs devenir résistants aux insecticides en cas de lutte s'étalant sur une période prolongée. Dans la résolution qui a sanctionné cette conférence, il est indiqué que : « Les Etats Membres devraient convertir tous les programmes de lutte antipaludique en campagne d'éradication du paludisme dans les plus brefs délais possibles afin de réaliser cette éradication avant l'apparition d'une résistance aux insecticides chez les anophèles »¹⁴⁶.

A l'instar des Américains, la deuxième conférence asienne¹⁴⁷ du paludisme, réunie en novembre 1954 à Baguio (Philippines),¹⁴⁸ va emboîter le pas à l'Organisation panaméricaine de la santé et recommander que les programmes nationaux de lutte antipaludique aient pour finalité l'éradication dans des termes sans équivoque : « Ayant examiné les données montrant la possibilité de mettre fin à la transmission du paludisme dans de vastes régions au moyen de pulvérisations de DDT à action rémanente... a recommandé... que les programmes nationaux de lutte antipaludique aient pour but l'éradication de la maladie »¹⁴⁹. Par ailleurs, la crainte de voir tous les espoirs placés dans ce nouvel insecticide s'évaporer, en raison de l'apparition d'une résistance, dès 1951 en Grèce, a motivé les paludologues et les experts à lancer sans tarder la "politique d'éradication".

L'objectif visé est d'éviter de générer une résistance aux insecticides, susceptible de ruiner tous les espoirs entrevus à la suite des premières campagnes d'éradication. Les succès bien plus que les échecs localisés enregistrés après l'utilisation des insecticides ont été reconnus lors de la tenue de la première conférence africaine sur le paludisme à Kampala en 1950. Ainsi, à propos de l'utilisation des insecticides à effet rémanent,

La conférence est d'avis qu'il est possible de réaliser une forte réduction de la transmission du paludisme due à anophèles gambiae, par l'application d'insecticides à effet rémanent dans les habitations humaines et dans les autres abris des moustiques ... et... qu'il est possible d'empêcher complètement la transmission du paludisme par anophèle gambiae dans certaines régions de hautes terres d'altitude supérieure à 1800 m et dans les régions où la transmission n'a lieu qu'au cours de périodes relativement brèves...¹⁵⁰.

¹⁴⁶ AIMTSSA : Carton n°235 : OMS, questionnaires sur les activités antipaludiques, p. 6

¹⁴⁷ Il s'agit en réalité de la Conférence du Paludisme pour les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est.

¹⁴⁸ Najera (J.A), Art. Cit., p. 350

¹⁴⁹ AIMTSSA : Carton n°235 : OMS, questionnaires sur les activités antipaludiques, p.7

¹⁵⁰ OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., p. 54-55

On le voit, la conférence appelle à la nécessité d'entreprendre ou d'élargir des projets de lutte afin de déterminer l'effet des mesures imagicides¹⁵¹ dans des conditions particulièrement difficiles du continent africain.

En somme, il paraît urgent de poursuivre les recherches sur l'efficacité des produits à disposition et évaluer leurs modes d'action, de tester la forme la plus efficace de l'insecticide et de sa préparation et de rechercher les problèmes connexes. Cette recommandation de la conférence n'est pas fortuite : elle se fonde sur les résultats de la lutte antipaludique au moyen d'insecticides à effet rémanent que le rapport qualifie de « Méthode simple, directe, économique, efficace et rapide pour prévenir la transmission du paludisme [...] capable de détruire de nombreux insectes vecteurs de maladie et elle est facilement acceptée par les populations africaines »¹⁵².

C'est pour éprouver l'utilisation des insecticides à action rémanente dans des zones de transmission intenses comme celle de l'Afrique tropicale¹⁵³ et traduire en actes les recommandations de la conférence de Kampala que des projets pilotes ont été lancés entre 1952 et 1953, avec le concours financier et logistique de l'OMS et du Fonds international de secours à l'enfance (FISE).

¹⁵¹ C'est un terme emprunté au vocabulaire zoologique qui signifie lutte contre les insectes imagos ou insectes à métamorphoses.

¹⁵² OMS, Série de rapports techniques n°38. Op.Cit., p. 31

¹⁵³ Il est à noter que huit territoires sont concernés par ces essais sur l'utilisation du nouvel insecticide, dont un seul situé en dehors de l'Afrique de l'Ouest. Il s'agit de la Haute-Volta, du Sénégal avec la localité de Thiès, le Nigeria, du Libéria, du Dahomey, du Togo, de la Sierra Leone et du Cameroun. Pour des détails sur cette question de l'utilisation des insecticides à action rémanente, voir OMS, Rapport de la deuxième conférence *du* paludisme en Afrique, Genève, OMS, 1956, 77 p et OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale (Brazzaville, 19-22 novembre 1957), OMS (Bureau Régionale de l'Afrique), Brazzaville, 1958, 75 p

De la Conférence de Kampala aux projets pilotes d'éradication du paludisme en Afrique : l'exemple de la Haute-Volta et du Cameroun

Sur l'ensemble des projets pilotes lancés en Afrique, deux d'entre eux sont pris comme exemple dans cette étude : les projets mis en œuvre à Bobo-Dioulasso, en Haute-Volta, et à Yaoundé, au Cameroun. Ce choix s'explique par des raisons liées à l'existence de documentation abondante sur ces cas, mais surtout au fait que les résultats des expériences de ces zones détermineront par la suite la politique de lutte contre le paludisme portée par le colonisateur, en l'occurrence, la France. La décision de lancer les projets expérimentaux de lutte contre le paludisme a pris forme à l'issue de la tenue la première conférence africaine sur le paludisme à Kampala (Ouganda), du 27 novembre au 9 décembre 1950¹⁵⁴. L'analyse de cette première conférence africaine est indispensable pour comprendre les motivations de son organisation et surtout les résultats et les recommandations qui en sont issus avant de dire quelques mots sur les projets pilotes. Car, en réalité la conférence se présente comme la prise de conscience par les paludologues d'une certaine méconnaissance de nombreux aspects du paludisme en Afrique qu'il faut résoudre.

La première conférence sur le paludisme en Afrique équatoriale se tient à Kampala, en Ouganda du 27 novembre au 9 décembre 1950. La proposition de convoquer une conférence du paludisme en Afrique équatoriale a été présentée par le Directeur général de l'OMS lors de la deuxième Assemblée Mondiale de la Santé, tenue à Rome en juin 1949. Elle est organisée conjointement par l'OMS et la Commission de Coopération technique pour l'Afrique au Sud du Sahara (CCTA)¹⁵⁵. D'emblée, l'importance de la conférence est

¹⁵⁴ Cambournac (Dr F.J.C), Op.Cit., 135 p

¹⁵⁵ La CCTA a été créée à l'initiative des pays comme la Grande-Bretagne, la France, la Belgique et le Portugal. Elle visait à consolider les mécanismes d'aide déjà existants entre les métropoles et leurs colonies, notamment africaines. Ainsi, ces puissances coloniales auxquelles se joignent l'Union sud-africaine ainsi que la Rhodésie du Sud, décident en 1950, d'établir une Commission de coopération technique en Afrique au sud du Sahara, la CCTA. La justification présentée, lors de la création de cette commission, à Paris, était le besoin de renforcer l'échange d'information sur des domaines d'intérêt commun, et de consolider des actions concertées qui se faisaient sans un cadre juridique précis. La CCTA tissa des relations privilégiées avec certains organismes des Nations unies, tels que la FAO et l'OMS. Cette commission contribua au renforcement des liens entre les administrations territoriales et après les indépendances, le cadre qu'elles avaient établi servit de base au recrutement d'experts sur les problèmes africains dans les domaines techniques, voir Lopes (C), « La

soulignée dans les discours prononcés à l'ouverture des travaux par l'hôte des participants, en la personne de Sir John HATHORN HALL, gouverneur de l'Ouganda et par le Directeur Général Adjoint de l'OMS, docteur Pierre DOROLLE, à la fois représentant du Directeur Général de l'OMS et du Secrétaire Général de l'ONU. Le gouverneur a d'abord situé les participants sur les attentes de la rencontre : « Nous attachons donc une valeur toute spéciale à une réunion de ce genre, au cours laquelle les connaissances scientifiques actuelles et les expériences réalisées dans plusieurs territoires seront examinées minutieusement, à l'échelon international, afin d'être utilisées par la suite pour le bien commun »¹⁵⁶.

Quant au Directeur Général Adjoint de l'OMS, docteur P. DOROLLE, il a, dans son propos, justifié la tenue de cette conférence par le rapprochement des moyens d'étude et d'action des lieux où ils doivent s'appliquer par l'OMS. Par ces propos, il confirme ainsi le processus de décentralisation des activités de l'OMS vers les grandes régions touchées par le paludisme. Pour lui, la politique de décentralisation entamée depuis trois ans - en fait depuis la création de l'OMS en 1948 - est appelée à s'intensifier par la création des bureaux régionaux¹⁵⁷ afin de réaliser cet objectif. Pour sûr, la tenue de cette conférence traduit non seulement cette volonté exprimée plus haut, mais elle consacre définitivement l'importance et les particularités du paludisme africain : cela induit que le paludisme africain ne présente pas une uniformité aussi bien dans son épidémiologie que dans son intensité. En conséquence, elle révèle au grand jour l'existence d'un paludisme spécifiquement africain marqué par son hétérogénéité. Car, la situation du paludisme en Afrique n'est comparable ni à celle de l'Asie, ni à celle des Amériques. La prise en compte de la diversité épidémiologique est incontournable dans les opérations de lutte à mener¹⁵⁸. Plus loin, il résume, à l'instar de son prédécesseur sur la tribune, que la conférence vise à : « donner des avis scientifiques et techniques sur les principaux problèmes du paludisme en Afrique »¹⁵⁹.

coopération technique, concept marqué par l'histoire », p. 69-82 : Disponible sur www.politique-africaine.com/numeros/pdf/062069.pdf

¹⁵⁶ OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., p. 59

¹⁵⁷ A cette date, seuls les bureaux régionaux des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale sont équipés et fonctionnels. Pour l'Afrique au sud du Sahara, en attendant l'ouverture du bureau régional, un bureau administratif a été créé en 1951 au siège de l'OMS à Genève et dirigé par le lieutenant-colonel Daubenton pour sa connaissance approfondie des problèmes africains et sa longue expérience des aspects particuliers de ceux-ci, voir OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., p. 63-64

¹⁵⁸ Pour des informations détaillées sur la question des particularités du paludisme africain, voir Mouchet (J) et al, « Typologie du paludisme en Afrique », Cahiers Santé, 1993, n°3, p. 220-238

¹⁵⁹ Ibid., p. 69

Par ce constat avisé, il s'agit, entre autres, de trouver des réponses pertinentes à la possibilité de la généralisation de la lutte antipaludique dans les zones hyperendémiques comme c'est déjà le cas d'autres régions endémiques et épidémiques. « Faut-il alors entreprendre la lutte dans les zones hyperendémiques ? », s'interroge le représentant de l'OMS? S'il en est ainsi, on cherchera à déterminer la stratégie à adopter. Si, à l'inverse, la Conférence s'y oppose, on doit réfléchir à la définition des régions hyperendémiques pour une grande efficacité des actions à mener. Ces questions d'ordre général appellent une autre, plus spécifique : celle-ci porte sur la problématique de l'interruption de la transmission du paludisme dans les territoires peuplés par anophèles gambiae avec l'application des insecticides à action rémanente et, par ricochet, sur le type d'insecticides et la manière de les utiliser¹⁶⁰. Plus précisément, les participants à cette conférence se sont surtout penchés à la fois sur les outils de mesure du paludisme et sur les stratégies de lutte à adopter pour la région africaine.

Au terme des travaux et des débats houleux¹⁶¹, la conférence a été sanctionnée par un rapport¹⁶² qui apporte des innovations dans la connaissance de la maladie et confirment aussi des certitudes sur le paludisme en Afrique. Elaboré par le docteur Léonard Bruce-Chwatt et son comité de rédaction¹⁶³, ce rapport livre plusieurs indications sur le paludisme. Quel est l'apport de cette conférence à la connaissance du paludisme en Afrique¹⁶⁴?

¹⁶⁰ Ibid., p. 69

¹⁶¹ Par exemple, au sujet de l'hyperendémicité du paludisme et son rapport avec l'immunité, deux thèses se sont affrontées, voir OMS, Série de rapports techniques n°38. Op.Cit., p. 23-24

¹⁶² C'est en aout 1949 que le Comité d'experts du paludisme a décidé de conférer à la rencontre de Kampala une importance capitale. Pour ce faire, le directeur général de l'OMS a confié la préparation d'un rapport sur le paludisme en Afrique équatoriale qui doit servir de base aux discussions et débats lors du déroulement de la conférence. La tâche est confiée à un expert-conseil paludologue, en la personne du docteur Cambournac. Du 19 janvier au 9 aout 1950, celui-ci parcourt tour à tour l'Afrique de l'est, du sud, du centre et de l'ouest¹⁶² en prenant attache avec les chefs des administrations sanitaires des territoires visités, les experts en matière de paludisme, de trypanosomiasés et de bilharziosés. Il s'est aussi efforcé d'étudier dans les détails les problèmes du paludisme et de visiter les institutions de recherche et autres organismes ayant des rapports avec la santé publique ou le développement du pays. Enfin, cette étude sur le paludisme en Afrique a également intégré des renseignements utiles sur le climat, la nosologie des territoires, l'alimentation, les maladies du bétail et la production agricole.

¹⁶³ En plus de Dr Bruce-Chwatt, rapporteur, le comité est composé des membres suivants : Professeur Cambournac, Dr Cheverton, Dr Davidson, Dr Garnahm, Professeur Macdonal, Dr de Meillon, Dr Russell, Médecin-Général Vaucel, Dr Vincke et Dr Wilson.

¹⁶⁴ Il est à préciser que les membres du comité de rédaction ont convenu d'employer le terme « Afrique » pour désigner l'Afrique au sud du Sahara dans le rapport final qui sanctionne la conférence, voir OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., p. 9

Les premières notes du rapport¹⁶⁵ portent principalement sur la répartition et la fréquence du paludisme en Afrique tropicale. Les participants à la conférence ont déterminé les facteurs qui interviennent dans la répartition et la fréquence du paludisme. Trois facteurs ont été identifiés comme jouant un rôle majeur dans la répartition et la fréquence du paludisme dans le continent : le climat et surtout le régime des pluies et la température. Sur ces trois éléments, c'est la pluviométrie qui est de loin le facteur le plus important. Dès lors, la transmission du paludisme ainsi que son intensité sont en relation très étroite avec la quantité des pluies et leur répartition le long de l'année. Dans le même ordre, la variation de la température a aussi une influence décisive pour délimiter la période de transmission ou conditionner son intensité.

De ce qui précède, les rapporteurs précisent que la transmission du paludisme a lieu toute l'année dans les régions à climat équatorial et elle diminue au fur et à mesure que la latitude augmente. Quant à la place du climat, elle est fortement dépendante des facteurs comme la distance par rapport à la mer, les grandes étendues d'eau, la direction des vents dominants, les courants maritimes, l'altitude et les zones de forêts. Ces éléments qui influencent directement le climat agissent également sur la transmission du paludisme dont la variation est tributaire des caractéristiques climatiques des régions concernées. Toutefois souligne le rapport, la transmission n'a pas lieu qu'en saison des pluies, elle intervient aussi pendant la saison sèche par suite des possibilités de reproduction des vecteurs. Il énumère, en outre, les facteurs qui interviennent pour rendre possible la transmission pendant les longues périodes de la saison sèche. Au nombre de ceux-ci, il y a l'existence de marais et de cours qui abritent et maintiennent les gîtes pendant toute l'année, le processus de l'assèchement annuel de certains marais générateurs de nombreux gîtes et la présence permanente de l'eau due à l'existence de dépression de terrains ou des excavations faites par l'homme.

Par ailleurs, les rapporteurs soulignent notamment la permanence de la transmission du paludisme toute l'année, principalement, le long des côtes africaines qu'il s'agisse de l'ouest ou de l'est jusqu'à une distance plus ou moins grande à l'intérieur ainsi que dans une bonne partie du continent située entre le 10^e degré de latitude nord et le 10^e degré de latitude sud. Ce travail a donné lieu également à la détermination des zones d'endémicité du paludisme ou plus exactement à la répartition du paludisme en fonction des facteurs exposés

¹⁶⁵OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., 82 p

plus haut¹⁶⁶. Ainsi, le paludisme est hyperendémique avec une transmission qui s'étend toute l'année et cette caractéristique intéresse les régions côtières de l'Afrique de l'Ouest, la partie sud de l'Afrique Equatoriale française et du Congo, l'Ouganda, le Kenya et le Tanganyika, le Nyassaland et la partie nord du Mozambique et du Swaziland et dans certains endroits de la zone côtière de l'Ile Maurice.

La deuxième zone déterminée est celle où l'endémie est intense avec une période de transmission supérieure à six mois. Cette zone concerne la plus grande partie de la zone ouest du continent, notamment les zones nord du Nigeria, du Dahomey, de la Côte d'Ivoire, de la Côte de l'Or, de la Guinée française et dans la partie est de la Guinée portugaise. Sont aussi incluses, la plus grande partie des Rhodésie (Rhodésie du Sud et Rhodésie du Nord)¹⁶⁷, le Kenya et dans le Tanganyika à des altitudes inférieures à 1400 m, dans la plus grande partie du Mozambique, dans la partie centrale et orientale de l'Angola, dans quelques parties de la côte ouest de Madagascar et dans celles de l'Ile Maurice, pour ne citer que celles-ci. Les deux autres régions définies présentent les caractéristiques suivantes : dans l'une, l'endémie est moins intense avec une transmission de courte durée, mais régulière ; ce cas de figure se rencontre essentiellement dans la partie australe du continent et concerne les pays comme la Rhodésie, l'Angola, le Mozambique, le Swaziland, le Madagascar et l'Ile Maurice ; dans l'autre, l'endémie est légère et se concentre essentiellement dans l'est du continent avec comme point de mire des pays comme le Kenya, l'Ouganda, le Swaziland et le Transvaal.

Outre la détermination des zones d'endémie du paludisme, la conférence a fait des recommandations concernant la mesure de l'endémicité du paludisme en Afrique, préalable à tout projet de lutte antipaludique. Il s'agit d'un nouveau procédé qui permet d'exprimer le degré d'endémicité de la maladie, à savoir l'importance et l'intensité du paludisme dans les collectivités données. Cette recommandation fait suite à la proposition du Comité d'Experts du paludisme, lors de sa quatrième session tenue du 11 au 16 décembre 1950¹⁶⁸, sur la définition de l'endémicité du paludisme dans les régions où les populations ont acquis un haut degré de tolérance. La conférence a examiné cette proposition de classification du Comité d'experts du paludisme et y a apporté une modification avant de retenir une définition qui doit

¹⁶⁶ Pour une étude détaillée sur la détermination des zones d'endémie du paludisme, voir OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., p. 11-12

¹⁶⁷ La Rhodésie du Sud est l'ancienne appellation du Zimbabwe qui porte ce nom depuis 1980, tandis que la Rhodésie du Nord devient la Zambie en 1965

¹⁶⁸ OMS, Série de rapports techniques, n°39. *Comité d'Experts du paludisme*. Rapport sur la quatrième session (Kampala, Ouganda, 11-16 décembre 1950), Genève, OMS, 1951, 34 p

désormais servir de base à l'étude de l'endémicité paludéenne. Toutefois, la mesure de l'endémicité ne date pas de 1950 ; en effet, plusieurs procédés de mesure de l'endémicité ont été expérimentés et ont traversé le temps historique de la paludologie¹⁶⁹.

L'adoption de la classification des divers degrés d'endémicité paludéenne retenue à Kampala a, au moins, un mérite : celui de proposer un procédé unique de mesure et d'apporter une clarification dans cette multitude d'outils de mesure du paludisme à la disposition de la communauté médicale intéressée par ces problématiques. Dans une analyse qu'il consacre aux indices paludométriques dans sa thèse, Matthieu FINTZ souligne justement cette difficulté que rencontrent les paludologues au sujet de la mesure de l'endémicité où la définition de la notion « seuil de danger » est considérée différemment dans le temps et dans l'espace selon que l'on se trouve dans l'Algérie de la première moitié du XX^e siècle ou en Afrique subsaharienne après la Seconde Guerre mondiale¹⁷⁰. Plus loin, parlant de l'indice splénique et de l'indice plasmodique, il fait le constat suivant : « Certes, les chercheurs disposent désormais de deux indices, ils peuvent désormais traduire à la fois l'état sanitaire du groupement considéré et les conditions de salubrité de la région où il vit » et de s'interroger : « Mais lequel de ces deux indices représente-t-il le mieux le degré d'insalubrité d'une région ? ». La réponse à cette interrogation n'est pas tranchée par l'auteur : « De fait, les deux indices ne concordent jamais, soit c'est l'indice splénique qui est élevé, soit c'est l'inverse et « ni l'indice splénique, ni l'index plasmodique, pris isolément n'expriment la totalité des porteurs de germes décelables »¹⁷¹.

Trouver une réponse à ces questions d'interprétation de la mesure du paludisme a conduit à la définition de la classification des zones endémiques, issue de la Conférence de Kampala, elle-même inspirée de la classification de Christopher¹⁷². Selon la classification adoptée, pour décrire et comparer les diverses situations existantes en ce qui concerne le paludisme, jusqu'à sa révision, en 1962, lors de la 3^e conférence africaine sur le paludisme de Yaoundé¹⁷³, le paludisme est hypoendémique¹⁷⁴ lorsque l'indice splénique chez les enfants

¹⁶⁹ Pour des détails sur ces différents procédés de mesure de l'endémicité, voir Parrot (L), Catanei (A), « Les éléments de mesure du réservoir de virus paludéen », *Archives de l'Institut Pasteur d'Algérie*, 1950, t. XXVIII, n°1, p.1-110

¹⁷⁰ Fintz (M), Op. Cit., p. 311

¹⁷¹ Ibid., p. 313

¹⁷² Mouchet (J) et al, Biodiversité du paludisme dans le monde, Paris, John Libbey Eurotext, 2004, 428 p.

¹⁷³ A la 3^e Conférence africaine sur le paludisme, tenue en juillet 1962 à Yaoundé, il fut décidé de conserver cette terminologie (hyper, holo, méso, hypo-endémie) en prenant comme critère l'indice plasmodique, voir Carnevale (P), « Evaluation épidémiologique des paludismes », *Etudes Médicales*, juin 1984, n° 2, p.107-115

âgés de deux à dix ans est compris entre 0 et 10% ; il est mésoendémique¹⁷⁵ lorsque l'indice splénique chez les enfants âgés de deux à dix ans est compris entre 10 et 50%. L'hyperendémicité¹⁷⁶ et l'holoendémicité¹⁷⁷ constituent les deux tranches les plus élevées : dans le premier cas, l'indice splénique dans la tranche d'âge de zéro à deux ans est supérieur à 50% et dans le second, il est au-dessus de 75%¹⁷⁸.

Les travaux de la conférence ont, d'une part, donné lieu à l'identification des vecteurs et sous-espèces de vecteurs qui sont à l'origine de la survenue de la maladie et, d'autre part, précisé aussi la nature des parasites en cause. En fait, les résultats de Kampala ne sont que la confirmation des études réalisées antérieurement. D'après le rapport, c'est à peu près vingt-sept vecteurs¹⁷⁹ et sous-espèces qui jouent un rôle, pour les uns, majeur, et pour les autres, mineur dans l'épidémiologie du paludisme en Afrique. Sur cette liste, les experts ont souligné l'importance de deux vecteurs que sont anophèle funestus et anophèle gambiae avant de préciser leur répartition géographique. Une des satisfactions des participants à cette conférence est la quasi-unanimité qui s'est dégagée relativement à la classification des anophèles qui pullulent sur le continent africain. En somme, les experts ont clairement affiché leur convergence de vue par rapport aux conclusions issues des travaux, du moins, concernant cette question des vecteurs.

Les lignes qui suivent analysent ces résultats et s'attachent à ressortir les principaux enseignements de cette classification. Que faut-il en retenir ? De façon générale, anophèles funestus est largement répandu dans l'ensemble de la région éthiopienne, y compris Madagascar et les Mascareignes. La limite septentrionale de son habitat est le Soudan méridional. Il est inexistant dans le Sud du continent, mais en revanche, présent dans l'Est. De ce qui précède, le rapport conclut à une présence sporadique de funestus en raison de sa préférence à se reproduire dans les étendues d'eau pure, plus ou moins ombragées par la

¹⁷⁴ Ce terme désigne un paludisme sévissant dans une région où l'indice splénique est compris entre 0 et 10%, où l'indice plasmodique est inférieur à 10% pendant au moins une partie de l'année.

¹⁷⁵ Se dit d'un paludisme sévissant dans une région où l'indice splénique est compris entre 10 et 50%, où l'indice plasmodique est compris entre les mêmes valeurs pendant une grande partie de l'année.

¹⁷⁶ Se dit d'un paludisme qui sévit dans des régions où l'indice splénique est constamment supérieur à 50% chez les enfants associé à un indice splénique également élevé chez les adultes, où l'indice plasmodique est supérieur à 50% chez les enfants de 2 à 9 ans.

¹⁷⁷ Ce terme qualifie un paludisme sévissant dans une région où l'indice splénique est toujours supérieur à 50% chez l'enfant, associé à un indice splénique bas chez les adultes, où l'indice plasmodique est toujours supérieur à 75%, avec une densité de la parasitémie décroissant entre la 2^e et la 5^e année, associé à un indice splénique élevé ou faible chez les adultes suivant les régions.

¹⁷⁸ OMS, Série de rapports techniques, n°38. Op. Cit., 82 p

¹⁷⁹ Ibid., p. 14

végétation. Quelques passages du rapport portent également sur la biologie des adultes et des larves de cette espèce. On y note que la forme-type d'anophèle funestus est principalement anthropophile¹⁸⁰ et endophile¹⁸¹ à quelques exceptions près. Toutefois, les participants notent une différence au sujet des observations faites concernant leur habitude une fois la nuit venue. Ainsi, en Afrique de l'Ouest, l'on remarque qu'en l'espace de 24 heures presque tous les adultes entrés dans les cases s'en évadent, tandis qu'en Afrique Orientale et Australe, les adultes une fois entrés y demeurent jusqu'à ce que leurs ovaires se développent complètement au terme des trois ou quatre jours.

Ces constatations révèlent que la population de funestus est relativement stable et les quelques fluctuations saisonnières qu'on constate sont imputables au froid, aux chutes de pluie, aux vents secs, au niveau des lacs et à la formation de sources. Cette stabilité relative est ainsi responsable d'un haut degré de paludisme endémique reconnu à cette espèce d'anophèle. Enfin, on apprend que le rôle exact joué par funestus dans une région particulière dépend évidemment de nombreux facteurs dont le plus important est probablement la présence ou l'absence de gambiae. Qu'en est-il de l'activité reproductrice de funestus ? Une des caractéristiques révélées par cette étude sur cet anophèle est qu'il se reproduit dans les cours d'eau et marque une préférence très nette pour les eaux ombragées. En dehors de cette préférence, les marécages permanents, les fleuves, les sillons et les terrains avec eaux d'infiltration peuvent constituer aussi des gîtes à colonies spécifiques. En clair, ce moustique prolifère dans les eaux pures et claires et évite celles qui sont polluées de déchets organiques. Dans cet environnement, la durée du cycle évolutif d'anophèles funestus se situe généralement autour de neuf à douze jours, mais est susceptible de se prolonger plus longtemps selon la température et l'abondance de la nourriture à sa portée.

Tout comme le funestus, l'anophèle gambiae est un insecte anthropophile et endophile présent dans la plus grande partie de son milieu de vie. Toutefois, la particularité de cet insecte est qu'il n'affiche pas toujours le même comportement dans toutes les régions ou dans toutes les conditions climatiques¹⁸². A titre d'exemple, on note qu'à haute altitude, l'anophèle gambiae fréquente rarement les habitations et est nettement zoophile¹⁸³ et

¹⁸⁰ C'est un terme qualifiant les moustiques qui ont tendance à s'alimenter de préférence sur l'homme, même quand des hôtes animaux se trouvent à leur portée.

¹⁸¹ C'est un terme désignant la tendance des moustiques à se reposer à l'intérieur des habitations, de jour comme de nuit.

¹⁸² OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., p. 17

¹⁸³ C'est un mot qualifiant les moustiques qui manifestent une préférence pour le sang non humain même quand l'homme se trouve à leur portée.

relativement inoffensif, alors qu'en Afrique Occidentale, l'insecte a été trouvé en nombre considérable dans les abris situés en plein air.

Les différences observées dans le comportement de *Gambiae* et sa présence signalée dans diverses parties de l'Afrique soulignent l'instabilité et la complexité de cet insecte : ainsi, les observations montrent-elles que le comportement de cette variété de moustique, le rythme et la fréquence de ses piqûres varient d'un continent à un autre d'une part, et d'autre part, à l'intérieur d'un même continent¹⁸⁴. Pour ce dernier cas, on signale qu'au Kenya, l'anophèle *Gambiae* ne se repose pas en dehors des habitations pendant le jour, sauf après l'apparition de l'imago ou aussitôt après la ponte, pendant qu'en Afrique occidentale, au Tanganyika en Ouganda, les adultes s'attaquent facilement à l'homme en plein air. On observe, à partir de ce constat, que ces changements sont dus à des facteurs climatiques. Par ailleurs, ce moustique présente la particularité de se reproduire de préférence dans de petites mares ensoleillées, ce qui explique que les moustiques de cette variété sont en grand nombre et bien plus répandus pendant la saison des pluies.

Dès lors, on en déduit une relation directe évidente entre les chutes de pluie et le nombre des adultes. Par ailleurs, le degré de cette corrélation varie selon les lieux et des phénomènes naturels tels que, la distribution des pluies, la nature du sol, la température, l'humidité, la hauteur de l'eau d'infiltration, le type de végétation et la disposition du terrain. Ainsi, les gîtes que cet anophèle préfère sont de petites collections d'eau naturelles complètement ou partiellement exposées. Parmi ces gîtes, se trouvent ceux résultant de l'activité humaine et des animaux, de même que ceux provoqués par les pluies, les crues et les flaques d'eau laissées par le reflux des fleuves. Toutefois, les observations ont prouvé que les gîtes relevant de l'activité humaine constituent de loin les plus importants et expliquent ainsi la proximité de ce moustique avec les habitations. Mais, à mesure que progresse la mise en valeur de ce continent, l'accroissement des gîtes d'anophèles *Gambiae* suivra. Dans cette logique, les cultures vivrières, notamment celle du riz, et l'aménagement du sol ont souvent pour effet de produire de nombreux gîtes. Il va sans dire que les dépressions capables de retenir l'eau dans la terre fraîchement retournée semblent être particulièrement favorables la reproduction de *Gambiae*.

Quant à la biologie des larves de *Gambiae*, l'on a pu faire une description qui fait ressortir les points suivants : dans les régions où les saisons sèches et humides sont nettement

¹⁸⁴ Pour des détails sur anophèles *Gambiae* et ses divers comportements, voir OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., p. 17

délimitées, l'activité reproductrice augmente brusquement peu après l'apparition des pluies, atteint le maximum pendant les pluies pour diminuer plus ou moins rapidement et s'abaisser au minimum au cours de la saison sèche. Au total, cette étude croisée entre anophèles funestus et gambiae permet de rattacher les deux variétés de moustiques aux saisons qui se succèdent : ainsi, anophèle gambiae est considéré comme le vecteur le plus répandu pendant la saison humide, alors que anophèle funestus devient le principal vecteur pendant la première moitié de la saison sèche¹⁸⁵.

Au lendemain de cette conférence qui fait date dans l'histoire de la paludologie en Afrique et dans le monde, l'on assiste à multitude de travaux épidémiologiques et entomologiques à caractère général ou local en diverses régions du continent. Celles-ci visent deux objectifs : confirmer les acquis et les thèses formulées à l'issue des nombreuses enquêtes antérieures, et enrichir, à partir d'études complémentaires à venir, les savoirs existants et qui présenteraient des lacunes évidentes. Ces travaux entendent s'approprier les recommandations faites à la communauté médicale au terme de la conférence de Kampala,

A savoir intensifier les études sur les problèmes de paludologie en Afrique, notamment par l'identification de l'espèce infectante chez « l'insecte-hôte », par la « recherche sur la biologie des vecteurs du paludisme et sur l'influence du comportement de l'insecte à l'égard des insecticides à effet rémanent » et par la « présence éventuelle de souches résistantes d'anophèles gambiae dans les régions traitées au DDT pendant une période de deux à trois ans¹⁸⁶.

De ce point de vue, la Conférence de Kampala donne une nouvelle impulsion aux activités antipaludiques en Afrique de l'Ouest et relance les recherches dans plusieurs territoires à forte endémicité. Cette première étude est suivie d'une autre, lancée au cours des mois de janvier, février et mars 1951¹⁸⁷. Moins importantes en termes de superficies prospectées que celles de 1948, les enquêtes malariologiques de 1951, n'en demeurent pas moins plus ambitieuses. Réalisées dans trois territoires, Côte d'Ivoire, Guinée et Haute-Volta, ces enquêtes vont donner un aperçu plus détaillé des spécificités du paludisme, et offrir l'occasion de faire la comparaison sur le niveau d'endémicité à l'intérieur de ces trois territoires. Cela au moyen d'une méthode fondée sur des enquêtes universellement

¹⁸⁵ OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., p. 19

¹⁸⁶ Ibid., p. 45

¹⁸⁷ Jonchère (H), Pfister (R), « Enquêtes malariologiques en Haute-Volta, Côte d'Ivoire et Guinée (janvier-mars 1951), Bulletin de la Société de Pathologie exotique, 1951, t. 44, n° 11-12, p. 774-786

connues¹⁸⁸: enquête clinique, hématologique et entomologique. Les conclusions de cette étude donnent de faire les constats suivants : la Guinée est le territoire où l'endémicité est la plus forte, suivie de près par la Côte d'Ivoire. Au Burkina Faso, pays plus sec, l'endémicité est plus faible. S'agissant des vecteurs, on note une confirmation de la première étude avec une prédominance dans l'ordre décroissant d'anophèles gambiae, puis d'anophèles funestus et d'anophèles rufipes aussi bien en zone de forêt qu'en savane¹⁸⁹.

Les activités antipaludiques prennent plus d'importance en AOF et AEF avec la création de plusieurs zones pilotes à Thiès au Sénégal, à Porto-Novo au Bénin, à Yaoundé au Cameroun et à Bobo Dioulasso au Burkina Faso dans le courant de l'année 1952 pour ne citer que celles lancées dans les colonies françaises. Ailleurs, les projets pilotes ont concerné les territoires sous domination anglaise comme le Libéria, le Nigeria notamment. On exposera ici l'exemple des zones pilotes de Bobo Dioulasso et de Yaoundé pour étayer l'analyse.

La zone pilote de Bobo Dioulasso¹⁹⁰ (Carte n° 1) est créée en 1952/1953 par entente entre le gouvernement français et les institutions spécialisées de l'ONU¹⁹¹. L'objectif est

¹⁸⁸La conférence de Kampala, convoquée du 27 novembre au 9 décembre 1950 a, dans ses recommandations, adoptée la classification suivante des divers degrés d'endémicité paludéenne :

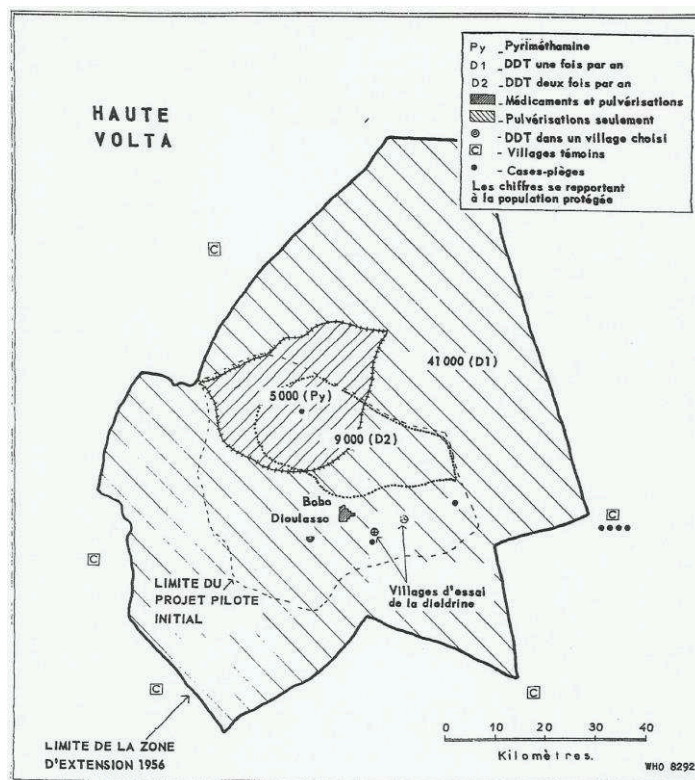
- 1) **paludisme hypoendémique** : indice splénique chez les enfants âgés de deux à dix ans, 0-10% ;
- 2) **paludisme mésoendémique** : indice splénique chez les enfants âgés de 2 à 10 ans, 10-50% ;
- 3) **paludisme hyperendémique** : indice splénique chez les enfants âgés de 2 à 10 ans, constamment supérieur à 50% ; indice splénique chez les adultes, élevé
- 4) **Paludisme holoendémique** : indice splénique chez les enfants de 2 à 10 ans constamment supérieure à 75% ; indice splénique chez les adultes, faible, voir OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., p. 52

¹⁸⁹ On dispose de plus amples détails sur ces enquêtes dans ANS : SGHMP, Rapport sur l'activité du service pendant l'année 1951

¹⁹⁰ La zone pilote de Bobo-Dioulasso englobe la subdivision du cercle administratif de Bobo-Dioulasso, en Haute-Volta et quelques villages de la subdivision voisine de Hounde. Elle couvre 7500km² où vivent 50.000 habitants, non compris la ville de Bobo-Dioulasso (50.000 habitants). Le climat de type soudanien comporte deux saisons, sèche et humide nettement tranchée avec le maximum de précipitations en aout, avec une température moyenne de 25°C. La végétation est de type savane boisée, sauf aux environs des gros villages, où les arbres ont disparu du fait de l'homme pour les besoins domestiques. L'habitat humain est caractérisé par la prédominance des constructions entièrement faites de boue latéritique séchée au soleil (murs et toits), le toit reposant sur armature de troncs et branchages rapprochés. La paroi interne des murs est le plus souvent en terre crue poreuse et rugueuse, facilement effritable. Dans quelques cases, elle est revêtue d'un enduit argileux lisse et dure, badigeonné ou non à la chaux. Dans de rares cases, la paroi est recouverte d'un enduit en ciment très mince. Globalement, certaines populations sont regroupées dans des villages constituées près des marigots dans des cases de construction assez primitive et plus ou moins anarchique. D'autres vivent dans des quartiers construits par leurs soins offrant l'aspect de château-fort dont l'intérieur est constitué de labyrinthes sur lesquels ouvrent des pièces en plafond bas. D'autres enfin vivent en campement où l'habitat se réduit à des nattes posées sur une armature de branchage. A côté de ces habitats classiques, il existe de nombreux habitats temporaires de culture en branchage ou en terre, fréquentés surtout en saison au moment des cultures. La population ne se couche pas très tôt du fait des coutumes et du climat chaud et dort assez fréquemment en plein air, voir

d'étudier et de mettre au point les méthodes de lutte antipaludique les plus efficaces et les moins coûteuses dans les régions de savanes soudaniennes. Elle a pris fin en 1958 au moment même où les aspersions d'insecticides dominent la lutte contre le paludisme avant d'être couplée avec une chimioprophylaxie à partir de cette date ; mais pour les besoins de cette analyse, les opérations couvrant les années 1953 à 1955-1956 seront prises en compte car plus pertinentes par rapport à la mise en œuvre de "la politique d'éradication" dans laquelle s'inscrivent ces études expérimentales.

Carte n°1 : La zone pilote de Bobo Dioulasso



Source : OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale (Brazzaville, 19-22 novembre 1957), OMS (Bureau Régionale de l'Afrique), Brazzaville, 1958, 75 p

Anonyme, La zone pilote antipaludique de Bobo-Dioulasso (Haute-Volta), Bobo-Dioulasso, sd., 16 p et Rickenbach (A) et al, « Le DDT et sa rémanence dans la zone pilote de Bobo-Dioulasso », Médecine Tropicale, 1960, vol. 20, n°6, p. 699-721

¹⁹¹ Il s'agit en réalité de l'OMS qui apporte des conseils techniques et assure les services d'experts et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE) qui procure les insecticides ainsi que le matériel servant à effectuer les pulvérisations et les autres fournitures nécessaires. Entre 1949 et 1953 les sources des fonds internationaux affectés à la lutte antipaludique étaient supportées à hauteur de 71,80% par le FISE, de 19,72% par le Fonds de l'assistance technique et de 8,48% par le budget régulier de l'OMS, voir *Chronique de l'OMS*, « Le paludisme, problème mondial », fév. 1955, vol. 9, n°2-3, p. 33-108

Le choix des zones régions pour abriter les projets pilotes est inséparable de la perception que le colonisateur a de l'existence des territoires coloniaux qui répond avant tout à une logique purement économique. Bobo Dioulasso n'échappe pas à cette règle avant d'être recouverte d'un vernis sanitaire.

De façon générale, les zones pilotes correspondent à l'implantation de la lutte antipaludique à grande échelle dans des zones qui se situent à la frontière des empires coloniaux et à la frontière de leurs principaux points de force. La Haute-Volta coloniale fait figure de région « périphérique » de l'empire colonial français en Afrique de l'Ouest et est soumise au dynamisme des régions côtières où la domination coloniale est plus présente et plus porteuse économiquement. La Côte d'Ivoire principalement et la Gold Coast (le Ghana actuel) deviennent ainsi les principaux centres d'attraction pour les recruteurs de main-d'œuvre de la Haute-Volta. Laquelle est présentée dans les études de démographie historique comme réservoir de main d'œuvre.

C'est à partir de 1953 que débute une expérimentation des luttes contre les vecteurs du paludisme par l'utilisation en pulvérisations domiciliaires d'insecticides à effet rémanent. Le but de cette expérimentation est double : diminuer la densité et la longévité des vecteurs dans une proportion telle que les possibilités de transmission réservoir de virus-vecteurs atteignent un seuil critique à partir duquel l'infection régresse d'elle-même ; et dans cette perspective envisager l'éradication du paludisme dans cette zone avant d'entrevoir la généralisation dans les colonies.

Pour cette phase de l'étude, le personnel de la section paludisme du SGHMP, créée en 1948, a été mobilisé pour les enquêtes épidémiologiques en collaboration avec la section entomologique dudit service. De leur côté, les médecins paludologues responsables de la section ont organisé et dirigé les activités de cette zone en accord avec les organisations internationales qui sont parties prenantes. A la différence de la zone pilote de Yaoundé où des experts étrangers provenant des organisations internationales ont été associés au personnel français, à Bobo Dioulasso, le personnel est essentiellement français. Les sources consultées n'apportent pas de réponse pour justifier un tel choix. Pour sa part, Matthieu Fintz essaie toutefois de fournir un début d'explication à cette configuration de l'équipe chargée d'animer la zone pilote de Bobo Dioulasso. Pour lui, « La zone pilote d'éradication du paludisme dans la région de Bobo Dioulasso apparaît à la suite de tentatives diverses d'organisation des

services sanitaires que la lutte contre la maladie du sommeil avait agrégés »¹⁹². Ce projet de réorganisation a été porté par Eugène Jamot qui a formalisé et appliqué les principes d'un service de prophylaxie de masse : ce fut le point de départ du Service Général d'Hygiène et de Prophylaxie qui voit le jour le 15 juin 1944¹⁹³. C'est sur le modèle de la lutte contre la maladie du sommeil que celle contre l'endémie palustre s'engage. Pour comprendre cette politique menée par Jamot, un retour sur les fondements de la médecine de masse et quelques moments-clés la vie de sa vie peut éclairer les lignes qui suivent.

Né en 1879, c'est à l'âge de 29 ans, soit en 1908, que Jamot obtient le grade docteur en médecine de la faculté de Montpellier. Il est envoyé au début de la première guerre mondiale comme médecin de la colonne Sangha-Oubangui qui devait participer aux opérations militaires contre le Cameroun allemand. C'est là, dans le contexte de la guerre qu'il est confronté pour la première fois à la trypanosomiase ou maladie du sommeil. A la fin de la guerre, libéré de ses obligations militaires, il met en place en 1917 « le premier secteur de prophylaxie de la maladie du sommeil en Afrique Equatoriale française (AEF) en Oubangui-Chari »¹⁹⁴.

C'est à la fois par le biais de ce service et par les actions menées que Jamot est considéré comme le précurseur de la médecine de masse ou médecine mobile. D'ailleurs, la nouvelle politique sanitaire qui est mise en œuvre, dès 1924, par le ministre des colonies Daladier, vient consacrer les initiatives de Jamot. Ainsi, dans des instructions en date du 30 décembre 1924¹⁹⁵, le ministre lance un véritable programme et une organisation nouvelle de la santé aux colonies. Désormais, l'assistance médicale de masse voit le jour avec comme actions prioritaires la prévention, le développement de l'hygiène et de l'éducation sanitaire de la population.

¹⁹² Fintz (M), Op. Cit., p. 188

¹⁹³ C'est le 15 juin 1944 que le Commissaire aux Colonies, monsieur René Pleven décrète la création dans les territoires africains de Services d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie. Ce décret est promulgué en AOF par arrêté général n°5548 A.P. du 31 décembre 1944, voir Médecin-colonel Le Rouzic (J), Médecin-capitaine Koch (H), « Le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie en A.O.F : étude historique et statistique », Bulletin *Médical de l'Afrique Occidentale Française*, (journées médicales de Bobo-Dioulasso, 24-29 janvier 1949), n°spécial, 1949, p. 9-34, p. 13

¹⁹⁴ Lotte (M, médecin-colonel), *L'hygiène mobile : création, moyens, doctrine, stratégie, technique, orientation*, Bobo-Dioulasso, 1960, p. 4.

¹⁹⁵ Domergue-Cloarec (D), Op. Cit., p. 240

C'est naturellement qu'on confie, au docteur Jamot, le soin de diriger un Service spécial qui voit le jour par arrêté du 30 novembre 1931¹⁹⁶. Le service doit, par ses actions, déterminer les foyers d'endémicité trypanique, dépister, reconnaître, recenser et traiter les malades, pourvoir à leur isolement éventuel et mettre en application toutes les mesures utiles en vue de combattre jusqu'à extinction la maladie en cause¹⁹⁷.

Le projet de médecine de masse a été inventé pour remplacer l'échec d'une médecine centrée sur l'individu. La création de ce service soumis à des changements entre 1939 et 1945, manifeste l'émergence d'une médecine des populations directement intéressées non pas aux causes, mais aussi à des indicateurs statistiques épidémiologiques, démographiques, climatologiques et économiques.

Cette doctrine se veut ambitieuse et Jean-Pierre Dozon le résume bien dans une publication sur la maladie du sommeil :

Cette doctrine implique un quadrillage systématique des milieux indigènes, l'appui inconditionnel des autorités administratives pour qu'ils ne puissent pas se dérober aux dépistages des équipes mobile, une surveillance étroite des mouvements des populations afin d'éviter que les régions à forte densité épidémique ne viennent infecter les zones indemnes ou simplement endémiques¹⁹⁸.

En 1944, le service autonome disparaît. Il est remplacé par un organisme polyvalent qui, tout en gardant son caractère fédératif et ses pratiques de dépistage en équipes mobiles, ne devra plus par principe privilégier la maladie du sommeil, mais s'appliquer à lutte contre d'autres maladies dont le paludisme. La lutte contre le paludisme, sous l'égide du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, emprunte beaucoup aux méthodes de travail ayant servi à la lutte contre la maladie du sommeil. C'est l'exemple des enquêtes épidémiologiques¹⁹⁹, paludologiques²⁰⁰ et paludométriques²⁰¹ menées en Côte d'Ivoire à partir de 1948.

¹⁹⁶ Arrêté n°2744 du 30 novembre 1931 portant création d'un service de prophylaxie de la trypanosomiase, dans Médecin-colonel Lotte (M), *L'hygiène mobile : création, (JAMOT), moyens, doctrine, stratégie, technique, orientation*, Bobo-Dioulasso, 1960, p. 10

¹⁹⁷ Ibid., p. 10

¹⁹⁸ Dozon (J-P) « Quand les Pastoriers traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et Santé*, nov. 1985, vol. III, n°3-4, p. 27-56

¹⁹⁹ Les enquêtes entomologiques cherchent à établir mensuellement les indices sporozoïtiques des anophèles dans les zones traitées et non traitées, et le nombre de piqûres d'anophèles par homme et par nuit à l'intérieur et à l'extérieur des habitats dans les villages et les cases de culture traitées, ainsi que dans les villages témoins. Les enquêtes portaient aussi sur l'exophilie, les préférences trophiques, le cycle d'agressivité et la sensibilité aux insecticides

E. Jamot dans sa logique exprimait en fait le rêve d'indépendance des médecins coloniaux par rapport aux gouverneurs et directeurs locaux de la santé publique²⁰². C'est certainement ce rêve d'indépendance qui justifie de confier à un personnel exclusivement français la conduite des activités de la zone pilote de Bobo Dioulasso et de s'affranchir ainsi d'une tutelle, fût-elle, des organisations internationales en l'occurrence de l'OMS. Les aspersions et les enquêtes ont commencé en 1953 sur la base des critères et usages recommandés par l'OMS. En pratique, deux types de produits ont été utilisés : les villages ont été traités au DDT principalement soit une fois, soit deux fois par an ; en outre, deux autres villages ont été traités au Dieldrine. Pour les enquêtes à organiser, les opérations n'ont été entreprises qu'en mai 1955 pour les enquêtes paludométriques et en novembre 1956 pour les enquêtes entomologiques. Les critères d'évaluation utilisés dans ces études sont ceux définis lors de la conférence de Kampala en 1950 avec la distinction entre plusieurs zones d'endémicité.

Le bilan des opérations commencées en 1953 dans la zone pilote de Bobo Dioulasso est peu reluisant. D'abord, ce sont les raisons liées aux matériaux de construction qui expliquent les nombreuses difficultés des équipes de sprayers. Elles doivent faire face aux habitations humaines construites en banco avec les pièces petites et sombres qui laissent de nombreux recoins échapper à l'action de l'insecticide pulvérisé que le rapport d'activités de la zone qualifie « de véritables cases d'accès incommode, obscures constituant parfois un véritable labyrinthe de pièces étroites successives au plafond bas, dans lesquelles s'entassent sans ordre les objets les plus divers et encombrants²⁰³ ». Cette architecture de type primitif est davantage aggravée par l'état de délabrement des cases qui empire par l'effet des pluies : « Le mauvais entretien de ces cases entraîne en saisons des pluies, outre la destruction de nombreuses d'entre elles, des infiltrations d'eau, des suintements sur les parois intérieures, en

²⁰⁰ On les définit comme une étude complète exécutée dans une région pour définir l'ensemble des caractéristiques du paludisme dans des conditions existantes, en vue de déterminer les mesures antipaludiques à prendre

²⁰¹ Ce sont des enquêtes exécutées dans des localités choisies au hasard, sur des échantillons de population correspondant à des groupes d'âge prédéterminées, dans le sens d'évaluer le degré d'endémicité paludéenne. Elle consiste à étudier la prévalence du paludisme d'après les indices spléniques ou les indices plasmodiques de ces échantillons. Ce type d'enquêtes intervient dans les opérations de prééradication, ainsi qu'à la phase préparatoire et à la phase initiale d'attaque des programmes d'éradication du paludisme.

²⁰² Fintz (M), Op. Cit., p. 187-188

²⁰³ Anonyme, La zone pilote antipaludique de Bobo-Dioulasso (Haute-Volta), Bobo-Dioulasso, sd., p. 10

sorte que la couche superficielles d'insecticides est lessivée »²⁰⁴. Ensuite, l'accueil réservé par les populations n'a pas toujours été excellent en raison des incompréhensions liées au bien-fondé des études malariologiques dans les villages témoins de l'étude, à savoir ceux ne bénéficiant pas du traitement insecticide.

Ces difficultés humaines sont aggravées par les mauvais indicateurs paludologiques recueillis par les équipes de la zone pilote. Si la densité anophélienne diminue, les indices parasitaires restent élevés et la transmission n'est pas toujours interrompue. Plus exactement, le traitement au DDT des habitations n'a amené aucune disparition d'espèces anophélienne, mais une modification de leur comportement. Quant à la Dieldrine, il a donné des résultats plus satisfaisants que le DDT, mais son usage reste proscrit comme celui de l'HCH plus tard dans toute l'AOF, en raison de l'apparition d'une résistance du principal vecteur du paludisme de cette zone : *anophèle gambiae*.

Le Cameroun a connu deux grands projets d'éradication du paludisme, portés tous les deux par le Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie dans deux zones géographiques distinctes : le premier concerne le Sud du pays²⁰⁵ autour de la capitale administrative, Yaoundé et le second, le Nord du pays²⁰⁶. La zone pilote du Cameroun Sud est créée en 1953 (Cartes n°2 et 3) autour de la ville de Yaoundé déjà protégée dans le cadre d'un service d'hygiène municipal²⁰⁷. Cette région forestière s'étend sur toute la largeur du pays et sa superficie couvre 130.000 km² environ. Plusieurs catégories de forêts se côtoient de l'Ouest vers l'Est. On y distingue la « mangrove » côtière à palétuviers, les forêts ombrophiles à feuilles persistantes sur la plaine côtière et sur le plateau, ce sont différentes formations semi-ombrophiles²⁰⁸. Mais, cette forêt a subi l'action de l'homme laissant apparaître progressivement une végétation de savane. Au-delà, s'étend vers le Nord une région post-

²⁰⁴ Ibid., p. 10

²⁰⁵ Elle correspond à la région forestière du Cameroun abondamment arrosée par des cours d'eaux (le Wouri, le Nyong, le Ntem...). Deux climats se partagent cette zone : à l'ouest, le climat camerounien très humide et très pluvieux ; à l'est, le climat subéquatorial avec deux saisons de pluies et de deux saisons sèches, voir Languillon (J), Carte épidémiologique du paludisme au Cameroun, Bulletin de la Société de Pathologie exotique, t. 50, n°1, 1957, p. 585-600

²⁰⁶ C'est une région sahélienne couverte d'herbes très courtes. Le climat est tropical, les pluies sont de moins en moins abondantes à mesure que l'on s'avance vers le Tchad. Ici, deux saisons tranchées alternent : la saison des pluies très courte et une grande saison sèche voir, Languillon (J), Art. Cit., p. 585-600

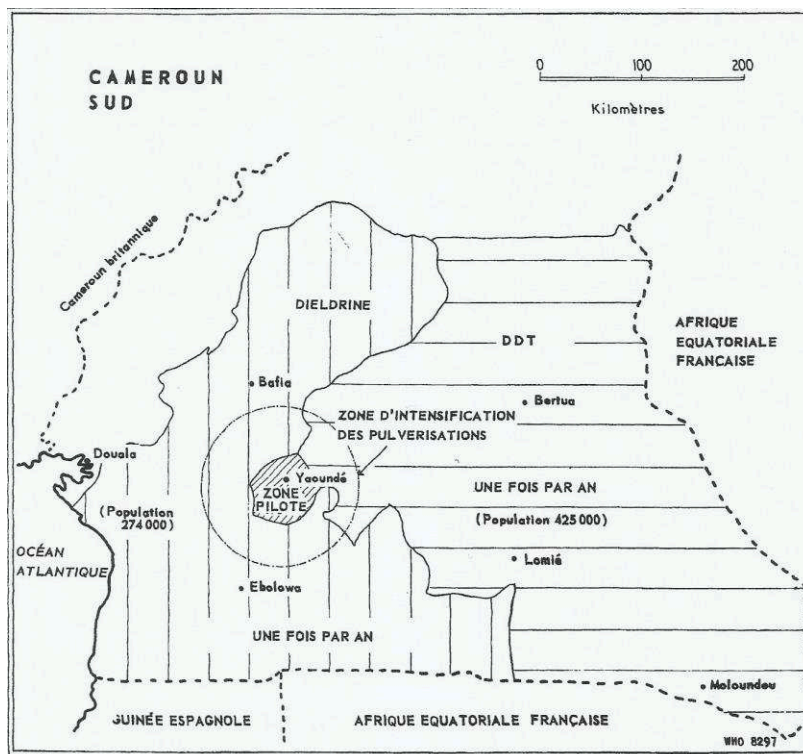
²⁰⁷ Les villes de Yaoundé et de Douala qui disposent d'un Service d'Hygiène urbaine chargée, entre autres, de lutter contre les vecteurs du paludisme n'étaient pas incluses dans cette campagne, qui a conduit à un arrêt de la transmission du paludisme dans la zone forestière

²⁰⁸ Livadas (G) et al, « Peut-on envisager l'éradication du paludisme dans la région forestière du Sud Cameroun ? », Estratto dalla Rivista di Malariologia, 1958, vol. XXXVII, n°4-6, p. 229-256

forestière, mosaïque de savane et d'îlots de végétation arborescente. C'est sous la forme d'une coopération internationale que les campagnes antipaludiques ont été lancées²⁰⁹.

Dans le Sud Cameroun, on distingue deux zones où sont réalisées les opérations d'aspersions : un territoire restreint destiné à permettre des observations entomologiques et épidémiologiques suivies et des insecticides à caractère expérimental qui correspond à la zone pilote proprement dite ; une campagne de masse dite « Campagne Sud » qui couvre neuf régions administratives. Au début des opérations, la zone pilote se limitait à une région autour de Yaoundé. Le premier protocole expérimental consistait en une tentative d'utilisation des divers insecticides de contact en ordre dispersé. Les villages étant traités isolément tantôt au DDT, à la Dieldrine et au HCH.

Carte n°2 : La zone du Cameroun Sud incluant la zone pilote de Yaoundé

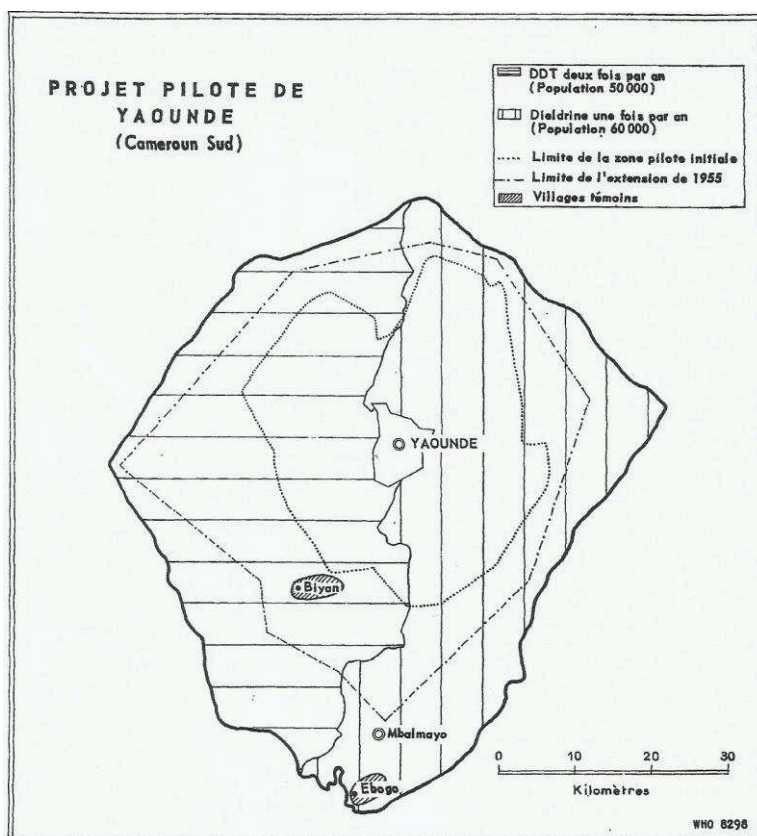


Source : OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale (Brazzaville, 19-22 novembre 1957), OMS (Bureau Régionale de l'Afrique), Brazzaville, 1958, 75 p

²⁰⁹ Dans cette coopération, l'OMS y participe par la mise à disposition d'un consultant paludologue ; le Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE) fournit une importante contribution en nature avec les insecticides, véhicules et pulvérisateurs. Les gouvernements français par le biais du FIDES et camerounais assurent la charge du budget de fonctionnement. L'ORSTOM est présent à travers son personnel comprenant chercheurs et entomologistes, voir Livadas (G) et al, Art. Cit., p. 241

En 1957, la zone pilote est soumise à une réorganisation et sa superficie s'accroît conséquemment. Désormais, le périmètre à traiter englobe la zone originelle, les extensions ultérieures et les contrées intermédiaires : de 50.000 la première année, la population concernée se chiffre à 120.000 après l'élargissement de la zone²¹⁰. Deux insecticides sont retenus pour cette nouvelle expérimentation : le DDT pour traiter la moitié occidentale et la Dieldrine pour asperger l'autre moitié orientale. Concrètement, dans la zone pilote de Yaoundé, la lutte antipaludique par le seul house-spraying aboutit à un incontestable succès. Selon l'ancienneté du traitement des secteurs, on constate l'arrêt de la transmission ou on l'entrevoit. Après le traitement de la zone de Campagne Sud, on enregistre une diminution massive des indices réduits au taux d'une hyperendémicité restreinte, au moins dans la région des forêts dense là où les aspersiones sont faites depuis assez longtemps.

Carte n°3 : La zone pilote de Yaoundé



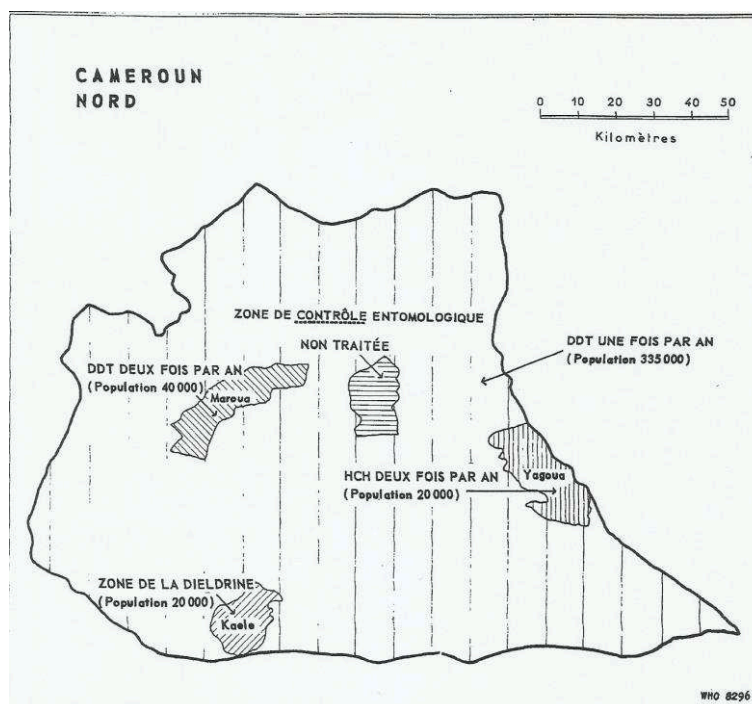
Source : OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale (Brazzaville, 19-22 novembre 1957), OMS (Bureau Régionale de l'Afrique), Brazzaville, 1958, 75 p

²¹⁰ La raison d'englober les zones hors du « périmètre urbain » de Yaoundé est ainsi justifiée par la constante réinvasion de la zone urbaine par les travailleurs africains dont les habitations sont situées à l'extérieur.

Au total, en région forestière stricto sensu, l'éradication du paludisme est techniquement réalisable sauf en cas d'apparition d'une résistance des anophèles vecteurs aux insecticides. Mais, ils sont moins bons sur les pourtours et dans les régions de forêts galeries.

La lutte antivectorielle par aspersions dans la région de savane du Nord Cameroun (Carte n°4) représente un grand espoir pour les autorités sanitaires et paludologues. Cette lutte est le fruit d'une coopération internationale avec l'intervention du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) qui fournit l'insecticide, alors que les aspersions sont exécutées par le personnel médical du Cameroun²¹¹. Commencée aussi en 1953, cette campagne expérimentale est basée sur la désinsectisation semestrielle des habitations avec du DDT. Jusqu'en 1956, les opérations ont continué sur le même rythme et jusqu'à une réorganisation de la campagne en 1957.

Carte n°4 : La zone pilote du Cameroun Nord



Source : OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale (Brazzaville, 19-22 novembre 1957), OMS (Bureau Régionale de l'Afrique), Brazzaville, 1958, 75 p

²¹¹ Pour des détails concernant cet aspect de la lutte au Nord Cameroun, voir Cavalié (Ph), Mouchet (J), *La campagne expérimentale d'éradication du paludisme dans le Nord de la République du Cameroun. Les opérations de lutte antipaludique et leurs résultats*, Genève, OMS, 1961, 32 p ; et Fintz (M), *Op. Cit.*, 665 p

La zone de traitement est découpée en plusieurs secteurs expérimentaux traités respectivement au DDT semestriel, au HCH semestriel et à la dieldrine annuelle. Parallèlement à ces aspersions se sont déroulées plusieurs expériences de chimioprophylaxie. En 1959, l'apparition d'une souche anophèles gambiae résistante à la dieldrine, oblige à suspendre toutes les opérations. Un nouveau plan est établi et appliqué dès 1960.

Ce plan de campagne élaboré est une œuvre collective portée par les représentants du Ministère de la Santé Publique du Cameroun, de l'OMS et de l'Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer (ORSTOM) et vise à répondre à la question suivante : l'éradication du paludisme est-elle possible avec le seul emploi de pulvérisations intradomiciliaires semestrielles de DDT ?²¹²

En pratique, les opérations de lutte antipaludique ont consisté en des traitements insectes des habitations et des distributions de médicaments. Cette campagne a fait baisser les densités anophéliennes dans les villages traités du Nord du Cameroun tout comme des indices parasitaires pendant les trois mois qui ont suivi les aspersions. Au bout d'un semestre, on a constaté une recrudescence des vecteurs et une augmentation des indices dues à la dégradation rapide de l'insecticides dans les maisons traitées qui dans cette zone sont couvertes de paille et à l'effet répulsif limitée du DDT pour les principaux vecteurs potentiels que sont les anophèles gambiae et funestus²¹³. La forte endophilie supposée des vecteurs et les variations saisonnières de la densité anophélienne leur laissaient entrevoir une victoire contre les moustiques. Mais, c'est le contraire qui s'est produit et la zone pilote du Nord Cameroun est placée sur la liste des échecs de la lutte antivectorielle à grande échelle : l'arrêt de la transmission n'a pas pu être obtenu grâce aux pulvérisations et à la chimioprophylaxie car le réservoir de parasites dans la population humaine n'a pas été supprimé.

²¹² Cavalié (Ph), Mouchet (J), *La campagne expérimentale d'éradication du paludisme dans le Nord de la République du Cameroun. Les opérations de lutte antipaludique et leurs résultats*, Genève, OMS, 1961, 32 p

²¹³ Ibid., p. 18

Pourquoi l'Afrique est-elle partiellement exclue des programmes d'éradication ?

Mais après plusieurs années d'expérimentation, les résultats sont mi-figue mi-raisin. Par exemple dans la zone pilote de Bobo-Dioulasso, en Haute-Volta, la campagne expérimentale commencée, en 1953, a porté sur l'utilisation en pulvérisations domiciliaires d'insecticides à effet rémanent. Cette campagne vise la diminution de la densité et de la longévité des vecteurs dans une proportion telle que les possibilités de transmission réservoir de virus-vecteur atteignent un seuil critique à partir duquel l'infection régresse d'elle-même. Les essais menés n'ont pas donné l'effet escompté confirmant ainsi l'échec des insecticides dans cette zone. Cet échec est imputable à l'action insuffisante sur les vecteurs d'un traitement au DDT correctement exécutée, à l'action irritante du produit et à l'impossibilité matérielle d'assurer une couverture insecticide totale permanente dans l'intérieur des habitations et abris en raison de la réfection d'un certain nombre de ces habitations, peut-on lire dans une publication sur le bilan de ces campagnes²¹⁴. L'échec de l'expérimentation va au-delà du seul cas de Bobo-Dioulasso, car des explications tirées des enseignements émanant des autres zones permettent d'élargir le faisceau des motifs qui justifient ce fiasco²¹⁵.

La première conférence africaine de 1950 a déjà pointé du doigt les difficultés de la lutte antipaludique lorsque les experts se sont interrogés sur le choix des moyens à utiliser sans pour autant trancher la question, tout en esquissant quelques pistes de réflexions : « La conférence estime qu'il est difficile d'indiquer des méthodes-types à appliquer en Afrique. La diversité de caractères de ce continent est telle que chaque projet devrait être spécialement conçu pour faire face à une situation particulière et pour y parer de la manière la plus satisfaisante et la plus économique »²¹⁶. Au regard de tout ce qui précède, c'est naturellement que la question de l'éradication du paludisme prend une importance capitale lors de l'Assemblée mondiale de l'OMS, tenue à Mexico en 1955, la 8^e du genre, et une résolution entérinant cette politique voit le jour après que les participants ont évalué les avantages et inconvénients qui pourraient se présenter.

²¹⁴ Anonyme, La zone pilote antipalustre de Bobo-Dioulasso (H-V), Bobo-Dioulasso, sd, 13 p

²¹⁵ Par exemple au Nigeria du nord, une résistance d'*anophèles gambiae* à la dieldrine a été constatée avec des cas d'infections des nourrissons après pulvérisation, voir OMS, Rapport de la deuxième conférence du paludisme en Afrique (Accra, Ghana) Genève, OMS, 1956, p. 32

²¹⁶ OMS, Rapport de la deuxième conférence du paludisme en Afrique. Op. Cit., 1956, p. 31

Dans l'exposé des motifs qui justifient cette décision, il est indiqué que c'est à la lumière des succès enregistrés dans l'application des insecticides et surtout de la mise en œuvre réussie des projets d'éradication notamment en référence à l'adoption d'une résolution de la quatorzième conférence sanitaire panaméricaine²¹⁷ du principe d'éradication et des recommandations de la conférence du paludisme pour les régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est d'une part²¹⁸, et d'autre part, du danger que représente l'apparition possible d'une résistance aux anophèles, en Grèce, au Liban et à Java que la politique d'éradication du paludisme a été lancée et théorisée²¹⁹. Ainsi, la décision de la 8^e Assemblée Mondiale de la Santé²²⁰, se fondant sur des rapports de travail, estime que le but final des campagnes dirigées contre le paludisme devrait être l'éradication de cette maladie. Par conséquent, elle : « Invite les gouvernements à intensifier leurs programmes nationaux de lutte antipaludique, afin que l'éradication du paludisme puisse être réalisée et que les campagnes régulières de pulvérisations d'insecticides puissent être arrêtées à coup sûr, avant que ne se manifeste le danger possible d'une résistance aux insecticides chez les espèces anophéliennes vectrices »²²¹.

L'Assemblée va plus loin en autorisant le Directeur général à intercéder auprès des gouvernements des pays impaludés pour accorder « Une priorité aux projets d'éradication de cette maladie dans les demandes d'assistance adressée au titre du programme élargi d'assistance technique des Nations Unies »²²². A travers cette résolution, il s'agit désormais d'abandonner la lutte antipaludique classique qui vise une simple maîtrise du paludisme pour orienter résolument les efforts vers l'éradication complète de la maladie. Afin d'atteindre ses objectifs, l'OMS se donne pour mission de convaincre les gouvernements de la nécessité d'organiser des campagnes nationales d'éradication en fournissant toutes formes d'assistance nécessaire pour combattre une maladie qui reste une menace potentielle pour les populations mondiales.

²¹⁷ Cette conférence s'est tenue en octobre 1954 à Santiago

²¹⁸ OMS, Série de rapports techniques, n°123. *Comité d'experts du paludisme, 6^e rapport* (Athènes, 20-28 juin 1956), Genève, 1957, p. 6 ; OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé n°63. Huitième Assemblée Mondiale de la Santé* (Mexico, 10-27 mai 1955) : résolutions et décisions, Genève, OMS, 1955, p. 31

²¹⁹ OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé n°63*. Op. Cit., 1955, p. 31

²²⁰ Ibid., p. 31

²²¹ Ibid., p. 31

²²² Ibid., p. 31

Cette décision adoptée, en mai 1955, a été soutenue et a reçu l'adhésion des autorités sanitaires lors de différentes conférences régionales et interrégionales²²³ réunies en diverses régions du monde ainsi que par le comité d'experts du paludisme de l'OMS, à l'exception toutefois de la deuxième conférence africaine sur le paludisme organisée, à Lagos, en 1955. Il est donc clair que la lutte contre le paludisme avec l'utilisation des insecticides peut être considérée comme une révolution dans le devenir de la lutte qui se veut totale.

C'est justement dans cette optique que s'est tenue la deuxième conférence africaine²²⁴ sur le paludisme, au Nigeria, du 28 novembre au 6 décembre 1955, sous les auspices du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, créé en 1951²²⁵ à l'issue de la décentralisation des activités de l'OMS. La conférence a consacré ses travaux²²⁶, entre autres, au bilan de la lutte contre le paludisme en Afrique avec l'utilisation des nouveaux insecticides que sont le DDT et la dieldrine. Elle s'est aussi et surtout prononcée sur la possibilité ou non de valider le choix de l'éradication du paludisme pour la région africaine.

²²³ Le sous-comité A du Comité régional de la Méditerranée orientale et les comités régionaux de l'Europe, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique Occidental se sont joints au Comité régional des Amériques pour soutenir le principe de l'éradication du paludisme, voir OMS, Série de rapports techniques, n°123, Op. Cit., 1957, p. 8

²²⁴ Il faut noter que le terme "Afrique" utilisé dans ce rapport désigne l'Afrique au Sud du Sahara, voir OMS, Rapport de la deuxième conférence du paludisme en Afrique, Op. Cit., 1956, p. 11

²²⁵ C'est en juin 1951 que la création du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a été approuvée par le Conseil exécutif. Un premier comité régional regroupant les Etats Membres de la nouvelle région se tient à Genève. Le transfert du Bureau en Afrique fut décidé l'année suivante. Le 20 août 1952 a lieu la signature de l'accord de siège entre le Gouverneur GEDILE, Secrétaire général de l'Afrique Equatoriale Française (AEF) et le Dr Cambournac, premier Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. Cet accord marque l'installation définitive du Bureau régional à Brazzaville, voir Mouhouelo (P), De la bibliothèque manuelle à la bibliothèque hybride : cas du centre de documentation de l'OMS/AFRO, mémoire de maîtrise en Sciences et Techniques de la Communication (option Documentation), Université Marien Ngouabi, Brazzaville, 2003, 84 p

²²⁶ Plusieurs questions ont fait l'objet de discussion au cours de cette conférence : il s'agit de l'épidémiologie du paludisme humain, des parasites du paludisme humain et leurs vecteurs, des problèmes de la lutte contre le paludisme, de la chimiothérapie, des recherches sur le paludisme et leur coordination en Afrique, de la formation professionnelle et de la politique antipaludique future en Afrique

C'est pourquoi, tirant les enseignements des projets pilotes d'essai de l'utilisation des insecticides à effet rémanent²²⁷, les experts paludologues réunis à Lagos, font l'amer constat des difficultés de mise en œuvre de l'éradication sur le continent.

Ainsi,

...la conférence a conclu que des progrès considérables avaient été réalisés depuis 1950, mais que des efforts n'avaient pas été uniformément couronnés de succès. Il est clairement démontré que les insecticides à action rémanente permettent d'obtenir de bons résultats dans toute une série de conditions existant en Afrique, en particulier dans des cas où la transmission est très intense...Le faible degré de développement de l'administration, de l'enseignement et des communications dans de nombreuses parties de l'Afrique pourrait empêcher pendant quelque temps encore l'extension de la lutte antipaludique à l'ensemble de la région, mais les difficultés techniques ne devraient pas faire obstacle aux opérations si celles-ci sont conduites avec énergie et souplesse.²²⁸

Plus exactement, le continent africain n'est pas encore apte à se lancer dans l'éradication du paludisme, comme le souligne fort bien la recommandation faite à l'issue de la conférence de Lagos au sujet des problèmes de la lutte antipaludique sur le continent.

En effet, évoquant les difficultés inhérentes à la lutte en Afrique, la conférence,

Considère que, étant donné les difficultés tenant à la nature physique, aux conditions économiques et au degré de développement qui se rencontrent en Afrique, jointes à l'endémicité paludéenne élevée et à la longue période de transmission qui s'observe communément sur ce continent, il est légitime d'exclure provisoirement l'Afrique au sud du Sahara des propositions généralement formulées par la 8^e Assemblée Mondiale de la Santé au sujet de l'éradication du paludisme²²⁹.

Pour sa part, le Comité d'experts du paludisme de l'OMS, réuni à Athènes du 20 au 28 juin 1956, a consacré sa session aux discussions sur la question de l'éradication. Elle s'est prononcée entièrement en faveur de cette politique et a produit un fond documentaire à l'intention de tous ceux qui s'intéressent aux problèmes de l'éradication. Il ressort de l'analyse du rapport de cette réunion que les balbutiements constatés dans la mise en œuvre de la politique résultent d'une imprécision de la notion même d'éradication, d'une absence de

²²⁷ Dans le rapport qui a sanctionné la 2^e conférence africaine du paludisme à Lagos, les participants ont fondé les conclusions sur les projets exécutés dans le Swaziland, en Rhodésie du Sud, à Madagascar, au Nigeria du Nord et au Libéria, voir OMS, Rapport de la deuxième conférence du paludisme en Afrique, Op. Cit., 1956, 77 p

²²⁸ OMS, Rapport de la deuxième conférence du paludisme en Afrique, Op. Cit., 1956, p. 34

²²⁹ Ibid, p. 56

documentation détaillée et abondante sur les méthodes et techniques d'application et, par-dessus tout, d'une absence de moyens financiers pour les pays ayant fait le choix de son application.

Les préoccupations soulevées ont, cependant, trouvé un début de solution à travers les décisions et les clarifications faites au cours de cette réunion d'Athènes. Pour ce faire, le comité a, d'emblée, défini le concept d'éradication, qui doit s'entendre comme « L'arrêt de la transmission du paludisme et la suppression du réservoir d'infection au moyen d'une campagne limitée dans le temps et portée à un tel degré de perfection que, lorsqu'elle prend fin, la reprise de la transmission n'est plus possible »²³⁰.

De ce point de vue, l'éradication du paludisme se différencie de la lutte antipaludique classique qui a pour but : « De ramener la fréquence de la maladie à un niveau assez bas pour que le paludisme cesse d'être un problème majeur de santé publique, notent les rapporteurs »²³¹. Elle se distingue aussi totalement de l'éradication du vecteur qui implique l'élimination totale de tous les individus de l'espèce en cause, de manière qu'à la fin de la campagne cette espèce ne puisse plus se reproduire. C'est donc une entreprise limitée dans le temps et les essais montrent que les chances de réussite dépendent beaucoup plus de la nature et des habitudes de l'espèce considérée. Pour le comité, « L'éradication du vecteur, bien qu'elle soit peut-être réalisable dans certaines régions, ne saurait être recommandée comme procédé général ou universel de prévention du paludisme »²³².

C'est une allusion très claire au continent africain pour lequel trop de conditions sont à satisfaire avant d'opter pour cette politique. Ainsi, selon les experts,

En Afrique tropicale, il semble prématuré d'envisager l'éradication du paludisme à l'échelle continentale, étant donné qu'aucune vaste zone n'y a été encore débarrassée du paludisme par l'application d'insecticides à action rémanente. La mise au point d'une méthode efficace et économique d'éradication du paludisme en Afrique tropicale est un problème qui n'est pas encore résolu. Des projets pilotes sont en cours d'exécution, et il convient de leur donner une importance et une aide plus considérables de façon à trouver une solution aussi rapidement que possible²³³.

C'est ainsi que la politique « d'éradication du paludisme » est lancée en excluant notamment une grande partie des zones impaludées. L'OMS s'est engagée à les soutenir

²³⁰ OMS, Série de rapports techniques n°123. Op. Cit., 1957, p. 4-5

²³¹ Ibid., p. 5

²³² Ibid., p. 5

²³³ Ibid., p. 8

résolument en fournissant des moyens techniques, humains et financiers aux pays engagés dans l'éradication.

De plus, ses services techniques ont été renforcés au milieu de l'année 1955 par la création de la Division de l'Eradication du Paludisme à l'intérieur du Département des services consultatifs après la mise en œuvre d'un Compte spécial pour l'Eradication créé au moment de la tenue de la 8^e Assemblée mondiale²³⁴, mais effectif au cours du trimestre de 1957 : l'objectif est d'offrir une aide plus concrète par le détachement du personnel international, la formation professionnelle et la mise à disposition de fournitures diverses²³⁵. Jusqu'en 1957, le rôle de l'OMS a consisté à donner des avis, n'assumant point la responsabilité dans l'exécution directe et laissant aux gouvernements en présence de fournir²³⁶ la totalité du personnel et d'assurer la gestion entière des programmes en cours. La mise en œuvre du programme d'éradication du paludisme obéit à certaines exigences qu'il convient de passer en revue. L'analyse qui suit permettra d'expliquer les différentes étapes de la conduite d'une opération d'éradication du paludisme et soulignera à l'occasion les difficultés de sa mise en œuvre en Afrique.

En réalité, l'éradication du paludisme est une attaque dirigée contre deux groupes zoologiques : le parasite du paludisme et les anophèles vecteurs. En pratique, un programme d'éradication comprend quatre phases successives : les phases de préparation, d'attaque, de consolidation et d'entretien²³⁷. Au total, le paludisme peut donc être considéré comme « éradiqué » lorsqu'un système de surveillance efficace n'a pas permis de relever le moindre signe de transmission ou d'endémicité résiduelle malgré une recherche intense de trois années consécutives. Il faut pour cela apporter la preuve que le système de surveillance a fonctionné et qu'aucun cas indigène de réinfection n'a été découvert.

A l'issue d'une réunion du comité d'experts, organisée du 25 au 30 juillet 1960²³⁸, à Genève, plusieurs sujets sont à l'ordre du jour : il s'agit de la question de l'évaluation des programmes d'éradication en cours, qui servira à analyser les succès des opérations lancées et

²³⁴ OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°176. Op. Cit., 1969, p. 3-4

²³⁵ Dowling (Dr M. A.C), *Le programme antipaludique dans la région de l'Afrique (WHO/Mal/278)*, Genève, OMS, 1960, p. 2

²³⁶ Ibid., p. 2

²³⁷ Voir annexe 3, p. 534

²³⁸ OMS, Série de rapports techniques, n°205. *Comité d'Experts du paludisme, 8^e rapport* (Genève, 25-30 juillet 1960), OMS, Genève, 1961, 54 p

de déceler les éventuels échecs constatés sur le terrain. Il s'agit surtout de la problématique de l'organisation des programmes d'éradication du paludisme dans les pays en développement, exclus temporairement au moins, lors du lancement en 1955. La qualité des participants à la réunion avec la présence des responsables de la Division de l'éradication du paludisme, dénote du crédit qu'on veut donner aux résultats issus de cette réunion. Pour la première fois, les experts ont donné leur point de vue sur la possibilité de l'organisation des programmes dans les pays sous domination coloniale. Considérés aussi comme des pays en voie de développement, leur exclusion à long terme pourrait remettre en cause cette politique.

Du point de vue de l'éradication du paludisme, les experts définissent « les pays en développement » comme des pays où l'administration générale et les services de santé n'ont pas encore atteint un niveau suffisant pour qu'ils puissent entreprendre un programme d'éradication du paludisme et où, par conséquent, on doit d'abord créer les bases nécessaires pour une action de ce genre, qui doit être étroitement coordonnée, soigneusement exécutée et limitée dans le temps²³⁹. Avant sa mise en œuvre, trois conditions préalables sont indispensables à l'élaboration des plans d'éradication du paludisme : ainsi selon les paludologues, pour qu'un programme d'éradication soit mené avec succès, il faut que le programme soit techniquement, administrativement et pratiquement réalisable et d'autre part, que le programme soit conçu en vue de l'éradication du paludisme sur tout le territoire du pays intéressé.

Un programme est techniquement réalisable si l'on peut indiquer les processus qui aboutiraient à une interruption absolue de la transmission, quelles que soient les conditions épidémiologiques susceptibles de se présenter. Il est administrativement réalisable si l'on peut créer une organisation qui mettra en œuvre les ressources en hommes et en matériels nécessaires pour réaliser et maintenir l'interruption dans une zone assez grande et avec une uniformité suffisante pendant un temps suffisant. Un programme est pratiquement réalisable, enfin, si le gouvernement intéressé est financièrement et matériellement en mesure de mettre en place le dispositif nécessaire et s'il existe des conditions suffisantes (facilité des communications, liberté de déplacement et collaboration populaire) pour qu'on puisse obtenir

²³⁹ OMS, Série de rapports techniques, n°205, Op. Cit., 1961, p. 40

une couverture totale dans l'application des insecticides et, le moment venu, appliquer des mesures convenables de surveillance et d'entretien sur l'ensemble du territoire national.

Au regard de ce qui précède, les difficultés semblent insurmontables pour les pays en développement. C'est pourquoi selon les spécialistes, dans les pays où manquent les éléments fondamentaux nécessaires pour organiser et appliquer de façon satisfaisante des mesures d'éradication du paludisme, il est souhaitable d'envisager des opérations préliminaires adaptées aux conditions socio-économiques et à l'état général de développement du pays. Ces opérations constitueraient un « programme de pré-éradication » ; lequel va être appliqué parallèlement aux programmes d'éradication en cours et en passe d'être lancés.

En définitive, on admet que l'éradication est considérée comme réalisée quand des opérations convenables de surveillance n'ont révélé aucun signe de transmission ou d'endémicité résiduelle, malgré une recherche soigneuse pendant trois années consécutives. La validation de ce résultat se fait par des preuves irréfutables attestées sur le terrain²⁴⁰.

Quel bilan peut-on faire des programmes d'éradication lancés depuis 1955 avant leur abandon en 1969-1970 ?

Les programmes d'éradication du paludisme ont eu des répercussions favorables sur le triple plan de la morbidité et de la mortalité paludéennes, au niveau général de la santé et du développement socio-économique. Le tableau (n°1) ci-après illustre, pour les différentes étapes de l'éradication, les progrès accomplis en dix ans, soit entre 1959 et 1968.

²⁴⁰ Pour attester de la validité d'un résultat prouvant l'éradication du paludisme, il est indispensable de fournir les éléments de preuve suivants :

- Preuve de l'efficacité du système de surveillance : cette surveillance repose sur le dépistage selon les cas. Lorsque l'éradication fait appel à des mesures de lutte anophélienne et de traitement de masse sur les 3 années requises, il faut une surveillance de très haute qualité
- Preuve qu'aucun cas indigène ayant débuté pendant la période de 3 ans considéré n'a été découvert
- Données fournies par un registre de toutes les infections paludéennes qui ont été découvertes pendant la période de 3 ans, voir OMS, Série de rapports techniques, n°205, Op. Cit., 1961, p. 34-35

Tableau n°1 : Etat d'avancement du programme en 1959 et en 1968

	1959		1968	
	Population (en millions)	Pourcentage de la population totale	Population (en millions)	Pourcentage de la population totale
Phase d'entretien (régions où l'éradication serait réalisée).....	279	21.5%	651	37.6%
Phase de consolidation (région où le risque de paludisme endémique est écarté).....	55	4.2%	346	20.0%
Phase d'attaque (régions où la protection est assurée par des pulvérisations).....	505	38.9%	356	20.5%
Population totale protégée.....	839	64.6%	1353	78.1%
Population non encore protégée par des opérations d'éradication (y compris celle des régions à la phase préparatoire ou au stade de la pré-éradication).....	459	35.4%	380	21.9%
Population totale.....	1298	100%	1733	100%

Source : OMS, *Actes officiels de l'OMS, n°176. Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la santé*, Boston, 8-25 juillet 1969 ; (Partie 1 : Résolutions et Décisions, Annexes), Genève, 1969, 140 p

Le fait que près d'un milliard d'habitants du globe soient à l'abri du paludisme endémique à la fin de l'année 1968 représente dans l'histoire de la santé publique une réalisation sans précédent. De façon plus concrète, les années 1955 à 1958 ont été essentiellement une période de transition consacrée à convertir en programme d'éradication les opérations de lutte antipaludique classique antérieurement soutenues par l'OMS. Et les premiers résultats sont attestés un an plus tard. En 1959, la maladie est déjà déclarée comme éradiquée dans des régions groupant près de 280 millions d'habitants, situées dans quelques îles des Antilles, au Chili, à Chypre, aux Etats-Unis d'Amérique, en France (Corse), en Italie, aux Pays-Bas, à Singapour et dans cinq républiques de l'Union des Républiques socialistes soviétiques. Dans le même temps, des programmes d'éradication appuyés par l'OMS sont en phase de déploiement dans un grand nombre de pays encore impaludés des Amériques, en Afghanistan, en Chine (Taïwan), en Irak, en Iran, au Liban, aux Philippines, dans les îles Ryukyu, en Syrie et en Turquie.

A mesure qu'avance le processus de conversion, la liste des pays engagés dans les programmes d'éradication augmentent en nombre. A ce titre, l'année 1958 a vu la mise en chantier de dix nouveaux programmes, dont celui de l'Inde, qui concerne plus de 400 millions de personnes, soit un tiers de la population totale des régions primitivement impaludées du monde. Tour à tour, six nouveaux programmes ont été lancés en 1959, deux en 1960, quatre en 1961, trois en 1962. Entre 1963 et 1965, aucun programme d'éradication n'a été mis en route : l'explication est sans doute à trouver dans l'élaboration des programmes de prééradication censés aider les pays de la zone tropicale à se préparer vers la mise en œuvre effective et efficace des programmes « d'éradication du paludisme ». La série des programmes d'élimination reprend sa cadence avec trois, en 1966, deux en 1967 et un en 1968.

A l'évidence, les programmes d'éradication du paludisme ont donné des résultats satisfaisants en quinze ans. Comme le montre le tableau (n°2), la population entrée en phase d'entretien – la dernière phase- a plus que triplé de 1957 à 1971 et la population couverte par des campagnes a presque doublé passant de 789 millions en 1957 à 1 milliard 346 millions en 1971. Les régions où l'éradication du paludisme a été réalisée (phase d'entretien) n'ont cessé d'augmenter depuis 1959 : elles totalisent, en 1968, 651 millions de personnes, soit 37.6% de

la population totale (1733 millions d'habitants) des régions primitivement impaludées, contre 21.5% en 1959 (Tableau n°1).

Tableau n° 2 : Etat des programmes d' « éradication du paludisme » de 1957 à 1971

Phase du programme	Population (millions d'habitants)			
	1957	1961	1966	1971
Programmes d'éradication du paludisme :				
Phase d'entretien	220	317	619	728
Phase de consolidation	–	75	335	299
Phase d'attaque	569	575	234	315
Phase préparatoire	–	59	39	4
Total	789	1026	1227	1346

Source : OMS, Lutte contre le paludisme dans les pays où un programme d'éradication limitée dans le temps n'est pas réalisable actuellement : rapport d'une conférence interrégionale de l'OMS, Genève, OMS, 1974, p. 56

A mi-parcours du lancement du programme en 1960, après contrôle et attestation par une équipe d'évaluation de l'OMS, les zones où l'éradication a été réalisée sont portées dans un registre officiel²⁴¹. A cette date, les zones ayant satisfait aux critères de l'éradication du paludisme sont tour à tour : Venezuela, Grenade et Carriacou, Sainte-Lucie, Espagne, Bulgarie, Taïwan, Trinité-et-Tobago, Dominique, Jamaïque, Chypre, Pologne et Roumanie²⁴².

²⁴¹ La 13^e Assemblée mondiale de l'OMS (1960) a prié le directeur général d'établir un registre officiel dans lequel seront inscrites les zones ayant réalisé l'éradication, après contrôle et attestation par une équipe d'évaluation de l'OMS voir, OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°176. Op. Cit., 1969, p.110

²⁴²Ibid., p.110

Mais, c'est surtout à la fin de l'année 1968 que les résultats les plus parlants et significatifs ont été enregistrés. Sur les cent quarante-six pays classés à l'origine comme entièrement ou partiellement impaludés, trente-six, dont seize qui ont reçu une aide de l'OMS, sont parvenus à l'éradication. Cinquante-trois autres entament les programmes d'éradication à la fin de 1968, et vingt-sept autres optaient pour des opérations de lutte antipaludique classique. Sur les cinquante-trois pays ayant entrepris l'exécution de programmes d'éradication, seize sont à la phase d'entretien avec un total de 450 millions d'habitants, dont près de 350 millions dans les pays en voie de développement de la zone tropicale.

A l'échelle des Régions de l'OMS, les résultats sont tout aussi remarquables. A la fin de 1968, dans la Région des Amériques, les opérations ont atteint la phase d'entretien dans des régions représentant 74 millions de personnes, soit 41% de la population des secteurs primitivement impaludés des Amériques ; et des territoires habités par 48 millions de personnes, soit 27% de la population des zones initialement impaludées, en sont à la phase de consolidation. Sur les trente-trois pays impaludés, six sont inscrits sur le registre de l'OMS comme ayant atteint l'éradication sur la totalité ou une grande partie de leur territoire, cependant que cinq autres déclaraient avoir réalisé l'éradication.

Ailleurs, en Asie du Sud-Est, les progrès ont été considérables : sept des huit pays de forte endémicité ont lancé des programmes d'éradication. A la fin de 1968, sur 710 millions, 258 millions (36%) habitent des régions en phase d'entretien et 199 millions, soit 28% des régions en phase de consolidation. Dans cette partie, l'Inde s'est particulièrement illustrée ; elle a connu un vaste programme, car plus de 70% des 500 millions d'habitants du pays sont à l'abri du paludisme endémique.

Dans la zone européenne, le paludisme était présent dans dix-neuf pays totalisant plus de 340 millions d'habitants. Il a cessé d'être endémique dans seize d'entre eux avec l'effort réalisé pour éliminer l'endémie. Sous la conduite du Comité régional de l'Europe, les programmes lancés, en 1959, pour la plupart ont donné de bons résultats dès 1963. Ainsi, la campagne menée en Turquie est avancée, puisque près de 95% de la population du pays habite les régions qui sont à la phase d'entretien. Pour l'Algérie, à la suite d'activités de prééradication, un programme d'éradication est actuellement mis en œuvre par étapes dans le

cadre des services de santé de base, tandis que le Maroc s'apprête à se lancer dans les opérations après 1963.

S'agissant de la Région de la Méditerranée orientale, où un tiers de la population initialement exposée au risque est maintenant à l'abri du paludisme endémique, l'éradication est attestée dans l'un des pays et revendiquée dans trois des vingt-trois pays territoires comptant des secteurs impaludés. A côté, les programmes d'éradication de la Jordanie, du Liban et du Pakistan progressent de façon satisfaisante. Pris individuellement, on note par exemple que le programme pakistanais, qui couvre plus de la moitié de la population totale des régions impaludées de la Région est bien exécuté. En Iran, les progrès ont été satisfaisants dans le nord et dans le centre du pays.

Dans les régions impaludées du Pacifique occidentale, sur les vingt pays pour lesquels des indications sont disponibles, onze ont reçu une aide dans le cadre du programme d'« éradication du paludisme ». Ici, la Chine et cinq autres pays ont réalisé l'éradication. Ils regroupent au total plus de 24 millions d'habitants, soit plus de 30% de la population exposée.

Si dans plusieurs régions du monde des progrès ont été réalisés, il existe tout de même un point noir à ce tableau presque reluisant : c'est la Région africaine qui reste à la traîne parce que le bilan des programmes d'éradication du paludisme est négatif. Dans celle-ci, la lutte antipaludique a peu progressé, bien que des projets pilotes et des recherches pratiques aient été entrepris dans un très grand nombre de pays avec l'aide de l'OMS. Les résultats des projets entrepris respectivement dans les forêts du Cameroun et du Libériai (avec du DDT) et en Ouganda (avec du malathion dans un projet et du DDT associé à traitement médicamenteux de masse dans un autre) ont montré que l'interruption de la transmission est possible dans ces secteurs.

Ailleurs, que ce soit en Afrique orientale ou occidentale, la transmission n'a pu être interrompue, bien que la prévalence du paludisme ait été sensiblement réduite dans des zones pilotes à la suite de pulvérisations d'insecticides ou, dans le cadre d'un projet exécuté au Ghana, au moyen de sel additionné de chloroquine. D'autres essais, fondés sur l'association de plusieurs méthodes, ont été entrepris dans les zones de savanes de l'Afrique occidentale, mais aucune méthode pratique n'a encore été mise au point pour interrompre la transmission dans ces régions.

Dans une publication consacrée à l'état de l'éradication du paludisme dans le monde, Bruce-Chwatt L.J.²⁴³, souligne le retard de l'Afrique avec force détails. Ainsi, sur quatre-cent-quatre-vingt millions d'habitants des régions où les programmes d'éradication n'avaient pas encore été entrepris, plus de la moitié vivent en Afrique tropicale. Plus significative a été la comparaison faite entre la situation du paludisme entre 1961 et 1971, où les progrès de la lutte antipaludique en Afrique souffrent d'« une lenteur décourageante »²⁴⁴. Statiquement parlant, sur deux-cent-quatre-vingt millions d'habitants que compte au total le continent d'Afrique, quelques deux-cent-cinquante vivent dans les régions initialement impaludées. Sur ce chiffre, il n'y a que cinq millions qui habitent les zones où l'éradication du paludisme aurait été réalisée et vingt millions qui sont protégés par la lutte antipaludique bien organisée. Et 90% de la population d'Afrique vivant dans les zones d'endémie palustre ne bénéficient d'aucune protection constante.

Au final, malgré les efforts déployés, le paludisme constitue toujours le problème de santé publique le plus sérieux dans la majeure partie de la Région africaine. Il y affecte plus de la moitié des enfants âgés de moins de trois ans et, virtuellement, tout le reste de la population, étant directement responsable de 10% des décès d'enfants de moins de cinq ans. La situation n'est pas loin de perdurer, et pour cause ! Car même dans les cas où il a été prouvé que l'éradication est techniquement réalisable, l'insuffisance des ressources disponibles a empêché la mise en œuvre de programmes d'éradication en Afrique tropicale.

Par ailleurs, les programmes d'éradication ont dépeint positivement sur l'organisation générale de systèmes de santé. Ainsi, la nécessité pour les programmes d'éradication du paludisme de toucher en permanence pendant plusieurs années de suite les régions les plus reculées a conduit de nombreux pays en voie de développement à réviser une politique sanitaire trop exclusivement axée sur les zones urbaines, et à réorganiser les services de santé de manière à desservir toute la population. Parallèlement à l'impulsion donnée par les activités d'éradication au développement des services sanitaires ruraux, les programmes antipaludiques ont également favorisé, par l'analyse des priorités en matière de santé, l'établissement de programmes sanitaires intégrés.

²⁴³ C'est un expert paludologue, chef du département d'hygiène tropicale à l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres et au Ross Institut of Tropical Medicine de Londres.

²⁴⁴ Bruce-Chwatt (L.J.) « L'état actuel de l'éradication du paludisme dans le monde et la lutte antipaludique en Afrique Noire », *Médecine d'Afrique Noire*, fév. 1974, t. XXI, n°2, p.134-136

Les programmes d'éradication ont également contribué au développement social de certaines régions. Au Venezuela par exemple, le service d'éradication du paludisme a été chargé en milieu rural des activités relatives au logement, à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement qui ont largement bénéficié de l'impulsion reçue de la campagne d'éradication.

Ces résultats se traduisent aussi par d'importants avantages économiques qui justifient amplement les dépenses qu'elles exigent. A titre d'illustration, dans les collectivités agricoles et pastorales de la zone tropicale, où le paludisme sévit particulièrement, la saison de transmission maximale coïncide le plus souvent avec la période de pointe de l'activité agricole et du nomadisme. En améliorant les conditions sanitaires, l'éradication rompt le cercle vicieux de la misère et de la maladie : elle vainc la mortalité et mortalité paludéennes et réduit le coût économique et social des soins médicaux curatifs et préventifs.

Enfin, le programme mondial en question est à l'origine de progrès considérables réalisés dans certains domaines techniques. C'est grâce à lui, qu'au cours des dix dernières années, bien des connaissances ont été certifiées au sujet de l'épidémiologie du paludisme, des facteurs génétiques en jeu dans le développement de la résistance aux insecticides, et de l'action des médicaments antipaludiques. De même, il a largement contribué à accélérer la mise au point de nouveaux insecticides et de nouvelles substances thérapeutiques.

III. Le programme de prééradication ou comment préparer la voie à la politique d'éradication ?

Le programme de prééradication comme son nom l'indique, est un programme qui précède la mise en œuvre effective d'un programme d'éradication ; plus exactement, c'est un programme préparatoire qui passe par la réalisation des fondements indispensables à la mise en œuvre d'une politique d'éradication. C'est une trouvaille de la Division de l'Eradication du paludisme qui fait suite au constat implacable de l'impossibilité d'appliquer les programmes d'« éradication du paludisme » dans plusieurs régions du monde en particulier les régions africaines qui demeurent les plus endémiques. Dans une communication présentée en 1962, le directeur de la Division d'Eradication du paludisme de l'OMS, affirme à ce propos: « il est évident qu'une campagne d'éradication conforme aux normes requises ne saurait être envisagée dans les pays en voie de développement où l'administration générale et les centres

ruraux de santé publique n'ont pas encore atteint le niveau et l'étendue indispensables au développement précis et bien défini des opérations d'éradication et à la mise en œuvre efficace des phases de consolidation et d'entretien²⁴⁵ ». En clair, ce sont des pays qui n'ont ni les moyens financiers, ni les moyens humains et pire qui ne disposent pas encore d'un réseau de services de santé capables de soutenir tout programme d'éradication.

La finalité des programmes de prééradication étant de déboucher sur des pratiques d'éradication, ils supposent de ce point de vue, le développement parallèle et coordonné de service antipaludique et des services de santé généraux. Pourquoi le programme de prééradication a-t-il été élaboré par l'OMS? Que vise-t-il ? Comment ce programme s'est-il déployé sur le terrain et avec quels résultats ?

La conception puis l'application du programme de prééradication a commencé à germer dans l'esprit des autorités sanitaires après l'échec de l'expérimentation à grande échelle de la « politique d'éradication ». En 1956 déjà, des paludologues ont fait l'amer constat qu'en Afrique « il semblait prématuré d'envisager l' « éradication du paludisme » à l'échelle continentale » et conseillait d'accorder une importance accrue à l'aide aux projets pilotes en cours²⁴⁶. Toutefois, la mise en œuvre des projets pilotes sur le continent africain se solde par un échec cuisant, rangeant ainsi aux calendes grecques la mesure phare de la décennie 1950-1960. La nécessité d'aider les pays en développement à faire face à cette endémie devient donc une urgence. Que faire dans ces conditions alors que le continent africain fait partie des zones les plus impaludées?

La décision a été donc prise, dès 1960, d'expérimenter une nouvelle politique moins ambitieuse dont l'objectif est de parvenir à terme à l'éradication. Dès 1961, un rapport du comité d'experts va plus loin au sujet de cette politique de lutte plus ciblée et précise que : « dans les pays où manquent les éléments fondamentaux nécessaires pour organiser et appliquer de façon satisfaisante des mesures d'éradication du paludisme, il est souhaitable d'entreprendre des opérations préliminaires adaptées aux conditions socio-économiques et à l'état général de développement du pays. Ce processus constituerait « un programme de

²⁴⁵ Alvarado (C. A), Le programme de prééradication, 3^e conférence africaine OMS/CCTA du paludisme (3-13 juillet 1962), OMS, Yaoundé, 1962, p. 2

²⁴⁶ OMS, *Série de rapports techniques*, n°123. *Comité d'experts du paludisme*, 6^e rapport (Athènes 20-28 juin 1956), Genève, OMS, 1957, p. 8

prééradication »²⁴⁷. L'OMS va donner sa caution à cette trouvaille et c'est à son premier responsable qu'il revient d'en définir les grands objectifs.

Au cours de l'année 1961, le Directeur Général de l'OMS a exposé dans un mémorandum adressé aux directeurs régionaux de l'OMS les objectifs d'un programme de pré-éradication pour lequel « il s'agit de promouvoir et d'appuyer la mise en place de deux éléments fondamentaux que sont le service antipaludique et l'infrastructure sanitaire rurale »²⁴⁸. En 1962, la 3^e Conférence africaine du paludisme a adopté « les principes des programmes de prééradication qu'elle considère comme un objectif urgent dans les pays d'Afrique qui viennent d'accéder à l'indépendance » et reconnaissait « la nécessité d'une mise en œuvre rapide des programmes de prééradication, prélude d'un programme d'éradication du paludisme s'étendant à tous les pays d'Afrique »²⁴⁹. Il faut le rappeler, cette décision a été précédée du lancement dès 1961, de programmes de prééradication tendant à organiser à la fois le service du paludisme et l'infrastructure sanitaire rural dans dix-sept pays du continent africain. Si ces programmes ont connu quelques ratés dus à leur lenteur et aux modalités d'exécution, il n'en demeure pas moins que des progrès utiles ont été accomplis dans quelques-uns d'entre eux²⁵⁰.

On entend par programme de prééradication, un ensemble d'activité visant à la création simultanée d'un service national de lutte contre le paludisme et d'une infrastructure sanitaire de base dont les services pourront s'acquitter de fonctions précises au cours de phases ultérieures du programme d'éradication²⁵¹. Ce programme doit s'élaborer suivant la situation particulière de chaque pays, et être capable, de toutes les façons, de réaliser les opérations suivantes, à savoir : dresser un inventaire des ressources et procéder à une étude préliminaire du tableau du paludisme dans le pays ; créer des moyens suffisants pour former les différentes catégories du personnel nécessaire ; créer l'armature administrative nécessaire ; poursuivre l'étude des conditions épidémiologiques ; créer les ressources médicales nécessaires (services de diagnostic et de distribution de médicaments) ; exécuter des

²⁴⁷ OMS, Série de rapports techniques, n°205. Op. Cit., 1961, 54 p

²⁴⁸ OMS, *Lutte contre le paludisme dans les pays où un programme d'éradication limité dans le temps n'est pas réalisable actuellement*. Série de rapports techniques, n°537. *Rapport d'une Conférence interrégionale de l'OMS*, Genève, 1974, p. 16-17

²⁴⁹ OMS, Série de rapports techniques, n°357. *Comité d'experts du paludisme, 13^e rapport*, Genève, OMS, 1967, p. 51

²⁵⁰ Ibid., p. 51

²⁵¹ Quenum (A), « Les vicissitudes des programmes d'éradication du paludisme en Afrique », *Médecine d'Afrique Noire*, juin 1967, t. XIV, n°6, p. 61-63

opérations pilotes ; favoriser un développement synchronisé des services de santé ruraux et déterminer la meilleure manière d'obtenir la pleine coopération de toutes les communautés.

A cette fin, l'OMS aide les gouvernements qui le sollicitent à renforcer leur organisation antipaludique et à créer le réseau de services sanitaires ruraux nécessaires pour les opérations d'éradication en fournissant une aide constructive, des bourses d'études, une partie des moyens de transports, des fournitures diverses, en contribuant au financement de certains techniciens affectés à ces projets.

En attendant son lancement et sa phase pratique, le programme de pré-éradication fait d'abord l'objet d'un accord entre le pays tiers et l'OMS auxquels s'associent certains organismes internationaux tels que le Fonds d'investissement pour le développement économique et social (FIDES). Cet accord définit le but, la portée et les obligations qui doivent être assumées et respectées par chacune des parties à l'accord.

Dans un document²⁵² consulté aux Archives Nationale du Sénégal²⁵³ et portant sur un exemple d'accord de plan d'opérations pour un programme de pré-éradication, engageant le Sénégal et l'OMS, les modalités d'application et les objectifs du plan sont clairement précisés et définis : d'abord, il s'agit de développer un réseau périphérique de postes sanitaires qui, vers la fin de la deuxième année de la phase d'attaque et pendant la phase de consolidation, soient en mesure de collaborer efficacement au dépistage des cas de paludisme et d'en assurer le traitement correct. Ces postes de santé, lors de la phase d'entretien, devront être capables d'assurer la surveillance médicale des différentes régions et d'empêcher que le paludisme ne s'y réinstalle ; ensuite, le plan dans sa phase active doit réaliser progressivement toutes les conditions d'ordre technique, administratif et opérationnel nécessaires pour lancer, le moment venu, un programme complet d'éradication du paludisme.

Quelles sont ces conditions et comment doit-on les surmonter ? Elles sont au nombre de cinq : elles consistent en la mise au point d'un plan pratique de développement des rouages techniques et administratifs d'un service antipaludique qui puisse s'organiser et se développer

²⁵² ANS : Plan d'opérations pour un programme de pré-éradication du paludisme en République du Sénégal, 1963

²⁵³ Ce projet d'accord sur un plan d'éradication, datant du 18 juin 1963, concerne certes le Sénégal, mais il permet de comprendre comment s'élabore les programmes de pré-éradication du paludisme en définissant les acteurs en présence, les objectifs fixés pour le projet et les obligations respectives des parties contractantes. Il permet aussi de saisir comment se sont conclus les plans entre les organisations internationales et les pays concernés.

en même temps que les autres activités du programme de prééradication ; en la création de facilités convenables pour la formation professionnelle du personnel des différentes catégories (pour le personnel national des cadres, des bourses d'études seront normalement attribuées par l'OMS en vue de leur formation dans les Centres de Formation pour l'Eradication du Paludisme) ; en l'évaluation de la situation du paludisme et des études complémentaires sur les conditions épidémiologiques du pays ; en l'organisation des soins médicaux pour les populations habitant dans les régions impaludées. Ces soins médicaux seront prodigués en accordant des facilités pour le diagnostic microscopique du paludisme et pour l'organisation d'un système de distribution de médicaments antipaludiques ; enfin, en procédant à l'étude et à la mise en œuvre des moyens les mieux appropriés pour obtenir la coopération la plus complète de l'ensemble des collectivités à l'exécution du futur programme de l' « éradication du paludisme ».

S'agissant du déroulement des activités, les parties ont recours aux procédés techniques et méthodes recommandés par l'OMS. L'accord signé prévoit aussi un plan d'action d'une durée de deux ans incluant des activités sur la base des objectifs définis plus haut. Ces activités s'articulent autour de deux éléments fondamentaux nécessaires à la mise en application de futur programme d' « éradication du paludisme » : les infrastructures sanitaires et le personnel médical de direction et d'exécution. Au nombre des activités à mener, il faut s'employer à étudier les structures sociales du pays et déterminer le niveau d'instruction général et les conditions économiques afin d'y adapter les plans et les moyens d'exécution ainsi que l'effort d'éducation sanitaire ; il faut aussi étudier l'élément humain et déterminer dans quelle mesure il sera possible d'y faire appel pour les différentes tâches que suppose un programme de pré-éradication. Après quoi, il est loisible de choisir avec soin les candidats les plus qualifiés et leur donner une formation adéquate. Ces activités s'étendent également à l'inventaire minutieux de toutes les ressources du pays pour en faire l'évaluation en considérant notamment la structure et le fonctionnement des services administratifs généraux, l'appareil sanitaire existant et les moyens de formation et d'enseignement disponibles et, sur la base des résultats de l'inventaire et l'évaluation, les parties doivent étudier soigneusement les moyens pratiques de remédier aux insuffisances constatées et s'efforcer constamment d'améliorer la situation.

L'objectif final qu'est l'éradication doit être constamment présent dans l'esprit des décideurs et déterminer la ligne de conduite. C'est pourquoi une partie des actions doit viser à

exécuter, parallèlement au programme de pré-éradication, si cela paraît spécialement indiqué, un projet pilote d'éradication du paludisme soigneusement étudié pour recueillir des données sur l'efficacité des mesures ou combinaisons de mesures propres à interrompre la transmission du paludisme ou pour étudier les moyens les plus économiques, les plus efficaces et les plus rapides de parvenir à l'éradication du paludisme dans les conditions locales. Etant donné que la réussite de l'éradication repose sur une bonne infrastructure sanitaire, il importe de poursuivre le développement du réseau des postes sanitaires de base, en tant qu'il représente un des buts de ce projet, jusqu'à ce que, par leur nombre, leur importance, leurs possibilités et leur répartition géographique, ces postes correspondent à ce qui est considéré comme essentiel pour contribuer le moment venu, au programme d' « éradication du paludisme ».

Ceci, en fonction des conditions minimales fondées sur trois éléments fondamentaux qui sont : une organisation administrative représentée dans chaque partie des régions impaludées du pays et en liaison rapide et efficace avec la direction centrale ; une intégration précoce de certaines activités importantes du programme d'éradication du paludisme avec celles du service général de santé publique et enfin, une infrastructure sanitaire comprenant un réseau de postes sanitaires élémentaires équipés de deux infirmiers auxiliaires, formés dans le temps le plus court possible, et qui donnent des soins médicaux à titre curatif et préventif dont on peut attendre les meilleurs résultats sur la mortalité et les incapacités de travail. Ces postes sanitaires qui donnent des soins soit sur place, soit à domicile, devront couvrir un ensemble de population clairement défini, dont l'importance peut varier de 2.000 à 2.500 habitants.

Le démarrage des activités impose aux deux parties des obligations qu'il importe de remplir suivant un chronogramme précis et défini : ainsi l'OMS doit mettre immédiatement à la disposition du pays, un paludologue, un conseiller en santé publique, un technicien de laboratoire et assurer la livraison de deux véhicules. Puis, dans les six mois suivra la mise à disposition du matériel et des fournitures (matériel d'enseignement, équipement de laboratoire, véhicule à l'usage du personnel de l'OMS effectué au programme, trois voitures, six microscopes, insecticides et comprimés de chloroquine) prévus pour l'exécution du plan.

Par ailleurs, sur demande du gouvernement du pays tiers, l'OMS s'engage à accorder une subvention pour contribuer au coût de la main-d'œuvre employée dans la zone désignée (Thiès) d'une part, et d'autre part, à fournir des bourses d'études en vue de contribuer à la remise à niveau du personnel du service national antipaludique dans un Centre international

OMS pour la formation professionnelle du personnel de l'éradication du paludisme et du personnel du Service général de la santé publique dans les Centres de formation organisés localement.

Quant au gouvernement du Sénégal, il n'est pas en reste : il fournit intégralement le personnel local²⁵⁴, les matières premières, les fournitures diverses, le matériel et les fonds afférents aux dépenses locales nécessaires à l'exécution du projet. Il doit mettre également à la disposition du personnel d'assistance internationale, donc de l'OMS, les bureaux, les mobiliers, les fournitures du bureau, les moyens de transport, les logements de même que toute la logistique indispensable pour la réussite du plan.

Ce modèle d'accord de plan d'opérations pour un programme de prééradication du paludisme, dont les grands traits sont résumés ici, a été le fondement, avec quelques variantes, de tous les programmes de prééradication qui ont été expérimentés en Afrique tropicale et ailleurs dans le monde. Ainsi, entre 1962 et 1966, l'OMS a soutenu vingt-trois programmes de prééradication du paludisme : à savoir dix en 1962, sept en 1963, quatre en 1964 et deux en 1966. Ces programmes se répartissent entre les différentes Régions de l'OMS²⁵⁵ dont la plus grande partie revient à la Région africaine²⁵⁶ avec douze, deux en Europe, quatre en Méditerranée orientale et cinq dans le Pacifique occidental²⁵⁷. Au regard de ces chiffres, il n'est pas exagéré d'affirmer que les programmes de prééradication ont le plus concerné les Etats africains ayant accédé à l'indépendance, là où justement il est impératif d'établir très rapidement une infrastructure sanitaire de base dont ces pays sont déficitaires et demandeurs. Toutefois, c'est aussi dans ces pays qu'on rencontre également le plus de difficultés qui entravent l'exécution de ces programmes.

Si dans certains pays les programmes de prééradication semblent bien avancés, dans d'autres, en revanche, la situation paraît plus compliquée. Dans les premiers, il n'est pas exagéré de dire les acteurs ont insisté avant tout sur l'organisation de services antipaludiques.

²⁵⁴ Ce personnel comprend un médecin chef, son adjoint, un inspecteur d'hygiène, un agent technique sanitaire, trois microscopistes, trois élèves microscopistes, dix collecteurs d'insectes, dix chauffeurs, un chef de garage, deux ouvriers, trois manœuvres, un secrétaire, deux employés de bureau et un planton.

²⁵⁵ Il n'existe de programmes de prééradication dans les Amériques ni dans la Région de l'Asie du Sud-Est, voir OMS, Série de rapports techniques, n°357. Op. Cit., 1967, p. 46

²⁵⁶ Les zones primitivement impaludées des pays intéressés par ces 23 programmes totalisent environ 185 millions d'habitants : 101 millions dans la Région africaine, 21 millions dans la Région européenne, 29 millions dans la Région de la Méditerranée orientale et 33 millions dans la Région du Pacifique occidentale, voir OMS, Série de rapports techniques, n°357. Op. Cit., p. 46

²⁵⁷ Ibid., p. 46

Ceci s'est concrétisé par la formation de personnel national aux techniques d'éradication du paludisme et par la création de zones de démonstration dans lesquelles on s'attache presque exclusivement à l'application de méthodes d'éradication du paludisme. Cette démarche est peut être justifiée pour ces pays qu'on peut considérer comme prêts à entreprendre à très bref délai un programme d'« éradication du paludisme ». Dans les seconds, se trouvent de nombreux pays où le démarrage de l'éradication reste une éventualité très lointaine. C'est notamment le cas pour la plupart des pays africains au Sud du Sahara, où l'on n'a pas encore trouvé la technique qui permettrait d'interrompre la transmission et d'éliminer le réservoir d'infection. Dès lors, il en résulte une sorte de résignation et de frustration chez les agents nationaux préparés à des activités qui n'ont guère de chance d'être exécutées avant de nombreuses années.

Tout comme l'éradication à ses débuts, les programmes de prééradication se sont heurtés à de nombreux problèmes dans les pays africains. En effet, l'organisation d'un réseau aussi ramifié que possible de services ruraux est une œuvre de longue haleine et impose, indépendamment des frais d'investissement, un accroissement des dépenses. Or, l'on connaît les niveaux budgétaires de ces pays, les nombreux problèmes de développement auxquels ils ont à faire face, notamment celui concernant la pénurie extrême de cadres techniques susceptibles d'actualiser leurs ressources potentielles. En pratique, l'aide de l'OMS ne comportant pas de prise en charge de dépenses de fonctionnement, les Etats se trouvent dans la nécessité de l'assistance bilatérale qui n'est pas toujours prête à les aider pour des programmes qu'elle ne contrôle pas. C'est ainsi que de nombreux gouvernements ont mis en œuvre ou ont accepté de tels programmes sans toujours en mesurer les conséquences, de sorte que certains ne parviennent pas à respecter leurs engagements.

Il se pose alors un réel problème de respect de la souveraineté de ces Etats qui est foulé aux pieds dans l'exécution de ces programmes. Car, non seulement ils n'ont pas la latitude de fixer eux-mêmes leurs priorités, mais en plus, quand les choix sont faits, ils sont sans cesse remise en cause par les partenaires. Des exemples de projets clés en main ont été proposés aux gouvernements, projets qui bien que souvent intéressants, sont marginaux par rapport aux objectifs fixés par le plan de développement socio-économique ou qui sont sans aucun rapport avec les réalités et les besoins du pays. A la fin, le bilan se solde parfois par des résultats contre-productifs qui freinent le développement, ce qui est exactement le contraire du but recherché. L'idéal serait donc de laisser les gouvernements, qui sont d'abord les premiers

responsables du maintien et de l'amélioration de l'état de santé de leurs populations, déterminer eux-mêmes leurs priorités et prendre toutes leurs responsabilités en conséquence. Ceci dit, avant qu'un pays africain n'entreprenne un programme quelconque, notamment celui de prééradication, il doit être exactement informé de toutes les conséquences de la mise en œuvre d'un tel programme et ne se décider qu'en toute connaissance de cause.

Enfin, des problèmes d'ordre général ont particulièrement entravé le bon déroulement de ces programmes. C'est notamment l'absence de phases et d'objectifs intermédiaires dans la conception initiale des programmes de prééradication qui ne facilitent pas toujours une évaluation objective. C'est aussi la durée particulièrement longue des opérations car, elles ne sont pas sujettes à un calendrier aussi strict comme l'éradication dont la campagne est limitée dans le temps avec un échelonnement²⁵⁸ rigoureux des opérations à chaque étape.

Cependant, des motifs de satisfaction sont à relever à la suite du lancement de ces programmes préparatoires à l'éradication. A ce titre, on peut se réjouir que les programmes aient contribué à dresser un inventaire des ressources sanitaires existantes et ont permis de lancer de vastes opérations antipaludiques précédées d'importantes études épidémiologiques. En outre, les programmes ont accéléré l'utilisation et l'amélioration du personnel antipaludique, souvent rudimentaire, qui existait dans les pays en voie de développement. Ils ont aussi aidé les pays intéressés à trouver le meilleur moyen de distribuer des médicaments aux paludéens. On peut seulement regretter qu'en dépit de ces avantages, l'idée d'un programme de prééradication généralisée n'ait pas connu de succès bien qu'elle ait été appuyée à plusieurs reprises par le Conseil exécutif de l'OMS et par l'Assemblée mondiale de la Santé.

La politique d'« éradication du paludisme » théorisée en 1955 à la suite de la 8^e Assemblée mondiale de l'OMS a connu un début d'application prometteur avant que les réalités du terrain, notamment en Afrique tropicale ne ramènent paludologues et administrateurs à leur copie. Cinq ans après son lancement, les résultats des programmes

²⁵⁸ On prévoit douze à dix-huit mois pour la phase préparatoire, quatre ans pour la phase d'attaque et trois ans pour la phase de consolidation, voir OMS, Eradication du paludisme. Rapport sur la Troisième Conférence africaine du Paludisme organisée conjointement par le Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS et par la Commission de Coopération technique en Afrique au Sud du Sahara, Yaoundé, OMS, 1963, p. 24

d'éradication expérimentés en plusieurs endroits du monde donnent des résultats mi-figue mi-raisin. La preuve est désormais faite qu'il n'est pas possible d'interrompre la transmission du paludisme en dépit des ajustements apportés dans l'approche de cette politique. Pour résoudre les différents problèmes, formellement identifiés du reste, qui entravent l'élimination complète du paludisme, un programme de sauvetage des programmes en cours dit de prééradication est officialisé en 1960.

L'exécution des premiers programmes de prééradication commence en 1962 quand les derniers l'ont été, en 1966, sans parvenir à préparer réellement les pays vers l'objectif final qui est l'éradication. Dans de nombreux pays d'Afrique tropicale, la politique d'« éradication du paludisme » a été une vue de l'esprit sinon une utopie. C'est notamment le cas de la Côte d'Ivoire. Quelle analyse peut-on proposer à l'impossibilité de mettre en œuvre la politique d'éradication à l'échelle de la Côte d'Ivoire ?

CHAPITRE II

Les freins à l'application de la politique d' « éradication du paludisme » en Côte d'ivoire.

A peine lancée, la politique globale « d'éradication du paludisme » est confrontée aux difficultés d'ordre pratique qui entravent sa mise en œuvre concrète. En tête de liste des régions du monde privées de cette politique d'éradication du paludisme, figure l'Afrique tropicale, une zone de forte endémicité. Conçus dès le début de l'année 1950, pour expérimenter la politique d'éradication du paludisme en Afrique, les projets pilotes d'éradication du paludisme n'ont pas produit les résultats escomptés. La zone pilote de Bobo Dioulasso est l'un des symboles de la fin d'un rêve, celui de la généralisation de la politique d'éradication dans les zones africaines de forte endémicité. Toutefois, les résultats décevants dudit projet ne sauraient suffire à eux seuls pour expliquer ce revers.

C'est pourquoi, on voudrait analyser au plus près les conditions locales, donc propres à la colonie, ou tout au moins, à l'ensemble auquel elle appartient - AOF - qui pourraient avoir été un frein à sa mise en œuvre. Ces éléments qui relèvent du choix du colonisateur dans la réalisation de sa politique sanitaire doivent éclairer le chercheur sur le rejet de l'application de la politique d'éradication. La politique sanitaire, faut-il le rappeler, est fondée sur une doctrine qui prône désormais une médecine de masse au détriment d'une médecine individuelle. Elle est portée par le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP), à l'architecture hybride, parce qu'il se veut à la fois service polyvalent et spécialisé.

La politique sanitaire de masse, faut-il le rappeler, ne fait l'unanimité au sein des responsables coloniaux. Sa mise en œuvre révèle au grand jour les oppositions entre médecins et administrateurs dans les colonies en raison de l'approche différente qu'ils ont de son application. Elle illustre aussi les conflits de compétences entre ces représentants du pouvoir colonial. Malheureusement, ces oppositions sont symptomatiques des hésitations sur les choix prioritaires en matière de santé. Dès lors, elles peuvent justifier en partie le peu d'intérêt accordé au paludisme par le colonisateur comme le confirme Matthieu Fintz. Pour

lui, « l'un des principes justifiant la création d'équipes mobiles lancées dans la conquête d'endémies meurtrières suppose qu'un choix soit fait. Le choix des autorités sanitaires de l'AOF se portera longtemps sur la maladie du sommeil »²⁵⁹. Plus encore, la création de ce service confirme la préférence accordée à une médecine de masse directement intéressée non pas au cas, mais surtout aux indicateurs statistiques épidémiologiques, démographiques, climatologique et économiques²⁶⁰. C'est pourquoi, on veut croire que des situations particulières au territoire peuvent expliquer, en partie, l'attitude des autorités sanitaires locales face à la directive de l'OMS portant sur l'éradication du paludisme : celle de son rejet.

Aussi, l'idée défendue dans ce chapitre est d'expliquer en quoi l'éradication n'est pas applicable dans ce territoire. On examinera d'abord, l'inefficacité du service antipaludique fédéral créé en 1948. Conçue à l'origine sans doute pour conduire les opérations antipaludiques y compris l'éradication en AOF, la section paludisme, sorte de service antipaludique, a très tôt montré ses limites. Dans la réalisation de ses missions, elle s'est trouvée démunie en personnel et en moyens financiers pour finalement se révéler peu efficace. Ensuite, l'organisation du système sanitaire – dont dépend le service antipaludique – engluée dans une faiblesse structurelle, n'a pas été en mesure de lancer la politique d'éradication. Seule la lutte antipaludique classique en cours mobilisant déjà largement et le personnel et les moyens disponibles est dans ses cordes. Au demeurant, quelle est la portée réelle des nombreuses enquêtes épidémiologiques et entomologiques sur le paludisme menées au cours de cette période, étant entendu que l'éradication du paludisme qui justifie leur raison d'être n'a même pas connu un début d'exécution ?

²⁵⁹ Fintz (M), Op. Cit., p. 188

²⁶⁰ Ibid, p. 188

I. Un service antipaludique fédéral aux moyens très limités

Tirant les conclusions des expériences de la lutte contre le paludisme aux Etats-Unis et en Inde, le comité d'experts du paludisme, lors de sa 2^e session, tenue du 25 au 29 mai 1948 à Washington D.C.²⁶¹, a défini la politique générale de l'OMS contre le paludisme, en précisant que celle-ci soit conduite par un service antipaludique qu'on qualifie de type classique²⁶². Ainsi, « la condition fondamentale d'une lutte antipaludique efficace dans un pays quelconque est la création d'une organisation antipaludique de caractère permanent, possédant l'ampleur nécessaire, doté d'un personnel convenablement préparé à sa tâche et suffisamment rémunéré »²⁶³. Dans sa conception, cet organe doit s'intégrer dans le cadre des administrations sanitaires nationales ou des Etats et s'adapter strictement aux conditions locales. Concrètement, le service qui verrait le jour devrait répondre aux caractéristiques propres à chaque pays, et celles-ci s'adapteront à la superficie, à la population aux ressources économiques du pays concerné, et plus largement à la nature des problèmes paludiques locaux : le but essentiel étant d'assurer une action efficace contre le paludisme avec le minimum de frais. Cette décision qui fait du service antipaludique un maillon essentiel du combat contre cette pathologie a été réaffirmée lors de la 3^e session du comité d'experts sur le paludisme qui s'est tenue en 1949, à Genève²⁶⁴.

Globalement, les tâches du futur service spécial antipaludique consistent, entre autres, à étudier les problèmes locaux du paludisme et à exécuter les programmes de lutte antipaludique aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale. Pour accomplir ses missions, il doit disposer d'une équipe dont les membres²⁶⁵ - personnels de direction et d'exécution-

²⁶¹ OMS, *Comité d'experts sur le paludisme. Rapport de la deuxième session*, dans *Actes officiels de l'OMS*, n°11. *Rapports des comités d'experts et autres organes consultatifs à la commission intérimaire*, Genève, OMS, 1948, p. 43-61

²⁶² Cette expression est employée ici par opposition à un service d'éradication du paludisme dont l'objectif est de mettre en œuvre la politique d'éradication du paludisme lancée en 1955

²⁶³ Sur ce point, voir OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°11. *Rapports des comités d'experts et autres organes consultatifs à la commission intérimaire*, Genève, OMS, 1948, p. 45

²⁶⁴ Au cours de sa 3^e session du Comité d'experts sur le paludisme, celui-ci a recommandé : « la création de services antipaludiques permanents ... ». Cela, en se fondant sur les délibérations du Comité d'experts sur le paludisme de la Commission intérimaire de l'OMS et sur celle du Comité d'experts du paludisme de l'OMS, lors des sessions tenues en 1947, 1948 et 1949 et sur les documents et résolutions de la Première et Deuxième Assemblées Mondiales de la Santé qui se sont réunies respectivement à Genève, en 1948 et à Rome, en 1949, voir OMS, *Série de rapports techniques*, n°8. *Rapport sur la troisième session* (Genève, 10-17 août 1949), Genève, 1949, p. 41-42

²⁶⁵ Des experts déterminent trois types de formation pour le personnel chargé de la lutte antipaludique : personnel professionnel pour les postes de direction ; personnel professionnel pour les postes d'assistants et personnel subordonné, voir OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°11, *Op. Cit.*, Genève, OMS, 1948, p. 46.

doivent être formés²⁶⁶ dans des structures académiques conformément aux tâches qui leur sont confiés. Ce type de service antipaludique tel que décrit plus haut est l'exemple type d'une organisation qui mène des activités antipaludiques classiques connues jusque-là. Une telle organisation est cependant inadaptée pour toutes les zones impaludées notamment le continent africain et nécessite la création d'une structure « spécifique ». Pour ce faire, un schéma est proposé aux termes de la première réunion internationale sur le paludisme en terre africaine.

Pour les territoires africains, c'est à l'issue de la conférence sur le paludisme en Afrique équatoriale, organisée à Kampala en 1950, qu'une décision est arrêtée pour préciser les spécificités de l'organisation de la lutte antipaludique propre à cette zone. On ne note pas une différence marquée entre une organisation de type classique et celle spécifique au continent africain. Cependant,

La conférence a exprimé l'avis que la mise en valeur actuelle du territoire africain devrait avoir pour effet d'encourager, dans chaque territoire, la création d'un service antipaludique spécialisé opérant dans le cadre du service de santé publique, mais doté de crédits spéciaux. Afin de pouvoir englober toute la région de son ressort, ledit service central devrait créer des sous-centres et être doté d'un personnel qualifié convenablement rémunéré²⁶⁷.

En clair, le service antipaludique doit être capable de quadriller tout le territoire en déployant ses moyens par le canal de structures dépendant de lui.

²⁶⁶ La formation des spécialistes appelés à occuper des postes de direction devrait être assurée dans des écoles spéciales de paludologie où les principes fondamentaux des branches suivantes seraient enseignés en détail : protozoologie, entomologie, épidémiologie, thérapeutique, lutte contre les moustiques, et problèmes d'organisation. Ces cours devraient être complétés par des études, soit dans la région zoo-géographique où l'élève sera appelé à travailler par la suite, soit dans d'autres régions où les programmes antipaludiques en voie de réalisation sont analogues à ceux qu'exigent les conditions de pays même de l'élève. Dans les autres domaines de la médecine, la formation de spécialiste demande un certain temps ; il en est de même pour les paludologues. La période de formation technique, y compris les voyages d'étude ne devrait pas être inférieure à six mois. Les spécialistes pour les postes d'assistants devraient être préparés à leur tâche par des travaux pratiques et disposer de la littérature scientifique appropriée. Il est indiqué, dans le cas de pays où des programmes de lutte antipaludique sont déjà en voie de réalisation, que les élèves aient l'occasion de se familiariser avec les méthodes de travail appliquées sur le terrain, avant de fréquenter des écoles spéciales ou de suivre des cours de paludologie. Le recrutement d'un personnel subordonné parfaitement adapté et discipliné est l'une des conditions les plus importantes d'une action antipaludique efficace. Il est possible d'y contribuer en fournissant des manuels qui décrivent les diverses techniques applicables et qui précisent toutes les opérations à accomplir. L'OMS pourrait favoriser l'échange de manuels de ce genre et de tout autre matériel technique disponible, voir OMS, Op. Cit., Genève, OMS, 1948, p. 46

²⁶⁷ Sur cette question, OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., 1951, p. 47

La conférence a aussi défini le profil des membres devant assurer la gestion de ce service. Ceci, en tenant compte des disparités dans la formation médicale sur le continent à partir d'une distinction nette opérée entre personnel métropolitain et local :

...Les membres du personnel de direction - médecins, entomologistes, ingénieurs sanitaires, direction d'hygiène - reçoivent leur formation de base dans des institutions académiques situées hors de l'Afrique tropicale. Toutefois, certains d'entre eux pourraient avoir besoin de suivre des cours de perfectionnement en paludologie, au cas où ils seraient choisis pour occuper des postes de premier plan dans de vastes organisations de lutte antipaludique. Le personnel spécialisé auxiliaire - inspecteurs sanitaires, aides de laboratoires, aides sur le terrain - reçoit généralement sur place dans leurs territoires d'origine une formation spécialisée...²⁶⁸.

Dans les territoires français, le Secrétaire d'Etat à la Présidence du Conseil chargé du Ministère de la France d'Outre-mer a, dans un courrier, attiré l'attention des administrateurs des colonies sur la nécessité de mettre en place au plus vite un programme de lutte antipaludique dans les différentes territoires²⁶⁹. Ainsi, la France n'a donc pas attendu les recommandations officielles de l'OMS, issues de la conférence de Kampala, pour donner corps à la structure qui doit désormais se charger des questions de lutte antipaludique. Aussi, dans la plupart des colonies françaises d'Afrique et d'ailleurs²⁷⁰, la lutte contre le paludisme va-t-elle prendre une autre dimension dans le courant du premier trimestre de l'année 1948 avec la création effective d'un service antipaludique à l'échelle fédérale.

Si la 2^e session du comité d'experts sur le paludisme s'est tenue du 19 au 25 mai 1948²⁷¹, c'est pourtant en mars 1948 par l'arrêté n°1407/SPC²⁷² qu'une « section paludisme » est annexée au SGHMP. Lequel est désormais chargé de traduire sur le terrain la politique coloniale de santé publique, suite aux recommandations de la Conférence de Brazzaville de 1944. La « section paludisme », à l'instar du SGHMP est un service fédéral qui a son siège à Bobo Dioulasso d'où il doit rayonner sur l'ensemble des huit colonies qui

²⁶⁸ Ibid., p. 47-48

²⁶⁹ AïMTSSA : Carton n° 270 : Lutte contre le paludisme dans les Territoires d'Outre-mer : Lettre du Secrétaire d'Etat à la Présence du Conseil chargé du Ministère de la France d'Outre-mer à Messieurs les Hauts Commissaires, Gouverneurs généraux, Gouverneurs des colonies, Commissaires de la République, Préfets et Chefs de Territoire, 20 nov. 1947

²⁷⁰ La section paludisme, sorte de service spécial de lutte contre le paludisme, a été créé le 29 mars 1948. A la même période à peu près sont institués un service antipaludique à Madagascar et une section antipaludique en Afrique Equatoriale Française, voir Fintz (M), Op. Cit., p. 187

²⁷¹ Le comité d'experts sur le paludisme a tenu sa deuxième session du 19 au 25 mai 1948, au Bureau Sanitaire Panaméricain à Washington, D.C.

²⁷² Bernet (J), *De quelques observations au sujet de la lutte contre l'anophèle par le DDT en AOF*, Bobo-Dioulasso, SGHMP (Section paludisme), 1949, p. 1

forment l'AOF. Si la création du service antipaludique peut se comprendre par l'importance accordée à la pathologie palustre dans les réunions internationales, elle doit beaucoup également aux enseignements tirés des campagnes antipaludiques en Grèce et en Italie et, surtout, aux conclusions des missions que le service de santé coloniale a dépêchées sur place dans les zones ayant procédé à l'application de l'insecticide DDT²⁷³.

Il est certain que l'importance du service n'est plus à démontrer dans cet espace fortement impaludé, tant les tâches qui l'attendent dans toute la fédération paraissent énormes et urgentes. Toutefois, on ne peut s'empêcher de s'interroger sur sa capacité à conduire dans de bonnes conditions les missions qui lui sont confiées. Et pour cause ?

D'abord, « la section paludisme » est appelée à couvrir un ensemble de territoires comprenant huit colonies²⁷⁴ sur une superficie de 4.675.700 Km² avec une population de 16.375.000 habitants²⁷⁵. Une telle activité paraît gigantesque pour une structure naissante ne disposant que de peu de moyens logistiques et de personnels adéquats. A la vérité, l'avènement du service antipaludique n'entraîne pas une révolution dans les pratiques de lutte antipaludique en termes de stratégies ; il ouvre plutôt une période marquée par une plus grande coordination et une uniformisation des actions de lutte à l'échelle de toutes les colonies. En effet, pour les responsables²⁷⁶ de cette section, le service antipaludique doit apporter des corrections à ce qu'ils qualifient d'actions « sporadiques mais efficaces » menées jusque-là. En définitive, la principale innovation introduite : « C'est l'unité de doctrine qui manquait dans les actions sur le terrain et c'est surtout les moyens financiers qu'elle entend mettre à la disposition des services d'hygiène qui demeurent toujours les structures

²⁷³ Des indications intéressantes sur les procédés de lutte antipaludique dont ont pu s'inspirer les autorités du service de santé colonial sont contenues dans des rapports de missions suivants : AIMTSSA : Carton n°230 : Ministère de la France d'Outre-mer, Direction du Service de Santé Colonial, Les campagnes antipalustres en Italie ; Bernard (Méd Lt-Col. P), Rapport de mission à Rome et Cagliari, mai 1948 ; Trinquier (Méd. Cmt), Données pratiques sur les campagnes antipalustres par le DDT (Enseignements d'une mission en Italie).

²⁷⁴ Sur les huit colonies de l'AOF, seule celle du Sénégal dispose d'un Service antipaludique créé au sein du Service d'Hygiène de Dakar en 1947. Ce service embryonnaire, première cellule d'un Service général qui doit s'organiser dans la colonie, a commencé à fonctionner la même année. Mais, c'est en 1948 qu'il a pu réellement s'autonomiser pour fonctionner convenablement. La direction du service est assurée par le médecin-chef du service d'Hygiène et comprend une section de capture, une section de laboratoire, une section de neutralisation, et une équipe de comblement des puits, voir Le Gouas (J., Méd.-Cdt) « Mise en place d'un dispositif antipaludique dans la presqu'île de Dakar », *Bulletin Médical de l'AOF*, 1949, t.6, n°1, p. 93-97

²⁷⁵ Gervais (R), *Contribution à l'étude de l'évolution de la population de l'Afrique Occidentale Française 1904-1960*, Paris, CEPED (Les Dossiers du CEPED, n° 23), 1993, p. 45

²⁷⁶ Ce sont le directeur du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, le médecin- colonel H. Jonchère et ses adjoints, le médecin-commandant, H. Koch et le médecin-capitaine, J. Habay.

opérationnelles devant conduire les actions de lutte »²⁷⁷. Les débuts de la « section paludisme » ont été plus que laborieux. En effet, elle est confrontée à plusieurs difficultés tant au plan structurel qu'organisationnel qu'elle a du mal à surmonter ; lesquelles vont durablement compromettre ses actions. Dans les faits, elle ne dispose pas de personnels suffisants, de locaux, de matériels et de crédits propres et indispensables à un bon fonctionnement. Alors que c'est l'existence de tous ces moyens qui doivent faire d'elle un service complet capable de jouer pleinement son rôle et devenir ainsi l'un des services les plus importants de l'organisation sanitaire de la fédération. D'ailleurs, dans un rapport sur le paludisme en AOF rédigé probablement en 1950, le médecin lieutenant-colonel Jonchère Henri, alors directeur du SGHMP fait la description d'un service qui se rapproche du service antipaludique théorisé par le comité d'experts du paludisme dans son 6^e rapport²⁷⁸. Le service antipaludique mis en place se structure autour de deux services complémentaires : l'un, administratif, est dirigé par un directeur dont le premier est le médecin-colonel Jean Louis Bernet. Son rôle est d'administrer le service et de centraliser toute la documentation sur le paludisme en AOF. L'autre, plus opérationnel est composé d'un laboratoire d'entomologie et d'organismes d'enquêtes et d'exécution constitués par les secteurs du SGHMP disséminés sur l'ensemble de la fédération.

Ne disposant pas de locaux, il est logé jusqu'en 1953 dans ceux abritant le SGHMP, avant que les travaux de construction entrepris dès 1952 ne permettent de remédier à cette situation. C'est donc un bâtiment comprenant un laboratoire, un bureau du médecin, celui du secrétaire, un magasin et un garage qui est ainsi livré²⁷⁹.

Par ailleurs, la « section paludisme » n'a jamais pu disposer d'un effectif nécessaire pour l'exécution des missions à lui confiées, car le personnel de direction et d'exécution est en nombre insuffisant. En pratique, c'est avec un effectif réduit et travaillant le plus souvent à temps partiel que les activités ont été lancées. Faisant le bilan des activités du service antipaludique de 1948 à 1950, son directeur déplorait la faiblesse de l'équipe en charge des travaux dont la composition se résume à un directeur, un entomologiste détaché de l'Office de la Recherche Scientifique Outre-Mer (ORSOM), six agents conducteurs de travaux dont quatre européens et deux africains, dix agents africains travaillant au laboratoire

²⁷⁷ ANS : SGHMP, Rapport sur l'activité du service pendant l'année 1949

²⁷⁸ S'agissant de la création d'un service antipaludique, le rapport établit la distinction entre deux entités faisant partie du même service, à savoir le volet « direction et le contrôle des opérations » et le volet « exécution sur le terrain » voir, OMS, Série de rapports techniques, n°123. Op. Cit., 1956, 123 p

²⁷⁹ Archives du SGHMP : Lettre à monsieur le directeur général de la Santé publique, 5 juin 1952

d'entomologie et environ deux cents manœuvres chargés d'exécuter les travaux d'assainissement de lutte antilarvaire et de house-spraying²⁸⁰. Il faut attendre les années postérieures à 1950 pour voir l'effectif du service antipaludique s'étoffer et se spécialiser de plus en plus pour se rapprocher à peu près d'un service convenable. A ce sujet, on voit apparaître, dès 1961, dans l'effectif du personnel de la « section paludisme » des agents techniques de santé africains, spécialistes de l'épidémiologie du paludisme et rompus aux différentes techniques de prospection et de traitement sur le terrain et des infirmiers spécialistes dont la plupart travaillent à la section depuis plusieurs années²⁸¹.

Disposant de peu de moyens financiers et avec un effectif réduit et inadapté, la « section paludisme » s'est trouvée dans l'impossibilité de lancer des actions d'envergure et simultanées. Elle s'est contentée d'organiser des actions sporadiques çà et là au gré de ses moyens logistiques et des besoins exprimés sur le terrain. Plus exactement, elle a le plus souvent mené des activités par rotation dans toute la fédération, bénéficiant très souvent de la collaboration du personnel du SGHMP, à savoir des médecins (européens et africains), des agents sanitaires européens et d'infirmiers²⁸². A la lumière ce qui précède, la « section paludisme » ne peut donc pas être considérée comme un organisme autonome conforme au prototype que les experts paludologues envisageaient.

Les difficultés d'ordre structurel et organisationnel précitées ont, sans doute, constitué une limite aux ambitions que nourrissait la « section paludisme ». L'ampleur des tâches à accomplir à l'échelle de la fédération et les difficultés de plusieurs ordres pour une structure naissante ont plombé ses actions. Sous cet angle, elle n'a jamais constitué un

²⁸⁰ Dès sa création, le personnel comprenait en plus du directeur et de l'entomologiste, trois conducteurs de travaux d'assainissement basé à Bobo-Dioulasso, Bouaké et Porto-Novo, voir Bernet (J), *De quelques observations au sujet de la lutte contre l'anophèle par le DDT en AOF, Bobo-Dioulasso, SGHMP (Section paludisme), 1949, p. 1*

²⁸¹ En 1961, la section est organisée de la façon suivante :

1 médecine paludologue, Chef de la section

1 secrétariat Technique chargé de l'exploitation des données recueillies et de l'étude statistique consécutive, dirigé par un agent spécialiste européen.

3 agents techniques de la santé africains spécialistes de l'épidémiologie du paludisme et rompus aux différentes techniques de prospections et de traitement sur le terrain.

9 infirmiers spécialistes dont la plupart travaillent à la section depuis plus de 5 ans

1 secrétariat administratif avec 3 secrétaires dont 2 dactylographes

4 chauffeurs. A ceux-là s'ajoutent des stagiaires de 2^e année de l'Ecole Jamot et les infirmiers en stage de spécialité qui participent aux travaux de la section, voir Anonyme, *La section paludisme du centre Muraz (1948-1961), Bobo Dioulasso, OCCGE-Section paludisme-Centre Muraz, sd., p. 2*

²⁸² Voir Jonchère (H), *Rapport sur le paludisme en AOF et les travaux antipalustres de la section paludisme du SGHMP, Bobo Dioulasso, sd, 90 p*

organisme d'exécution, mais bien au contraire, elle est perçue, à raison, comme un service auquel est dévolu des fonctions de conseiller technique et d'études spécialisées en vue de jeter les bases de la lutte antimalarienne en AOF²⁸³. Ce faisant, elle se charge d'étudier les conditions de développement du paludisme en AOF, d'approfondir les aspects de la biologie des anophèles, d'éprouver l'efficacité des moyens prophylactiques et d'établir des plans de campagne. En outre, la « section paludisme » conseille les services de l'Assistance Médicale Indigène (AMI) dans la lutte antipalustre entreprise par ces services, en particulier dans les centres urbains et leur apporte une aide technique et financière importante. En dépit de ces moyens limités et de l'insuffisance du personnel, le service antipaludique ne reste pas moins inactif, comme en témoignent de nombreuses études entomologiques et épidémiologiques menées²⁸⁴.

Au total, l'AOF ne disposait donc pas d'un service antipaludique réellement indépendant, même si dans la pratique celui-ci centralisait toutes les enquêtes et assurait la direction de toutes les questions touchant à la lutte.

En réalité, la lutte reposait essentiellement sur l'activité de deux services conformément à l'organisation de la santé publique en AOF. Ces services qui dépendent de la Direction de la Santé Publique sont : le service de l'AMI regroupant les services de l'AMI dépendant de chaque territoire de la fédération avec leur réseau d'établissements sanitaires composé d'hôpitaux, de dispensaires et de services d'hygiène urbain ; et le Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, service fédéral doté d'une autonomie financière et couvrant presque tout le territoire de l'AOF, avec des subdivisions appelées secteurs du SGHMP. Ce dernier est placé sous l'autorité et le contrôle technique du Directeur général de la Santé Publique. Il agit en liaison avec les différents établissements scientifiques et en étroite collaboration avec les directions locales de la Santé Publique. C'est ce service qui se charge de la lutte contre les endémo-épidémie dans les zones insuffisamment contrôlées par les services de l'AMI en collaboration avec les sections créées au sein du SGHMP. Lequel

²⁸³ Ibid., p. 1

²⁸⁴ Pour sa première année d'activité, la « section paludisme » s'est attachée à déterminer les espèces anophéliennes vectrices du paludisme, à classer leurs gîtes et étudier leur biologie. Ce travail a débouché sur des actions visant la réduction de l'endémie palustre par la lutte contre les adultes et les larves. Ces missions ont été réalisées en Haute-Volta, Guinée, Niger, Dahomey, Soudan et Côte d'Ivoire, voir ANS : Rapport du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, 1949

doit organiser la lutte contre les maladies avec un personnel médical d'exécution à la formation parfois sommaire.

La valeur et la compétence du personnel du service antipaludique du SGHMP ont de tout temps constitué un problème. Les limites du personnel d'exécution ont entravé la bonne marche des opérations antipaludiques au sein des territoires sous administration étrangère et ont quelque peu grippé la machine. Ceci est particulièrement vrai pour les colonies de l'Afrique Occidentale Française où les établissements de formation médicale sont encore en construction, et dont l'Ecole de médecine de Dakar est de loin le fleuron.

C'est en 1951, que le groupe des experts, réuni en sa 4^e session à Kampala en Ouganda, immédiatement après la réunion de la conférence du paludisme en Afrique équatoriale a sonné l'alerte. Elle a reconnu l'insuffisance de la formation du personnel médical africain en activité au sein des services antipaludiques et l'a souligné dans des termes très explicites. Pour ce groupe d'experts : « L'effectif du personnel convenablement formé dont l'Afrique dispose actuellement est tout à fait insuffisant pour répondre aux besoins des pays intéressés, et cette insuffisance apparaît à tous les échelons du personnel »²⁸⁵, notamment les personnels de direction et d'exécution. Partant de ce constat, ils suggèrent la formation rapide d'un personnel local pour résorber la pénurie sans cesse croissante en ces termes : « Il sera nécessaire de prévoir la formation technique de personnel à tous les échelons, et cette formation, dans la plupart des cas, devrait être assurée localement »²⁸⁶. Les pistes envisagées sont de deux ordres : la création de cours internationaux²⁸⁷ à destination du personnel aux échelons supérieurs (personnel technique de direction) et l'octroi de bourses d'études à court terme pour permettre aux autres membres d'étudier avec profit l'application de programmes de lutte dans d'autres pays que le leur²⁸⁸.

²⁸⁵ Sur ce point, voir OMS, Série de rapports techniques, n°39. Op. Cit., 1951, p. 9

²⁸⁶ Ibid., p. 9

²⁸⁷ Parmi les recommandations formulées à l'issue de la conférence, il est prévu l'organisation des cours de paludologie à l'intention du personnel africain au Sud du Sahara suivi de travaux pratiques et de visites dans les régions où le paludisme soulève d'importants problèmes, sur les lieux où sont exécutés des programmes de lutte et dans les régions de démonstrations. A titre d'exemple, le Malaria Service du Nigeria est désigné pour recevoir le premier cours de paludologie, voir OMS, Série de rapports techniques, n°39. Op. Cit., 1951, p. 33

²⁸⁸ Durant la campagne d'éradication du paludisme (1955-1970), 4 centres OMS avaient été créés pour la formation de paludologues à Kingston (Jamaïque), Manille (Philippines), Lagos (Nigeria) et Lomé (Togo), voir Guiguemé (T.R), Gbary (A..R), Molez (J.F) « Formations pour la lutte contre le paludisme : le Cours international de paludologie e Bobo Dioulasso (Burkina-Faso) », Publications Médicales Africaines, sept. 1991, n°116, p.7-10

Ensuite, il est revenu aux participants à la réunion technique sur le paludisme en Afrique occidentale, en 1957²⁸⁹, de relever le manque de personnel compétent comme l'un des principaux facteurs de l'échec de nombreux projets visant l'interruption de la transmission du paludisme.

C'est peu de dire que le personnel du service antipaludique est à la hauteur de la tâche qui lui incombe. En effet, les travaux de recherches en paludologie qui se déroulent à la fois sur le terrain et en laboratoire, impliquent de recourir à un personnel spécialisé à tous les échelons. Ce qui requiert une formation technique obligatoire. C'est le cas pour les pour les médecins-chefs ou médecins et des entomologistes de la « section paludisme » ou de la zone pilote. Ce personnel a bénéficié d'une formation spécialisée assurée par l'Institut Pasteur ou par l'ORSTOM, mais aussi de cours de malariologie de l'OMS. Quant au personnel subalterne, la réalité est tout autre. Il est constitué d'un noyau d'infirmiers détachés de l'AMI auquel on a adjoint des microscopistes. C'est ce noyau qui, lors de l'entrée en fonctionnement des groupes mobiles du SGHMP dont dépend la « section paludisme », a joué les premiers rôles. De tels auxiliaires, qui peuvent donner satisfaction au moment du démarrage, s'avèrent très insuffisants et la nécessité de leur perfectionnement s'impose²⁹⁰. D'ailleurs dès 1951, le directeur du SGHMP, le médecin-colonel Jonchère se montrait inquiet du rendement du personnel infirmier des secteurs et pointait du doigt ses limites. Car ces derniers ignoraient tout de la méthodologie de la recherche et de la détermination des hématozoaires lors des enquêtes menées par le service antipaludique²⁹¹. La raison de cette insuffisance peut se trouver dans les conditions de formation de ce personnel médical : une formation médicale embryonnaire, hétéroclite et très éloignée de ce qui se fait de mieux en métropole.

Le passage de la lutte antipaludique classique au programme d'éradication, en 1955, devrait ouvrir une nouvelle étape au service antipaludique du SGHMP. Mais, cette structure ne subit aucune modification pour tenir compte de l'objectif d'éradication du paludisme aussi bien dans la définition de ses objectifs que dans la nature de ses organes. En réalité, l'impossibilité de mettre en œuvre le programme d'éradication en AOF et plus généralement en Afrique tropicale ne donne aucune chance à la transformation de la section paludisme en Service d'Eradication du paludisme, pourtant recommandé pour accompagner le programme

²⁸⁹ OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale (Brazzaville, 19-22 novembre 1957), OMS (Bureau Régionale de l'Afrique), Brazzaville, 1958, p. 6

²⁹⁰ ANS : Le Rouzic (Méd.-Col), Koch (Méd.-Cap), « Le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie en A.O.F : étude historique et statistique », *Bulletin Médical de l'Afrique Occidentale Française*, (journées médicales de Bobo-Dioulasso, 24-29 janvier 1949), 1949, n° spécial, p. 17

²⁹¹ ANS : Rapport du SGHMP, 1951

d'élimination du paludisme dans les colonies devenues indépendantes. Que devient le service antipaludique après 1955 ?

En 1956, la loi-cadre est promulguée dans les colonies françaises de l'Afrique de l'Ouest. Cela conduit à court terme à de profondes mutations dans les structures de la fédération. Le SGHMP est transformé en Service commun de lutte contre les grandes endémies (SCLGE) et sa direction est provisoirement fixée à Dakar. Entre 1958 et 1960, après la création de la Communauté, les territoires francophones accèdent à l'indépendance. Au cours de cette rapide évolution, les anciens services fédéraux disparaissent entraînant dans chaque Etat la création d'un Service national des grandes endémies.

Mais, une réalité s'impose très vite car l'existence des maladies de part et d'autre des frontières des nouveaux Etats appelle à une nécessité d'actions concertées. Et au moment où s'installent les jeunes Etats africains, des rencontres ont lieu entre les ministres de la Santé publique et le médecin général Richet, ancien directeur du SGHMP, puis du SCLGE. Ces discussions débouchent sur la volonté d'établir des liens entre divers services nationaux car, un cloisonnement entre pays serait très préjudiciable à une action efficace contre les endémies. Ces rencontres aboutissent à la création à Abidjan, le 25 avril 1960²⁹², de l'Organisation de Coopération et de Coordination contre les Grandes Endémies (OCCGE). A partir de cette date, le nouveau service modifie ses structures et ses objectifs. Le but de ces changements est de répondre avec toujours plus d'efficacité aux demandes des Etats membres et des situations épidémiologiques qui varient en fonction du climat et de la végétation. Malgré tout, la doctrine définie par Jamot reste valable car elle est à même de s'adapter aux problèmes nouveaux.

L'OCCGE comprend sept Etats membres à l'origine : la Côte d'Ivoire, le Dahomey (actuel Bénin), la Haute-Volta (actuel Burkina Faso), le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Sénégal²⁹³ ; la France, quant à elle, y participe en offrant une assistance technique en personnels et en crédits. L'organigramme de l'OCCGE se compose d'un Conseil d'Administration, d'un Secrétariat général permanent et surtout un « pôle » de recherche et d'instruction composé du centre Muraz²⁹⁴, de l'Ecole Jamot et du dispensaire d'instruction.

²⁹² Richet (P), « Qu'est-ce que l'OCCGE ? », *Afrique Médicale*, août-septembre 1965, n°32, p. 475-478

²⁹³ La Togo qui est la 8^e nation demandera son intégration plus tard.

²⁹⁴ C'est le nom attribué au centre de recherche en hommage à son premier directeur Gaston Muraz. Ce dernier est désigné, en 1938, par le ministre Georges MANDEL pour créer le Centre d'Etude de la Trypanosomiase

Le centre Muraz, organisme polyvalent, rassemble plusieurs structures (sections, unités techniques et divers laboratoires) groupées à Bobo Dioulasso autour de l'ancien SGHMP. La section paludisme est fondue naturellement dans cet ensemble au sein de la section parasitologie²⁹⁵.

Les autres instituts et centres de recherche qui complète ce grand ensemble qu'est l'OCCGE ont pour nom, l'Office de recherche sur l'alimentation et la nutrition en Afrique (ORANA), l'Institut Marchoux qui englobe le centre de travaux sur la lèpre et l'IOTA²⁹⁶ et l'Institut de recherches sur la trypanosomiase et l'onchocercose. Ce dernier est principalement chargé de recherches entomologiques sur les vecteurs de ces affections et le centre de recherche sur la méningite cérébro-spinale et sur les bilharzioses qui a vu jour en 1969. Au sein de cet organisme, les travaux sont coordonnés pour étudier, en fonction des priorités définies par les Etats membres, certaines endémies tropicales majeures.

Trois principales tâches sont confiées à l'OCCGE : la recherche appliquée en laboratoire et sur le terrain ; les intervention dans les Etats pour les enquêtes épidémiologiques, dans le cadre de programmes à moyen ou long terme pour apprécier l'incidence et la prévalence de certaines endémies, ou pour des épidémies qui se manifestent par une intervention urgente et massive ; la formation théorique et pratique du personnel médical, scientifique et paramédical à des niveaux très divers, de l'infirmier au chercheur qualifié très spécialisé. Quant aux organes d'exécution sur le terrain constituant ce qu'on appelle les « secteurs spéciaux et les secteurs années », créés par Muraz en 1939, ils ont été nationalisés en 1959. Désormais, chaque pays gère, administre et contrôle le personnel, le matériel, les locaux et les véhicules.

Parallèlement à la création de l'OCCGE, la République de Côte d'Ivoire, à l'instar des autres pays, organisait un Service nationale des grandes endémies. Il a pour mission de coordonner sur son territoire la tâche des secteurs d'exécution, d'en étendre la mission à

africaine (CETA), voir Anonyme, OCCGE-Centre Muraz : *historique, situation actuelle, perspectives d'avenir*, Bobo Dioulasso, sd, 15 p ; et République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé, *Le service des grandes endémies de Côte d'Ivoire* : doctrine, organisation, fonctionnement, Abidjan, sd, 16 p+ 5 p (annexes)

²⁹⁵ Les autres sections sont : la section pharmacie-chimie-immunologie (avec trois laboratoires : Chimie, Immunologie et la pharmacie d'approvisionnement), entomologie (avec 4 laboratoires : Glossines, anophèles, aedes et insecticides), biologie (avec cinq laboratoires : Choléra-trypanosomiase, fièvre jaune, méningite, tuberculose et zoonoses).

²⁹⁶ Ces structures ont été créées respectivement en 1931 et 1953

l'ensemble du territoire et de développer par tous les moyens la lutte contre les Grandes endémies. La puissance coloniale participe, dans le cadre l'assistance technique, au côté de l'OMS et de l'UNICEF aux activités de recherche. Depuis 1950, l'ORSOM puis l'ORSTOM venant à la recherche médicale par la biologie des vecteurs, renforcé par ses chercheurs et ses programmes l'OCCGE et les secteurs de recherche des ministères de la Santé et de l'Institut Pasteur. De ce point de vue, l'OCCGE va apporter un dynamisme à la recherche appliquée entamée depuis la création du SGHMP et dont les travaux sur le paludisme occupent une place de choix. Quelle était la finalité des travaux réalisés sur le paludisme en Côte d'Ivoire ?

II. Quelle est la finalité des études menées sur le paludisme en Côte d'Ivoire?

Pour pouvoir lutter contre une maladie, la nécessité de connaître celle-ci est indispensable. Dans le cas du paludisme, c'est la connaissance de la chaîne épidémiologique qui permet de savoir comment agir sur les différents éléments autour desquels se structurent la chaîne de transmission.

Pour ce faire, on fait appel à deux techniques de terrain pour déterminer ces conditions : les enquêtes paludométriques et entomologiques²⁹⁷. Ainsi, les campagnes de projets pilotes²⁹⁸ de lutte antipaludique mises en œuvre dès 1953, puis la décision de lancer et de vulgariser la stratégie d'éradication du paludisme, dans la deuxième moitié de la décennie 1950 à l'échelle de la planète ouvrent de nouveaux champs à la recherche en paludologie. Parallèlement, la politique de recherche scientifique coloniale amorcée timidement, dès 1937, prend progressivement forme pour s'institutionnaliser avec la création d'un Office chargé de la recherche coloniale.

²⁹⁷ Les premières ont pour but d'apprécier l'importance et de déterminer les caractères du réservoir de virus. Ainsi, grâce à l'étude des indices épidémiologiques, des groupes d'âges, des variations saisonnières, des espèces plasmodiales en cause, il est possible de préciser le niveau d'endémicité dans une région donnée. Quant aux secondes, elles s'intéressent à un autre élément de la chaîne épidémiologique qui est le vecteur. Celles-ci visent à caractériser les espèces vectrices et leur biologie qui conditionnent la réussite ou l'échec d'une campagne antipaludique.

²⁹⁸ Des projets pilotes pour l'expérimentation de la lutte antipaludique ont été créés au début des années 1950. A ce titre, dès 1953, des campagnes antipaludiques expérimentales sont conduites au Cameroun, au Togo, au Sénégal, en Haute-Volta et au Dahomey par le Gouvernement français avec l'assistance du Fonds International de Secours à l'Enfance, dont l'Organisation Mondiale de la Santé est le conseiller technique. Pour des détails sur cette question, voir Bernard (P.-M), « Le paludisme, problème de santé publique », *Médecine Tropicale*, mars-avril 1957, vol.17, n°2, p. 224-227

C'est dans ce contexte particulièrement favorable que s'inscrit toute la panoplie d'études et de travaux scientifiques sur la maladie et ses vecteurs sur le continent africain y compris en Côte d'Ivoire.

Dans ces lignes, il ne s'agit point de présenter toutes les études qui ont été conduites durant toutes ces années. Ce sera un risque de s'y hasarder tant l'entreprise paraît gigantesque et les résultats pourraient s'éloigner des préoccupations de cette étude. Mais, si la production de ces études connaît une dynamique dans les années qui marquent la fin de la guerre, elles remontent au début des contacts entre la métropole et ses colonies²⁹⁹.

En AOF, c'est précisément aux alentours des années 1940 et 1950 que le processus de production des savoirs sur la maladie va s'intensifier. Ces productions ne sont plus le fait de scientifiques opérant seuls dans une démarche individuelle. Désormais, ces recherches vont se structurer et obéir à un plan général de travail sous la bannière d'organisme de recherche dont le champ d'étude reste les colonies.

²⁹⁹ Les études et les enquêtes menées dans le cadre de la lutte contre le paludisme ont commencé timidement dans les colonies françaises. En Afrique Occidentale Française, elles interviennent après la mise en place de l'Assistance médicale indigène par le gouverneur général de l'AOF par l'arrêté du 8 février 1905. Ces travaux, qu'on peut qualifier de pionniers, sont de type transversal car elles sont menées à l'intérieur de plusieurs colonies sous la responsabilité d'agents coloniaux. Leurs résultats sont particulièrement intéressants pour la connaissance du paludisme. Au total, l'étude donne des indications intéressantes sur le paludisme dans les agglomérations visitées. Et au nombre des acquis à capitaliser, on peut citer la mesure de l'endémicité du paludisme dans les grandes agglomérations et les capitales coloniales, des notes précises sur les mœurs des moustiques, sur les larves d'anophèles et leurs gîtes de même que les foyers de développement des anophèles. Les conclusions de cette étude ne laissent pas de doute sur l'existence du paludisme : elles confirment les hypothèses formulées par Laveran quelques années auparavant. La présence de moustiques et de l'hématozoaire dans la transmission du paludisme dans l'ensemble de colonies de l'Afrique Occidentale Française prospectées est désormais une réalité, voir Le Moal (M. Le Dr), « Etudes sur les moustiques en Afrique Occidentale Française », *Annales d'Hygiène et de Médecine coloniales*, avril-mai-juin 1906, vol. 14, n°9, p. 181-219 ; et Arrêté portant création d'un service de l'assistance médicale indigène en AOF : *Journal Officiel du Sénégal et dépendances*, février 1905, p. 75

Par ailleurs, d'autres études de ce type vont se multiplier dans les colonies françaises afin d'enrichir encore plus les données disponibles sur le paludisme dans cette partie de l'Afrique et ailleurs. Celles-ci, qui couvrent les années 1928 à 1934, ont donné lieu à une synthèse réalisée par le médecin-commandant Marie-Etienne Farinaud et publié dans la revue *Annales de Médecine et Pharmacie coloniales*. Cette étude synthétique²⁹⁹ confirme les premières constatations du docteur LE MOAL et le paludisme demeure une réalité dans le quotidien des populations de l'Afrique Occidentale française²⁹⁹. Relativement détaillé, son rapport donne des précisions sur la nature des vecteurs et de l'hématozoaire de la maladie et fait une précision de taille concernant les conditions du développement de la maladie : c'est le règne des eaux qui conditionne le développement de l'endémie duquel il détermine deux formes du paludisme : l'un, côtier avec pour vecteur Anophèles Constalis et l'autre des grands fleuves avec comme vecteur Anophèles Funestus, quoique, note-t-il « les recherches entomologiques ne sont pas assez avancées pour permettre sur ce point des assertions valables ». Par ailleurs, les hématozoaires responsables de l'infection palustre sont au nombre de deux principalement : il s'agit de Plasmodium Malariae en saison sèche et surtout le Plasmodium Falciparum qui conserve son rôle pathologique et épidémiologique de premier plan en même temps qu'il est responsable de poussées épidémiques au début et à la fin de la saison des pluies, voir Farinaud (M-E), « La lutte contre le paludisme dans les colonies françaises », *Médecine et Pharmacie coloniales*, oct-nov-déc 1935, p. 919-969

Et en la matière, c'est sur l'Office de la recherche scientifique coloniale³⁰⁰ que va s'adosser le service de santé pour organiser ses recherches dans les colonies. L'avènement de l'Office dans le champ de la recherche scientifique colonial est un long processus qui mérite qu'on s'y arrête pour mieux comprendre les enjeux qui se projettent.

C'est le 25 septembre 1937, jour de la clôture à Paris, du deuxième Congrès des sciences coloniales que le Conseil de la France d'outre-mer (CFOM) est institué par le gouvernement du Front populaire³⁰¹. La mission de ce nouveau conseil est de coordonner et d'orienter la recherche scientifique dans, ou concernant, les colonies³⁰². Par cet acte, l'embryon d'un organisme propre à la recherche scientifique coloniale se dessine. Ce projet est irréversible en dépit des contradictions internes survenues sur fond de rivalités entre les groupements politiques en place à cette époque d'une part, et d'autre part, entre la communauté des chercheurs concernés par les activités de recherche en métropole et vers les colonies³⁰³.

Mais quelles sont les raisons qui justifient la création d'un Office destiné aux colonies ? Et quelles sont ses missions et ses champs de compétence ?

D'abord, la création d'un organisme de recherche colonial répond aux besoins de lancer des programmes globaux de recherches fondamentales sur l'ensemble des territoires coloniaux et sur leurs différentes composantes physiques, biologiques et sociales. Il s'agit de fédérer les activités scientifiques conduites jusque-là dans les colonies, le plus souvent

³⁰⁰ L'Office de la recherche scientifique coloniale (Orsc) change de dénomination pour devenir l'Office de la recherche scientifique outre-mer (Orstom) le 28 août 1949, et se transforme en Office de la recherche scientifique et technique outre-mer (Orstom) le 17 novembre 1953. Cette dernière mutation entraîne la modification des structures et finalités et par l'adjonction du « T » – « et Technique » – à l'appellation. L'analyse va tenir compte de ces changements chaque fois que cela va s'avérer nécessaire. Mais pour faire simple, « Office » sera abondamment utilisé dans le développement pour faciliter la compréhension.

³⁰¹ Dans un article consacré aux origines de l'ORSTOM, Christophe Bonneuil donne des précisions sur cet événement et évoque un "Comité consultatif" plutôt qu'un "Conseil". Toutefois, les missions du "Comité consultatif" et du "Conseil" ne diffèrent pas ; par conséquent, il pourrait s'agir du même organe ; la différence se situant au niveau de la terminologie. D'après Christophe Bonneuil, « C'est à la suite du Congrès de la recherche scientifique dans les Territoires d'outre-mer tenu au cours de l'exposition universelle de 1937 qu'est créé un "Comité consultatif des recherches scientifiques de la France d'outre-mer" auprès du Conseil Supérieur de la Recherche Scientifique (CSRS). Ce Comité est chargé par le congrès d'"homologuer et de coordonner le programme de recherche", d'attribuer les ressources nécessaires à ce programme en répartissant les fonds de la caisse des recherches coloniales, et d'"étudier le statut des cadres scientifiques coloniaux et donner un avis sur leur recrutement et leur avancement", voir Bonneuil (C), « Des savants pour l'Empire, les origines de l'Orstom », *Cahiers pour l'histoire du CNRS 1939-1989*, 1990, n°10, , p. 83-102

³⁰² Bonneuil (Ch), Petitjean (P), « *Les chemins de la création de l'ORSTOM, du front populaire à la libération* en passant par Vichy, 1936-1945. Recherche scientifique et politique coloniale », dans Waast (R) (éd.), *Les sciences hors d'Occident au XXe siècle. Les sciences coloniales : figures et institutions*, vol.2, Paris, Orstom Ed., 1996, 353 p, (p. 114-160)

³⁰³ Des détails sur ces rivalités sont analysés par Bonneuil (Ch), Petitjean (P), Op. Cit., p. 114-160

individuellement, au sein d'une organisation générale et offrir à la recherche coloniale française un plan d'ensemble dans lequel toutes les disciplines seraient intégrées.

Ensuite, la seconde raison est d'ordre purement pratique ; elle motive, en partie, la mise en place de l'organisme. En effet, les pays tropicaux constituent pour le colonisateur de vastes régions nouvelles à connaître et à explorer. A cela, s'ajoute le fait que les connaissances scientifiques acquises par l'homme occidental demandent à être complétées, renouvelées et adaptées. Ce faisant : « La recherche scientifique outre-mer peut être considérée comme la recherche scientifique au service des pays d'outre-mer, avec tout ce que cette expression renferme en termes d'organisation, de volonté soumise à son objet et de mise en œuvre des moyens appropriés pour le remplir »³⁰⁴. A terme, la recherche scientifique coloniale doit participer à la mise en valeur des territoires d'outre-mer frappés de nombreux fléaux. Au surplus, l'intervention européenne a eu parfois aussi des conséquences désastreuses. Cela est dû à la méconnaissance des conditions naturelles du milieu qui n'est pas forcément liée au climat, mais aussi aux maladies tropicales, aux conditions de l'agriculture et de la population indigène³⁰⁵.

Enfin, un autre type de considérations est à prendre en compte. C'est que les territoires tropicaux qui représentent d'immenses régions ne doivent pas rester à l'arrière-plan du nouveau circuit économique de production et d'échanges, mais être intégrés à celui-ci afin de faciliter leur développement. Dès lors, toutes ces raisons imposent à la France des responsabilités qu'elle se doit de remplir et cela passe par une plus grande implication dans le quotidien des populations indigènes³⁰⁶.

Fondamentalement, le but final des recherches coloniales, au-delà de la mise en valeur des colonies, vise aussi la promotion et l'épanouissement des peuples colonisés. Tout concourt donc à faire mieux vivre les autochtones, à les faire mieux se soigner, mieux se nourrir et travailler dans de meilleures conditions possibles³⁰⁷.

³⁰⁴ Combes (R), « Office de la recherche scientifique Outre-mer. Exposé des activités pour les années 1948-1949- 1950 », Notes et études documentaires, n°1446, Paris, Ed. de la Documentation française, Orsom, 1951, 71 p

³⁰⁵ Ibid., p. 4

³⁰⁶ En pratique, ces tâches demandent, entre autres, l'étude de problèmes aussi divers et spéciaux que la reconnaissance des sols encore fertiles, la recherche de moyens de les conserver et de les utiliser ; la prospection du sous-sol ; l'étude de l'atmosphère et des climats ; l'aménagement des eaux fluviales et la lutte contre l'érosion ; la connaissance des océans et de leurs ressources ; la sélection des races d'animaux et de plantes utiles, leur adaptation aux conditions locales ; la lutte contre les ennemis de l'homme, des animaux et des plantes ; la prospection de nouvelles espèces utiles, l'amélioration des méthodes médicales et vétérinaires, voir Combes (R), Art. Cit., 1951, p. 4

³⁰⁷ Ibid., p. 5

C'est par un arrêté du ministre de tutelle Brévié signé le 19 novembre 1942 que l'Office de la recherche scientifique coloniale (ORSC), est créé et rattaché au ministère des Colonies mais indépendant du CNRS³⁰⁸. Des textes de lois élaborés par la suite vont donner corps à cet organisme qui va désormais jouer un rôle capital dans la conduite des recherches scientifiques dans les territoires colonisés³⁰⁹.

Pour une meilleure efficacité, l'Office étend sa compétence à l'ensemble des domaines scientifiques intéressant le développement économique et le progrès social. Cette vocation générale se présente comme un atout, dans la mesure où elle explique en même temps sa pluridisciplinarité³¹⁰. Au plan opérationnel, l'accent est mis sur la formation de chercheurs dans quelques disciplines déficitaires comme la génétique, la pédologie et la mycologie. De plus, des laboratoires sont créés au sein du Muséum au début de 1943 pour la mycologie coloniale et la pédologie.

Dans le même ordre d'idée, les premiers sujets étudiés portent sur la conservation des sols, la mortalité infantile et le relèvement de la démographie. Cette dernière préfigurant un premier pas vers l'étude des sciences médicales sans empiéter sur les prérogatives de l'Institut Pasteur et du Service de santé.

L'Office voit son existence renforcée par une note du secrétaire d'Etat aux colonies Bléhaut qui, en 1943, fixe le cadre à suivre à savoir : « orienter, coordonner et contrôler les recherches scientifiques aux colonies », et mettre, « la science au service des colonies »³¹¹. De 1943 à 1947, on note un dynamisme dans les activités³¹² de la structure. Cela se traduit par l'accroissement de son champ d'action, l'augmentation de son budget par l'appui du Fonds d'investissement pour le développement économique et social des territoires d'outre-mer (FIDES), le recrutement et la formation des chercheurs et l'implantation effective de l'Office dans les colonies à travers la mise en place progressive de centres de recherche qui lui sont

³⁰⁸ Bonneuil (Ch), Petitjean (P), Op.Cit., p. 135

³⁰⁹ Plus tard, le décret du 11 juin 1942 vient consacrer cette naissance sous l'appellation de « Service de Recherches Scientifiques Coloniales. Ce premier service devient par la suite « Office de la Recherche Scientifique Coloniale » par le fait de la loi du 11 octobre 1943 et son décret d'application du 14 octobre, voir Bonneuil (Ch), « Des savants pour l'Empire, les origines de l'ORSTOM », *Cahiers pour l'Histoire du CNRS*, 1990, n°10, p. 83-102

³¹⁰ Toutefois, ce modèle porte en lui-même les germes de sa propre faiblesse, ne serait-ce que par l'impression de rivalité longtemps latente et désormais ouvertement affichée qu'on peut observer entre les chercheurs relevant de tel ou tel ministère et même du CNRS. Cette situation a pour conséquence de restreindre son champ d'action et pire, les crédits de fonctionnement attendus sont sinon inexistantes du moins maigres.

³¹¹ Bonneuil (Ch), Petitjean (P), Op. Cit., p. 136

³¹² Pour des détails concernant cette question, voir Bonneuil (Ch), Petitjean (P), Op. Cit., p. 137-142

rattachés. Ainsi, treize centres sont implantés dans les colonies de 1946 à 1955³¹³ et leurs activités ouvrent des débouchés à de jeunes chercheurs³¹⁴. A la veille des indépendances, l'Office possède l'essentiel de son architecture qui lui permet de mener au mieux ses activités de plus en plus diversifiées.

Mais sur place dans les colonies, c'est le SGHMP créé en 1944³¹⁵ qui coordonne les enquêtes de Santé publique. En effet, les succès obtenus dans la lutte contre la maladie du sommeil dans l'AOF par le SGAMS expliquent, en partie, sa mutation et l'extension de ses activités. Cette évolution se dessine lors la tenue de la Conférence de Brazzaville entre janvier et février 1944 où les problèmes de santé et d'hygiène ont été aussi au centre des débats. A la fin de la Conférence, l'une des recommandations de la Commission de l'hygiène et de la santé publique concerne la création d'un « service autonome d'hygiène mobile et de prophylaxie avec des équipes mobiles polyvalentes »³¹⁶ afin de prendre en compte toutes les questions liées aux endémies auxquelles l'AOF est confrontée. Cette mutation est sans aucun doute une reconnaissance de l'efficacité des équipes mobiles créées par JAMOT³¹⁷ lors de son passage en Afrique Centrale³¹⁸. Ainsi, sur proposition du médecin général Blanchard, inspecteur général du Service de santé colonial, le ministre des colonies, Georges Mandel signe, le 20 janvier 1939, l'arrêté qui institue en AOF et au Togo, un Service général autonome de la maladie du sommeil (SGAMS) dont la direction est confiée au médecin

³¹³ Ibid., p. 142

³¹⁴ Pour les détails concernant le déploiement des services de l'office dans les colonies, voir Gleizes (M), *Un regard sur l'Orstom 1943-1983*. Témoignage. Ed. de l'Orstom, Paris, 1985, p. 22-26

³¹⁵ C'est le 15 juin 1944 que le Commissaire aux Colonies, Monsieur René Pleven décrète la création dans les territoires africains de Services d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie en remplacement du SGAMS. Ce décret est promulgué en AOF par l'arrêté général n°5548 A.P. du 31 décembre 1944, voir Médecin-colonel Le Rouzic (J), Médecin-capitaine Koch (H), « Le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie en A.O.F : étude historique et statistique », *Bulletin Médical de l'Afrique Occidentale Française*, (journées médicales de Bobo-Dioulasso, 24-29 janvier 1949), 1949, n° spécial, p. 9-34

³¹⁶ Anonyme, Brazzaville, janvier-février 1944. Aux sources de la décolonisation, Institut Charles de Gaulle/Institut d'Histoire des Temps présents, Paris, Plon, 1988, p. 166

³¹⁷ Pour des informations intéressantes sur la biographie d'Eugène Jamot, voir Bado (J.P), *Eugène Jamot 1879-1937. Le médecin de la maladie du sommeil ou trypanosomiase*, Paris, Karthala, 2011, 444 p.

³¹⁸ On dispose d'informations sur l'aventure d'Eugène Jamot à la page 80 de cette thèse et dans les documents suivants, voir Lotte (M, médecin-colonel), *L'hygiène mobile : création, moyens, doctrine, stratégie, technique, orientation*, Bobo-Dioulasso, 1960, p. 4 ; Domergue-Cloarec (D), Op. Cit., p. 240. ; Bado (J.P), *Origine du Service des Grandes endémies. Naissance de l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies*, OCCGE, Bobo-Dioulasso/ Université de Provence, 1993, p. 18 ; Arrêté n°2744 du 30 novembre 1931 portant création d'un service de prophylaxie de la trypanosomiase, voir Médecin-colonel Lotte (M), *L'hygiène mobile : création, (JAMOT), moyens, doctrine, stratégie, technique, orientation*, Bobo-Dioulasso, 1960, p. 10

colonel Muraz³¹⁹. Au cours de l'année 1939, d'autres textes sont pris pour achever la mise en place du nouveau dispositif³²⁰.

La conférence afro-française de Brazzaville de 1944 marque un tournant décisif dans l'avenir du SGAMS. Elle offre l'occasion aux autorités sanitaires d'entreprendre une réflexion sur le meilleur moyen de lutter efficacement contre les principales affections dans la grande majorité de la population indigène. Au cours des travaux de cette conférence, la commission du plan d'Hygiène et de santé publique, présidée par le médecin général Vaucel fait une importante recommandation. Dans celle-ci, il est demandé de développer l'armature hospitalière et sanitaire territoriale, d'assurer le dépistage systématique et le traitement de masse des affections sociales, d'organiser des services d'hygiène urbaine, de favoriser les échanges de vues entre autorités médicales française et étrangère, d'accroître les effectifs et de créer une grande école africaine de médecine. Les recommandations sont sans équivoque, car elles annoncent l'acheminement progressif du SGAMS vers un service polyvalent de lutte contre les grandes endémies. En application de ces principes, le Commissaire aux colonies, René Pléven, décrète le 15 juin 1944 la création du SGHMP³²¹ qui a pour mission de lutter contre les autres endémies de la même manière que pour la trypanosomiase.

Quelques mois plus tard, l'arrêté général n°214/S.P en date du 22 janvier 1945, fixe le cadre juridique du SGHMP, en déterminant son cadre organique, les modalités de son fonctionnement et la nature des missions qui lui sont assignées³²². L'expertise des acteurs et animateurs du nouveau service va s'étendre aux autres endémies. Ainsi, le SGHMP va diversifier son champ d'action pour s'attaquer aux autres fléaux qui minent l'ensemble de la fédération. De fait, en plus de ces missions originelles, le service prend désormais en charge la lutte contre d'autres endémies tropicales³²³, qui nécessitent elles aussi un dépistage et un traitement rapides, adaptés à la médecine de masse, ainsi qu'aux recherches approfondies en laboratoire que sur le terrain. Le SGHMP va s'occuper dans le cadre de ses nouvelles

³¹⁹ Médecin-colonel Le Rouzic (J), Médecin-capitaine Koch (H), Art. Cit., p. 11

³²⁰ Il s'agit, entre autres, de l'arrêté n°558/SSM du 18 février 1939 qui transfère à Bobo-Dioulasso le siège du S.G.H.M.P qui avait été initialement fixé à Bamako ; de l'arrêté n°2743/SSM du 31 août 1939 qui précise la répartition en secteurs spéciaux et annexes des territoires de l'AOF contaminés par la maladie du sommeil, et fixe également le nombre et l'emplacement des hypnoseries, des postes-filtres et des villages de ségrégation libre, voir Médecin-colonel Le Rouzic (J), Médecin-capitaine Koch (H), Art. Cit., p. 12

³²¹ Médecin-colonel Le Rouzic (J), Médecin-capitaine Koch (H), Art.Cit., p. 13

³²² Pour des détails sur cette question, voir Sanner (L), Masseguin (A), Art. Cit. p. 14-28

³²³ L'arrêté organique du 22 janvier 1945 a prévu dans ses textes, la création de 5 sections (Trypanosomiase, syphilis et pian, paludisme, lèpre et tuberculose)

attributions de la lutte contre le paludisme au moyen d'une « section paludisme ». C'est l'arrêté n°1407/SPC en date du 29 mars 1948³²⁴ qui consacre cette création.

Dans les colonies françaises, les autorités sanitaires ont clairement affiché leur préférence dans le domaine de la lutte contre le paludisme : la priorité doit être accordée à l'étude des problèmes du paludisme plutôt que d'engager des actions de lutte de grande envergure. L'objectif est de prendre la mesure réelle du paludisme non seulement à l'échelle fédérale mais encore au niveau local du point de vue de l'endémicité surtout. C'est ce qui justifie que l'ensemble des recherches entreprises sur toute l'étendue de la fédération de l'AOF soient lancées dès les années 1948-1949. Elles connaissent une accélération dans les années 1950 à la suite de l'organisation de la première conférence sur le paludisme à Kampala et des décisions qui en sont issues³²⁵.

Ce faisant, la ligne directrice que se fixent les autorités sanitaires coloniales n'est pas de faire disparaître définitivement le paludisme. Une telle ambition nécessite la mobilisation de moyens hors de portée des décideurs. La recherche de l'efficacité dans les moyens de lutte appropriés et surtout les impératifs financiers conditionnent leur démarche. Ce qui importe par-dessus tout, c'est d'organiser des recherches afin de déterminer la méthode

³²⁴ Bernet (J), De quelques observations au sujet de *la lutte contre l'anophèle par le DDT en AOF*, Bobo-Dioulasso, SGHMP (Section paludisme), 1949, p. 1

³²⁵ Le rapport sur la conférence du paludisme a énuméré une série de problèmes de paludologie en Afrique qu'il serait important pour les autorités sanitaires et les organismes de lutte contre le paludisme d'engager avec célérité. Ainsi, la conférence tient à recommander aux chercheurs, aux fins d'études ultérieures, les sujets importants suivants :

- 1) Etude plus poussée de la parasitologie et de l'épidémiologie de *P. malariae* et de l'existence d'un hôte animal permanent de ce parasite
- 2) Etude sur la morphologie, la transmission et de la chimiorésistance des souches africaines de *P. falciparum*
- 3) Immunité des populations indigènes
- 4) identification de l'espèce infectante chez l'insecte-hôte
- 5) Histopathologie et cytologie de l'infection paludéenne chez les insectes-hôtes, spécialement chez les vecteurs nouvellement incriminé
- 6) Etudes des plasmodies chez les animaux en Afrique.
- 7) Recherches sur la biologie des vecteurs du paludisme et sur l'influence du comportement de l'insecte à l'égard des insecticides à effet rémanent
- 8) Présence éventuelle de souches résistantes d'*A. gambiae* dans les régions traitées au DDT pendant une période de deux à trois ans
- 9) Mode d'absorption de diverses formes de cristaux de DDT et de HCH par les anophèles vecteurs et étude toxicologique de ces insecticides chez les moustiques.
- 10) Doses optima et effet rémanent des diverses préparations d'insecticides en vue de leur usage comme : a) larvicides et b) imagocides
- 11) Production de meilleures préparations d'insecticides à effet rémanent en vue du traitement des habitations
- 12) Effets des diluants employés pour les insecticides et de leurs action synergique ou inhibitrice éventuelle
- 13) Essais pratiques de chimiothérapie
- 14) Amélioration de l'équipement technique en vue de l'application d'imagocides et de larvicides, voir OMS, Série de rapports techniques n°38, Op. Cit., 1951, p. 46

prophylactique la plus économique et la plus efficace, et celle qui serait la moins susceptible d'altérer la prémunition qui est pour le moment la plus sûre protection des Africains. Pour L. Sanner et A. Masseguin, la prudence doit être observée car, « Il serait peu sage d'apporter dans la lutte contre cette affection millénaire qu'est le paludisme en Afrique une hâte que rien ne justifie et qui conduirait à utiliser des méthodes mal adaptées »³²⁶. Pour les autorités sanitaires, la recherche – à la fois fondamentale et appliquée – est indispensable avant de déterminer le type d'activités antipaludiques à entreprendre. C'est pourquoi, les études épidémiologiques, paludologiques et entomologiques ont été organisées dans un seul but : donner une image réelle et objective du paludisme dans les zones impaludées dont fait partie le territoire de la Côte d'Ivoire. C'est le sens qu'il faut donner aux nombreuses études et recherches menées dans l'ensemble de l'AOF.

Les spécificités des études sur le paludisme en situation coloniale

Les études sur le paludisme en Côte d'Ivoire se sont faites parallèlement à celles de l'Afrique Occidentale Française et ont suivi, à quelque variante près, la même chronologie. Dans ce cadre, la Côte d'Ivoire, si elle n'a pas été un terrain privilégié comme l'ont été les territoires qui ont abrité des zones pilotes, et où les moyens financiers et matériels mobilisés ont favorisé de nombreuses recherches, elle n'en constitue pas moins un terrain intéressant, à la lumière des résultats obtenus.

Les études sur les caractéristiques du paludisme en Côte d'Ivoire portant notamment sur l'endémicité, l'épidémiologie, l'étiologie et sur la biologie des vecteurs ont concerné aussi bien la période coloniale que postcoloniale selon un ordre chronologique bien précis. C'est à l'occasion des enquêtes entreprises par le médecin-major de 2^e classe des troupes coloniales, Le Moal que les localités de la Côte d'Ivoire sont prospectées pour la première fois.

Entre ces premières productions sur le paludisme et la création de la « section paludisme » du SGHMP en 1948, c'est au Service d'hygiène de la ville d'Abidjan qu'est

³²⁶ Sanner (L), Masseguin (A), « Le service d'hygiène mobile et son œuvre », *Bulletin médical de l'Afrique Occidentale française*. Tâches problèmes de la santé publique en AOF, jan. 1954, n° spécial, Dakar, Direction général de la Santé publique, 60 p

revenue la tâche de procéder aux recherches sur le paludisme sur le territoire de la Côte d'Ivoire. A partir de cette date, les recherches sur le paludisme se font conjointement par les deux structures : le service d'Hygiène pour ce qui est des études portant exclusivement sur la colonie, et le SGHMP par le biais de la « section paludisme », pour les enquêtes d'ensemble couvrant plusieurs territoires de l'AOF. S'agissant du Service d'hygiène de la ville d'Abidjan, le cadre réglementaire qui l'organise est défini au début de l'année 1905 par la plus haute autorité de l'Afrique Occidentale Française.

C'est par l'arrêté 124 du 4 février 1905³²⁷ que le gouverneur général Ernest Roume crée un Service d'hygiène de la Côte d'Ivoire. Le premier article de cet arrêté précise qu'« Un service d'hygiène est institué à la Côte d'Ivoire, au Chef-lieu de la Colonie, et, éventuellement, dans les ports, chefs-lieux de cercles et agglomérations où son fonctionnement sera jugé nécessaire et applicable »³²⁸. Deux autres articles³²⁹ donnent des indications sur les missions du service : il s'agit de l'article 2 qui précise que : « Sous l'autorité de l'Administrateur ou Commandant de poste et la surveillance technique de l'autorité sanitaire, le Service d'hygiène est chargé de l'exécution des dispositions qui résultent du décret du 14 avril 1904 et des règlements sanitaires édictés par le lieutenant-gouverneur, conformément à ce décret »³³⁰.

³²⁷ ANS : 1H108, Service d'Hygiène : textes de base de 1897-1953 ; service d'hygiène de Dakar, 1950-1957 ; de Saint-Louis, 1946 ; des territoires, 1952

³²⁸ ANS : 1H108, Arrêté relatif à la création d'un Service d'Hygiène de la Côte d'Ivoire, p. 1

³²⁹ Ibid., p. 1

³³⁰ Ce décret s'applique, en réalité, à l'hygiène urbaine et repose sur un dispositif dont les grands principes sont les suivants : Des règlements sanitaires peuvent être édictés par des Lieutenants-Gouverneurs ; des Services Municipaux d'Hygiène peuvent être institués par arrêtés du Gouverneur Général, rendus sur la proposition des Lieutenants-Gouverneurs, dans les villes et agglomérations de l'AOF ; des *Comités et Commissions d'Hygiène et de Salubrité Publique* doivent être constitués par arrêtés des Lieutenants-Gouverneurs approuvés par le Gouverneur Général de l'Afrique Occidentale Française conformément au titre 2 du Décret du 15 décembre 1904 ; l'institution au siège du Gouvernement Général de l'Afrique Occidentale Française, d'un *Comité Supérieur d'Hygiène et de Salubrité Publique* qui est un organe consultatif. En pratique, la plupart des chefs-lieux de territoires possèdent un Service d'Hygiène dont l'activité s'exerce dans les domaines suivants : hygiène de l'habitat, permis de construire ; maladies contagieuses à déclaration obligatoire ; contrôle des eaux de boisson ; service médical de prisons ; surveillance de la prostitution ; lutte antimoustiques ; lutte antimurine : recherches des indices pulcidiens ; vaccinations ; contrôle de la salubrité urbaine en liaison avec le service de la voirie et police sanitaire des aéroports. Enfin, le chef de service d'hygiène cumule ses fonctions avec celles de médecin-inspecteur scolaire ; voir ANS : décret du 14 avril 1904 sur la protection de la Santé Publique en AOF et promulgué en AOF par l'arrêté n°142 du 11 mai 1904

Si l'article ci-dessus situe le cadre général d'intervention du service d'hygiène, l'article 5 va plus loin pour décliner ses domaines d'intervention,

Les agents du service d'hygiène sont chargés de procéder à l'inspection des voies publiques ou privées et des immeubles publics, bâtis ou non, et, dans les conditions déterminées par les articles 6 et 7, à l'inspection des immeubles privés, bâtis ou non. Sur les voies publiques, il sera procédé par leurs soins à l'exécution des mesures d'assainissement présentant un caractère d'urgence et, notamment, de celles ayant pour but la destruction des moustiques...³³¹.

Plusieurs services d'hygiène non encore fonctionnels sont créés dans les grands centres urbains qui sont dotés d'un poste médical ou d'une formation sanitaire, pour accroître l'efficacité des actions à mener. Mais, l'insuffisance du personnel spécialisé doublée du manque criant de matériels retarde le démarrage des activités de ces services décentralisés. Dans les faits, le rôle du Service d'hygiène de la ville d'Abidjan – seul service d'hygiène autonome dans la colonie à l'époque des faits – et accessoirement des établissements sanitaires a été de mesurer l'endémicité du paludisme dans ce territoire. Celui-ci est chargé d'étudier surtout les conditions de l'anophélisme en Côte d'Ivoire, ou plus exactement, l'étude des conditions du développement du paludisme.

A ce titre, le tournant des années 1942-1943 marque une étape importante dans les activités du Service d'hygiène pour deux raisons essentielles : la première se rapporte à une note de service n°1777/S du 20 novembre 1942, prise par le médecin-général inspecteur, directeur général de la Santé publique de l'AOF. Cette décision autorise le médecin lieutenant-colonel Jean-Louis Bernet, à réaliser une étude complète sur les conditions locales de l'endémie palustre, en raison des chiffres impressionnants des manifestations palustres et de la mortalité constatée. Deux localités ont été choisies pour ces études : Ouagadougou³³² et Bouaké. La deuxième raison est relative à l'importance que prend désormais le Service d'hygiène dans l'échelle du dispositif sanitaire en Côte d'Ivoire. Cette importance se caractérise par une autonomie plus accrue qui se matérialise par la nomination, en mai 1943, d'un médecin-chef du Service d'hygiène, alors que cette mission était jusqu'à cette date à la

³³¹ ANS : 1H108, Arrêté relatif à la création d'un Service d'Hygiène de la Côte d'Ivoire, p. 1

³³² Géographiquement Ouagadougou fait partie de l'ex-Haute-Volta, colonie qui a été rattachée à la Côte d'Ivoire de 1933 à 1947. Cette nouvelle entité comprend deux parties : la Haute Côte d'Ivoire et la Basse Côte d'Ivoire. La localité de Ouagadougou faisait partie de la Haute Côte d'Ivoire et a fait l'objet d'études menées dans le cadre de la colonie de Côte d'Ivoire.

charge du médecin-chef du cercle : c'est au médecin Lieutenant-Colonel Jean-Louis Bernet qu'est confiée la responsabilité de la direction du Service d'hygiène de la colonie³³³.

Les raisons de ce changement sont évoquées par le directeur local de la santé publique, le médecin lieutenant-colonel VENDRAN en ces termes : « La nouvelle répartition des services, nécessité en cours d'année par le départ de nombreux médecins, et les améliorations urgentes à apporter à l'hygiène de la ville m'ont amené à dissocier les deux services (hygiène d'Abidjan et chefferie du Cercle) autrefois entre les mains d'un seul médecin... »³³⁴. S'agissant de la ville d'Abidjan, les travaux réalisés par le service d'hygiène de 1940 à 1943 sur la situation du paludisme sont révélateurs. Les résultats des recherches rapportés par le médecin lieutenant - colonel VENDRAN³³⁵ font état notamment de la présence de moustique de type *gambiae* dans la ville d'Abidjan et permettent de mettre en évidence les véritables causes de l'infestation de la ville. La recherche des foyers de développement des moustiques dans la ville d'Abidjan a débouché sur l'identification des gîtes pourvoyeurs de moustiques.

Ces conclusions donnent plus de visibilité sur l'endémie. D'abord, elles favorisent une meilleure connaissance de l'origine des moustiques, condition indispensable à la définition des mesures idoines de lutte. Ensuite, la distinction faite entre différents types de gîtes permet aussi d'expliquer leur origine -humaine ou naturelle- de façon à adapter les actions de lutte à entreprendre.

Entre 1943 et 1947, on ne trouve trace d'aucune étude pertinente sur les conditions du paludisme en Côte d'Ivoire dans les rapports du service de santé. Tout se déroule comme si les conclusions tirées des travaux de 1943 suffisaient à mieux comprendre les causes du développement du paludisme sur l'ensemble du territoire. Peut-on conclure pour autant que le silence observé dans les rapports médicaux sur cette question des conditions de l'anophélisme, traduit-il l'inertie du Service d'hygiène de la ville d'Abidjan ? La réponse à cette question, en l'absence de données précises, invite plutôt à formuler des hypothèses. On peut considérer que les conditions de développement du paludisme étudiées jusque-là par le Service d'hygiène sont relativement suffisantes, au point d'autoriser la mise en œuvre des mesures graduelles de lutte ; on peut aussi supposer que les recherches ont été menées par le Service d'hygiène certes, mais qu'aucune donnée nouvelle importante n'est à signaler au

³³³ ANS : Rapport annuel du service de santé de la Côte d'Ivoire, 1943

³³⁴ Ibid.

³³⁵ Ibid.

cours de cette période, pour justifier leur inscription dans les rapports annuels du Service de santé. Ce qui est certain par contre, c'est que des mesures antipalustres concrètes ont été entreprises dans le cadre de l'hygiène urbaine à savoir : des mesures prophylactiques telles que la lutte antilarvaire, la protection mécanique et les travaux d'assainissement de toute sorte.

La production des connaissances sur le paludisme en Afrique de l'Ouest, de façon générale et sur le territoire de la Côte d'Ivoire particulièrement, prend une nouvelle dimension après la création de la section paludisme du SGHMP³³⁶. Aux premières études menées par le Service de santé du territoire et ses services rattachés et portant sur les conditions de l'anophélisme dans la colonie de Côte d'Ivoire, vont succéder une série d'études consacrées, cette fois, à la détermination des espèces vectrices du paludisme et à leur biologie. De nombreux changements sont constatés au cours de cette période : la création d'un service spécialisé pour l'étude du paludisme est renforcée par l'arrivée d'un spécialiste en entomologie pour l'étude des vecteurs. Au plan opérationnel, on note l'élargissement des zones d'études et le début d'une coordination des enquêtes à travers une espèce de décentralisation matérialisée par la création des secteurs spéciaux³³⁷ du SGHMP qui jouent, en fait, le rôle d'organes d'exécution. Chaque secteur comprend un certain nombre d'équipes mobiles au « centre de secteur »³³⁸. En pratique, le déploiement du SGHMP peut alors se comprendre comme le rayonnement autour de postes fixes servant de bases de ravitaillements,

³³⁶ La Section paludisme du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie a été créée par l'Arrêté général n°1407/SP.C du Haut-Commissaire de la République, Gouverneur général de l'AOF en date du 29 mars 1948, voir Jonchère (H), Rapport sur le paludisme en AOF et les travaux antipalustres de la section paludisme du SGHMP, sd, p. 80

³³⁷ Le secteur –appelé aussi secteur annexe- est une portion du territoire dont les limites sont dictées par des considérations épidémiologiques et qui est médicalement placée sous le contrôle d'une autorité unique : le médecin-chef du secteur. Ce dernier apparaît donc comme une division territoriale dont le personnel assure l'exécution des directives fournies par la chefferie du SGHMP dont il représente, en quelque sorte, l'unité tactique. La réunion de plusieurs secteurs forme un groupement. Les secteurs dits spéciaux sont ceux dont le personnel dépend exclusivement du directeur du SGHMP, au contraire d'un secteur annexe qui, lui reçoit du personnel relevant du SGHMP mais confié au médecin-chef du cercle, voir Sanner (L), Masseguin (A), « Le service d'hygiène mobile et son œuvre », *Bulletin médical de l'Afrique Occidentale française*. Tâches problèmes de la santé publique en AOF, jan. 1954, n° spécial, Dakar, Direction général de la Santé publique, p. 35

³³⁸ Le centre de secteur est la base principale du secteur. C'est le lieu de résidence du médecin-chef. On y trouve les bureaux, magasins, garages, ateliers, un ou plusieurs dispensaires et très souvent aussi une léproserie.

de lieux de stationnement et de repos entre les tournées et autour desquels sont quelquefois groupées des hyposeries et léproseries³³⁹.

La section paludisme du SGHMP, en dépit de ses maigres moyens, entame sans tarder son plan d'action au cours de l'année 1948. Celui-ci se traduit par une étude sur la répartition des anophèles en Afrique Occidentale Française au cours de laquelle, sont prospectées quelques agglomérations de la Côte d'Ivoire. Ces travaux ont couvert la période du 1^{er} août 1948 au 31 mars 1950 et ont concerné les colonies de la Haute-Volta, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée Française, du Soudan français, du Sénégal, du Niger et du Dahomey. Les prospections réalisées en Côte d'Ivoire se sont déroulées dans les agglomérations de Grand-Bassam, Abidjan, Abengourou et Bouaké³⁴⁰. Le choix de ces agglomérations n'est pas fortuit : les deux premières citées sont de grands centres urbains relativement peuplés, situés sur la côte et entourés par un réseau hydrographique. Elles concentrent, en outre, une importante population d'origine européenne³⁴¹ dont il faut assurer la santé et la protection contre le paludisme, à côté de laquelle vivent les communautés indigènes. Du point de vue climatologique, ce sont deux villes qui présentent les mêmes caractéristiques saisonnières : deux saisons de pluies en mai-juin et en octobre-novembre avec des précipitations annuelles de 1.800 mm en moyenne et deux saisons sèches intercalées.

Par ailleurs, les conditions favorables au développement d'un paludisme intense et sévère sont sensiblement les mêmes. Les prospections réalisées révèlent les données ci-après : pour la ville Grand-Bassam, on note l'existence de gîtes anophéliens qui sont pour la plupart d'origine naturelle et constitués par des marécages et des trous d'eau à fond de sable blanc. Les bordures du fleuve Comoé sont parcourues par des marécages à fond de limoneux, imperméables, où poussent des palétuviers. A côté de ces gîtes, pullulent des gîtes d'activité humaine. La vie humaine s'exerce à Grand-Bassam sur un sol de sable, en l'absence de terrains argileux. C'est la situation lagunaire et l'activité que cette situation engendre qui est la cause des gîtes de création artificielle les plus nombreux et les importants comme les embarcations, les radeaux de billes de bois. Les gîtes domestiques en font également partie.

³³⁹ Sanner (L), Habay (J) « L'organisation de la Santé publique dans une Fédération de la France d'Outre-Mer, l'AOF », La Semaine Médicale, 6 novembre 1952, 28, n°40, p. 4

³⁴⁰ Les pages portant sur la ville de Bouaké ont disparu du document consulté. Pour cette raison, il n'a pas été possible de fournir plus d'information sur cette localité.

³⁴¹ A cette date, la population de Grand-Bassam est composée de 500 Européens tandis que celle d'Abidjan compte entre 2000 et 3000 Européens et assimilés, voir Jonchère (H), Op. Cit., p. 23-25

Ils sont constitués de dépôts de ferraille et de creux de certains bassins qui, en saison de pluies, peuvent contenir quelques larves d'anophèles potentiellement vecteurs du paludisme. Dans cette localité, les manifestations palustres sont fréquentes et assez graves mais, sont éclipsées par la fièvre jaune qui fait chaque année de nombreuses victimes. Une situation qui oblige, très souvent, le service d'hygiène à se consacrer principalement à la lutte antistégomyienne³⁴². D'après les sources, on a relevé dans ces différents quartiers des indices spléniques de 20% à 30% et indices hématologiques de 45% à 57%³⁴³. *Anophèles gambiae* est le vecteur dominant tandis que les autres espèces notamment *anophèles pharoensis* et *coustani* jouent des rôles plutôt moindres.

Quelle est la situation dans l'agglomération d'Abidjan ? Comme Grand-Bassam, le vecteur le plus dominant à Abidjan est le *gambiae*. Ces gîtes à anophèles se produisent à proximité des bords lagunaires envahis d'herbes fixes ou flottantes et par des zones d'inondations de l'île de Petit-Bassam : l'une est la conséquence des eaux de pluies, l'autre est issue de l'envahissement des berges basses par la lagune aux hautes eaux. Les chalands, les trous de sable et tous les gîtes dus à l'activité humaine jouent un rôle mineur que les gîtes lagunaires.

La ville d'Abengourou, quant à elle, affiche une configuration différente des deux premières. Elle ne représente pas moins une ville d'endémicité élevée et où la culture du cacao et de café demeure intensive : c'est donc une agglomération de forêt et de production de matières premières. Sa position favorise une pullulation anophélienne qui se manifeste par une endémicité palustre élevée, avec un indice splénique et hématologique évalué respectivement à 19% et 37%. L'anophèle vecteur du paludisme ici est le *gambiae*, espèce caractéristique des gîtes rencontrés dans cette agglomération forestière. Ces études aussi imparfaites soient-elles ont contribué à donner un aperçu des particularités du paludisme dans la colonie de Côte d'Ivoire.

Elles seront complétées au cours de l'année 1951 par les enquêtes malariologiques, suite logique des recommandations de la première conférence africaine sur le paludisme. Cette conférence a instruit les paludologues d'entreprendre les recherches au regard des nombreux problèmes que la lutte contre le paludisme soulève sur le continent africain. Parmi les sujets à examiner, les spécialistes insistent sur les problèmes paludologiques, notamment

³⁴² C'est la lutte contre la fièvre jaune transmise elle aussi par des insectes.

³⁴³ Jonchère (H), Op. Cit., p. 24

par une étude plus poussée sur la parasitologie, l'épidémiologie et la biologie des vecteurs du paludisme³⁴⁴. C'est dans ce cadre qu'une enquête malariologique³⁴⁵ est lancée au cours des mois de janvier, février et mars 1951 dans trois territoires de l'AOF dont celui de la Côte d'Ivoire³⁴⁶. L'équipe de la « section paludisme » du SGHMP dirigée par le médecin-capitaine PFISTER ordonne trois types d'enquêtes : une enquête clinique portant sur un grand nombre d'enfants de 0 à 14 ans et qui consiste en une palpation des rates de sujets choisis ; une enquête hématologique dont l'objectif de rechercher les hématozoaires dans le sang prélevé sur chaque enfant ; enfin, une enquête entomologique qui permet de déterminer et de disséquer les glandes salivaires des anophèles de façon à évaluer leur indice sporozoïtique³⁴⁷. Pour ces enquêtes, six localités³⁴⁸ situées principalement dans la moyenne en zone forestières ont fait l'objet de prospections pour évaluer le réservoir de virus et déterminer les hématozoaires³⁴⁹.

Concrètement pour évaluer le réservoir de virus, la technique a consisté à examiner le nombre d'enfants porteurs de rate hypertrophiée, d'hématozoaires et de gamétocytes pour connaître respectivement l'indice splénique, l'indice endémique de Ross, l'indice gamétique et l'indice plasmodique. Au total, 1929 enfants ont été examinés lors de ces enquêtes. Les résultats enregistrés confirment les tendances observées : ainsi, d'après indices relevés, la Côte d'Ivoire est considérée comme une zone où règne un paludisme de type holoendémique car les indices spléniques affiche un taux supérieur à 75%. S'agissant des hématozoaires, l'analyse des lames a révélé un chiffre de 1537 lames positives sur les 1929 examinés dans l'ensemble des 3 territoires. Tous les enfants sont porteurs d'un de *plasmodium falciparum* ; ce qui donne un taux de 93,8%, contre 7% de paludisme *malariae* et 3% de paludisme *vivax*. De ce qui précède, on constate que les virus les plus couramment rencontrés en Côte d'Ivoire

³⁴⁴ OMS, Série de rapports techniques n°38. Op. Cit., p. 24

³⁴⁵ Ce terme désigne en fait une enquête paludométrique qui s'entend comme une enquête exécutée, dans des localités choisies au hasard, sur des échantillons de population correspondant aux groupes d'âges prédéterminés, dans le dessein d'évaluer le degré d'endémicité paludéenne. Elle consiste à étudier la prévalence du paludisme d'après les indices spléniques ou les indices plasmodiques de ces échantillons. Ce type d'enquête intervient dans les opérations de prééradication, ainsi qu'à la phase préparatoire et à la phase initiale d'attaque des programmes d'éradication du paludisme.

³⁴⁶ Les deux autres localités sont la Haute-Volta et la Guinée.

³⁴⁷ L'indice sporozoïtique est le pourcentage d'anophèles femelles d'une espèce donnée chez lesquels les glandes salivaires, disséquées dans les 24 heures qui suivent la capture, contiennent des sporozoïtes. Ces derniers représentent la forme infectante du parasite du paludisme, qui apparaît soit dans l'oocyste mûr avant sa rupture, soit dans les glandes salivaires du moustique. C'est enfin de compte, la forme du plasmodium à la fin de la sporogonie chez le moustique.

³⁴⁸ Ces 6 localités sont : Bouaké, Man, Krikouma, Daloa, Danané et Kouanhoulé.

³⁴⁹ Les anophèles vecteurs ont été uniquement déterminés pour le compte de la seule Haute-Volta.

respectent cet ordre de grandeur. Pour les anophèles, c'est l'espèce gambiae qui vient en tête suivie de funestus dans la majeure partie. Pour résumer cette étude, on peut dire que les enquêtes de 1951 ont confirmé que le territoire fait partie d'une zone d'holoendémicité. Puis, l'étude du paludisme en Côte d'Ivoire va connaître un autre développement au cours de l'année 1955, surtout lorsque la section Tréponématoses du Centre Muraz va lancer une importante enquête dans toute la fédération d'AOF. Saisissant cette opportunité, le médecin commandant CHOUMARA, alors chef de la « section paludisme » du Centre, en profite pour demander une enquête complémentaire sur le paludisme afin de profiter de vastes rassemblements de populations occasionnés par l'enquête épidémiologique sur le pian et la syphilis³⁵⁰.

Cette proposition est favorablement accueillie et les modalités d'exécution du travail sont suivies à la lettre entre 1955-1956, la période couvrant les études. Pour sa réalisation, le médecin-chef va s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire. Celle-ci comprend les médecins-chefs de secteur du SGHMP, les différents chefs de section du Centre Muraz et les agents techniques et infirmiers des structures chargés chacun en ce qui les concerne de fournir tous les renseignements collectés relativement à ces enquêtes. L'opportunité offerte aux responsables sanitaires en charge du paludisme au sein de l'AOF d'effectuer ces enquêtes intervient dans une période où l'éradication du paludisme constitue une préoccupation pour les autorités sanitaires mondiales. Disposer donc de données concrètes sur l'épidémiologie du paludisme ainsi que de relevés biologiques sur les vecteurs pourrait permettre d'apprécier l'étendue et les caractéristiques générales de l'endémie afin d'organiser au mieux les programmes d'éradication.

Les résultats obtenus ont fourni des indications permettant de tirer les premières conclusions sur les spécificités du paludisme en Côte d'Ivoire : la première constatation épidémiologique importante est la baisse progressive du degré d'endémicité du nord au sud, passant de l'holoendémicité aux frontières de la Haute-Volta pour tomber à la mésoendémicité dans le sud. Plus concrètement, l'endémie est plus importante en zone de savane du nord et du centre, proche de la Haute-Volta, pays de savane plus ou moins boisée et siège d'une holoendémicité massive. Ces constatations rejoignent celles observées au Cameroun où l'holoendémicité a été localisée dans les régions de savane et de sahel du nord,

³⁵⁰ Escudié (A), Hamon (J), « Le paludisme en Afrique Occidentale d'expression française », Médecine Tropicale, 1961, vol. 21, n° spécial, p. 661-687

alors qu'en zone forestière sud, des variations considérables sont enregistrées, allant de l'hyperendémicité à une mésoendémicité très faible. De fait, l'holoendémicité des régions soudanaises s'expliquent par la présence conjointe des trois vecteurs qui se relaient au cours de l'année : les anophèles gambiae et anophèle nili sont généralement prépondérants en saison de pluie, tandis que anophèle funestus signale sa présence en saison sèche. Au contraire, dans la zone du sud où la forêt côtoie la lagune, le paludisme est mésoendémique.

En l'absence de données fiables, les auteurs expliquent cette situation de mésoendémicité par l'hypothèse d'une possible irrégularité de la densité des vecteurs constatée d'un village à un autre, étant entendu que l'intensité de la transmission dépend exclusivement de la densité des vecteurs présents. La période coloniale s'achève ainsi avec des données épidémiologiques intéressantes sur le paludisme en Côte d'Ivoire. Mais, elles ne suffisent pas à engager des actions d'envergure contre la pathologie. Pour preuve, la politique d'éradication lancée en 1955 tarde encore à se mettre en route dans ce territoire. Ceci est la preuve que les données épidémiologiques disponibles sont loin d'être complètes et satisfaisantes.

Les études sur le paludisme au lendemain des indépendances

Au cours de la première phase de ces productions scientifiques qui concerne la période coloniale, les enquêtes organisées ont porté à la fois sur l'ensemble de la fédération de l'AOF et sur la colonie. Si les résultats de ces études épidémiologiques et entomologiques représentent pour les spécialistes, une base de travail, il n'en demeure pas moins que des lacunes ont été constatées à l'analyse de ces travaux de grande envergure. Et ce sont ces limites qui justifient, en partie, l'organisation et la poursuite des enquêtes au début de la décennie 60 dans plusieurs régions forestière de la Côte d'Ivoire.

En effet, les conclusions des recherches ont montré que les conditions de transmission du paludisme ne sont pas suffisamment connues, notamment pour ce qui est des régions forestières d'Afrique. Elles ne permettent donc pas de comprendre dans leur globalité, les réalités du paludisme en Côte d'Ivoire, du moins, pour ce qui est des particularités de la chaîne épidémiologique. En outre, la plupart des données recueillies et publiées concernent des régions de savanes ou de hauts plateaux. A cela s'ajoute pour la Côte d'Ivoire, une raison fondamentale : la possibilité d'envisager l'implantation éventuelle d'une zone pilote

d'éradication du paludisme en zone rurale dans l'ouest de la Côte d'Ivoire. Une nouvelle ère s'ouvre dans le processus de productions des connaissances.

A partir 1960, c'est l'OCCGE³⁵¹ qui prend le relais du SGHMP pour organiser les recherches sur le paludisme. La naissance de l'OCCGE s'inscrit dans la suite logique de l'évolution politique que les pays francophones de l'AOF et de l'AEF vont connaître lors des dernières années du processus colonial.

Trois régions vont servir de terrain expérimental à ces études : la région de Man³⁵², de Sassandra et Adzopé pour ne citer que les plus significatives. Les enquêtes sur la transmission du paludisme dans la région de Man ont été faites à la demande du Service des Grandes Endémies de la Côte d'Ivoire et se sont déroulées entre 1960 et 1961. Cette étude portant sur la détermination du tableau épidémiologie de la région a été réalisée au moyen d'enquêtes paludométriques et entomologiques ciblées dans les mêmes villages.

L'équipe d'enquêteurs, conduite par des spécialistes de l'entomologie médicale de la section paludisme du Centre Muraz de l'OCCGE et de l'ORSTOM était accompagnée d'un responsable du Service des Grandes Endémies de la région de Man. Celle-ci a visité quatorze villages au cours de quatre enquêtes réparties sur une année, et, examiné plusieurs milliers d'enfants âgés de zéro à dix ans. Après quoi, la coloration et l'examen microscopique des lames, pratiqués au laboratoire de la section paludisme du Centre Muraz à Bobo-Dioulasso, a fourni des données intéressantes sur l'ampleur du paludisme de cette zone de forêt. Ces analyses et conclusions des enquêtes paludométriques qui déterminent le degré d'endémicité de la région ne mesurent plus suivant la classification de Kampala adoptée depuis 1950, au terme de la première conférence du paludisme.

³⁵¹ L'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE) est créée le 25 avril 1959.

³⁵² Les caractéristiques de la région de Man révélées par les auteurs permettent de la distinguer nettement des régions qui ont déjà fait l'objet de prospection. Globalement, c'est une région située à la limite de la forêt guinéenne et de la savane préforestière ; elle est traversée par deux cours d'eau importants (le Nzo et le Kouin) et sillonnée par de nombreux ruisseaux. Les fleuves Bafing et Sassandra en constituent les limites nord et est, tandis que l'ouest de la région est constituée par la chaîne des Monts de Dan. La pluviométrie est assez élevée avec des précipitations comprises entre 1742 et 2346 mm. C'est une zone fortement arrosée avec une articulation entre grande saison des pluies qui dure de février à novembre et une grande saison sèche, de novembre à février, intercalée par une petite saison sèche parfois imperceptible³⁵². Les habitants sont sédentaires, mais dorment une partie de l'année dans des cases de façon temporaire. Les villages se rangent en trois catégories selon leurs conditions d'environnement qui transparaissent dans l'intensité et la transmission du paludisme.

En pratique, cette classification comporte des inconvénients qui en limitent l'utilisation, à savoir la mesure de la rate qui ne serait plus fiable en raison d'autres pathologies qui peuvent en modifier le volume, de même que l'impossibilité de trouver un médecin partout en Afrique pour réaliser la palpation de la rate : la pénurie du personnel médical rendant cette éventualité totalement irréalisable³⁵³. Pour ce faire, une nouvelle classification des degrés d'endémicité du paludisme a été proposée par Mestelaar et Van Thiel³⁵⁴. Elle est fondée sur les indices parasitaires³⁵⁵ et utilise néanmoins la terminologie adoptée lors de la conférence de Kampala. Ces auteurs soulignent que :

Du point de vue du contrôle du paludisme, c'est le risque d'infection qui est le plus important, car plus il est élevé, plus le contrôle sera difficile. Il paraît donc logique de chercher une classification dans laquelle ce risque soit le mieux reflété. Ce qui implique de considérer l'indice parasitaire comme variable primordial. Il est moins simple à manier que l'indice splénique, mais plus exact³⁵⁶.

C'est cette classification qui a été retenue pour interpréter les résultats des enquêtes de type paludométrique dont il est question ici. Parallèlement à ce recueil de données paludométriques, les relevés entomologiques sont effectués suivant la méthodologie suivie dans la zone pilote de Bobo-Dioulasso³⁵⁷ : ceux-ci s'articulent autour de quatre phases : la récolte des anophèles adultes le jour, les captures de nuit, la recherche d'anophèles dans leurs gîtes naturels et dans leurs abris, et enfin les dissections des femelles pour rechercher les sporozoïtes dans les glandes salivaires. Au terme de cette étude, les résultats paludométriques et entomologiques concordent pour établir que le paludisme est hyperendémique, voire holoendémique, en secteur de savane, mésoendémique dans les villages situés dans des clairières en forêt, et d'une endémicité variable, allant de la méso à l'hyperendémicité en régions de collines ou de montagne en forêt.

³⁵³ OMS, Eradication du paludisme. Op. Cit., 1963, 160 p

³⁵⁴ Mestelaar (D), Van Thiel (P-H), « Classification of malaria », *Tropical and geographical Medicine*, vol. 11, 1959, p. 157-161

³⁵⁵ Toutefois, à la troisième conférence africaine sur le paludisme, tenue en juillet 1962 à Yaoundé, au Cameroun, il a été décidé de prendre comme critère, non pas les indices parasitaires, mais plutôt le critère plasmodique des enfants de 0 à 9 ans en conservant la même terminologie, voir OMS, Eradication du paludisme. Op. Cit., Genève, 1963, 160 p

³⁵⁶ Escudié (A), Hamon (J), Godin (J), Art. Cit., p.13

³⁵⁷ La zone pilote antipaludique de Bobo-Dioulasso a été créée en 1952 à la suite d'un accord signé entre le gouvernement français et les institutions spécialisées de l'ONU pour étudier et mettre au point les méthodes de lutte antipaludiques les plus efficaces et les moins coûteuses dans les régions de savanes soudanaises, voir Anonyme, Les zone pilote antipaludique de Bobo-Dioulasso, s.l, s.d, 13 p

Partant, la transmission du paludisme est importante toute l'année, avec une intensification au cours de la grande saison des pluies. Le niveau de transmission est très variable d'un village à un autre ; il est généralement beaucoup plus élevé dans la zone de savane guinéenne que sur les pentes boisées des collines et des montagnes. La transmission de la maladie est assurée par des anophèles de type *gambiae* et *funestus* et a lieu toute l'année, avec généralement un minima en fin de saison sèche et au début de la saison des pluies (janvier à avril) et un maxima au milieu de la grande saison des pluies (septembre-octobre). Ces deux espèces constituent les vecteurs majeurs tandis que les anophèles *nili* et *hancocki*, quoique présents toute l'année, ne semblent jouer aucun rôle dans la transmission³⁵⁸. Après la région de Man, c'est au tour de Sassandra, située plus au sud sur la côte atlantique, de faire l'objet d'une étude épidémiologique similaire.

La région de Sassandra, qui fait l'objet de prospection par une équipe mixte de l'OCCGE et de l'ORSTOM entre 1961 et 1963, est située dans une zone de forêt humide ; ce qui l'assimile géographiquement à la région de Man. Les motifs qui ont justifié l'organisation des enquêtes à Man restent valables pour Sassandra, comme le précisent les enquêteurs, pour qui il s'agit : « De faire l'état de la situation de la transmission du paludisme notamment dans une zone de forêt dense humide de basse altitude, et plus encore, d'étudier l'anophélisme de la région dans ses relations avec la transmission du paludisme »³⁵⁹. D'autres motifs vont se greffer sur les raisons évoquées précédemment à savoir, tenter d'établir à partir d'un maximum d'informations et de connaissances : « Une comparaison détaillée de la situation avant et après traitement des habitations avec des insecticides à action rémanente, ou après exécution de campagnes de chimioprophylaxie de masse »³⁶⁰. Sassandra présente quelques similitudes physiques avec la région de Man : les deux villes se trouvent dans une zone de collines couverte de forêt humide dense. Ville littorale, elle se singularise, néanmoins, par la présence de lagunes plus ou moins saumâtres, entourées de mangroves.

Relativement à Sassandra, les enquêteurs concluent que le vecteur majeur qui assure la transmission de la maladie dans cette zone est l'anophèle *gambiae*, secondé par l'anophèle

³⁵⁸ Hamon (J), Dedewanou (B), Eyraud (M), « Etudes entomologiques sur la transmission, du paludisme humain dans une zone forestière africaine, la région de Man, République de Côte d'Ivoire, *Bulletin de l'IFAN*, 1962, t. XXIV, série A, n°3, p. 854-879

³⁵⁹ Coz (J) et al, « Etudes entomologiques sur la transmission du paludisme humain dans une zone de forêt humide dense, la Région de Sassandra, République de Côte d'Ivoire », *Cahiers ORSTOM, série Entomologie Médicale et Parasitologique*, 1966, vol.4, n°7, p. 13-42

³⁶⁰ Coz(J) et al., Art.,Cit., p. 14

melas et, dans certains villages de forêt, par l'anophèle funestus, tous trois localement anthropophiles³⁶¹, endophages³⁶² et partiellement endophiles³⁶³. Ces résultats viennent confirmer les données fournies par des chercheurs de l'ORSTOM dont les travaux ont eu pour finalité l'élaboration de la carte de la répartition des anophèles de l'Afrique occidentale³⁶⁴, et selon laquelle, Sassandra fait partie des foyers de pullulation d'anophèles gambiae. Ces conclusions donnent à penser aussi que dans la partie littorale de la localité, les indices sporozoïtiques d'anophèles gambiae et melas sont presque sept fois plus faibles que dans la zone de forêt. S'agissant de la question principale de l'étude – le rythme de transmission-, on en sait un peu plus : la transmission du paludisme s'effectue toute l'année, avec une intensification en période de basses eaux, dans les villages proches du fleuve Sassandra et du bas Davo³⁶⁵.

Toutefois, le niveau de transmission est très variable d'un village à un autre et est généralement plus élevé en zone de forêt qu'en zone littorale, confirmant ainsi les conclusions des enquêtes réalisées dans les villages de Man, principalement au sujet de la variabilité de la transmission d'un village à un autre. Après Sassandra, c'est au tour de l'agglomération d'Adzopé d'être prospectée au cours de l'année 1966 par une équipe de médecins de la faculté de médecine de l'Université d'Abidjan. Cette recherche se réalise dans la perspective de la couverture complète des différentes zones d'endémicité palustres, notamment les zones forestières, entamée depuis de la décennie 60.

Adzopé est l'exemple type d'une localité dont l'étude peut renseigner sur l'épidémiologie du paludisme en zones forestières, même si d'après les auteurs, il serait prétentieux de lui donner un caractère général³⁶⁶. Toutefois, le cas d'Adzopé mérite qu'on s'y intéresse. En effet, c'est une zone de forêt propice à l'agriculture arbustive (café et cacao notamment) et vivrière (maïs, riz, ignames, bananes), une zone qui subit l'influence de l'activité humaine à travers la mise en valeur des terres.

³⁶¹ Ce mot désigne les moustiques qui prélèvent leur repas de sang sur l'homme.

³⁶² Ce terme qualifie l'attitude des moustiques qui s'alimentent de préférence à l'intérieur des habitations

³⁶³ Ce terme qualifie l'attitude des moustiques qui ont tendance à se poser à l'intérieur des habitations ; la tendance à fuir les espaces clos le jour ou de nuit est appelée exophilie.

³⁶⁴ Anonyme, *Carte de la répartition des anophèles de l'Afrique Occidentale*, Paris, ORSTOM, 1957

³⁶⁵ Ce cours d'eau est un affluent de fleuve Sassandra.

³⁶⁶ Pène (P) et al, « Contribution à l'étude de l'épidémiologie du paludisme en zone forestière », *Médecine d'Afrique Noire*, mai 1967, t. XIV, n°5, p. 18-21

Les deux villages choisis pour cette enquête se trouvent en zone de forêt cultivée où l'écologie de la grande forêt se trouve remaniée par d'importantes cultures abusives et vivrières. Les enquêtes se sont déroulées à des périodes favorables à la transmission : mi-juin avec des pluies abondantes et régulières et la première quinzaine d'octobre qui marque la fin de la saison des pluies. L'objectif de cette équipe d'universitaires est d'étudier et de mettre en parallèle deux facteurs en présence dans la transmission du paludisme dans cette zone : le facteur humain, à travers l'homme et ses activités, et les facteurs naturels comme la forêt, la pluie et les cours d'eau, que des spécialistes désignent respectivement par faciès anthropiques et faciès locaux³⁶⁷. Les résultats globaux enregistrés au terme de cette étude font ressortir une hétérogénéité des indices paludométriques que sont les indices plasmodiques, indices gamétocytaire et indices spléniques³⁶⁸.

L'étude du paludisme des zones forestières de la Côte d'Ivoire est révélatrice d'une constance observée ailleurs : la déforestation ouvre des espaces dans lesquels les anophèles gambiae trouvent des conditions favorables à son extension : ce qui se traduit par une augmentation de la prévalence du paludisme. Ce faisant, la déforestation accroît considérablement la transmission du paludisme en favorisant la prolifération des gîtes, surtout ceux d'anophèles gambiae qui y trouvent des conditions d'extension. En somme, on peut dire que la disparition de la forêt se traduit par une prolifération des moustiques et une augmentation du paludisme. Au final, cette étude apporte une contribution à la compréhension de l'importance de l'endémie palustre et ses variations saisonnières dans une zone de forêt cultivée. Elle permet, en outre, de compléter et d'enrichir le tableau épidémiologique de la Côte d'Ivoire qui présente les caractéristiques générales suivantes : globalement la Côte d'Ivoire est une zone de développement d'un paludisme endémique, mais les conditions offertes au fonctionnement de la chaîne épidémiologique comporte des discontinuités. Considérant, les deux grandes régions du nord et du sud que sépare une ligne allant de l'est à l'ouest, la transmission du paludisme est la plus intense dans les zones humides méridionales et l'endémicité, plus élevée dans les zones soudanaises.

³⁶⁷ Jean (M) et al, Biodiversité du paludisme dans le monde, John Libbey Eurotext, Paris, 2004, p.77

³⁶⁸ De plus amples détails figurent dans l'article publié par une équipe d'universitaires, voir Pène (P) et al, Art.Cit., p. 18-21

Dans une étude sous forme de bilan sur l'épidémiologie du paludisme dans l'espace ivoiro-voltaïque, Amat-Roze J. M. et Rémy G.³⁶⁹ donnent des indications très intéressantes sur le paysage épidémiologique de la Côte d'Ivoire. Pour eux, les vecteurs en cause sont dans l'ordre d'importance les anophèles gambiae, arabiensis, melas, funestus et nili. Ils permettent de définir trois grandes zones épidémiologiques en Côte d'Ivoire en fonction du paysage climatique.

Ainsi, au nord du 9^e parallèle qui correspond à l'extrême nord du pays jusqu'à la frontière avec le Burkina Faso, avec des agglomérations comme Odienné et Korhogo, le climat fait alterner deux saisons contrastées : une longue saison et une courte de saison de pluies. Dans cette zone, la transmission du paludisme se fait toute l'année, avec une très nette recrudescence en saison des pluies durant les mois de mai à août. La transmission du paludisme reste cependant à un haut niveau toute l'année le long des cours d'eau.

Au sud du 9^e parallèle, deux zones sont se distinguent : une zone de savanes, qui englobe les départements de Séguéla, Katiola et Bouaké où la transmission du paludisme est pérenne et généralisée et une zone forestière, où la transmission du paludisme ne se fait que dans les clairières. Cette partie intègre aussi la zone maritime et lagunaire autour d'Abidjan qui constitue une particularité. En définitive, tous les faciès épidémiologiques du paludisme se retrouvent dans le pays : on identifie tour à tour un paludisme urbain autour d'Abidjan et de sa banlieue, un paludisme lagunaire le long de la côte, à l'ouest et à l'est d'Abidjan, un paludisme de zone forestière dans tout le sud de la Côte d'Ivoire, jusqu'à 7° de latitude Nord, un paludisme de savane humide arborée entre le 7^e et le 9^e parallèle et contiguë à la zone forestière, et enfin un paludisme de savane soudano-sahélienne ou sahélienne régnant au Nord de la Côte d'Ivoire.

On peut le dire, le territoire ivoirien a servi de laboratoire pour la production de connaissances sur le paludisme. Les recherches entreprises dans des contextes différents ont contribué à une meilleure connaissance du paludisme qui sévit dans ce pays. Elles ont permis surtout de dresser un tableau épidémiologique du paludisme notamment sa distribution géographique et son degré d'endémicité. Mais à l'analyse, les études épidémiologiques, paludologiques et entomologiques n'ont visé qu'un seul but : donner une image du paludisme en Côte d'Ivoire et surtout avoir des données fiables sur son endémicité. Avec cette donnée, la

³⁶⁹ Amat-Roze (J.-M), Remy (G), Art. Cit., p. 383-392

perspective même de l'élaboration d'une politique d'élimination totale du paludisme s'éloigne. Au demeurant, le choix des autorités sanitaires pourrait également s'expliquer par les faiblesses structurelles du système sanitaire ivoirien.

III. Le système sanitaire ivoirien est-il adapté pour mener la politique d'éradication ?

On définit couramment le système de santé par l'ensemble des moyens et des activités mis en œuvre pour la production de la santé à visée curative, préventive et éducative. Considérée comme telle, la lutte contre le paludisme doit reposer sur un système sanitaire capable de faire face à toutes les exigences que requiert une telle entreprise. Mais à l'épreuve des faits, certaines composantes du système sanitaire ivoirien ne lui ont permis de se montrer à la hauteur et de jouer pleinement son rôle : celui de combattre efficacement les endémies. Il ne s'agira pas dans ces lignes d'exposer tous les moyens de ce système qui, à des degrés divers, ont constitué un frein à l'application des programmes d'éradication. Mais, plutôt de se limiter à deux éléments fondamentaux constitutifs – formations sanitaires et personnel médical - de ce système pour tenter de répondre à la problématique formulée dans ce chapitre : cette analyse veut montrer en quoi les infrastructures sanitaires et la question de la formation du personnel médicale ont constitué un obstacle à la mise en application de la "politique d'éradication".

La réussite d'un programme d'« éradication du paludisme » est tributaire de plusieurs conditions ; ceci vaut particulièrement pour les pays : « Où l'administration générale et les services de santé n'ont pas encore atteint un niveau suffisant pour qu'ils puissent entreprendre un programme d'éradication du paludisme et où, par conséquent, on doit d'abord créer les bases nécessaires »³⁷⁰. L'une d'elles fait appel à des opérations consistant à : « Favoriser un développement synchronisé de services de santé ruraux afin d'assurer l'exécution convenable des phases de consolidation et d'entretien que requiert tout programme d'éradication »³⁷¹. S'il est fait expressément référence aux services de santé ruraux, cela sous-entend que le développement des services de santé dans les pays en

³⁷⁰ OMS, Série de rapports techniques, n°243. *Comité d'experts du paludisme*, 9^e rapport, Genève, OMS, 1962, p. 3

³⁷¹ Ibid., p. 4

développement s'est essentiellement concentré dans les zones urbaines et principalement dans les grandes villes, laissant ainsi les zones rurales dans un désert médical entraînant de graves conséquences pour la santé des populations.

Cette situation est particulièrement réelle pour les pays ayant subi la colonisation, période au cours laquelle, les questions de santé et de maladie relevaient du bon vouloir du colonisateur. Toutefois, pour les besoins de cette analyse, une étude des infrastructures de santé dans leur globalité est indispensable pour essayer de ressortir les faiblesses de cet ensemble sur lequel il faut s'appuyer pour mettre en œuvre un programme d'éradication dans un pays donné. Cet ensemble s'étend des services de santé centraux aux services périphériques jusqu'aux services urbains et ruraux.

Des infrastructures sanitaires inadaptées

Il ne serait pas exagéré d'établir un lien entre la politique de réalisation des infrastructures sanitaires en Côte d'Ivoire et l'interrogation du médecin général Bernard P.-M, lorsqu'il déclare dans une contribution sur l'éradication du paludisme en Afrique intertropicale, au sujet du développement de l'infrastructure sanitaire ce qui suit :

La question pourrait alors se poser dans certains cas de savoir si, au lieu de poursuivre la mise en place forcément lente et onéreuse de centres sanitaires, il ne serait pas préférable de consacrer une partie des crédits disponibles à une action chimioprophylactique visant à toucher le plus grand nombre d'enfants, le plus régulièrement possible, ou encore de les affecter à des mesures d'assainissement surtout justifiées et bénéfiques dans les zones suburbaines où elles contribuent à protéger d'importants groupements de populations particulièrement vulnérables³⁷².

Sur la base de ces propos, il semble clair que pour le service de santé, on a fait le choix de privilégier la lutte antipaludique proprement dite au lieu de consacrer les maigres fonds disponibles à la création de centres de santé pour soutenir la politique d'éradication. Les propos de ce général font écho à ceux tenus par un autre médecin à une autre période, en 1915 cette fois-ci, au sujet des équipements sanitaires de la colonie. Pour ce médecin, la création des formations sanitaires assez importantes qualitativement ne fait pas partie du plan de développement des autorités de ce territoire : « Le besoin d'une formation sanitaire assez

³⁷² Bernard (médecin-général P.-M.), *Réflexions sur l'éradication du paludisme en Afrique intertropicale*, Genève, OMS, 1963, 11 p

développée pour mériter d'être organisée en hôpital, ne se fera pas de longtemps sentir en Côte d'Ivoire »³⁷³. En comparant les affirmations des deux responsables du service de santé à des dates différentes, on ne peut s'empêcher de dire que le souci du colonisateur n'a jamais été de doter la Côte d'Ivoire de structures sanitaires en quantité et en qualité. Cette stratégie qui consiste à se limiter au strict minimum pourrait être un élément explicatif de l'insuffisance des équipements sanitaires de la colonie dans la période considérée.

De façon générale, les formations sanitaires en Côte d'Ivoire souffrent de deux faiblesses majeures : elles sont en nombre insuffisant et leur répartition laisse apparaître un déséquilibre que les efforts entrepris au fil des ans n'ont jamais pu résorber. Le déficit des structures sanitaires autant que leur sous-équipement ne datent donc pas des premières années d'indépendance, ils trouvent leur origine dès la période coloniale par la volonté de l'occupant. Avant de comprendre la suite de l'analyse, il convient d'opérer un retour en arrière.

La réalisation des infrastructures a suivi de très près l'installation progressive des colons en Côte d'Ivoire. Au début de la pénétration coloniale, ce sont des installations de fortune érigées auprès de la Résidence du commandant de poste qui constituent les premiers pas de l'action sanitaire de la France en Côte d'Ivoire. Ces installations mises à la disposition des officiers de santé sont destinées à faire des consultations et prodiguer des soins³⁷⁴.

Au demeurant, le premier acte significatif dans le déploiement de l'action sanitaire est la mise en place dans la colonie de l'Assistance médicale indigène (AMI)³⁷⁵, en 1905, avec le début effectif des activités en 1906³⁷⁶. Ainsi de façon progressive, la colonie de Côte d'Ivoire va se doter d'un réseau d'infrastructures sanitaires regroupées en structures fixes et mobiles. Les premières capitales de la colonie Grand-Bassam, Bingerville et surtout Abidjan vont bénéficier de leur position centrale pour la création des services sanitaires de l'AMI. La localisation des premières infrastructures sanitaires indiquent une préférence pour les lieux

³⁷³ Ces propos ont été prononcés par le médecin major Couvy, voir Amichia (F), Op. Cit., p. 87

³⁷⁴ En 1843, la fondation d'Assinie consacre l'installation définitive des Français en Côte d'Ivoire. Dès ce moment, la présence d'un service de santé se manifeste par la construction de baraques en planche autour de la maison du commandant de poste. Ainsi, naît le premier poste d'assistance médicale française sur le territoire, voir ANS : Rapport du service de santé colonial, 1952

³⁷⁵ A ce service incombe des tâches essentielles qui se résument à donner des consultations gratuites journalières avec pansements et distribution de médicaments, à assurer les visites à domicile pour les malades ne pouvant pas se déplacer ainsi que les tournées périodiques dans les circonscriptions et enfin à effectuer les vaccinations essentielles comme celles contre la variole, voir Domergue-Cloarec D., Op. Cit., p. 74

³⁷⁶ Voir ANS : Rapport du service de santé colonial, 1952 et Domergue-Cloarec D., Op. Cit., 1319 p

centraux fréquentés par les colons ou les militaires, de sorte que l'idée de mieux desservir la population autochtone n'apparaît donc pas tout à fait comme un consensus acquis et collectif. Pour tout dire, la répartition des infrastructures de santé est donc fortement liée à l'organisation administrative de la colonie tournée vers des places stratégiques comme les chefs-lieux de cercles et de subdivisions.

Entre 1912 et 1915, l'infrastructure sanitaire est à peu près constituée et la pyramide hospitalière se dessine avec au sommet un hôpital à Abidjan -achevé en 1918-, des ambulances, des postes médicaux dans les chefs-lieux et des infirmeries dans les villages³⁷⁷. L'année 1924 marque un tournant majeur dans l'action sanitaire de la France dans la colonie avec une nouvelle politique définie par le ministre Daladier dans des instructions en date du 30 décembre 1924³⁷⁸. Elles inaugurent une assistance médicale de masse reposant sur la prévention, le développement de l'hygiène et l'éducation sanitaire de la population.

A partir de 1932, le développement de l'AMI entraîne une série de constructions de formations sanitaires très simples à un rythme beaucoup plus soutenu jusqu'à l'éclatement de la guerre. A la fin de celle-ci, en 1945, la Côte d'Ivoire dispose d'un parc hospitalier assez modeste : mis à part l'hôpital d'Abidjan et son annexe de Treichville et quelques ambulances de première et seconde catégorie, les formations sanitaires du territoire sont constituées de constructions rudimentaires "en dure" avec quelques médicaments et instruments. Au total, on dénombre deux-cent-quinze formations sanitaires fixes, au nombre desquelles les formations sanitaires privées et religieuses. Un nombre qui tombe à cent-cinquante-un pour une population évaluée à environ 2.500.000 d'habitants, dès 1948, après le rattachement administratif de la Haute Côte d'Ivoire à la nouvelle colonie de Haute-Volta³⁷⁹.

Quant à leur répartition, les plus importants sont installés dans les grandes villes, à savoir : deux hôpitaux à Abidjan-Plateau et Treichville, une ambulance de 1^{ère} catégorie à Bouaké, sept ambulances de 2^{ème} catégorie sur le littoral (Grand-Bassam, Grand-Lahou, Sassandra et Tabou), au Centre (Dimbokro), à l'Est (Abengourou) et au Centre-Ouest (Gagnoa). S'y ajoutent trente-six centres médicaux, deux infirmeries, quarante-quatre dispensaires dépourvus de local d'hospitalisation, quarante-huit maternités rattachées aux

³⁷⁷ Au total, en 1915 la colonie dispose de 13 postes médicaux, 3 dispensaires et 5 ambulances auxquels s'ajoute l'hôpital d'Abidjan alors en construction.

³⁷⁸ Instructions relatives au développement des services de médecine préventive, hygiène et assistance dans les colonies, Paris 30 décembre 1924. Ministre des Colonies Daladier, JOCI, 1925, p.72-78

³⁷⁹ Amichia (F), Op. Cit., 1980, p. 88

formations sanitaires³⁸⁰. Ces quelques chiffres montrent la lenteur et les limites de l'effort de l'administration coloniale en matière de réalisations sanitaires. On ne peut s'empêcher de supposer que l'action des services mobiles en expansion à partir du milieu des années 1940 se présente comme un modèle alternatif au déficit infrastructurel.

Malgré les efforts réalisés dans la construction des équipements sanitaires, ceux-ci demeurent insuffisants et hétéroclites au lendemain de la guerre dans toute la colonie. C'est ainsi que lors du Congrès constitutif du Rassemblement Démocratique Africain (RDA) à Bamako, un vaste programme de santé³⁸¹ est élaboré avec en projet une multiplication des formations sanitaires bien équipées pour mettre à la disposition de la population des moyens de traitement adaptés à ses besoins, principalement dans les chefs-lieux de cercles et de subdivisions. L'Assemblée territoriale de la Côte d'Ivoire approuve ce programme et en fait son idée directrice. C'est pour appuyer ce projet, approuvé par le directeur local de la santé, le médecin-colonel DAVID, qu'un plan quinquennal d'un montant global de 500 millions de francs est proposé et voté³⁸².

Cette opération vise à réduire progressivement le déséquilibre dans la répartition des infrastructures sanitaires du territoire. Ce plan est destiné à la construction de deux dispensaires modernes dans les quartiers africains d'Abidjan et à l'agrandissement des deux hôpitaux d'Abidjan de même que la construction de dix autres dans les cercles. Le programme de renforcement et d'extension de l'équipement sanitaire se poursuit avec la dotation des chefs-lieux de subdivisions de formations sanitaires mieux équipées et la modernisation des infrastructures sanitaires existantes. Entre 1949 et 1953³⁸³, un important programme de construction d'infrastructures est lancé pour doter la Côte d'Ivoire d'un réseau hospitalier pour être en phase avec l'évolution économique et sociale. Toutes ces constructions ont

³⁸⁰ Ibid., p. 92

³⁸¹ Ce programme de santé voté prévoit une gratuité des soins médicaux, la création d'une formation sanitaire par canton, d'un dispensaire partout où il y aura une école, la création dans chaque territoire d'un laboratoire et d'une école d'herboristes pour l'utilisation de la pharmacopée indigène, voir Amichia (F), Op. Cit. 236 p

³⁸² Amichia (F), Op. Cit. p. 92 et suivantes

³⁸³ On enregistre à ce titre, pour l'année 1950-1951, la construction de 3 nouveaux centres médicaux ; pour l'année 1953, on note l'ouverture des centres médicaux de Grand-Bassam et de Man. La mise en service de nouvelles formations est attendue pour la même année : il s'agit de 4 formations sanitaires à 3 pavillons dans les subdivisions de Bouaflé, Boundiali, Bongouanou et Adzopé ; de 9 maternités à Oumé, Touba, Odienné, Korhogo, Mankono, Vavoua, Adjamé, Tiébissou et M'Bahiakro ; 4 dispensaires à Bingerville, Bondoukou, Treichville et Vavoua, voir Amichia (F), Op. Cit., p. 93

permis à la colonie de disposer, en 1953, de cent-cinquante-huit formations sanitaires fixes en progression de sept formations par rapport au chiffre de 1948.

Ces investissements sans précédent, dans la multiplication des infrastructures de santé sur toute l'étendue du territoire, visent à mettre à la disposition des professionnels de santé et des malades un réseau sanitaire proche de la population. Cependant, cette tendance à l'extension des dispensaires sur le territoire ne se fait pas sans difficulté : elle suscite au contraire les réticences des autorités médicales, en raison des difficultés financières et techniques qu'elle engendre. Du point de vue financier, chaque dispensaire est doté d'un budget de 800.000 frs et cette somme représente une charge dans le budget local si la tendance à la multiplication des dispensaires doit se poursuivre. Au plan technique, l'ouverture de nombreux dispensaires est source de dispersion du personnel infirmier, au détriment des formations sanitaires des centres et des équipes de médecine prophylactique³⁸⁴.

De plus, l'ouverture de nombreux dispensaires entraîne à la longue des incidences sur le rendement sanitaire des formations existantes. A ce propos, un rapport présenté à la commission pour l'étude et la coordination des plans de modernisation et d'équipement des territoires d'Outre-mer, dénonce l'existence même de dispensaires dans le dispositif sanitaire au profit de l'hôpital de ville :

Ces dispensaires sont, par la force des choses, confiés à des infirmiers. Ceux-ci, il faut le constater, y font un travail médiocre. De leur incapacité à poser un diagnostic découlent les thérapeutiques les plus inadéquates. Il en résulte une énorme consommation de médicaments dont les malades ne tirent pratiquement aucun bénéfice. Vouloir multiplier à l'infini les petits dispensaires de Brousse n'aboutirait qu'à investir des crédits importants et supporter des dépenses de fonctionnement considérables. La base réelle de la médecine de soins est l'hôpital de chef-lieu ou de ville importante, seul établissement où peuvent se trouver réunis le personnel qualifié et les moyens techniques³⁸⁵.

En dépit de cette réticence, on note la poursuite des travaux doublée d'une volonté de décentralisation des formations sanitaires vers l'intérieur du pays. En 1955, c'est au tour de certaines villes comme Bongouanou et Adzopé de bénéficier de formations sanitaires comprenant un dispensaire et une maternité. En outre, huit dispensaires sont installés dans les

³⁸⁴ Amichia (F), Op. Cit., p. 94-95

³⁸⁵ Ibid., 94-95

viles secondaires³⁸⁶. Par ailleurs, des centres fixes de traitement commencent à gagner les zones rurales avec neuf postes installés³⁸⁷. Ainsi, pour offrir aux habitants du Centre et du Nord de la Côte d'Ivoire les facilités trouvées à Abidjan par les populations des zones forestières, le service de santé lance la construction d'un hôpital moderne à Bouaké qui abrite auparavant un camp militaire et un secteur du SGHMP. Sa construction prévoit à terme trois-cent-vingt lits et des services de chirurgie, médecine, radiologie, pédiatrie et stomatologie³⁸⁸.

Au total, les réticences du service de santé ajoutée au choix stratégique d'implantation des infrastructures en zones urbaines ont certes permis de doter la Côte d'Ivoire de formations sanitaires importantes. Mais, elles demeurent insuffisantes et essentiellement concentrées dans les agglomérations. Cette situation est fort bien résumée par Danielle Domergue-Cloarec dans l'analyse qu'elle fait de l'évolution numérique des infrastructures sanitaires en Côte d'Ivoire :

Si on compare les données de la colonie avec celles de l'AOF, on constate globalement qu'au niveau de la fédération, le nombre des établissements sanitaires triple entre 1949 et 1956, ce qui n'est le cas pour la colonie où le chiffre diminue. La part que représentent les formations sanitaires de la Côte d'Ivoire, en comparaison avec celle de l'AOF est en baisse, passant de 20.50% en 1949 à 8% en 1956. En conséquence, l'effort de construction sanitaire a été plus important ailleurs que dans la colonie. Dans cette dernière, on a surtout aménagé l'existant³⁸⁹.

En somme, en 1956, l'équipement sanitaire proprement dit est constitué de 2 grands hôpitaux situés à Abidjan, un hôpital secondaire à Bouaké auxquels s'ajoute un réseau de centres médicaux et d'infirmes, de dispensaires tous du public et de quatre-vingt-onze formations sanitaires relevant du privé³⁹⁰. Au nombre des formations fixes qui complètent le tableau dressé plus haut figure également le service d'hygiène qui joue un rôle majeur dans la médecine préventive et sociale de l'époque. Par ailleurs, les efforts entrepris dans le cadre du renforcement des infrastructures sanitaires appuyés par le Fonds d'investissement pour le développement économique et social des territoires d'Outre-mer (FIDES)³⁹¹ ont permis à la

³⁸⁶ Ce sont les localités de Man, Alépé, Rubino, Guesseguié, Transua, Tienko, Etueboué, Languédougou, voir Amichia (F), Op. Cit., p. 95

³⁸⁷ Les centres fixes de traitement sont situés dans les localités suivantes : Kouibly, Yassap, Aboudé, Yakassé, Yaou, N'Dakro, Tabagne, Toyiébli, Guéléban, voir Amichia (F), Op. Cit., 1980, p. 95

³⁸⁸ Amichia (F), Op. Cit., p. 96

³⁸⁹ Domergue-Cloarec (D), Op. Cit., p. 895

³⁹⁰ Grah-Bialé (T), Op. Cit., p. 54

³⁹¹ C'est la loi du 30 avril 1946 qui organise le FIDES, voir Domergue-Cloarec (D), Op. Cit., p. 828

colonie de disposer à la veille de l'indépendance d'un réseau de formations sanitaires non négligeables.

Au total, à partir de 1957, l'organisation d'ensemble des services de santé publique en ce qui concerne la médecine des soins et l'Assistance médicale comportent essentiellement une infrastructure allant de l'hôpital au dispensaire avec un certain nombre d'organismes annexes et d'activités diverses destinés à compléter l'action des formations de base³⁹². En définitive, le service de santé du territoire se caractérise par la coexistence de deux types de médecine : l'une curative et l'autre préventive portées par des formations sanitaires fixes d'une part et mobile d'autre part. Plus grave encore, les infrastructures sanitaires sont nettement insuffisantes par rapport aux besoins de la population. Pour preuve, en 1960, sur les 4 départements créés par la loi du 3 septembre 1960, seule Abidjan possède un hôpital important. L'équipement hospitalier des trois autres départements (Bouaké, Daloa et Korhogo) est encore rudimentaire. Quant aux dix-neuf chefs-lieux de cercles et cinquante subdivisions, ils sont dotés chacun d'un petit établissement d'hospitalisation, sorte de centre médical dirigé par un médecin, pourvu d'une maternité et d'un pavillon d'hébergement. A ces établissements sanitaires sont rattachés 180 dispensaires tenus par des infirmiers auxquels s'ajoutent de nombreux centres de consultations hebdomadaires³⁹³.

C'est dans cette configuration qu'interviennent les changements politiques au sein de l'AOF et par ricochet dans les différents territoires qui la composent. Ces changements coïncident aussi avec le premier bilan de la campagne d'éradication du paludisme riche en enseignements. Que peut-on retenir ? L'existence des difficultés techniques, jointe à l'insuffisance générale de l'infrastructure des services de santé publique, ont amené l'OMS à proposer l'arrêt des campagnes d'éradication du paludisme encore en cours en Afrique tropicale. Au constat, il revient que le déroulement des programmes d'éradication du paludisme a été rapide dans les pays qui possédaient une armature administrative générale et des services de santé publique bien organisés. Il a même été satisfaisant dans les pays dont les

³⁹² ANS : Rapport sur l'activité générale du Conseil de Gouvernement et sur la marche es services publics territoriaux pour l'année 1957

³⁹³ Ngami Dja (E), *La politique de santé dans le processus de développement en Côte d'Ivoire*, mémoire de maîtrise en Administration-Economie-Sociale, UER de Géographie et Sciences de la Société, Université Paris 7 Jussieu, Paris, 1980, p. 29-30

structures sanitaires n'avaient pas encore atteint leur plein développement mais dont l'appareil administratif était adéquat dans l'ensemble. En Côte d'Ivoire, ni la première condition encore moins la deuxième n'étaient réunies. En conséquence, les structures sanitaires du territoire n'étaient pas en mesure de soutenir une politique d'éradication, encore moins de prééradication.

Le succès de l'éradication, de la prééradication et même de l'alternative à ces deux programmes, que constitue la lutte antipaludique classique passe inéluctablement par le développement d'une infrastructure de base. Ce qui en fait un point commun entre toutes les stratégies de lutte. Au demeurant, les campagnes de distribution des antipaludiques à des fins prophylactiques (prévention) et thérapeutiques (curative) de plus en plus recommandées dans toutes les activités de lutte y sont fortement tributaires. Car, il faut assurer la couverture totale de la population en tirant le meilleur parti possible du concours que peuvent prêter les services de santé.

Pour mener à bien ces actions, la Côte d'Ivoire va se lancer dans une politique tendant à corriger les disparités infrastructurelles en matière sanitaire, nées de la période coloniale, et ce, dans la droite ligne de ce que préconise l'OMS. En plus, et cela est à préciser, le développement de cette infrastructure n'a pas uniquement pour objectif de faire face à un problème de santé particulier, en l'occurrence le paludisme. Il doit s'intégrer dans un plan général de développement sanitaire dans le long terme.

Le développement des infrastructures de santé constitue une priorité pour les autorités nationales après l'indépendance. Ce développement est soutenu par des engagements forts au niveau institutionnel. Il se traduit par la politique générale de l'Etat en matière sanitaire au cours cette décennie 1960 qui est « De mettre à la disposition de la population, sur l'ensemble du territoire national, un équipement et des services de sanitaires considérés comme minimum, en fonction du niveau de Santé Publique à maintenir ou à atteindre »³⁹⁴. Ces services de santé minimum rappellent, si besoin est, ce que l'OMS a recommandé justement pour la mise en œuvre de la politique antipaludique. Au cours de cette période, l'orientation de l'action sanitaire est centrée sur la médecine préventive ou sociale, avec une priorité accordée à la médecine préventive et l'hygiène sociale.

³⁹⁴ Cet objectif qui est la quintessence du plan de développement de 1960 à 1970 sert de fil conducteur au plan de la décennie à venir, voir Ministère du Plan, Première esquisse du Plan quinquennal de développement 1971-1975, Abidjan, Ministère du Plan, 1978, p. 277-278

Au plan pratique, les activités portent essentiellement sur la médecine de masse avec pour point de mire l'éradication des maladies transmissibles. Qui dit médecine préventive et hygiène sociale dit éducation sanitaire de la population³⁹⁵, sans la collaboration de laquelle cet aspect préventif de la santé publique est voué à l'échec relatif : aucun programme de santé publique ne peut être appliqué à la fois de manière efficace et durable sans cette collaboration, que l'éducation sanitaire n'a d'autre but que de susciter. Ce concours est particulièrement indispensable dans les domaines de l'assainissement, de l'hygiène collective de l'eau, de la lutte contre les vecteurs, des vaccinations collectives, de la protection de la mère et de l'enfant.

Le nouveau plan national de santé met l'accent sur les actions tendant à résorber les disparités régionales. Cette option marque le début de la politique de régionalisation en matière sanitaire, dont les prémisses remontent à la fin de la période coloniale³⁹⁶.

La « régionalisation du système de santé » qui se poursuit au début de la décennie 1960, est donc une vision stratégique pour assurer la meilleure couverture des besoins de la santé de la population, dans le cadre d'une sectorisation géographique en tenant compte des besoins spécifiques de chaque secteur. Grace à elle et aux réseaux de complémentarité au plan local entre les différents éléments du système (centre de santé, bases de secteurs et établissements hospitaliers), une meilleure coordination pourra être obtenue entre médecine préventive et médecine curative, et, au total, une plus grande efficacité sera atteinte par chacun des types d'intervention³⁹⁷. Cette « régionalisation » devrait être un support et un relai naturel de la programmation des moyens à mettre en œuvre au plan local, pour accroître l'efficacité des dispositifs existants, pour réaliser une répartition géographique équilibrée par

³⁹⁵ Elle date officiellement d'octobre 1962, avec la formation des premiers éducateurs sanitaires, recrutés parmi les infirmiers sortis de l'École nationale d'infirmiers et d'infirmières en juillet 1962. Quatorze élèves ont été retenus pour suivre un stage interné à l'Institut National de la Jeunesse et des Sports d'Abidjan. Un instituteur et un infirmier spécialiste, envoyés en stage en France pour suivre des cours de formation d'éducation sanitaire, sont chargés d'encadrer et d'animer la première promotion d'éducateurs sanitaires. Sur le terrain, leurs activités se résument en causeries, en démonstrations, projections de diapositives ou de films. Malheureusement, leurs actions sont limitées car ne couvrant que zones ABIDJAN-ANYAMA, pour le sud et le sud-est du pays ; BOUAKE pour le centre, DALOA pour l'ouest et KORHOGO, pour le nord, voir Grah-Bialé (T), Op. Cit. 1976, p. 115-116

³⁹⁶ Un arrêté du 4 mars 1958 avait divisé le territoire en quatre régions sanitaires.

³⁹⁷ Ministère du Plan, Op. Cit., 1977, p. 495

l'intermédiaire des investissements nouveaux et viser la meilleure adéquation de l'offre de soins aux besoins des populations³⁹⁸.

Mais, la « régionalisation hospitalière » dont il est question n'est, en réalité, que théorique et sa réalisation doit s'inscrire dans le long terme, étant donné que toutes les conditions ne sont pas réunies pour sa réalisation dans l'immédiat. La régionalisation s'entend comme une dynamique d'action sanitaire, qui consiste en une répartition sectorielle et adaptée des investissements sanitaires publics et privés, de façon à obtenir une meilleure satisfaction des besoins de santé de la population, en tenant compte de la nature de la maladie à traiter et de la situation géographique des établissements sanitaires³⁹⁹. Dans la pratique, la sectorisation (une aire géographique de prise en charge sanitaire) doit précéder la régionalisation. Or, la sectorisation n'a pas encore connu un début de réalisation. Dans ce cas, il faut plutôt parler de « territorialisation sanitaire » qui s'entend comme une répartition des infrastructures hospitalières suivant un découpage administratif car, la Côte d'Ivoire ne dispose pas de régions sanitaires au sens strict du terme. C'est enfin de compte une régionalisation de fait.

En attendant la « régionalisation » qui est un projet lointain, cette décennie est marquée par la promotion de la Médecine sociale. La médecine sociale peut s'analyser comme la réponse concrète au projet d'édification d'une infrastructure sanitaire⁴⁰⁰ en promouvant la médecine itinérante par la création de secteur de santé rurale. Car, en Côte d'Ivoire, les formations fixes de la médecine hospitalière ne contrôlent que 5% de la population, essentiellement urbaine. Pour atteindre les 95% de la population, il faut organiser et mettre sur pied une méthode de médecine simple, rentable et ambulatoire. Les méthodes exogènes, à l'instar de ce qui est fait en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique, exigent une énorme structure fixe en personnel qualifié, matériels et bâtiments pour satisfaire toutes les populations. Une telle entreprise implique des investissements considérables et de très lourdes charges. Que recouvre cette notion de médecine sociale ?

³⁹⁸ Ibid., p. 498

³⁹⁹ Grah-Bialé (T), Op. Cit., p. 333

⁴⁰⁰ L'expression désigne ici un réseau organisé d'unités périphériques capables d'assurer, dans les limites des ressources disponibles sur le plan local, certains services sanitaires de base répondant aux besoins les plus urgents de la population. Cette infrastructure doit comprendre à la fois des services préventifs et des services curatifs, mais elle doit surtout s'efforcer d'exercer une action préventive. Elle doit couvrir la population de façon aussi uniforme et aussi complète que possible, voir Quenum (A), « Les vicissitudes des programmes d'éradication du paludisme en Afrique », *Médecine d'Afrique Noire*, juin 1967, t. XIV, n°6, p. 61-63

On va emprunter au docteur SERIE Félix⁴⁰¹ la définition qu'il donne à la Médecine sociale dans une contribution à *Médecine d'Afrique Noire* consacrée à la Médecine en Côte d'Ivoire⁴⁰² :

L'expérience que nous menons en Côte d'Ivoire n'est pas nouvelle. Elle s'appelle à des degrés divers : « Santé Rurale » en Haute-Volta, « Service de la Prévention » au Mali. Chez nous, c'est une véritable médecine sociale intégrée, c'est-à-dire une intégration totale de toutes les activités de la prévention qui sont placées sous la responsabilité d'un seul Chef de service. (...) Il n'y a pas de parallélisme, voire de divergence des activités. On ne voit plus désormais le Service d'Hygiène et les Grandes Endémies dans une même ville, dans un même canton ou dans un même village lors des campagnes de vaccination avec des programmes différents. (...) Aujourd'hui, tous les programmes de campagne de masse de vaccination comme de prospection sont coordonnés...⁴⁰³.

Dans son principe, la Médecine sociale est la fusion des activités du Service d'Hygiène et des Grandes Endémies dans une unité d'action qui ne laisse pas de place au parallélisme et à une divergence des activités⁴⁰⁴.

Plus simplement, elle s'entend comme une médecine de masse intégrant à la fois la dimension préventive et curative de celle-ci, l'une étant complémentaire de l'autre⁴⁰⁵. Elle s'applique à l'ensemble d'une collectivité socio-économique et s'adresse éventuellement à la population saine. Les doublons voire les divergences des activités ne doivent plus exister, mais plutôt laisser la place à une synergie entre les missions du Service d'Hygiène et celle des Grandes Endémies de sorte à tendre vers une médecine totalement intégrée. L'importance de la Médecine Sociale au cours de cette décennie est matérialisée par la création au sein de la

⁴⁰¹ Il a été le premier à diriger la Direction de la Médecine sociale.

⁴⁰² *Médecine d'Afrique noire*, 1970, t. XVII, n° 2(n° spécial)

⁴⁰³ Sérié (F), « Les réalisations médicales dans le domaine de la Médecine Sociale », *Médecine d'Afrique Noire*, 1970, t. XVII, n°2, p. 109-116

⁴⁰⁴ C'est le décret n°69-48 du 20 février 1969 portant réorganisation du Ministère de la Santé Publique qui institue la Médecine sociale. Avec des moyens restreints en personnel qualifié et dévoué, et en matériel robuste et standardisé, des services mobiles, polyvalents, structurés, présents en tout temps et tout lieu, ont été installés sur toute l'étendue du pays. Pour ce faire, le pays a été divisé en 15 secteurs médicaux, dirigés par un médecin spécialiste des Grandes Endémies. On en dénombre 15 à cette date : ABIDJAN, TIASSALE, ABENGOUROU, BONDOUKOU, GAGNOA, DALOA, MAN, DANANE, BOUAKE, SEGUELA, DIMBOKRO, BOUAFLE, KORHOGO, ODIENNE et ADZOPE (secteur d'instruction et de recherches). Chaque secteur est subdivisé en zones (sorte de Centre de santé sommaire muni d'un petit laboratoire d'analyse). La zone couvre une population de 15 à 20.000 habitants et participe à toutes les missions dévolues au secteur de rattachement. Il en existe 110 tenus par un infirmier, un aide-infirmier et un manœuvre, voir Sérié (F), Art. Cit., 1970, p. 110

⁴⁰⁵ La médecine sociale est une sorte de réappropriation locale de la médecine préventive et de masse héritée de la colonisation.

Direction Générale de la Santé Publique, d'une Direction de la Médecine Sociale⁴⁰⁶. Cette direction regroupe tous les services de la prévention et traite de l'ensemble des problèmes concernant la lutte contre les Grandes endémies et les autres maladies à retentissement social, la Protection Maternelle et Infantile, la Santé scolaire et universitaire, l'Hygiène Publique et l'Assainissement du milieu, la nutrition, la protection mentale et la psychiatrie sociale, les dispensaires ruraux. La finalité de cette intégration est de favoriser le regroupement au niveau des secteurs départementaux ou des secteurs appelés désormais secteurs ou sous-secteurs de Médecine Sociale, lesdits services.

L'innovation dans cette stratégie est la mobilité de toutes les activités de médecine sociale, les mettant ainsi à la portée des populations les plus déshéritées et par conséquent les plus intéressés à cette forme de médecine. Dans les faits, les anciens centres de zones de Grandes Endémies sont transformés en centres de zones de médecine rurale, devenant ainsi les bases avancées de la médecine sociale les plus étroitement liées à la population. Du point de vue de l'organisation, la médecine sociale (rurale) comprend des éléments fixes et mobiles à vocation rurale dont l'objectif est d'amener médecins et infirmiers le plus près possible des paysans et de désengorger les hôpitaux. La mise en œuvre d'une médecine de masse à la fois préventive et curative, donc fixe, itinérante, mobile, a amené la création de centres de santé ruraux, organismes disposant à la fois d'unité de médecine préventive et d'unité de soins⁴⁰⁷.

Si les faiblesses du système de santé s'expliquent, en partie par l'insuffisance des infrastructures sanitaires pour rendre impossible tout projet d'éradication ou de prééradication, la question du personnel de santé, présentée souvent comme un frein à cette entreprise, n'est pas non plus à négliger. Quelles proportions prend-elle en Côte d'Ivoire.

Avant de s'appesantir sur les problèmes que pose le personnel médical dans la mise en œuvre de la politique d'élimination du paludisme, un retour en arrière est nécessaire pour comprendre comment s'est construite la formation du personnel médical en poste dans ce territoire. Ceci afin de disposer suffisamment d'éléments pour apprécier ou non ses compétences et sa valeur, en un mot sa capacité à faire face aux problématiques de l'éradication et celles de la santé plus généralement

⁴⁰⁶ C'est le décret n°69-48 du 20 février 1969 portant réorganisation du Ministère de la Santé Publique qui crée cette Direction de la Médecine Sociale, voir Sérié (F), Art. Cit.. 1970, p. 109-116

⁴⁰⁷ Grah-Bialé (T), Op. Cit., p. 104

Le personnel du service de santé colonial en poste en Côte d'Ivoire au moment du lancement de politique d'éradication a deux provenances : la première est issue du service de santé des troupes coloniales –donc de la métropole – quant à la seconde, constituée en partie du personnel autochtone, elle provient du cadre local, donc formée sur place dans les colonies.

Le personnel métropolitain

Afin de soutenir l'entreprise coloniale de la métropole, un service de santé est créé et se déploie dans l'ensemble de l'empire colonial français. L'organisation des soins destinés aux colons et aux troupes d'outre-mer, puis aux indigènes incombe à ce service dans lequel s'engagent les militaires tout corps confondu.

Ce corps voit le jour par un décret en date du 7 janvier 1890, et prend le nom de Corps de santé des colonies et des pays de protectorat : sa mission est d'assurer le service de santé dans les hôpitaux, établissements et services coloniaux. Il relève directement du Ministère chargé des colonies. Désormais, le Service de santé colonial devient alors indépendant de celui de la Marine.

L'acquisition du savoir médical des militaires dont la vocation est de servir dans les colonies se réalise dans différents établissements et s'adapte conformément aux avancées scientifiques majeures qui conduisent les facultés et les écoles de médecine de plein exercice à actualiser leurs programmes, à diversifier les cours et relever qualitativement les conditions de recrutement des futurs médecins militaires. Héritière des écoles annexes de Médecine navale de Brest, Rochefort et de Toulon⁴⁰⁸, l'École principale du service de santé de la Marine de Bordeaux, créée en 1890, assure la formation des médecins et pharmaciens de la Marine et des colonies⁴⁰⁹.

Puis, le diplôme de docteur en médecine et le diplôme de pharmacien sont acquis par les futurs praticiens de la marine et des colonies⁴¹⁰, à l'issue d'une formation médicale initiale

⁴⁰⁸ Sous l'Ancien régime, la formation des personnels des services de santé militaires se faisait dans un cadre différent du personnel civil. Pour assurer cette formation, une ordonnance de 1689 prévoit la création d'une école de chirurgie navale dans les trois ports dotés à la fois d'un hôpital et d'un arsenal, Rochefort en 1722, Toulon en 1725 et Brest en 1731 : Disponible sur www.asnom.org

⁴⁰⁹ Héraut (L-A), « La médecine militaire coloniale française. Une aventure médicale de trois quarts de siècle (1890-1968) », *Histoire des Sciences Médicales*, 2006, t. XL, n°4, p. 381-392

⁴¹⁰ L'armée de terre ouvre l'École impériale du service de santé militaire à Strasbourg en 1856, sous Napoléon III. Après la défaite de 1870, la nouvelle école, perdant sa référence impériale, est définitivement transférée à

métropolitaine. Le parcours des étudiants militaires et des civils, après le baccalauréat, s'effectue concomitamment dans cette Ecole où la durée réglementaire des études est de sept ans ponctuée par la préparation d'une thèse de doctorat. Ensuite, vient la spécialisation à Marseille. C'est donc autour de ce Corps de santé que se construit toute l'architecture de la politique sanitaire coloniale qui en assure en même temps l'aspect médical et administratif.

En effet, l'importance croissante de la pathologie tropicale, le besoin d'une meilleure couverture sanitaire des populations vivant outre-mer, rendent nécessaire la création d'une Ecole d'application où les officiers du Corps de santé des Troupes coloniales recevraient un complément de formation dans les domaines comme l'épidémiologie, la thérapeutique, l'hygiène et la pharmacologie tropicale. Ce rôle est dévolu à l'Ecole d'application du Service de Santé des Troupes coloniales, instituée le 3 octobre 1905⁴¹¹. Le décret d'application de la loi qui organise le fonctionnement de cette Ecole précise qu'elle est créée pour donner aux médecins et pharmaciens stagiaires des troupes coloniales, l'instruction professionnelle spéciale, théorique et surtout pratique nécessaire pour remplir les obligations de service qui incombent au Corps de santé des Troupes coloniales en France et aux colonies. En clair, il s'agit à travers cette formation, de familiariser les futurs médecins et pharmaciens coloniaux aux réalités du nouveau cadre d'exercice de leur métier.

Désormais, toute la formation du personnel médical se fait par ces deux institutions (Bordeaux et Marseille) et ce moule permettra une unité de vue en matière de conceptions des médicales tropicales. Plus singulièrement, le rôle dévolu à l'Ecole d'Application du Service de santé des Troupes coloniales est un rôle d'enseignement technique et professionnel qui se limite à l'instruction complémentaire dans le cadre colonial donnée à chaque promotion. Les élèves issus de l'Ecole du Service de Santé Bordeaux, après avoir passé leur thèse de doctorat en médecine et opté pour le Service de Santé, sont nommés médecins des Troupes coloniales et vont suivre à Marseille le stage d'application d'une durée de neuf mois avant leur départ outre-mer comme le précise un médecin militaire sorti de cette Ecole en 1962 :

Lyon en 1889. En 1925, pour renforcer les effectifs outre-mer, une section coloniale, limitée aux médecins, est ouverte. Elle fonctionne jusqu'en 1956. Parallèlement, c'est à l'Ecole principale du Service de santé de la Marine, ouverte en 1890, qu'est formée la majeure partie des effectifs des troupes de marine et des colonies. Depuis lors, c'est au sein de ces deux écoles que sont issus les personnels du service de santé colonial, voir www.asnom.org.

⁴¹¹ L'Ecole d'application du Pharo ouvrira effectivement ses portes le 1^e février 1907, voir Héraut (L. A), Art. Cit., 2006, p. 381-392

Après la soutenance, je suis venu à l'École d'Application pour la spécialisation en médecine tropicale en 1962. C'était un stage de six mois, à la fois théorique et pratique, au cours desquels les stagiaires se familiarisent avec les gestes de laboratoires, la chirurgie, la bissection. C'était une formation très complète. A Bordeaux, on passait le diplôme de médecine tropicale ; mais au Pharo, c'était une super spécialisation dans la pratique de la médecine tropicale⁴¹².

La formation de ces stagiaires s'organise autour d'un personnel enseignant qualifié composé de professeurs agrégés du Service de santé des Troupes coloniales qui assurent les activités des chaires d'enseignement, des laboratoires et des services hospitaliers de l'Hôpital d'Instruction des Armées LAVERAN de Marseille⁴¹³. Les enseignements se font par le biais des cours, des travaux pratiques et dirigés sans oublier qu'une partie importante concerne la médecine rurale où les besoins sont particulièrement plus pressants.

C'est parmi ces médecins militaires du Service de santé des Troupes coloniales que sont désignés les médecins-chefs de cercles. Ils dirigent aussi les hôpitaux du chef-lieu, assurent les tournées médicales et exercent souvent aussi des charges administratives. En dépit de leur nombre relativement faible dans la colonie par rapport aux besoins réels, les médecins du Service de santé sont loin d'avoir constitué un problème majeur dans la mise en œuvre des activités antipaludiques. La raison ? Ils occupent très souvent les postes de direction ou d'administration du service antipaludique ou d'éradication, pour lesquels ils sont naturellement destinés au regard de leur parcours. L'exemple le plus édifiant est le service antipaludique du SGHMP, dont le premier directeur nommé en 1948, issu du Service de santé des troupes coloniales, a servi pendant quelques années comme médecin-chef du service d'Hygiène d'Abidjan dans la colonie de Côte d'Ivoire.

C'est surtout au niveau des auxiliaires médicaux formés localement que les difficultés se présentent le plus. Ce personnel auxiliaire est composé d'agents d'exécution - d'infirmiers locaux et infirmiers spécialisés - et de médecins africains.

⁴¹² Entretien réalisé à Marseille avec le médecin-général Paul BARABÉ, le 20 mai 2007

⁴¹³ AIMTSSA : Carton n°446 : Ecoles de médecine d'Outre-mer

Le personnel auxiliaire local

Le premier corps à avoir été formé est celui du personnel paramédical composé principalement d'infirmiers locaux. Avant l'organisation de l'AOF, une réglementation prévoit dans certaines colonies l'utilisation du personnel africain dans les formations sanitaires. C'est le cas en Côte d'Ivoire avec une décision du 8 janvier 1898⁴¹⁴ qui met à la disposition du Service de santé des miliciens pour occuper les fonctions d'infirmiers, confirmant de la sorte une pratique déjà ancienne.

Cette première expérience est suivie par la création d'un corps d'infirmiers indigènes. Un arrêté local de 1901 porte création d'un corps d'infirmiers locaux. Après un stage de six mois, ces derniers sont envoyés dans les postes pour aider les médecins ou occupés à accomplir des tournées de vaccination ou donner des soins élémentaires⁴¹⁵. Les débuts difficiles dans la formation des infirmiers vont donner naissance à deux catégories d'infirmiers exerçant dans les structures sanitaires : la première est constituée d'infirmiers indigènes des hôpitaux. En dehors des infirmiers-chefs et des infirmiers détachés au service de pharmacie, ces infirmiers ont reçu une formation générale sommaire. Illettrés pour la plupart d'entre eux, parlant et comprenant à peine le français, ils ont eu du mal à assimiler les cours d'instruction technique qui leur sont dispensés. Cette qualification professionnelle n'en ont pas fait moins des collaborateurs indispensables des médecins européens dans le dispositif sanitaire des colonies. La deuxième comprend les infirmiers indigènes de l'AMI, souvent appelés à combler le vide dans les cercles dépourvus de médecins. Cette catégorie d'infirmiers provient en partie des éléments indigènes servant dans les hôpitaux. Mais, la plupart sont recrutés parmi les anciens militaires formés sur le tard par les médecins des Troupes coloniales et les médecins de l'Assistance médicale. Le recrutement dans le contingent militaire est tributaire des réalités propres aux colonies⁴¹⁶.

Mais fondamentalement, la formation du personnel infirmier ne peut être possible qu'à partir d'une base scolaire suffisante ; ce qui fait défaut dans l'ensemble des colonies de

⁴¹⁴ Ndiaye (A), « La formation du personnel africain de la santé en AOF » dans Becker (C), Mbaye (S), Thioub (I) (éds), 1997, AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, 2 vol., 1273 p (t. 2 ; p. 1193-1202)

⁴¹⁵ ANS : Rapport du service de santé de la colonie : 1952

⁴¹⁶ Sur l'utilisation d'un personnel médical dans les formations sanitaires en AOF et des conditions de sa formation voir, Ndiaye (A), Op. Cit. 2 vol., t. 2, p. 1193-1202

l'AOF. Au début, peu d'Africains ont une maîtrise de la langue française et quelques-uns savent lire et écrire dans cette langue. La proximité avec les Européens et le service militaire a permis au plus chanceux d'apprendre le français. Il est donc logique que les premiers infirmiers aient été choisis parmi ces miliciens.

Le développement de l'enseignement primaire dans l'AOF va favoriser l'amélioration du recrutement du personnel infirmier et affiner la formation technique⁴¹⁷. Les besoins d'adaptation aux orientations du service de santé donnent aussi l'occasion d'accroître la qualité à la formation du personnel paramédical. L'année 1918⁴¹⁸ marque le point de départ d'une véritable formation médicale en AOF avec la mise en place de la première école de médecine de l'Afrique noire française. Le recrutement des candidats se fait par deux voies essentiellement : soit parmi les élèves de l'école William-Ponty⁴¹⁹, soit parmi ceux du lycée Faidherbe de Saint-Louis. Mais, l'immense majorité des élèves provient de l'école William Ponty. Laquelle assure à la fois la formation des instituteurs indigènes, des agents des cadres supérieurs fédéraux et des candidats à l'école de médecine. L'école William Ponty fait partie d'un ensemble d'écoles fédérales qui recrutent ses candidats parmi les élèves des Ecoles primaires supérieures (EPS) de la fédération.

L'Ecole de médecine a su s'adapter au fil des années pour devenir un établissement universitaire dans la décennie 1950. Les infirmiers sortis de cette école étaient certes, de bons auxiliaires, mais leur formation semblait revêtue d'un caractère trop général. C'est pourquoi la création d'un corps d'infirmiers spécialistes s'impose très vite. En cela, le service de santé de l'AOF dispose en l'Ecole Jamot d'une école type de formation des cadres techniques chargés d'exécuter les tâches inhérentes à la lutte antipaludique, et plus généralement aux grandes endémies. Cette dernière est la réplique de l'école d'infirmiers fondée, en 1932, par Jamot à Ayos (Cameroun), premier centre de formation d'un style nouveau destiné à instruire

⁴¹⁷ En 1907, les infirmiers doivent posséder un Certificat d'Etudes primaires pour devenir des aides-médecins ; après 1914, la formation dure au moins un an dans un hôpital ou un dispensaire ; en 1923, la durée de la formation est fixée à un an dans les écoles d'infirmiers suivi d'un stage d'une année dans les hôpitaux avant la titularisation, voir Ndiaye (A), Op. Cit., 2 vol., t 2, p. 1194-1202

⁴¹⁸ C'est le décret du 9 juin 1918 qui institue cette école, voir Blanchard (Dr), « L'école de médecine de l'Afrique Occidentale française : de sa fondation à l'année 1934 », Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales, 1935, t. 33, p. 90-111

⁴¹⁹ Créée en 1903 à Saint-Louis du Sénégal, l'école normale d'instituteurs a pris le nom de William Ponty en 1915, peu après son transfert sur l'île de Gorée. Elle est de nouveau transférée en 1937, à Sébitokane. Elle a pour mission de former les cadres enseignants africains, mais de préparer les étudiants à l'école de médecine de Dakar et à former des commis des services administratifs et financiers pour l'AOF.

un personnel censé disposer d'une vocation technique originale, bien différente de celle des infirmiers hospitaliers.

A l'origine, l'Ecole Jamot⁴²⁰ est l'école de la trypanosomiase spécialisée dans la formation élémentaire du personnel subalterne s'occupant de cette endémie. Elle fournit au personnel local la formation qui est indispensable à l'accomplissement de sa mission. L'idée de création d'un corps d'infirmiers sorti d'une institution de formation est partie de la nécessité pour Jamot d'avoir un personnel infirmier spécialisé pour combattre la maladie du sommeil. Pour encadrer la première promotion des infirmiers, il a fait venir du Cameroun 12 infirmiers formés⁴²¹ à l'Ecole Ayos ayant acquis une très grande expérience dans le dépistage et le traitement des sommeilleux. Dès la première année, le recrutement s'opère au sein des infirmiers de l'AMI de Haute-Volta, détachés à la mission Jamot, et des autochtones possédant pour la plupart le diplôme du Certificat d'études primaires⁴²². Les enseignements sont essentiellement pratiques et complétés par des tournées dans les postes de brousse, pendant que la théorie se fait tout le long des étapes pendant les trajets à pied. La durée totale de la formation est d'un an et la première promotion composée de soixante-quinze élèves sont reçus comme infirmiers de la trypanosomiase. C'est en 1935 que les premiers candidats proviennent de la Côte d'Ivoire parce que le recrutement est élargi à cette colonie. L'ampleur des grandes endémies aidant, il apparaît nécessaire de les combattre à l'échelle fédérale selon les méthodes chères au docteur Jamot.

En 1939, l'Ecole change de dimension à la suite de la création du Service général autonome de la maladie du sommeil en AOF et au Togo. Elle est intégrée au SGAMS et devient Ecole de la maladie du sommeil. La durée de formation reste inchangée avec un stage de 6 mois à effectuer dans les secteurs du Service. En 1944, l'arrêté n° 214 du 22 janvier 1944 remplace le SGAMS par le Service général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie et l'Ecole est transférée de Ouagadougou à Bobo Dioulasso. L'année suivante, elle fait partie intégrante

⁴²⁰ On apprend dans une publication de l'époque que c'est par décision n°93 du 14 avril 1931 que le gouverneur de la Haute-Volta installe à Ouagadougou, centre de la zone endémique, une « école de la maladie du sommeil ». On peut donc supposer que la rentrée est effective en 1932 voir, ANS : Le Rouzic (Méd.-Col), Koch (Méd.-Cap), « Le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie en A.O.F : étude historique et statistique », *Bulletin Médical de l'Afrique Occidentale Française*, (journées médicales de Bobo-Dioulasso, 24-29 janvier 1949), 1949, n° spécial, p. 17

⁴²¹ Ces infirmiers ont servi de moniteur tant à l'école ouverte à Ouagadougou que dans les secteurs, au personnel recruté sur place.

⁴²² ANS : L'école des infirmiers spécialisés du service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie d'AOF (Ecole Jamot) : Rapport du médecin Colonel Jonchère H ; Conférence internationale d'enseignement médical, Dakar, 16-24 mai 1951, p. 107-126

d'un organisme appelé le CETA qui, outre l'école, comprend le laboratoire de biologie de Bobo Dioulasso et le secteur 7 opérant dans le cercle de Bobo. Les conditions générales d'admission dans cet établissement sont celles qui ont été prévues pour l'accès aux cadres locaux : à savoir le recrutement au concours pour les titulaires du Brevet élémentaire de l'enseignement, du Brevet d'études du 1^{er} cycle du second degré. Les candidats admis⁴²³ suivent des cours théoriques et pratiques qui durent neuf mois⁴²⁴. A partir de 1956, le stage pratique se renforce. Ainsi, les élèves infirmiers spécialistes suivent désormais un stage de neuf mois repartis dans les sections du Centre Muraz à Bobo Dioulasso. Enfin, s'ajoutent quinze jours de stage obligatoire à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale Appliqué (IOTA) à Bamako et un autre de même durée au Centre Marchoux de la même ville⁴²⁵.

Quant à la formation proprement dite, elle est assurée par le personnel du Service (infirmiers-moniteurs, médecins et pharmaciens) du SGHMP. Plus exactement, les cours théoriques sont dispensés sur la pathologie médicale générale et tropicale, sur l'anatomie et la physiologie, sur l'hygiène, l'épidémiologie et la thérapeutique. Ils sont complétés par des cours d'instruction générale. La pratique avec examen des malades, les recherches de laboratoire (entomologie) et la thérapeutique constituent l'essentiel des enseignements. A la fin du stage, les élèves reçoivent un brevet d'aptitude.

De 1932 à 1949, l'Ecole a formé mille-cent-cinquante élèves dont huit-cent-quatre-vingt-treize en activité, en 1951. Les concernant, le médecin colonel Jonchère⁴²⁶ a dit ceci : « L'esprit de discipline, de sacrifice, de dévouement des premiers infirmiers issus de l'école fait de ces précieux auxiliaires l'encadrement aux générations futures, pour lesquelles il est indispensable d'exiger des connaissances plus grandes au point de vue culture générale

⁴²³ Exceptionnellement, les médecins, agents sanitaires, sous-officiers de la SMI, médecins auxiliaires nouvellement affectés, peuvent être appelés, sur décision du chef de service à effectuer un stage à l'Ecole Jamot. Ce stage dure 2 mois pour les médecins, docteur d'Etat français et à 3 mois pour les autres, voir ANS L'école des infirmiers spécialisés du service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie d'AOF (Ecole Jamot) : Rapport du médecin Colonel Jonchère H ; Conférence internationale d'enseignement médical, Dakar, 16-24 mai 1951, p. 107-126

⁴²⁴ Pour des informations sur la création, les missions et l'évolution de cette école voir, Sanner (L), Masseguin (A), Art. Cit., p. 18-19

⁴²⁵ Werthmann (K), Sanogo (M.L), La ville de Bobo Dioulasso au Burkina Faso. Urbanité et appartenances en *Afrique de l'Ouest*, Paris, Ed. Karthala, 2013, 324 p

⁴²⁶ En 1949, il a été directeur du SGHMP dont dépend l'Ecole Jamot.

et culture médicale »⁴²⁷. Une observation qui relativise la bonne opinion que l'on peut se faire de la valeur de ce personnel. Les causes sont à rechercher dans l'instabilité organisationnelle et juridique de l'école qui n'a pas permis de disposer d'un personnel d'enseignement stable pour dispenser les cours dans leur intégralité. Elles tiennent aussi à l'insuffisance de la qualité du recrutement, à la durée de la formation qui empêche de consacrer suffisamment de temps à l'enseignement de chaque matière. Pour toutes ces raisons, les résultats de fin de formation demeurent très moyens dans l'ensemble et le rendement très préoccupant car, selon le directeur du SGHMP : « Parmi les infirmiers formés, il faut compter un déchet d'un tiers qui ne pourra jamais remplir d'autres rôles que des fonctions très subalternes, et encore avec une conscience qu'il faudra toujours suspecter »⁴²⁸.

Toutefois, l'Ecole Jamot a joué un double rôle à cette période : contribuer à la formation des personnels qualifiés ; et participer à la construction et la diffusion de nouvelles connaissances sur la trypanosomiase. Si cette endémie a constitué la base de formation à l'origine, les dirigeants vont l'étendre aux autres pathologies pour faire de l'Ecole, une institution de formation des infirmiers spécialisés du Service des Grandes endémies. Elle a certes, fourni au Service des grandes endémies un personnel technique ; mais celui-ci pêchait par sa compétence largement insuffisante.

En dehors des infirmiers spécialistes formés à Ouagadougou puis à Bobo Dioulasso par suite du transfert de l'Ecole, il existe un corps d'infirmiers du cadre local dont la formation relève de la compétence de chaque territoire, selon les modalités décrites plus haut. En Côte d'Ivoire, elle a pris la forme d'une école d'infirmiers où des cours sont dispensés aux futurs infirmiers de la colonie dès 1924. En effet, c'est à cette date qu'est créée, à Abidjan, une école annexée au dispensaire indigène de l'hôpital d'Abidjan pour assurer la formation de ce personnel. Le recrutement se fait parmi les élèves des écoles primaires ou parmi les tirailleurs : l'une des principales conditions reste la maîtrise même partielle de la langue française. La formation théorique et pratique dure au total dix-huit mois avec six mois de stage compris. Face aux lacunes des premiers infirmiers dues à leur profil jugé inadapté, le

⁴²⁷ ANS : L'école des infirmiers spécialisés du service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie d'AOF (Ecole Jamot) : Rapport du médecin Colonel Jonchère H : Conférence internationale d'enseignement médical, Dakar, 16-24 mai 1951, p.107-126

⁴²⁸ ANS : L'école des infirmiers spécialisés du service général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie d'AOF (Ecole Jamot) : Rapport du médecin Colonel Jonchère H : Conférence internationale d'enseignement médical, Dakar, 16-24 mai 1951, p.107-126

service de santé local décide d'améliorer la qualité du recrutement en changeant les conditions.

Les conditions d'admission changent qualitativement. L'arrêté du 29 septembre 1934⁴²⁹ fait du certificat d'études primaires une exigence pour tout recrutement de candidats à cette école : « Nul ne peut être nommé infirmier s'il n'est d'abord titulaire de Certificat d'études primaires, s'il n'a été élève infirmier pendant deux ans à l'école d'infirmiers créée à l'hôpital d'Abidjan, s'il n'a satisfait aux examens annuels »⁴³⁰. Les enseignements sont dispensés par le médecin-résident de l'hôpital, le médecin auxiliaire et par tous les autres médecins et infirmiers européens. Ils portent sur l'anatomie, la pathologie élémentaire, l'hygiène alimentaire pour la partie théorie et pour la pratique, c'est la petite chirurgie, les soins aux malades et la pharmacie. Mais des modifications interviennent dans le mode de recrutement pour rappeler que le niveau de compétence est problématique.

L'apport de cette catégorie de personnel médical étant reconnu utile et indispensable, on décide de la réorganiser pour lui donner un caractère respectable par une reconnaissance au niveau de la Fédération. Ce faisant, les bases du recrutement des infirmiers ont été codifiées par arrêté du gouverneur général, n°3271 en date du 6 décembre 1944. Ce texte précise les conditions d'admission exigées qui demeurent le Certificat d'études primaires et dont les titulaires sont admis sur titre⁴³¹. Les modalités de la formation demeurent les mêmes : la formation dure 2 ans avec des cours théoriques et pratiques animés par le personnel de santé du service local. A l'issue de l'examen de sortie, l'infirmier stagiaire est soumis à un stage d'un an dans une formation sanitaire et est titularisé dans un emploi sur proposition du médecin.

L'école des infirmiers du cadre local de l'AMI fonctionne ainsi dans des locaux provisoires puisqu'aucun bâtiment neuf ne lui est attribuée. A titre d'illustration, en 1948, c'est dans la bibliothèque de l'hôpital que les enseignements sont dispensés. Dans la pratique, les médecins apprécient très peu la présence de ces auxiliaires dont ils se plaignaient du niveau. Ils ont déploré surtout la dichotomie entre l'acquisition des connaissances théoriques

⁴²⁹ ANS : Rapport du service de santé colonial, 1935

⁴³⁰ Ibid.

⁴³¹ Cependant, il faut préciser que si le nombre de candidats est supérieur à celui des places disponibles, un concours est organisé pour les sélectionner, voir ANS : Giraud (Médecin-commandant) « Etat actuel de l'enseignement médical en AOF : personnel d'exécution (infirmiers, agents techniques de la santé, gardes sanitaires) », Conférence internationale d'enseignement médical, Dakar, 16-24 mai 1951, p. 105

et leur application d'une part, et d'autre part, entre l'enseignement scolaire et l'éducation familiale. Une solution est alors trouvée par la création d'un internat pour mettre les apprenants dans un cadre plus propice ; en 1954, l'entrée à l'école se fait désormais par un concours parmi les titulaires du CEP.

La réforme du service de santé qui intervient en 1957 entraîne de facto la réorganisation de l'école des infirmiers. L'arrêté n°6.128/S.P fixe la durée de la formation à 2 ans. Au lendemain des indépendances, les autorités ivoiriennes décident de créer une Ecole nationale d'Infirmiers et d'Infirmières diplômés d'Etat (ENIDE).

Le décret n°69-325 du 8 juillet 1969 portant réorganisation de cette Ecole, et qui modifie le premier – n°61-191 du 18 mai 1961⁴³²- précise, entre autres, son organisation générale, les enseignements et les stages, les examens en cours d'année et à la sortie et la formation. Désormais, la durée de la formation est de trois ans répartie en enseignements pratiques et théoriques. Les cours enseignés portent aussi bien sur les matières fondamentales comme l'anatomie et la physiologie, l'obstétrique, la puériculture, la santé publique, que sur la pathologie médicale, la pathologie chirurgicale, la pédiatrie et la gynéco-obstétrique. Le personnel de formation est constitué de médecins et de spécialistes de diverses matières, désignés par le ministre de la santé publique. Les stages pratiques s'effectuent alternativement avec les cours et sont repartis sur les trois années.

Quant aux médecins africains exerçant en Côte d'Ivoire, ils sont issus pour la plupart de l'Ecole de médecine Dakar. Ils ont été soumis à des conditions de recrutement au concours en vigueur jusqu'à la transformation de l'Ecole dès 1950. Si cette l'Ecole de médecine voit le jour en 1918, c'est véritablement en 1944-1945 qu'elle amorce un changement qui la conduit vers un établissement d'enseignement supérieur.

L'organisation de la conférence de Brazzaville en 1944 marquée par l'élaboration des grands principes introduisent de profonds changements dans tous les domaines de l'empire colonial français. Dans l'éducation, les écoles coloniales créées auparavant en Afrique occidentale française sont remplacées par de nouvelles institutions directement inspirées du modèle métropolitain. Elles ouvrent une nouvelle période de changements qui visent à créer

⁴³² Grah-Bialé (T), Op. Cit., 394 p

des écoles plus « adaptées » au milieu rural africain initiées depuis 1930⁴³³ par l'administration coloniale de l'AOF. Désormais, l'école doit participer non seulement à la promotion du développement des populations africaines, mais également répondre aux aspirations des Africains.

Cette réforme paraît désormais inévitable au point où le gouverneur général de l'AOF, Pierre Cournarie n'a d'autre choix que de le soutenir : « L'enseignement sera donc avant tout un enseignement de masse. Et cet enseignement de masse ne saurait être un enseignement au rabais »⁴³⁴. Pour lui, le nouveau plan de réforme « Tend à l'établissement en AOF d'un système d'écoles primaires analogue à celui de la métropole, amenant les élèves au certificat d'études primaires, tout en restant à la base, essentiellement rural »⁴³⁵. La décision de prolonger la scolarité jusqu'au certificat d'études primaires signe la fin des écoles rurales et établit son équivalence avec le système métropolitain. Les années 1946-1947 sont déterminantes, en ce sens qu'elles s'accompagnent de nouvelles mesures qui accélèrent les changements tant souhaités par les populations dans l'enseignement colonial⁴³⁶.

Par ailleurs, la nomination de Jean Capelle comme directeur général de l'Enseignement en AOF au début de 1947 vient accélérer ces changements. Ce dernier expose rapidement ses objectifs à travers une lettre-programme adressée à Marius Moutet, ministre de la France d'Outre-mer : « Les populations d'AOF ayant obtenu le droit d'envoyer des représentants au Parlement, comme celles de France, il devient urgent que les populations scolaires d'AOF, qui représentent une élite, bénéficient d'un enseignement modelé sur le cadre français et sanctionné par les examens ayant la qualité et le prestige des examens métropolitains »⁴³⁷. Poursuivant son argumentation, il affirme que : « Pour toutes ces raisons, je crois que l'heure est venue de jeter les bases d'une Université à Dakar et de placer l'ensemble de l'enseignement d'AOF sous le contrôle de l'Education nationale »⁴³⁸. Dès son

⁴³³ Gamble (H) « La crise de l'enseignement en Afrique occidentale française (1944-1950), *Histoire de l'Education*, n°128, oct-déc 2010, p. 129-162

⁴³⁴ Ibid., p. 129-162

⁴³⁵ Ibid, p. 140

⁴³⁶ Parmi ces mesures, on peut noter la création d'un Conseil supérieur de l'Education nationale doté d'un droit de regard sur la politique scolaire menée dans l'Union française.

⁴³⁷ Gamble (H), Art. Cit., p. 147

⁴³⁸ Ibid., p. 147

arrivée à Dakar, le nouveau Directeur pose les jalons d'une administration scolaire réformée⁴³⁹.

Ainsi, entre 1948-1949, l'administration scolaire de l'AOF ressemble déjà à celle d'une académie métropolitaine, et la nouvelle architecture se met progressivement en place. En conséquence, un décret crée un Institut des Hautes Etudes de Dakar le 6 avril 1950. Le premier dans les territoires africains sous contrôle français et rattaché aux Universités de Paris et de Bordeaux⁴⁴⁰. D'après l'article 2 de ce décret, les régimes des études, les programmes et les conditions d'attribution des certificats et diplômes d'Etat sont ceux qui sont en vigueur dans la métropole. Plusieurs Ecoles⁴⁴¹ sont regroupées au sein de cet Institut des Hautes Etudes. Pour l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie, l'objectif est d'assurer la formation des étudiants en première année de médecine et de pharmacie⁴⁴². Le 27 novembre 1950, un décret interministériel institue l'académie de l'AOF⁴⁴³ achevant ainsi la mise en place de la nouvelle organisation de l'enseignement dans les colonies françaises. Conformément aux changements en cours, des modifications interviennent dans les conditions de recrutement des étudiants pour le rapprocher de plus en plus de celles des facultés de médecine métropolitaines.

Le décret du 11 aout 1944 instaure une Ecole africaine de médecine et de pharmacie. Elle est créée pour recevoir et former les médecins⁴⁴⁴ et pharmaciens africains ainsi que les

⁴³⁹Ces mesures sont : le remplacement des chefs de service par des inspecteurs d'académie, habilités par l'Education nationale, suppression en 1947 du concours local permettant aux instituteurs européens de devenir inspecteur de l'enseignement et obligation pour les inspecteurs de l'enseignement d'avoir les mêmes qualifications que leurs homologues en métropole, voir Gamble (H) Art. Cit., p.129-162

⁴⁴⁰ C'est le décret n°50-414- du 6 avril 1950 qui crée l'Institut des Hautes études de Dakar et promulgué en AOF, le 16 avril 1950, par l'arrêté n°2146. D'après ce décret, cet Institut a pour objet l'enseignement du droit, de la médecine, des sciences, des lettres et de la pharmacie, suivant les règlements d'Enseignement supérieur en vigueur dans la métropole, voir *L'Education africaine*, 1951, n°8-9, p. 7

⁴⁴¹ L'Institut des Hautes Etudes de Dakar comprend une Ecole supérieure de Droit ; une Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie ; une Ecole supérieure des Sciences ; une Ecole supérieure des Lettres et des Instituts rattachés à ces Ecoles, voir *L'Education africaine*, 1951, n°8-9, p. 8

⁴⁴² Plus tard, l'enseignement des trois premières années sera assuré par cette école préparatoire avant le départ des étudiants en France pour les trois dernières années.

⁴⁴³ Le décret n°50-1467 du 27 novembre 1950 porte création d'une Académie d'Afrique Occidentale Française et promulguée en AOF par l'arrêté n°6877 S. ET du 13 décembre 1950, voir *L'Education africaine*, 1951, n°8-9, p. 5

⁴⁴⁴ Les médecins qui sortent de cette Ecole après 4 ans d'études doivent être capables soit de tenir un dispensaire de brousse, soit de servir d'assistant dans une formation hospitalière ou dans un service médical spécialisé, comme les services d'hygiène et de trypanosomiase. Une fois en activité, un enseignement complémentaire de perfectionnement de 6 mois est destiné aux médecins africains de 1^e classe, vers la 8^e année de leur carrière après un concours ouvert chaque année. Il donne accès au grade de médecin principal, voir AIMTSSA : Carton n°

sages-femmes africaines qui concourent au service de l'assistance médicale indigène dans les territoires de l'AOF, de l'AEF, du Cameroun et du Togo⁴⁴⁵.

Cette nouvelle Ecole remplace l'ancienne Ecole de médecine au centre d'instruction d'Ayos (Cameroun) qui disparaissent dès le 1^{er} novembre 1944. Dans la foulée, un arrêté ministériel en date du 14 août 1944 y précise les conditions d'admission. Ce texte stipule que les candidats admis dans cette Ecole doivent avoir satisfait à l'examen de sortie des sections préparatoires de médecine de l'Ecole William Ponty en AOF et de l'Ecole des Cadres d'AEF. A défaut, les postulants doivent être titulaires du Brevet élémentaire ou Brevet du 1^{er} cycle ou du 2^e degré. Une troisième voie est offerte par le biais de l'organisation d'un examen spécial pour l'admission à l'Ecole de médecine instauré dans les lycées, collèges et cours normaux⁴⁴⁶.

A travers cet arrêté, on assiste non seulement à une diversification des possibilités d'accès à l'école, mais aussi et surtout à un rehaussement du niveau de recrutement avec l'élargissement aux autres structures de formations de base. Le parallèle avec les facultés de médecine de la métropole est de plus en plus perceptible. Dès 1948, est organisée à Dakar, dans des conditions modestes une première année préparatoire de Physique-Chimie-Biologie (PCB) en faculté de sciences⁴⁴⁷. Cette innovation est poursuivie et accentuée entre 1949-1950 où, par le développement et l'amélioration de l'enseignement du PCB, on a pu disposer d'un bon vivier de candidats reçus aux examens de fin d'année, pour démarrer la nouvelle Ecole de médecine⁴⁴⁸.

Dès 1951, l'ouverture de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie rattachée à l'Institut des Hautes Etudes entraîne la disparition partielle et progressive de l'Ecole africaine de médecine et de pharmacie. Elle provoque, par ricochet, la suppression du recrutement des médecins et pharmaciens africains. Dorénavant, l'entrée à l'Ecole préparatoire est subordonnée à l'obtention d'un baccalauréat, ou du Brevet supérieur ou le Diplôme complémentaire d'études secondaires ou le Certificat d'études physiques, chimiques

446 : Dejou (L), *L'école africaine de Médecine et de Pharmacie de Dakar*, Paris, Ministère de l'Outre-Mer, 1950

445 AIMTSSA : Carton n° 446 : Dejou (L), *L'école africaine de Médecine et de Pharmacie de Dakar*, Paris, Ministère de l'Outre-Mer, 1950

446 ANS : 1H98 : Ecole de médecine.

447 En juin 1949, sur sept candidats admis, quatre sont reçus à l'examen de PCB, voir AIMTSSA : Carton n° 446 : Avant-propos de G.-H Camerlynck, Recteur de l'Académie d'AOF, Président du Conseil de l'Institut des Hautes Etudes.

448 AIMTSSA : Carton n° 446 : Ecoles de médecine d'Outre-mer.

et biologiques. La durée des études médicales est de six ans, non comprise l'année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et biologiques⁴⁴⁹. En réalité, les trois premières années sont enseignées sur place à Dakar et les trois suivantes, en métropole. Progressivement, l'Ecole préparatoire va se rapprocher d'année en année des facultés de médecine métropolitaines.

Au début, l'enseignement de la première année de médecine est un mélange de cours théoriques, pratiques (anatomie et embryologie, Histologie, Physique médicale, Chimie médicale) et de cours de cliniques (cliniques médicale et clinique chirurgicale)⁴⁵⁰. Pour garantir un enseignement à la hauteur de ses nouvelles missions, elle enregistre l'arrivée d'un nouveau corps enseignant. En effet, des interventions pressantes des dirigeants de l'Ecole et de l'administration de la Santé auprès du Département et de l'Education nationale accélèrent le recrutement d'un personnel enseignant qualifié, grâce à l'appui bienveillant des Universités tutrices que sont Paris et Bordeaux.

En conséquence, à la rentrée 1950, le corps professoral comprend deux agrégés des Facultés, un admissible à l'agrégation, deux docteurs en sciences, un agrégé du corps de santé pour ne citer que ceux-ci. Les enseignements sont organisés en deux semestres : durant le premier, sont dispensés les cours d'Histologie, d'anatomie et d'embryologie ; au second semestre, les cours portent tant sur la physique médicale que sur l'histologie ; les enseignements cliniques sont assurés par deux professeurs agrégés de médecine : le stage de médecine générale par M. Payet⁴⁵¹ et le stage de chirurgie générale, par M. Létac. La dernière étape est franchie, en 1958, avec la création de l'Ecole nationale de médecine et de pharmacie de Dakar, ayant dans ses attributions la charge d'assurer les études médicales complètes suivant un programme semblable à celui de la France⁴⁵².

L'histoire de la formation médicale en AOF soulève plusieurs problèmes qu'il convient de relever. D'abord, l'avènement de l'Ecole de médecine dans sa forme primitive a entraîné une certaine déclassification des « médecins africains ». Ainsi, sous prétexte de former des auxiliaires africains, on a plutôt fabriqué des « praticiens au rabais ». Là où en France, la formation s'étend sur sept ans, à Dakar, elle prend tout au plus trois ou quatre

⁴⁴⁹ *L'Education africaine*, 1951, n°8-9, p. 48

⁴⁵⁰ *Ibid.*, p. 44

⁴⁵¹ Maurice Payet a été successivement directeur, puis Doyen de la Faculté de médecine de Dakar de 1950 à 1966

⁴⁵² AIMTSSA : Carton n°446 : Ecoles de médecine d'Outre-mer

années selon les périodes. Une telle formation a l'inconvénient de dispenser aux apprenants des enseignements sommaires ne portant que sur des notions essentielles.

Dans la pratique, les médecins auxiliaires mis à la disposition du service de santé, en plus des occupations quotidiennes de médecine qui sont les leurs, sont devenus au fil des années et de l'importance de la colonisation ce que Cyrille Aguessy⁴⁵³ appelle des « éclaireurs » du Service de santé. Ces hommes, issus des colonies, parlant le dialecte local, ont contribué à favoriser la pénétration de la médecine occidentale. Cette formation accélérée, donc lacunaire, explique sans doute les limites professionnelles constatées au sein de ces auxiliaires médicaux. D'ailleurs, la reconnaissance implicite de ces limites peut se lire dans les possibilités offertes aux médecins auxiliaires d'accéder à la fonction de médecin principal, grade qui leur confère une certaine respectabilité dans la profession.

Ensuite, on peut regretter par exemple la part insignifiante accordée aux cours d'épidémiologie dans les enseignements au sein des instituts de formations médicale, alors que les études épidémiologiques ont pris de l'importance à tous les stades des campagnes d'éradication aussi bien en ce qui concerne les aspects médicaux que les aspects entomologiques. Par ailleurs, les questions de la résistance aux insecticides et aux médicaments sont censées imposer le renouvellement des connaissances du personnel de santé ; ce qui n'est pas le cas des auxiliaires médicaux dont la formation n'a pas encore intégré ces réalités.

La renommée de l'Ecole préparatoire de médecine de Dakar va susciter l'admiration mais également des envies un peu partout sur le continent auprès des dirigeants africains des Etats indépendants. C'est le cas du président ivoirien, médecin africain de formation. Dès les premières années de l'indépendance, précisément en 1962-1963, Félix Houphouët Boigny, premier président de la République de Côte d'Ivoire et ministre de la santé dans un précédent gouvernement français va œuvrer à l'ouverture d'une Ecole de médecine à Abidjan afin d'assurer la formation des médecins ivoiriens et étrangers résidents en Côte d'Ivoire.

⁴⁵³ C'est un ancien médecin auxiliaire à Parahoné (Benin) et auteur d'une contribution sur le « Rôle des médecins et sages-femmes auxiliaires de l'AOF dans l'Assistance médicale indigène », voir *Bulletin de l'Enseignement de l'AOF*, n°84, juillet-décembre 1933, p. 193-198

Une laborieuse « ivoirisation » de la formation médicale

La faculté de médecine d'Abidjan a fait ses premiers pas dans le dernier trimestre de l'année 1962. La formation des médecins, assurée jusque-là par l'Université de Dakar pour la plupart des étudiants originaires de la Côte d'Ivoire, se fait désormais sur place. L'histoire de cette Université est analysée sous l'angle de trois périodes qui permettent de comprendre son évolution. La première qui part de 1962 à 1966 correspond à la phase de gestation difficile de l'Ecole ; la seconde est la phase de consolidation de l'Ecole qui commence en 1966 et s'achève en 1970 ; et enfin, la dernière période qui commence en 1970 : celle-ci marque la période de création de la Faculté de médecine d'Abidjan, une faculté de plein exercice, période qui consacre également son installation définitive, sa consolidation en même temps que son plein essor.

Créée en 1962, l'Ecole de médecine a accueilli sa première promotion d'étudiants le 3 novembre 1962, sous la direction du professeur Pierre Huard⁴⁵⁴, doyen-fondateur de la Faculté de médecine d'Hanoï. Pendant quatre ans, de 1962 à 1966, ne disposant pas encore de ses propres bâtiments, les enseignements théoriques et pratiques de cette Ecole de médecine sont dispensés dans les locaux du lycée de Cocody et de l'Ecole Normale Supérieure d'Abidjan. Les stages hospitaliers se déroulant, quant à eux, dans certains services de l'Hôpital Central d'Abidjan⁴⁵⁵. C'est dans ces conditions de précarité que l'Ecole a fonctionné grâce au corps médical des hôpitaux d'Abidjan et bénéficié de l'assistance technique et pédagogique appréciable de la Faculté de Médecine de Rennes et de son doyen, le Professeur Leroy. Sous cette forme, l'Ecole accueille quatre promotions d'étudiants avant de s'installer dans de nouveaux locaux construits à Treichville dès la rentrée 1966⁴⁵⁶.

⁴⁵⁴ Pierre Huard était le seul professeur titulaire de cette Ecole de médecine. Il est devenu par la suite le premier recteur de l'Université d'Abidjan, voir Bertrand (E), « La Faculté de Médecine d'Abidjan. Hier et aujourd'hui », *Médecine d'Afrique Noire*, 1976, t. 23, n° spécial, p. 13-17 ; Yangni-Angaté (A), *La Faculté de Médecine d'Abidjan*, Abidjan, doc ronéotypé, sd, 16 p + 2 p (annexes).

⁴⁵⁵ Pène (P), « La Faculté de médecine d'Abidjan », *Médecine d'Afrique Noire* (n° spécial), 1970, t. XVII, n°2, p. 141-152

⁴⁵⁶ Des informations très intéressantes sur la création de l'Ecole de médecine du Centre hospitalier de Treichville sont fournies par l'un des pionniers de l'enseignement médical en Côte d'Ivoire en l'occurrence le professeur Pierre Pène, voir Pène (P), Arziari (A), « L'Ecole de médecine du Centre hospitalier et universitaire provisoire de Treichville à Abidjan », *Annales de l'Université d'Abidjan (Médecine)*, 1968, n°2, p. 6-24

La création de l'Ecole de médecine suit le mouvement de la mise en place de l'Université nationale de Côte d'Ivoire dont l'installation s'est opérée par phases successives. Ainsi, à la création du Centre d'Etudes supérieures, le 31 juillet 1959, succède le 1^{er} octobre 1963, l'Université d'Abidjan avec quatre Ecoles (Droit, Sciences, Lettres et Médecine)⁴⁵⁷. La période de démarrage de l'Ecole de médecine a été tant bien que mal réussie qu'il faut bientôt penser à mettre en place une structure universitaire plus viable. Celui-ci se réalise avec l'arrivée du professeur Pierre Pène, en 1965.

La permanence de l'héritage colonial est manifeste à un double point de vue et la signature des accords de coopération entre la France et la Côte d'Ivoire ne fait que matérialiser cette réalité. En effet, l'Ecole de médecine d'Abidjan bénéficie du parrainage de la Faculté de Médecine de Rennes, dans le but de l'aider à faire ses premiers pas. Le détachement du professeur Pierre Pène pour assurer la gestion administrative et académique de l'Ecole s'inscrit aussi dans cette perspective. Ce « mariage » est renforcé par une interconnexion entre les systèmes d'enseignement africain et métropolitain. Il s'inscrit dans la continuité de la création d'une académie d'Afrique occidentale française, de structures et de diplômes comparables à ce qui existe en France⁴⁵⁸.

La rupture avec la métropole n'est donc pas à l'ordre du jour pour diverses raisons : d'abord parce que les structures mises en place ne peuvent fonctionner sans une aide transitoire de la France due au décalage économique, à la carence des structures administratives et à l'absence d'élites africaines formées. Ensuite, le contenu des enseignements est un enjeu parce que les élites des gouvernements africains sont attachées au modèle culturel français et il paraît nécessaire d'assurer une certaine homogénéité entre les systèmes éducatifs pour les étudiants africains souhaitant poursuivre leurs études supérieures en France. Enfin dans certains Etats, une communauté française s'est installée et il faut assurer à ses jeunes un enseignement semblable à celui qu'ils ont eu en France.

Pour toutes ces raisons, l'indépendance ne marque pas la fin des liens entre l'ancienne métropole et la partie africaine de son Empire. D'ailleurs, les accords de coopération signés à partir de 1960 vont consolider les nouveaux liens entre la France et ses

⁴⁵⁷ Akira (S), Manso (L), Adiko (A), « Inventaire de l'enseignement supérieur en Côte d'Ivoire », Africa Research Series, n°8, Institute of Developing Economies, Chiba(Japon), 2003, 251 p

⁴⁵⁸ Manière (L), « La politique française pour l'adaptation de l'enseignement en Afrique après les indépendances (1958-1964), *Histoire de l'Education*, oct-déc 2010, n°28, p. 163-190

anciennes colonies. Dans cette optique, à partir de 1959 une série de réunions préparatoires sont organisées entre représentants français et africains, pour aboutir, dès 1960 à l'organisation des conférences des ministres français et africains de l'Education nationale qui se tiennent alternativement à Paris et en Afrique⁴⁵⁹.

Plusieurs accords de coopération sont ainsi signés entre la France et les Etats indépendants. A titre d'exemple, des accords sont signés entre les Etats membres du Conseil de l'Entente (Côte d'Ivoire, Dahomey, Haute-Volta et Niger) concernant l'enseignement primaire, secondaire, technique et supérieur, le 24 avril 1961⁴⁶⁰. Pour le dernier ordre d'enseignement, la République française s'engage à créer ou développer sur le territoire des Etats signataires un enseignement supérieur d'un niveau égal à celui de l'enseignement supérieur français. Celui-ci serait dispensé, sauf au Sénégal et à Madagascar déjà dotés d'universités nationales, dans des centres d'enseignement supérieur, notamment ceux d'Abidjan, Brazzaville, Niamey, Ouagadougou, Pointe-Noire et Porto-Novo.

Selon ces accords, la principale règle est que l'enseignement supérieur fonctionnerait partout suivant les dispositions législatives et réglementaires du droit français après leur introduction dans le droit local. Cela vaut pour les programmes, la scolarité, les examens et le statut des personnels universitaires. Les grades et diplômes délivrés conformément à cette réglementation française seraient donc valables de plein droit en France⁴⁶¹. La coopération en matière d'enseignement, notamment d'enseignement supérieur entre la France et la Côte d'Ivoire est confirmée par le Professeur Pène, s'agissant du développement de l'enseignement médical en Côte d'Ivoire :

Un jour, les inspecteurs généraux de l'Education nationale sont venus me dire que le président Houphouët Boigny veut créer une Faculté de Médecine à Abidjan et il lui faut quelqu'un qui connaisse l'Afrique ; vous êtes jeune et dynamique et avez les capacités requises. Je suis allé voir le président et il m'a informé que le gouvernement français est prêt à m'envoyer à Abidjan comme directeur de l'Ecole de Médecine. Accepteriez-vous d'aller conduire le projet de création de cette Ecole ? J'ai étudié le projet pendant deux mois et rencontré toutes les personnes qui pouvaient m'aider et évalué les infrastructures existantes⁴⁶².

⁴⁵⁹ Manière (L), Art. Cit., p. 162-190

⁴⁶⁰ Ibid., p. 162-190

⁴⁶¹ Ibid., p. 162-190

⁴⁶² Entretien réalisé avec le Professeur Pierre Pène, à Carry-Le-Rouet, le 5 juillet 2007.

En 1965, le professeur Pierre Pène débarque en Côte d'Ivoire, fort de sa riche expérience acquise à la Faculté mixte de médecine et de Pharmacie de Dakar, la première Faculté de médecine francophone d'Afrique. La mission confiée au professeur Pène est immense. Il s'agit de doter, à terme, le jeune Etat de la Côte d'Ivoire d'une Faculté de médecine dans des locaux convenables avec un corps enseignant hautement qualifié. Il doit surtout mettre en place l'enseignement médical à Abidjan en conformité avec l'esprit de la réforme des études médicales en France. Lesquelles doivent conduire à la création des Centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale⁴⁶³.

Concrètement, cette réforme prévoit l'organisation de la médecine dans les Centres hospitaliers et universitaires, où dans l'unité de lieu et le temps plein, professeurs, assistants et étudiants participent à la même vie. Ils le font par le biais des soins aux malades, des activités d'enseignement et de recherche clinique et biologique. Elle doit permettre aux étudiants de participer effectivement à l'activité hospitalière. La mission du premier responsable est de reproduire ce schéma à Abidjan en prenant en compte les spécificités du pays. Les atouts dont il dispose lui ont permis rapidement de mettre en œuvre la volonté politique exprimée. Le 1^e octobre 1966⁴⁶⁴ marque la date de création du Centre hospitalier et universitaire (CHU)⁴⁶⁵ provisoire dans l'enceinte de l'hôpital de Treichville comprenant un ensemble pavillonnaire de 1.060 lits d'hospitalisation⁴⁶⁶.

La formation des futurs médecins dans cette Ecole de médecine où est désormais érigé un CHU intègre les trois cycles d'études médicales. Le programme d'enseignement s'articule autour du triptyque sciences fondamentales, sciences biocliniques et sciences cliniques et s'étale sur six ans, avec une année en Faculté de Sciences pour préparer le CPEM.

Au total, le curriculum des études, le programme d'enseignement et la durée de la formation répondent en tous points aux exigences du programme et à toutes les normes de

⁴⁶³ Journal Officiel de la République française, 1958, p. 12070

⁴⁶⁴ Djoman Diplo (I), «Structure de la médecine hospitalière en République de Côte d'Ivoire», *Médecine d'Afrique Noire*, fev. 1970, n°2, p. 117-120

⁴⁶⁵ Pour des informations complémentaires sur la construction de ce CHU, voir Pène (P), Arziari (A) Art. Cit., 1968, p. 13-24

⁴⁶⁶ Ce CHU qui accueille les étudiants à la rentrée de novembre 1966 dispose d'un grand amphithéâtre, d'une administration, d'une bibliothèque, de six laboratoires, de quatre salles de cours et une animalerie auxquels s'ajoutent une cantine, un bloc technique de consultation et d'exploration pour les services médicaux, voir Yangni-Angaté (A), Op. Cit., 16 p + 2 p (annexes)

l'enseignement médical français. Ainsi conformément au programme en vigueur en France, la première année est consacrée aux matières comme la psychologie médicale, les mathématiques, la chimie, la physique, la biologie médicale, l'anatomie, la biophysique, l'histologie et l'embryologie). La deuxième année est réservée aux cours de chimie, de physique, de physiologie, d'anatomie et d'histologie et d'embryologie s'ajoutent les travaux pratiques de sémiologie physique, chimique et radiologique, d'exploration fonctionnelle, de microbiologie, parasitologie, hématologie et immunologie et de stages hospitaliers de sémiologie clinique. En troisième année, les enseignements sont repartis entre l'anatomie pathologique, l'enseignement intégré de la pathologie interne, externe et obstétricale... Les stages hospitaliers et les travaux pratiques divers complètent le tableau. Le programme de la quatrième année renforce celui de la troisième année en y ajoutant l'anatomie pathologie, la pharmacologie, la pharmacodynamique, la thérapeutique. La médecine sociale occupe la cinquième année. Quant à la sixième année, elle est réservée à des stages obligatoires de clinique ou de laboratoire⁴⁶⁷.

Pour assurer ces enseignements, l'Ecole dispose d'un corps enseignant essentiellement composé de quatre Maîtres de Conférences agrégés de médecine, tous de nationalité française, à savoir : Pierre Pène, agrégé de médecine générale, Edmond Bertrand, agrégé de médecine interne, Pierre Delormas, agrégé de santé publique et Armand Le Guyader, agrégé d'anatomie chirurgie. Quelques mois après, ce groupe est étoffé par un noyau de maîtres de conférences nouvellement nommés au titre de la coopération franco-ivoirienne : ce sont François Bonnet de Pailleret en Pédiatrie, Guy Boury en Chirurgie générale, R. Renaud en Anatomie Pathologique et Jean Doucet en Parasitologie. Une forte présence française qui donne du crédit à la valeur du doctorat en médecine délivré par la Faculté de médecine d'Abidjan et que garantissent les accords de coopération. Lesquels disposent que les diplômes délivrés à Abidjan sont valables de plein droit en France et bénéficient des équivalences internationales du diplôme français. Pour preuve, les effectifs des étudiants de l'Ecole de Médecine d'Abidjan comptent en leur sein de nombreux étudiants Français⁴⁶⁸, dont la présence témoigne de la qualité de la formation qui est y dispensé. Le recrutement d'un personnel français hautement qualifié permet à l'Ecole de médecine du

⁴⁶⁷ Ceci est un aperçu du programme d'enseignement en vigueur en France à partir de 1960, voir Coury (C), *L'enseignement de la médecine en France, des origines à nos jours*, Paris, Expansion scientifique française, 1968, p. 145

⁴⁶⁸ Ils sont respectivement 7 en 1962-1963 ; 5 en 1963-1964 ; 9 en 1964-1965 ; 23 en 1965-1966 ; 37 en 1966-1967 ; 45 en 1967-1968 ; 53 en 1968-1969 et 88 en 1969-1970, voir Grah-Bialé (Th), Op. Cit., 1976, p. 127

CHU de Treichville d'assurer efficacement les fonctions de médecine hospitalière, de recherche et d'enseignement.

Cependant, l'une des préoccupations de l'équipe pédagogique réside dans l'adaptation de l'enseignement médical aux réalités de l'exercice médical en Afrique. Cela laisse supposer que cette formation doit prendre en compte dans les objectifs de recherches et d'enseignement, les problématiques de médecine tropicale et de pathologie spécifiques aux Africains habitant cette région. Pour ce faire, le CHU dispose d'une antenne rurale d'application à 25 km d'Abidjan dans le village d'ATTIEKOEI qui abrite un centre de santé rural. Celui-ci prolonge la formation des étudiants et en fait un véritable Institut de Médecine tropicale d'Afrique qui forme des médecins africains de niveau français, dans l'écologie des problèmes auxquels ils seront confrontés, les intégrant aux préoccupations majeures de la Santé publique du pays⁴⁶⁹.

L'enseignement médical en Côte d'Ivoire va réaliser un saut qualitatif avec la transformation de l'Ecole de Médecine en Faculté de Médecine d'Abidjan, le 1^{er} janvier 1968. Dans la vision du doyen de la Faculté de Médecine, il faut doter la Côte d'Ivoire d'un Centre Hospitalo-Universitaire ayant toutes les commodités pouvant permettre de former dans de très bonnes conditions les futurs médecins ivoiriens et étrangers. C'est le sens à donner à la création de la Faculté de médecine dans de nouveaux locaux, à Cocody, pour la rentrée universitaire 1968-1969. En juillet 1970, la Faculté de Médecine du CHU de Cocody ouvre ses portes sur une superficie totale de 8894 m². En raison du nombre de plus en plus croissant des effectifs des étudiants en médecine, cette Faculté s'étend désormais sur deux sites d'enseignement : Treichville avec le maintien en service des laboratoires et des salles de cours et Cocody où est bâti le nouveau et plus important ensemble hospitalier-universitaire du pays.

On peut le dire, la Faculté de Médecine d'Abidjan a trouvé sa physionomie définitive, dès 1970, avec l'ouverture du CHU de Cocody. Comment s'organise les études médicales à partir de 1970 ? La sélection des étudiants se fait toujours au niveau baccalauréat avec une nouveauté : en effet le gouvernement décide d'adapter l'entrée en Faculté aux nécessités de son plan de santé, aux nécessités de développement dans d'autres domaines et aux possibilités d'accueil du CHU. Ainsi, afin d'éviter que les échecs soient trop nombreux au

⁴⁶⁹ Pène (P), « Préface », *Annales de l'Université d'Abidjan (Médecine)*, 1968, n°2, p. 6-7

cours du premier cycle, un contrôle des aptitudes est institué à l'entrée de la Faculté de Médecine avec une priorité accordée aux bacheliers scientifiques : seuls les étudiants titulaires du baccalauréat C et D sont admis ainsi que les bacheliers littéraires ayant obtenu 12 de moyenne dans les disciplines fondamentales⁴⁷⁰.

Les études, en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine, s'étalent sur sept ans, après l'obtention du baccalauréat, réparties en trois cycles⁴⁷¹. Le premier cycle se fait en deux ans. Durant ce cycle, la première année s'ouvre sur des enseignements à prédominance biologique-sciences fondamentales où les étudiants se familiarisent avec les problèmes soulevés par l'approche de la médecine préventive et sociale. En deuxième année, une initiation à la sémiologie médicale et à l'épidémiologie est intégrée aux enseignements. Le deuxième cycle de trois ans couvre la troisième, la quatrième et la cinquième année et correspond aux années d'apprentissage aux fonctions médicales. Devenu hospitalier, l'étudiant est Externe à la fin de la quatrième année et le reste jusqu'à la fin de ses études, sauf pour les Internes. A ce titre, il participe pleinement à toutes les activités hospitalières. Durant ces trois années, à la pathologie et à la thérapeutique sont intégrées dans les enseignements les sciences nécessaires à leur compréhension notamment l'anatomie pathologique, la microbiologie, l'immunohématologie, la pharmacologie et la radiologie. L'étudiant doit aussi obligatoirement effectuer quatre stages de cinq mois dans plusieurs services⁴⁷² et se consacrer enfin à une année de stage tournant en ORL, ophtalmologie, dermatologie, psychiatrie et odontostomatologie.

A la fin de la cinquième année se situe l'Internat⁴⁷³ qui débouche, pour ceux qui y sont reçus, sur le troisième cycle qui les conduit à faire quatre ans d'études supplémentaires et les orienter soit vers la clinique soit sur la biologie ou sur les spécialités. Pour les autres, la sixième année d'étude est réservée aux activités de Santé Publique et de médecine rurale. Elles donnent lieu à des stages de formation obligatoire de trois mois en zone rurale pilote d'enseignement (Bouaflé et Adzopé) et à d'autres stages dans les services des Grandes

⁴⁷⁰ Bertrand (E) « Le C.H.U d'Abidjan et la formation médicale en Côte d'Ivoire », *Médecine d'Afrique Noire*, 1972, t. XIX, n°4, p. 267-271

⁴⁷¹ Pène (P), Art. Cit., 1970, p. 141-152

⁴⁷² Ce sont la médecine, la chirurgie, la gynéco-obstétrique, la pédiatrie.

⁴⁷³ Le concours d'Internat permet, dans les mêmes conditions qu'en France, de sélectionner les meilleurs étudiants et de préparer ainsi les cadres hospitalo-universitaires et les futurs spécialistes. En janvier 1967, a eu lieu le premier concours d'Internat à l'issue duquel 16 internes ont été nommés, voir Bertrand (E), Art. Cit., 1972, p. 267-271 ; Pène (P), Art. Cit., 1970, p. 141-152

endémies, à l'Institut National de la Santé Publique (INSP), à des responsabilités dans un poste médical confié par la Direction de la Santé Publique. Enfin, la septième année effectuée entièrement au CHU représente une année d'orientation définitive avec les cliniques et la rédaction d'une thèse dont le sujet peut porter aussi bien sur un travail clinique et biologique original que sur un thème de Médecine sociale⁴⁷⁴.

Quelle est la place de l'enseignement sur le paludisme dans ce cursus ? On dispose de peu d'informations sur cette question du moins jusqu'aux années 90. Mais d'après les témoignages fournis par un professeur de la faculté de médecine d'Abidjan⁴⁷⁵, les étudiants sont instruits sur la pathologie par des notes sur les signes cliniques de la maladie de même que sur l'arsenal thérapeutique disponible. Mais c'est bien plus tard, au cours des années 90, qu'une réelle collaboration s'est instaurée entre la structure en charge du paludisme et le personnel enseignant de la faculté de médecine d'Abidjan⁴⁷⁶.

⁴⁷⁴ La formation des médecins a connu une évolution au cours des années 90 avec l'ouverture de la Faculté de médecine de Bouaké qui forme les étudiants à partir de la cinquième année. Par ailleurs, des informations sur la formation médicale sont développées dans un ouvrage consacré aux professionnels de santé en Afrique de l'Ouest, voir Adjagbé (A), Konan Bla (C), « Objectifs et réalités des formations des soignants en Côte d'Ivoire » : dans Vidal (L), Fall (A.S) Gadou (D), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, l'Harmattan (Logiques sociales), 2005, p.151-169

⁴⁷⁵ Entretien réalisé le 7 juillet 2002 avec le professeur Emmanuel Bissagnéné, Chef du Service des maladies infectieuses du CHU de Treichville et responsable du Département des maladies infectieuses de la Faculté de Médecine d'Abidjan en 2002

⁴⁷⁶ Des informations plus détaillées ont été fournies par l'un de nos informateurs. D'après son témoignage les modules d'enseignements sur le paludisme ont varié et sont devenus plus lisibles avec la création du Programme national de lutte contre le paludisme dans la deuxième moitié des années 90. De façon générale, les enseignements sur le paludisme, pilotés par le département des maladies infectieuses de la Faculté de Médecine, visent à donner aux apprenants tous les outils nécessaires à la compréhension de la pathologie palustre : reconnaître la maladie, la diagnostiquer et proposer une thérapeutique appropriée. D'après le formateur, c'est en quatrième année que les cours sur le paludisme sont dispensés aux futurs médecins dans l'objectif de leur permettre de faire une connaissance plus approfondie avec la maladie. Le département de parasitologie qui assure ses enseignements leur fait faire des manipulations et des tests de reconnaissance de la maladie, son vecteur, les parasites en cause et le mode de transmission. Ensuite vient le tour du département des maladies infectieuses dont les cours visent à expliquer l'apparition des manifestations cliniques, biologiques et les complications mortelles éventuelles. Il faut attendre deux ans après, soit en sixième année, pour retrouver ses enseignements cette fois-ci dans leur dimension thérapeutiques et préventive. Durant cette année, « sont dispensés les modules d'enseignements portant sur les stratégies et les schémas thérapeutiques et leurs indications particulières. Ceci en tenant compte des schémas thérapeutiques et prophylactiques recommandés au plan national ». La collaboration entre la Faculté et le Programme national de lutte contre le paludisme prend ici tout son sens avec l'intégration dans les modules d'enseignements des directives du programme national de lutte contre le paludisme comme le confirme les propos du formateur : « C'est pourquoi nous restons très collés au Programme national de lutte contre le paludisme qui propose des directives que nous dispensons aux étudiants. Nous tenons compte des directives nationales pour enseigner nos cours ». La dimension pratique des enseignements est aussi importante en ce qu'elle permet aux étudiants d'être confrontés aux cas cliniques lors des stages hospitaliers. Ceux-ci sont appelés à présenter ces cas pendant les séances de visites médicales et à proposer des analyses pratiques à la fois cliniques et thérapeutiques. Ceci dans la perspective de les préparer aux conditions d'exercice après le doctorat dans les hôpitaux et centres de santé où le diagnostic repose très souvent

La formation médicale post-indépendante soulève plus de problèmes qu'elle n'offre de solutions. A l'analyse, on peut dire que les circonstances qui ont présidé à la création des instituts universitaires médicaux en Afrique font que ceux-ci prolongent des réalités propres à la métropole, dont ils deviennent tributaires. C'est en quelque sorte le prolongement des mêmes structures destinées à la formation des cadres auxiliaires et paramédicaux. Il n'apparaît donc aucune originalité dans l'enseignement de la médecine en Afrique : il est un héritage de son passé colonial. C'est une transposition ex-nihilo des facultés françaises en Afrique avec ses lacunes. Lesquelles ne prennent pas suffisamment en compte les réalités africaines pourtant nécessaires dans la réussite des programmes de santé. Il est souhaitable que les particularités du contexte africain s'intègrent dans le programme obligatoire des études médicales. Cela passe donc par la modification des programmes et des méthodes pédagogiques de telle sorte que la pathologie africaine et la santé publique soient enseignées à tous les niveaux⁴⁷⁷.

L'une des difficultés de cet enseignement réside dans l'instauration des concours hospitaliers tels qu'ils sont conçus en France –externat, internat et assistantat- qui ne se justifie pas dans les structures de formation africaines, là où la carence en personnel sanitaire est telle qu'il faut constamment recourir à l'assistance technique. Alors que dans le même temps, un paradoxe surgit dans les concours organisés où le nombre de places mises en jeu est supérieur au nombre de postulants. Cette situation a pour conséquence de créer artificiellement des déficits du personnel de santé.

A cela s'ajoute la durée des études fixée à sept ans qui ne permet pas aux Etats de disposer de toute urgence du nombre suffisant de cadres médicaux dont ils ont besoin. Ce faisant, le taux élevé de « mortalité » universitaire, entraîné par le filtrage terrible du PCB ou CPEM, les échecs fréquents et les éliminations sans nombre ne favorisent pas non plus la formation rapide des cadres en quantité suffisante. Bien au contraire, il éloigne les étudiants de la médecine pour d'autres disciplines.

sur l'observation des signes cliniques plus que la preuve par les examens de laboratoires parfois coûteux. La réforme des enseignements introduite à la Faculté de Médecine à la fin des années 90 valorise le parcours du stage hospitaliers de l'étudiant par la délivrance d'un certificat d'évaluation clinique et thérapeutique qui valide le stage hospitalier des étudiants : Entretien réalisé le 7 juillet 2002 avec le professeur Emmanuel Bissagnéné, Chef du Service des maladies infectieuses du CHU de Treichville et responsable du Département des maladies infectieuses de la Faculté de Médecine d'Abidjan.

⁴⁷⁷ Pour des informations complémentaires voir, Sankalé (M), Ba (H), « Les problèmes des études médicales universitaires en Afrique Noire, *Médecine d'Afrique Noire* (Les 6^e journées médicales de Dakar, 12-18 janvier 1969), janvier 1969, n°1, 5 p

Un autre problème s'observe au niveau des programmes d'études qui sont inadaptés. Car, les pays sous-développés doivent faire face aux nombreux problèmes de maladies sociales endémiques. Ils ont besoin de cadres médicaux ayant une formation clinique polyvalente et aussi imprégnés de notions de médecine préventive et de médecine sociale. Or dans la pratique, dans les facultés de médecine de Dakar ou d'Abidjan, semblables à tous égards aux facultés françaises, la pathologie tropicale, l'hygiène, l'épidémiologie et les sciences sociales sont négligées au profit de ce qu'on pourrait appeler la « pathologie occidentale »⁴⁷⁸. La preuve est l'insuffisance du personnel de santé dans les premières années des indépendances. En Côte d'Ivoire, par exemple, à l'instar de la répartition des infrastructures de santé, on a constaté des inégalités dans la répartition du personnel médical : en effet, la région d'Abidjan, avec 1/8 de population totale abrite plus de 50% des médecins. Cette inégalité masque les gros écarts dans des villes de l'intérieur du pays. Elle s'étend même à l'ensemble du personnel médical et paramédical tant qualitativement que quantitativement⁴⁷⁹.

Les préoccupations ci-dessus sont partagées par l'OMS qui, lors de la Conférence des Etats africains sur le développement de l'éducation en Afrique⁴⁸⁰, a souligné la nécessité de développer l'enseignement à tous les échelons pour résorber le déficit. Par exemple, dès l'accession de la plupart des pays à l'indépendance, alors que dans les pays développés, on compte 1 médecin pour 1000 habitants, en Afrique, il est de l'ordre de 1 pour 5000 au moins et 1 pour 10000 au plus⁴⁸¹. Pire, la différence est plus marquée pour les agents auxiliaires. D'autres problématiques liées à la question de l'adaptation de l'enseignement aux réalités africaines, au nombre de candidats peu nombreux pour les études médicales en raison des déficiences de l'enseignement secondaire sont récurrentes. Le nombre relativement faible des écoles de médecine à cette période est à prendre aussi en considération⁴⁸².

⁴⁷⁸ Anonyme, « Table ronde sur la médecine en Afrique noire », Présence Africaine, 1969, n°69, vol.1, 1^{er} trimestre, p. 28-141

⁴⁷⁹ Ngami Dja (E), Op. Cit., 1980, p. 64

⁴⁸⁰ UNESCO, La formation de personnel sanitaire en Afrique de 1960 à 1970 (Conférence d'Etats africains sur le développement de l'éducation en Afrique, Addis-Abeba, 15-25 mai 1961), Paris, OMS, 1961, 14 p

⁴⁸¹ Les chiffres annoncés sont à manier avec beaucoup de prudence parce que les données comportent beaucoup de lacunes. Cependant, ils permettent de saisir la gravité de la question de la pénurie et de la formation du personnel de santé.

⁴⁸² En 1961, peu nombreux sont les pays disposant d'une Faculté ou d'une Ecole de Médecine. Exception faite de la province d'Egypte et de l'Union Sud-Africaine, on dénombre les institutions suivantes : Facultés mixte de médecine et de pharmacie, Alger (Algérie), Faculté de médecine de l'Université du Congo, Elisabethville

Au total, ni sur le plan des infrastructures sanitaires ni au niveau des agents de santé, la Côte d'Ivoire ne disposent d'atouts pour entreprendre une quelconque politique d'éradication ou de prééradication du paludisme. Les raisons liées à l'histoire coloniale du territoire expliquent, en grande partie, cette difficulté qui a pris la forme d'un retard accusé dans le développement des structures sanitaires et dans la formation du personnel de santé. Cette situation n'a pas empêché pour autant le système sanitaire et ses animateurs de faire face l'immensité des tâches qui leur incombent au sujet du paludisme. Quelles ont été les modalités concrètes de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire entre 1948 et 1970 ?

(Congo, Léopoldville), Ecole nationale de médecine et de pharmacie de l'Université de Dakar (Sénégal), Ecole de médecine et de pharmacie de Tananarive (Madagascar), Faculty of medicine University College, Ibadan, (Nigéria), Faculty of medicine University of Karthoum (Soudan), Faculty of medicine University, Makerere, University College of East Africa, Kampala (Ouganda), voir UNESCO, Op. Cit., 1961, 14 p

CHAPITRE III :

Quelle alternative à l'« éradication du paludisme » dans le contexte ivoirien ?

Ce chapitre entend analyser l'alternative à la politique d'éradication en Côte d'Ivoire. La question que l'on pose est de savoir comment la lutte contre le paludisme est menée dans un contexte où l'application de la "politique d'éradication" n'est pas possible. L'intérêt de cette analyse est de discuter des réponses que les autorités en charge du territoire colonial puis de l'Etat de Côte d'Ivoire apportent à la lutte contre le paludisme. Cependant, une précision mérite d'être faite : l'on n'a pas attendu la création de l'OMS et encore moins le lancement de la politique d'éradication du paludisme, en 1955, pour s'attaquer au paludisme dans les colonies françaises dont fait partie la Côte d'Ivoire. En réalité, les résultats des travaux entrepris par la « section paludisme » du SGHMP de 1948 à 1951⁴⁸³ à l'échelle de la fédération ont conclu à l'impossibilité d'interrompre la chaîne de transmission du paludisme, donc de l'éradiquer⁴⁸⁴, en raison du coût élevé d'une telle activité et des difficultés d'ordre technique et non technique⁴⁸⁵.

Faute de pouvoir entreprendre l'« éradication du paludisme », les responsables sanitaires inaugurent une période d'application de mesures hybrides de lutte contre l'endémie. Quelles sont donc les réalités de la lutte antipaludique en Côte d'Ivoire entre 1948 et 1970 ? Deux mesures concrètes sont privilégiées durant cette période et vont nourrir la réflexion qui va suivre : il s'agit de la prophylaxie antianophélienne portée par une politique d'hygiène

⁴⁸³ Le médecin-colonel Henri Jonchère a été directeur du SGHMP de 1949 à 1951 succédant au médecin-colonel Jules Le Rouzic

⁴⁸⁴ Pour le directeur de la « section paludisme », l'importance du paludisme en AOF conduit à penser que les moyens de lutte actuellement disponibles ne peuvent pas permettre d'éradiquer le paludisme sur une étendue peuplée de 16 millions d'habitants. Il conclut qu'il n'est pas actuellement souhaitable de dépenser toutes les ressources pour tendre vers une éradication complète du vecteur en tout ou partie du territoire de l'AOF », voir Jonchère (H), Rapport sur le paludisme en AOF et les travaux antipalustres de la section paludisme du SGHMP, sd., p. 88.

⁴⁸⁵ Dans une sorte de conclusion, l'auteur du rapport donne des raisons qui justifient cette décision, voir Jonchère (H), Op. Cit., 90 p

ambitieuse d'une part et, d'autre part, de la pratique de la chimiothérapie qui a trait au mode d'action des médicaments dans leurs utilisations curatives et préventives au moyen d'antipaludiques.

I. Réduire l'incidence du paludisme sur les populations à travers l'amélioration du cadre de vie : l'affirmation d'une politique d'hygiène.

Les pratiques de l'hygiène individuelle et collective ne pas datent du XX^e siècle, c'est une construction de l'histoire de la santé, de la santé publique plus particulièrement qui a traversé toutes les grandes périodes. Mais c'est surtout au XVIII^e siècle que cette pratique est codifiée et fondée sur une nouvelle façon de penser les relations du corps et de son environnement. Peu à peu se développe l'idée « qu'une maladie naît dans des conditions d'environnement précises et qu'il suffit d'en changer l'un des éléments pour la supprimer »⁴⁸⁶. Dès lors apparaissent des projets de législation sanitaire pour protéger l'homme et son environnement, de même que la naissance d'un mouvement de médecins français et étrangers. Lesquels préconisent des mesures d'intervention précises selon lesquelles les maladies endémiques et épidémiques proviennent des conditions d'environnement⁴⁸⁷.

Ces pratiques vont se développer à partir des années 1740 comme l'un des principaux moyens d'action des médecins et des autorités sanitaires dans les pays de l'Ouest européen. En France, les valeurs portées par la Révolution facilitent l'expression et l'organisation d'un mouvement médical favorable à la réforme hygiénique de la société. Mais, la grande période de l'hygiène publique française, sur le plan de sa production et du dynamisme de ses recherches se situe sans aucun doute dans les années 1820-1840⁴⁸⁸.

⁴⁸⁶ C'est la base du nouveau courant néo-hippocratique développé au XVIII^e siècle, voir Bourdelais (P), « *Les logiques du développement de l'hygiène publique* », dans Bourdelais (P) et al, *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Belin, 2011, p. 5-26

⁴⁸⁷ Ces mesures qui interviennent entre la fin du XVII^e et le début du XVIII^e siècle, prescrivent de drainer les marécages, les tourbières, les fossés, les douves et tous les emplacements d'eaux stagnantes. Les mesures d'assainissement sont prévues et le nettoyage des maisons.

⁴⁸⁸ Pour des détails sur cette question, voir Bourdelais (P), *Op. Cit.*, p. 5-26

Le mouvement de l'hygiène publique va d'abord chercher la reconnaissance internationale avant de s'enraciner localement. Cette internationalisation s'opère par le biais de l'organisation de conférences internationales pour porter très haut et très loin les pratiques de l'hygiénisme. A ce titre, les congrès constituent des lieux où s'opèrent les transferts, des scènes de circulation internationale des notions d'hygiène et des scènes de transferts culturels véhiculés par des savants d'un pays à un autre. Ces assises internationales⁴⁸⁹ ont donc favorisé la circulation des savoirs et des pratiques hygiénistes communs à l'Europe. De ce point de vue, les congrès ont autant travaillé à l'élaboration de traditions et à la fondation d'une communauté de même qu'à l'émergence d'une pratique coopérative par l'établissement d'instruments de travail communs⁴⁹⁰. Par exemple, lors du congrès de Paris de 1878, « les nombreux médecins et universitaires progressistes, présents parmi les organisateurs, contribuent à officialiser l'instance de légitimation de l'hygiénisme à la fois au sein de la classe politique et parmi les représentants de la médecine libérale »⁴⁹¹. Celui de Turin, en 1880, a appelé les Parlements européens à l'élaboration des lois indispensables afin de contrôler l'hygiène publique et de mettre en œuvre une politique de prévention des maladies infectieuses et d'assistance sanitaire gratuite⁴⁹². Le début du XX^e siècle a été l'occasion de traduire en acte, notamment en France, la volonté des médecins hygiénistes exprimée lors des rencontres internationales.

La politique d'hygiène dans les colonies françaises plus généralement, et l'hygiène urbaine en particulier repose tout entière sur les dispositions du décret du 14 avril 1904⁴⁹³ sur la protection de la Santé Publique en AOF. Aux termes de ce texte, les autorités coloniales sont mises à rude contribution et c'est elles qui doivent mettre en place les leviers des moyens

⁴⁸⁹ Le premier congrès s'est déroulé en 1876 à Bruxelles ; le deuxième a eu lieu à Paris et le troisième, en 1880 à Turin, voir Nonnis Vigilante (S) « Idéologie sanitaire et projet politique. Les congrès internationaux d'hygiène de Bruxelles, Paris et Turin (1876-1880), dans Bourdelais (P) et al, Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles), Paris, Belin, 2011, p. 241-265

⁴⁹⁰ Sur cette question, voir Rasmussen (A), « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales », dans Bourdelais (P) et al, Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles), Paris, Belin, 2011, p. 213-236

⁴⁹¹ Sur cette question, voir Nonnis Vigilante (S), Op. Cit., 2011, p. 241-265

⁴⁹² Le but officiel de ce congrès est de « promouvoir le progrès de l'hygiène et de sa doctrine à travers les expériences de laboratoire réalisées par des savants influents. Et de se réunir pour résoudre les problèmes qui concernent le bien-être de la société ». Les discours officiels prononcés abandonnent en partie la rhétorique officielle pour demander aux Parlements respectifs la promulgation des lois sanitaires indispensables à l'assainissement de la société et surtout celles relatives à la vaccination antivariolique obligatoire et à la revaccination, voir Nonnis Vigilante (S), Op. Cit., 2011, p. 241-265.

⁴⁹³ ANS : Décret du 14 avril 1904 sur la protection de la santé publique en AOF.

pour conduire les activités d'hygiène. Ainsi, des lieutenants-gouverneurs sont invités à prendre des règlements sanitaires pour faire respecter les mesures qui seront arrêtées. Quant à la réalisation des activités d'hygiène, elles relèvent exclusivement des services municipaux d'hygiène qui sont créés par arrêtés du gouverneur général, rendus sur la proposition des lieutenants-gouverneurs dans les villes et agglomérations de l'AOF. Des comités et commissions d'hygiène et de salubrité publique doivent être constitués par les lieutenants-gouverneurs approuvés par le gouverneur générale de l'AOF conformément au titre 2 du décret du 15 décembre 1904. Il est en outre institué au siège du gouvernement général de l'AOF, un comité supérieur d'hygiène et de salubrité publique et de salubrité qui est un organe consultatif.

En pratique, la plupart des chefs-lieux de territoires doivent posséder un service d'hygiène. En application du décret de 1904, un service d'hygiène de la ville d'Abidjan voit le jour un an plus tard. Le cadre réglementaire qui l'organise émane de la plus haute autorité de l'Afrique Occidentale Française.

C'est l'arrêté n°124 du 4 février 1905⁴⁹⁴ du gouverneur général Ernest Roume qui crée un service d'hygiène de la Côte d'Ivoire conformément aux dispositions du décret du 14 avril 1904⁴⁹⁵ modifié par les décrets du 6 mai 1922 et du 24 juillet 1924. Les missions du service d'hygiène de la commune d'Abidjan ont été fixées par l'arrêté local n°124 du 4 février 1905⁴⁹⁶ et par note de service n°2017/S du 3/10/1946 du directeur local de la Santé Publique.

⁴⁹⁴ ANS : Service d'Hygiène : textes de base de 1897-1953 ; service d'hygiène de Dakar, 1950-1957 ; de Saint-Louis, 1946 ; des territoires, 1952

⁴⁹⁵ Ce décret s'applique en réalité à l'hygiène urbaine et repose sur un dispositif dont les grands principes sont les suivants : Des règlements sanitaires peuvent être édictés par des Lieutenants-Gouverneurs ; des Services Municipaux d'Hygiène peuvent être institués par arrêtés du Gouverneur Général, rendus sur la proposition des Lieutenants-Gouverneurs, dans les villes et agglomérations de l'AOF ; des *Comités et Commissions d'Hygiène et de Salubrité Publique* doivent être constitués par arrêtés des Lieutenants-Gouverneurs approuvés par le Gouverneur Général de l'Afrique Occidentale Française conformément au titre 2 du Décret du 15 décembre 1904 ; l'institution au siège du Gouvernement Général de l'Afrique Occidentale Française, d'un *Comité Supérieur d'Hygiène et de Salubrité Publique* qui est un organe consultatif . en pratique, la plupart des chefs-lieux de territoires possèdent un Service d'Hygiène dont l'activité s'exerce dans les domaines suivants : hygiène de l'habitat, permis de construire ; maladies contagieuses à déclaration obligatoire ; contrôle des eaux de boisson ; service médical de prisons ; surveillance de la prostitution ; lutte antimoustiques ; lutte antimurine ; recherches des indices pulcidiens ; vaccinations ; contrôle de la salubrité urbaine en liaison avec le service de la voirie et police sanitaire des aéroports. Enfin, le chef de service d'hygiène cumule ses fonctions avec celles de médecin-inspecteur scolaire ; voir ANS : Décret du 14 avril 1904 sur la protection de la Santé Publique en AOF, modifié par les décrets du 6 mai 1922 et 24 juillet 1924 et promulgué en AOF par l'arrêté n°142 du 11 mai 1904.

⁴⁹⁶ L'article 1^{er} de cet arrêté précise qu'« un service d'hygiène est institué à la Côte d'Ivoire, au Chef-lieu de la Colonie, et, éventuellement, dans les ports, chefs-lieux de cercles et agglomérations où son fonctionnement sera

Ces missions sont nombreuses et comportent l'inspection des voies publiques et des immeubles et leur assainissement, notamment en ce qui a trait à la lutte antilarvaire ; le contrôle du service de la voirie, la surveillance de l'eau potable, des vidanges des égouts, de l'épuration des eaux usées, de l'enlèvement des ordures ; le contrôle de l'établissement du casier sanitaire des maisons ; la réception des déclarations des cas de maladies contagieuses, de l'exécution de toutes mesures prophylactiques qui s'y rapportent, des désinfections qu'elles exigent ; la pratique de toutes vaccinations ; la surveillance de la prostitution. Tout cela se fait sous l'autorité du médecin-chef chargé des fonctions d'agent ordinaire de la santé maritime et aérienne. Quant au médecin-chef du service d'hygiène d'Abidjan, il a été désigné par décision n° 598/ S du 10-2- 1948 comme Médecin inspecteur des écoles de la commune mixte d'Abidjan⁴⁹⁷.

Plusieurs services d'hygiène non encore fonctionnels sont créés dans les grands centres urbains, pourvus d'un poste médical ou d'une formation sanitaire, pour accroître l'efficacité des actions à mener. Mais, l'insuffisance du personnel spécialisé doublée du manque criant de matériels retarde le démarrage des activités de ces services décentralisés. Quel a été le rôle du service d'hygiène dans la lutte contre le paludisme ?

Les activités du service d'hygiène dans le cadre de la lutte antipaludique seront analysées en deux étapes : une première étape qui part de 1948 à 1953 correspond à la période d'expérimentation poussée du house-spraying et une deuxième période de 1953 à 1970 qui se caractérise par une utilisation à grande échelle, donc une généralisation du house-spraying non seulement à Abidjan mais dans les grandes agglomérations du pays. La montée en puissance de la pratique du house-spraying et plus largement de l'hygiène urbaine au cours des deux périodes n'occulte pas pour autant les difficultés quotidiennes du personnel du service d'hygiène.

jugé nécessaire et applicable ». Deux autres articles donnent des indications sur les missions du service : il s'agit de l'article 2 qui précise que « Sous l'autorité de l'Administrateur ou Commandant de poste et la surveillance technique de l'autorité sanitaire, le service d'hygiène est chargé de l'exécution des dispositions qui résultent du décret du 14 avril 1904 et des règlements sanitaires édictés par le lieutenant-gouverneur, conformément à ce décret ». Si l'article ci-dessus situe le cadre général d'intervention du service d'hygiène, l'article 5 va plus loin pour décliner les domaines d'intervention : « Les agents du service d'hygiène sont chargés de procéder à l'inspection des voies publiques ou privées et des immeubles publics, bâtis ou non, et, dans les conditions déterminées par les articles 6 et 7, à l'inspection des immeubles privés, bâtis ou non. Sur les voies publiques, il sera procédé par leurs soins à l'exécution des mesures d'assainissement présentant un caractère d'urgence et, notamment, de celles ayant pour but la destruction des moustiques... », voir ANS : Arrêté n° 124 relatif à la création d'un Service d'Hygiène de la Côte d'Ivoire.

⁴⁹⁷ Archives de l'OCCGE : Médecin-Capitaine Batailler, Rapport annuel 1948 du service d'hygiène, Service de Santé, Service d'hygiène, Abidjan, 1949, 14 p + (4 p de tableaux)

Cette réalité est résumée par le médecin-chef du service d'hygiène, en 1948, quand il reconnaît que les moyens mis en œuvre dans le cadre de la lutte prophylactique contre le paludisme et plus largement contre les grandes endémies en Côte d'Ivoire ne sont pas à l'échelle de l'importance des affections et de leur incidence sur les populations⁴⁹⁸. La réussite d'une telle action relève de la compétence d'un service comme le SGHMP qui est doté d'une organisation solide et de puissants moyens matériels. Or, si le SGHMP s'occupe aussi des grandes endémies, le paludisme compris, c'est bien le service d'hygiène qui s'attaque aux vecteurs du paludisme par des opérations qu'il mène sur le terrain. Le SGHMP n'intervient qu'en fournissant les moyens financiers et humains de même que la logistique nécessaire. C'est donc une œuvre collective qui, outre le service d'hygiène et le SGHMP, enregistre l'intervention d'autres services compétents notamment, la municipalité et les Travaux Publics⁴⁹⁹.

C'est donc dans le prolongement de ce qu'il a fait depuis sa création que le service d'hygiène qui coordonne l'ensemble des travaux aborde l'année 1948. Logé dans des locaux très modestes et insuffisants, c'est avec une petite équipe qu'il déroule ses activités. Le « bataillon » qui est sous les ordres du directeur du service d'hygiène est un mélange d'agents européens et locaux. Il se compose, outre du médecin-chef du service, de trois agents contractuels d'hygiène (européens) d'un personnel africain comprenant un infirmier-spécialiste d'hygiène de onze agents auxiliaires d'hygiène et un chauffeur. Globalement, le personnel en activité est de compétence variable et largement insuffisant par rapport aux tâches à accomplir. Pour cause, le médecin-chef est souvent absorbé par des fonctions trop nombreuses (inspection sanitaires des Ecoles, service de radiographie) qui ne lui permettent pas de se consacrer entièrement au seul service d'hygiène. Les agents européens bien qu'en nombre suffisant, sont d'une qualité très inégale car souvent recrutés comme contractuels. Quant aux agents africains, ils donnent à peu près satisfaction à condition de ne pas se montrer trop exigeant. En attente de la définition de leur statut, leur situation matérielle n'est guère enviable. Au total, le service d'hygiène n'est pas mieux loti que les autres structures

⁴⁹⁸ ANS : Rapport du service de santé de Côte d'Ivoire, 1948

⁴⁹⁹ A chaque structure est confiée une tâche précise : ainsi, le service d'hygiène, avec ses propres ressources, s'occupe des mesures antianophéliennes à la portée de ses moyens ; le SGHMP prend en charge les travaux plus importants dépassant les moyens du service d'hygiène. Il en assure le financement, fournit le matériel, les ingrédients et le personnel ; la municipalité prend en charge les travaux de voirie et d'urbanisme et enfin, les Travaux Publics interviennent dans les travaux relevant de leur seule technicité, voir Bernet (J-L), « Exposé sur la lutte antipalustre en AOF. Objet et fonctionnement du service », *Bulletin Médical de l'AOF* (journées médicales de Bobo Dioulasso, 24 au 29 janvier 1949, n° spécial, Dakar, 1949, p. 127-133

sanitaires de la colonie. Bénéficiant dans le cadre de ses missions de financements provenant de trois budgets : le budget local, le budget communal et celui du FIDES⁵⁰⁰, le service dispose néanmoins, de moyens logistiques encore insuffisants composés de deux camionnettes, quatre bicyclettes en mauvais état, un vélomoteur, de pulvérisateurs, une pirogue et des accessoires pour les pulvérisateurs.

Avant d'analyser le travail réalisé sur le terrain, une présentation des conditions du développement du paludisme à Abidjan où se sont essentiellement déroulées les opérations antipalustres est nécessaire pour comprendre la portée des actions menées sur le terrain. La détermination des conditions du paludisme est le fruit des études réalisées à la fois par la section paludisme du SGHMP⁵⁰¹ et par le service d'hygiène lui-même.

Géographiquement, la commune-mixte d'Abidjan, capitale de la Côte d'Ivoire comprend trois principaux quartiers : le premier est Abidjan-ville, situé sur un plateau surélevé avec une population de 2 à 3.000 Européens et assimilés ; le deuxième, Treichville situé sur une Île de la lagune est au sud d'Abidjan et relié à lui par un pont flottant de 400 mètres et séparé de la pointe de la presqu'île par 400 mètres de la lagune. Il s'étend sur 100 ha et comprend 30.000 habitants africains occupant 300 concessions. Le troisième, Adjamé coiffe au nord la presqu'île d'Abidjan et s'étend sur 40 ha et comprend 20.000 africains environ, occupant 200 concessions⁵⁰². La répartition de la population de cette agglomération coloniale sur deux espaces qui séparent la population blanche et la population noire est caractéristique de villes coloniales et de la différence de traitement qui la sous-tend.

⁵⁰⁰ Le budget spécial FIDES a permis d'acheter l'insecticide DDT dans la pharmacie d'approvisionnement de la colonie en pleine réhabilitation.

⁵⁰¹ La section paludisme du SGHMP, en dépit de ses maigres moyens, déroule sans tarder son plan d'action au cours de l'année 1948. Il se traduit par une étude sur la répartition des anophèles en Afrique Occidentale Française au cours de laquelle, furent prospectées quelques agglomérations de la Côte d'Ivoire. Ces travaux font partie de ses missions, à savoir, entre autres, étudier les conditions du paludisme dans les principaux centres de l'AOF et plus particulièrement les conditions anophéliennes et approfondir certains aspects de la biologie des anophèles en cause dans ce qui peut les rendre vulnérables, ont duré du 1^{er} août 1948 au 31 mars 1950 et concerné les colonies de la Haute-Volta, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée Française, le Soudan français, le Sénégal, le Niger et le Dahomey. Les prospections réalisées en Côte d'Ivoire se sont déroulées dans les agglomérations suivantes : Grand-Bassam, Abidjan, Abengourou et Bouaké. Le choix de ces agglomérations n'est pas fortuit. Les deux premières citées sont de grands centres urbains relativement peuplés, situés sur la côte et entourée par un réseau hydrographique. Elles concentrent, en outre, une importante population d'origine européenne dont il faut assurer la santé et la protection contre le paludisme, à côté de laquelle vivent les communautés indigènes, voir Bernet (J-L), *De quelques observations au sujet de la lutte contre l'anophèle par le DDT en AOF*, SGHMP, Section paludisme, Bobo-Dioulasso, 1949, 22 p ; Jonchère (H), *Rapport sur le paludisme en AOF et les travaux antipalustres de la section paludisme du SGHMP*, Bobo Dioulasso, 1950, 91 p

⁵⁰² Archives de l'OCCGE : Plan de campagne antipalustre pour la commune-mixte d'Abidjan, 1948

Dans la commune-mixte d'Abidjan, le paludisme sévit à l'état endémique sur tout le territoire de la ville et est conditionné par la présence permanente d'anophèles de race *gambiae*. Les bords lagunaires, envahis par des herbes fixes ou flottantes, constituent le principal réservoir larvaire, surtout au moment des hautes eaux consécutives à des précipitations importantes. Par ailleurs, les herbes flottantes et les pistias⁵⁰³ proviennent principalement de la crue du fleuve Agneby. Ce phénomène a lieu au mois d'août quand, ce cours d'eau, situé à l'ouest d'Abidjan, déverse ses herbes par des vents dominants pour les rassembler au fond de la baie de Cocody.

La zone d'inondation est localisée aux environs de l'Île de Petit Bassam occasionnée très souvent par des eaux de pluies évacuées vers la lagune par un drainage horizontal d'une part, et d'autre part, par l'envahissement de la lagune des berges basses. A tout ceci, s'ajoutent les chalands qui amènent sur les quais lagunaires d'Abidjan des produits divers comme des cailloux et du sable. Il en est de même des trous de sable creusés par les Travaux publics et rarement bouchés, le long des berges lagunaires tout autant que les flaques d'eau de pluie de Treichville et d'Abidjan.

Ces conditions qui favorisent le développement du paludisme sont non seulement pourvoyeuses de moustiques, mais responsables de la formation de gîtes larvaires dans l'agglomération de la commune-mixte d'Abidjan. Ceux-ci sont au nombre de trois avec des caractéristiques qui leur sont propres (Tableau n°3).

Dans le cadre de la lutte antipalustre⁵⁰⁴, les activités du service portent essentiellement sur la lutte antilarvaire, le house-spraying et l'assainissement⁵⁰⁵. Ainsi, pour se conformer aux

⁵⁰³ Ce sont des plantes flottantes que l'on trouve dans les régions lagunaires de Côte d'Ivoire, du Togo, du Dahomey, dans Les bras du Niger à Bamako et à Niamey, sur les fleuves de la Casamance, dans les Niayes du Sénégal, dans les barrages et réserves d'eau de Haute-Volta et du Soudan, voir Jonchère (H), Op. Cit., sd, p.78.

⁵⁰⁴ La lutte est réalisée au moyen d'insecticide à effet rémanent. Si le DDT constitue le produit phare des années 40, il n'empêche que d'autres produits qui ont fait leur preuve continuent d'être utilisés : ce sont le mazout, le pétrole et le malariol

⁵⁰⁵ Le terme assainissement a été interprété différemment suivant les pays et les époques. Dans son sens le plus étroit, il signifie l'évacuation hygiénique des excréments humains. Dans d'autres cas, cette expression a servi à désigner l'organisation des services des eaux et de l'évacuation des eaux-vannes et des ordures. Mais, elle est de plus en plus utilisée pour indiquer l'ensemble des dispositions adoptées pour lutter contre les facteurs du milieu physique qui affectent ou peuvent affecter la santé de l'homme. Ainsi, l'assainissement doit comprendre, outre les diverses questions que l'on a mentionnées plus haut, la lutte contre les insectes, les rongeurs et autres vecteurs de maladies, l'hygiène des denrées alimentaires et des boissons, le logement, dans la mesure où il

directives internationales, le directeur du service de santé colonial⁵⁰⁶ invitait, dans une correspondance en date du 20 novembre 1947, les responsables coloniaux à tirer avantage des nouvelles possibilités de lutte contre le paludisme notamment le DDT, pour lancer les opérations et les généraliser dans toutes les colonies françaises: « en conséquence, je vous prie de bien vouloir établir dès à présent,... un programme de lutte contre le paludisme à l'aide du DDT sur votre territoire »⁵⁰⁷. Cette circulaire marque le choix clairement affiché par le service de santé colonial de procéder sans tarder à l'introduction officielle du DDT⁵⁰⁸ et à son utilisation à grande échelle dans les colonies françaises.

intéresse la santé, la pollution des cours d'eau et la pollution de l'atmosphère. La question de l'assainissement a figuré au rang des priorités de l'OMS à travers la Commission intérimaire de 1946 à 1948, car il fait partie des "six questions majeures" intéressant la santé mondiale au même titre que le paludisme, la tuberculose, les maladies vénériennes, l'hygiène de la maternité et de l'enfance et la nutrition ». Dès 1950, les actions entreprises dans le domaine de la salubrité ont abouti à la création d'une section permanente de l'assainissement au sein de la Division de l'Organisation des services de santé publique. Il est désormais établi que l'amélioration des conditions de salubrité constituait l'un des besoins les plus urgents dans une très grande partie du monde et que, sans elle, la réalisation de nombreux et ambitieux programmes de santé publique risquait de se trouver compromise. D'ailleurs en 1951, la Quatrième Assemblée mondiale de la santé, tout en reconnaissant l'importance de l'hygiène du milieu et de l'assainissement, recommande à tous les Etats membres de former le personnel nécessaire à cet effet. L'importance de l'assainissement dans les actions de santé publique a fait passer la section de l'Assainissement au rang de Division. Celle-ci s'occupe "des mesures à prendre pour corriger tous les facteurs qui, dans le milieu physique, exercent ou peuvent exercer une action nocive sur le bien-être corporel, mental et social de l'être humain", voir OMS, *Objectifs et activités de l'organisation mondiale de la santé dans le domaine de l'assainissement*, OMS, Genève, 1957 ; et OMS, *Les dix premières années de l'OMS*, Op. Cit., 1958, 537 p

⁵⁰⁶ Le directeur du service de santé colonial agissait au nom du Secrétaire d'Etat à la Présidence du Conseil chargé du Ministère de la France d'Outre-mer, voir AIMTSSA, carton n°230 : Lutte contre le paludisme dans les Territoires d'Outre-mer.

⁵⁰⁷ AIMTSSA, carton n°230 : Lutte contre le paludisme dans les Territoires d'Outre-mer.

⁵⁰⁸ Le DDT, insecticide de contact, pourra s'employer en solution dans le pétrole, en émulsion aqueuse ou en aérosol, voir Holstein (M), *Guide pratique de l'anophélisme en AOF*, Dakar, Direction générale de la Santé Publique, 1951, 58 p

Tableau n°3 : Les catégories de gîtes larvaires et leurs caractéristiques

LES GITES NATURELS	LES GITES D'ACTIVITE HUMAINE	LES GITES DOMESTIQUES
La lagune Les bords de la lagune Les terrains en pente faible avec des vallées et terrains marécageux	Les flaques des routes et des voies ferrées Les fossés et caniveaux Les caniveaux cimentés Les chalands ou embarcations Les radeaux de billes de bois Les creux de ferraille, de ciment, de récipients, de construction ou d'établissement industriels	Les bassins des poulaillers Les flaques des buanderies Les puits les objets usagés comme les boîtes, les bouteilles vides, les pôts de plantes d'ornement, les canaris

Source : Archives de l'OCCGE : Plan de campagne antipalustre pour la commune-mixte d'Abidjan, 1948 ; Jonchère (H), Rapport sur le paludisme en AOF et les travaux antipalustres de la section paludisme du SGHMP, sd., 90 p

Cette décision vise deux objectifs : d'une part affirmer le poids de la France afin de peser dans les discussions au sein des rencontres internationales et d'autre part bénéficier du concours de l'OMS dans la conception et l'exécution des plans de lutte à venir⁵⁰⁹. D'ailleurs, le comité d'experts du paludisme, dès 1947, a enjoint les Etats membres d'envisager sans plus tarder l'utilisation du DDT aussi bien comme larvicide que contre les moustiques adultes⁵¹⁰.

⁵⁰⁹ Le représentant français à la Commission intérimaire a introduit une demande au Comité d'experts pour demander la nomination d'un membre français au sein de ce comité, voir OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°6. Résumé des débats de la 4^e session de la Commission intérimaire (30 août au 13 septembre 1947), Genève, OMS, 1948, 225 p

⁵¹⁰ Le rapport de la première réunion du comité d'experts du paludisme, tenu du 22 au 25 avril 1947, a été présenté lors de la 4^e session de la Commission intérimaire du 30 août au 13 septembre 1947, voir OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°8. Rapport de la Commission intérimaire à la première assemblée mondiale de la santé, Genève, OMS, 1948, p. 8-9

Activité importante du service, la lutte antilarvaire est menée à travers des visites domiciliaires quotidiennes et parfois hebdomadaires de toute l'agglomération. Celles-ci sont effectuées par des équipes de moustiquiers ou agents d'hygiène qui parcourent le territoire d'Abidjan divisé en secteurs⁵¹¹. Ces visites sont complétées par une autre équipe qui, elle, organise des visites biquotidiennes des chalands lagunaires et leur mazoutage éventuel. Les inspections des domiciles tant européens qu'africains se font sans incidents notables. Toutefois, les mesures d'hygiène prévues sont passées au peigne fin avec parfois des sanctions infligées par la « police du service d'hygiène ». Dans la pratique, la découverte de chaque gîte donne lieu à un avertissement oral de la part du moustiquier responsable ; si cet avertissement relève d'une marque de mauvaise volonté, une convocation écrite est adressée au fautif et un procès-verbal est rédigé le cas échéant, après qu'il a reconnu le délit. En cas de récidive, une convocation écrite est immédiatement envoyée et un procès-verbal dressé dans les mêmes conditions précitées⁵¹². L'action de l'homme est particulièrement pointée du doigt dans la mesure où les gîtes domestiques, donc produits par les habitants, constituent la majorité des gîtes à détruire. A titre d'exemple, onze procès-verbaux ont été dressés au cours de l'année 1948 pour des gîtes de cette espèce.

La lutte contre l'endémie palustre prend un tournant, dès 1947 dans la colonie, avec une décision d'application du house-spraying⁵¹³ prise par l'autorité. Ainsi, à la suite de la note de service n° 3.638/1 de monsieur le médecin-Général inspecteur en date du 11 décembre 1947, un plan de campagne antipalustre⁵¹⁴ a été élaboré pour la commune-mixte d'Abidjan. Celui-ci évalué à 2.877.300 francs au premier janvier 1948 a vu son budget multiplié par deux du fait de la dévaluation et de l'augmentation du prix des ingrédients. La persistance des difficultés a eu raison de la bonne volonté des responsables de sorte que les moyens du service d'hygiène n'ont pas permis de faire le house-spraying de façon rationnelle en cette année 1948 : 450 kg de DDT en solution à 5% dans du pétrole ont été utilisés dans des appareils Vermorel en pulvérisation sur les parois. Cependant, l'équipe a assuré le

⁵¹¹ Dans l'agglomération de la commune-mixte d'Abidjan, on dénombre 4 secteurs à Abidjan, 4 à Treichville et 2 à Adjamé.

⁵¹² L'avertissement écrit est consécutif à la découverte d'un gîte pour défaut dans l'installation des eaux usées ou des fosses septiques. Après examen du cas par le médecin, celui-ci prescrit le travail à effectuer. Un procès-verbal est dressé si le travail n'est pas fait en temps voulu.

⁵¹³ Il faut entendre littéralement par cette expression, pulvérisation intradomiciliaire.

⁵¹⁴ C'est un projet de lutte antipaludique élaboré par les autorités sanitaires à l'échelle d'une agglomération qui chiffre les besoins en personnels et en matériels en vue de lancer les opérations de lutte antilarvaire et de house-spraying.

traitement de plusieurs bâtiments administratifs publics, des établissements scolaires et des logements de fonction⁵¹⁵ non sans difficultés. Lesquelles découlent de l'utilisation des pulvérisateurs (changement d'accessoires pour garantir une bonne utilisation), de la qualité des insecticides (DTT mouillable plus pratique que le DDT solution) et de l'efficacité même des pulvérisations.

La lutte antilarvaire proprement dite est dirigée contre les zones pourvoyeuses de larves, donc des gîtes⁵¹⁶. Dans cet ordre, la lagune constitue un réservoir larvaire potentiel par ses bords et par son contenu. Les bords lagunaires ne contiennent des larves que lorsqu'ils sont envahis soit par des herbes fixes, des herbes flottantes, soit par des pistias ou lorsque de petites collections d'eau ont été constituées. Dans cet ensemble, seules les herbes fixes de peu de profondeur (moins de 4 m des berges) peuvent être traitées au malariol soit par pulvérisateur à main, soit par Vermorel. Mais, la pulvérisation reste inefficace quelle que soit la quantité de produit pulvérisé pour les pistias, les herbes flottantes et les herbes fixes larges. La seule méthode qui tienne est l'enlèvement des pistias, l'arrachage des herbes fixes et le déplacement des herbes flottantes. Cependant, la réalisation d'une telle activité se trouve contrariée par le manque de manœuvres pour travailler dans la lagune, où seuls les prisonniers acceptent de faire ce travail.

Dans les fonds lagunaires, se trouvent des trains de billes et les chalands. Effectués quotidiennement, la prospection et le traitement des chalands se font concomitamment. Les larves sont ensuite neutralisées par pulvérisation avec une pompe à main. Quant à la prospection des trains de billes, elle se fait au moyen de la pétrolette bihebdomadaire en même temps que la prospection des berges tandis que les traitements se font avec les pompes à main ou les Vermorel.

Les larves sont également présentes dans des gîtes terrestres où sont dirigées les opérations de pulvérisation : ces gîtes permanents composés de puits et carrières de sable concentrés sont localisés à Treichville. Sur ceux-ci sont appliquées des pulvérisations à la pompe à main. Le deuxième site à traiter se trouve à la hauteur de la baie de Cocody, où la possibilité d'effectuer un drainage est inefficace pour détruire les larves. Reste comme

⁵¹⁵ Il s'agit du logement du Gouverneur et annexes ; la maison du Secrétaire général ; le logement du chef de service des finances ; le pensionnat et les classes du Cours secondaire ; les bâtiments de l'aérodrome et annexes ; la concession de la Recherche Scientifique coloniale à Adiopodoumé.

⁵¹⁶ Des informations plus fouillées sont données sur les différents gîtes, leur typologie, leur constitutions, leurs compositions et les mesures pour les combattre, voir Holstein (M), Op. Cit., 1951, 58 p

solution, la surveillance de cet endroit : la plus radicale est l'interdiction de faire des jardins dans un périmètre de 2 km autour de l'agglomération ou à défaut d'envisager l'application stricte de l'arrêté du 25 février 1905 relatif aux eaux stagnantes par arrêté municipal. Les contrevenants s'exposent ainsi à des sanctions après un procès-verbal.

Les gîtes terrestres sont nés de l'action de l'eau surtout en saison pluvieuse. Ils prennent plusieurs formes, à savoir des flaques d'eau dans les rues ; des zones d'inondation créées à la fois par l'accumulation des eaux des pluies et par la crue de la lagune. La prospection et le traitement de cette zone sont presque impossibles à cause des difficultés d'accès. Pour contourner cette difficulté, une poudreuse permet d'agir sur les grandes étendues d'eau mais, elle est coûteuse et donc hors de portée du budget du service. Dans d'autres zones d'inondation, notamment au sud d'Abidjan, qui sont source de pullulation de larves, quelques travaux d'assainissement par drainage avec des buses ou des fossés suffisent à faire disparaître la zone inondée. Par la suite, une prospection et un traitement à l'aide de pompe à main sont nécessaires. De grands travaux d'assainissement par drainage ou par comblement deviennent alors indispensables pour anéantir ces gîtes.

En 1949, les activités se poursuivent avec la même cadence que celle de 1948. D'importants travaux d'assainissement sont alors au programme. Encore appelés travaux antipalustres, ils agissent à la fois sur les formes larvaires et adultes de l'anophèle en cherchant la destruction définitive des gîtes, ou tout simplement, sur la prévention de la formation de nouveaux gîtes. Dans leur principe, les procédés de destruction des gîtes s'attaquent à la cause de la formation des gîtes, à leurs effets ou aux deux à la fois par des travaux de comblement, de drainage et de dérivation des eaux⁵¹⁷. En pratique, on s'est occupé de l'aménagement de la vallée de l'abattoir par un réseau de fossés permettant de l'assécher et de créer des jardins ; il en est de même de la zone d'Île de Petit-Bassam, comprise entre la voie ferrée, l'hôpital Annexe et le vélodrome, sillonnée par un réseau de fossés. Le travail a particulièrement consisté au désherbage et au récurage des fossés avec une augmentation de la pente vers la lagune : la diminution de la zone inondée a été considérable. La vallée de Cocody a bénéficié d'un drainage par un réseau de fossés qui le mène jusqu'à la limite du jardin municipal. Ce travail se poursuit jusqu'aux pieds de la nouvelle école professionnelle durant l'année 1950 et entraîne l'assèchement de toute la vallée de Cocody. Réalisés à

⁵¹⁷ Bernet (J), Art. Cit., 1949, p. 127-133

Cocody, ces travaux représentent 2.000 m de fossés creusés dans des conditions de travail difficiles par les manœuvres du service. L'objectif des opérations de drainage est de diminuer les surfaces à traiter dans les zones où elles sont effectuées ; mais, elles n'ont pas entraîné la disparition des anophèles. Toutefois, ces aménagements ont ramené les zones de pente dans les limites où elles peuvent être plus facilement contrôlées et neutralisées.

Au titre de la lutte antilarvaire, l'inspection des voies publiques, des immeubles et de leurs dépendances a été conduite par les agents auxiliaires d'hygiène aidés des moustiquiers et des manœuvres sous le contrôle des agents techniques de la santé et du médecin-chef. L'utilisation du Néocide⁵¹⁸ en émulsion à 2% dans de l'eau a produit une action efficace sur des moustiques adultes et des larves. Le traitement dans les herbes du bord lagunaire a été, quant à lui, fait avec un pulvérisateur "arborex" sur un canot. Là, c'est le Néocide de 50% en émulsion dans de l'eau qui a été nécessaire sur les larves et les adultes.

Sur les parois de nombreux immeubles, les pulvérisations de DDT ont été appliquées soit en solution dans du pétrole, soit en émulsion dans de l'eau. Ainsi, la bande de logements de Treichville bordant la zone inondée et s'étendant sur 2 km a-t-elle été traitée. Aux bâtiments publics déjà traités en 1948 s'ajoutent d'autres édifices plus nombreux témoignant de l'ampleur du travail et de l'efficacité des produits utilisés (la gare d'Abidjan et ses hangars, le marché d'Abidjan, l'hôtel Bardou, l'hôtel Central, les salles de cinéma). Ces opérations ont nécessité l'utilisation de 4 tonnes de Néocide 50% et doivent entraîner la diminution très importante de l'anophélisme dans la commune-mixte d'Abidjan.

En 1949, les équipes ont ainsi visité 502.391 concessions réparties sur les quartiers d'Abidjan, Plateau, Treichville et Adjamé (deux quartiers africains), pour 79.328 gîtes possibles et 3.734 gîtes habités, avec respectivement 1.835 pour Abidjan, 688 pour Adjamé et 1.231 pour Treichville⁵¹⁹. Dans les autres agglomérations, c'est avec des moyens très réduits qui se limitent à un agent d'hygiène auxiliaire sous le contrôle du médecin-chef que les

⁵¹⁸ La poudre mouillable à forte concentration ou NEOCIDE 50 est une forme de DDT. C'est une poudre blanche à diluer dans l'eau ; elle est mouillable pour donner avec les eaux, même dures, une suspension qui tient sur les murs. La durée de l'action insecticide de NEOCIDE 50 dépend de la quantité de substance active appliquée ; en émulsion, il s'emploie en mélange à l'eau à la dose d'un litre de concentré pour 3 litres d'eau, en pulvérisations sur les murs, les parois, les fumiers, etc. Le Néocide mural est une solution prête à l'emploi offrant toutes les garanties d'une fabrication contrôlée chimiquement et biologiquement. C'est un liquide incolore à très faible odeur de pétrole et ne tache pas les murs. Le Néocide poudre est de couleur blanche, tenace et inodore qui sert au poudrage des individus et de leurs vêtements pour la détruire la « vermine », voir Anonyme, Insecticides GEIGY, Paris, 1951, 61 p.

⁵¹⁹ ANS : Rapport annuel du service de santé de la Côte d'Ivoire, 1949

opérations se sont déroulées. En cette année 1949, des opérations de lutte antilarvaire sont lancées à Bouaké sous la direction de l'agent technique contractuel assisté d'agents d'hygiène auxiliaires et de manœuvres. Un an plus tard, en 1950, un renforcement de l'équipe du service est notable⁵²⁰ et préfigure de l'ampleur des activités à venir.

Les années 1951-1952 voient se poursuivre les activités du service d'hygiène et des services parties prenantes à la lutte antipalustre sans grands changements au plan pratique et opérationnel. Cependant, des initiatives tendant à donner plus de poids et de moyens à la structure sont entreprises pour des projets plus ambitieux.

A cet effet dès 1951, un crédit de 20.000.000 f est inscrit au budget de 1952 pour la construction de nouveaux locaux et un projet d'une étude générale d'un plan de lutte antilarvaire et contre les moustiques adultes est prévue pour la Côte d'Ivoire la même année⁵²¹ et ce pour compter de l'année 1953. Cette étude fait écho à celle envisagée à l'échelle fédérale, en 1951, et qui fait suite aux recommandations de la conférence africaine sur le paludisme en Ouganda. A partir de 1952, de nouveaux locaux du service sont en construction : c'est un ensemble comprenant un bâtiment central groupant le service des vaccinations avec un laboratoire, le bureau du médecin-chef et ceux des agents d'hygiène et de la santé du port. Cette même année voit les lignes de crédits du service se renforcer : outre le concours du budget local de la Côte d'Ivoire, de la commune et du FIDES, on enregistre l'apport du budget du port d'Abidjan ouvert en 1950. L'inauguration des nouveaux locaux prévue pour 1953 s'accompagne d'une mutation de cette structure qui passe progressivement du statut de service d'hygiène à celui d'Institut d'hygiène.

Les dynamiques en marche en ce début d'année 1950 ne peuvent se comprendre qu'à l'aune du rappel des grandes décisions prises à l'issue de la conférence de Kampala en 1950. Un retour sur les résolutions de cette conférence permet de saisir les enjeux qui se présentent.

Aux termes des débats qui ont eu lieu lors la conférence sur le paludisme à Kampala, et face aux difficultés que présente la lutte en Afrique tropicale, l'OMS a recommandé l'expérimentation de diverses méthodes de lutte notamment les plus économiques pour tenir

⁵²⁰ Le personnel est composé d'un médecin-commandant (MARY), médecin-chef du service d'hygiène, 3 agents techniques de la santé européens, 10 agents d'hygiène africains, 2 infirmiers spécialistes d'hygiène, 10 moustiquiers, 1 commis expéditionnaire, des manœuvres, une corvée de 10 prisonniers. Le matériel comprend (1 camion Renault 2t, 1 camionnette Peugeot, 1 Citroën traction avant 11 cv, 3 auto-arborex, 1 arborex sur bateau, 1 poudreuses à moteur "Wiscosin", 1 canot, 2 pirogues, des pulvérisateurs à dos Vermorel, Elao et Léo.

⁵²¹ ANS : Rapport annuel du service de santé colonial de la Côte d'Ivoire, 1951

compte de la rareté des moyens. La possibilité de combiner les mesures antilarvaires et imagocides a été vivement préconisée pour prendre en compte les spécificités des zones impaludées. Il n'existe donc pas de méthodes-types imposées pour la lutte. Pour dire vrai, les recommandations de Kampala ne font que confirmer les pratiques en usage dans les colonies françaises notamment en Côte d'Ivoire telles que présentées plus haut. Les pratiques de lutte et les moyens engagés pour s'attaquer à l'endémie palustre en Côte d'Ivoire sont donc conformes aux directives de l'OMS en matière d'utilisation d'insecticide.

Au-delà des recommandations formulées pour résoudre la question du paludisme en Afrique, la conférence donne une impulsion à la lutte en dynamisant les recherches en cours et celles à venir pour une meilleure application des mesures antipalustres. Elle ouvre la voie à la mise en œuvre d'un programme d'envergure pour toute la fédération, action qui n'a pu se réaliser jusqu'à présent faute de moyens. Ainsi, avec le soutien de l'OMS, qui appuie le projet par la fourniture d'insecticides et l'envoi des experts, un vaste programme de campagne antipalustre est à l'étude dès 1951⁵²² pour toute l'AOF et dont la mise en œuvre est prévue pour le début de l'année 1953⁵²³. Ce programme repose essentiellement sur la destruction des anophèles par pulvérisations périodiques d'insecticides à effet rémanent dans les locaux d'habitation (house-spraying).

Dans sa phase pratique, il vise à étendre l'utilisation des insecticides vers les zones rurales, les centres urbains étant déjà largement traités par pulvérisations depuis le début de l'apparition des insecticides. En outre, il envisage la protection élargie des centres urbains et des grandes agglomérations rurales, celle des villages de la savane de même que la désinsectisation des villages de la forêt. A terme, il s'agit de contribuer à la diffusion des campagnes du house-spraying et assurer une meilleure adhésion des populations⁵²⁴.

La priorité est néanmoins accordée aux centres urbains qui regroupent non seulement la majorité des populations de la fédération, mais constituent aussi des centres d'attraction. Ce

⁵²² Dans une correspondance adressée au directeur de la santé publique de l'AOF, l'AEF, de Madagascar, du Cameroun et du Togo, le médecin-général inspecteur JEANSOTTE, directeur du Service de santé de la France d'Outre-mer leur demande de « mettre rapidement sur pied, ou d'étendre un programme de lutte antipalustre par "house spraying" et d'évaluer les besoins des services en produits insecticides, matériels et moyens de transport » à adresser à l'OMS pour la prochaine réunion du bureau africain prévue pour septembre 1951 où doit s'élaborer le programme de 1953, voir AIMTSSA : carton n° 278 : Lutte antipaludique, circulaires administratives et correspondances et annexe 6, p.539

⁵²³ Le plan de campagne de la commune-mixte d'Abidjan est la traduction locale du vaste plan de campagne de la fédération d'AOF.

⁵²⁴ ANS : Document concernant la Santé Publique en AOF, 1951

plan de campagne bénéficie de l'aide de l'OMS qui doit fournir les insecticides et le matériel de pulvérisation. Pour les zones rurales, on espère un accroissement du personnel et du matériel pour atteindre la quasi-totalité des villages de l'AOF. La pratique généralisée du house-spraying n'interdit cependant pas, dans les grands centres, la réalisation des travaux de drainage et de destruction des gîtes larvaires dans le cadre de l'assainissement.

L'année 1953 voit le lancement effectif d'une campagne de grande envergure par house-spraying. C'est par un arrêté que l'autorité fédérale rend obligatoire la méthode du house-spraying dans l'ensemble de la fédération et par conséquent dans les colonies. Ainsi,

Sans préjudice des mesures prévues par les règlements sanitaires en vigueur en vue d'assurer la destruction des larves de moustiques, le traitement des immeubles par la méthode dite du "House-Spraying" - pulvérisation de produits insecticides à action rémanente - est rendu obligatoire dans les zones qui seront déterminées périodiquement par arrêté pris par les chefs de territoires, sur proposition des directeurs locaux de la Santé publique et du Directeur du service général d'hygiène mobile et de prophylaxie. Dans les zones ainsi délimitées, les médecins et agents de service d'hygiène, après avoir prévenu les propriétaires ou les occupants, pourront pénétrer dans les pièces et dépendances des immeubles, afin d'assurer le traitement des parois de ces locaux⁵²⁵.

Ainsi, en cette même année 1953, le service d'hygiène d'Abidjan entame sa réorganisation qui doit le mener vers un Institut d'hygiène plus conforme à ses ambitions. C'est à l'Institut qu'incombe la prise en main de la phase de généralisation de l'utilisation des insecticides à effet rémanent à l'échelle de la Côte d'Ivoire. Comment se déclinent les actions et avec quels moyens jusqu'en 1970?

L'un des objectifs de la réorganisation du service d'hygiène⁵²⁶ est d'accroître les moyens humains et opérationnels à travers le recrutement d'un personnel spécialisé et l'achat de matériels modernes. L'évolution de cette structure du service de santé de la colonie n'est pas limitée au territoire de la Côte d'Ivoire ; elle s'opère dans le cadre général de la réorganisation des services d'hygiène des grands centres urbains et de nombreuses villes secondaires en AOF. Cependant à l'échelle locale, cette restructuration s'inscrit dans une perspective d'extension des possibilités techniques du service en vue de lancer des opérations au-delà de la ville d'Abidjan et gagner tout le reste du territoire.

⁵²⁵ Arrêté 834 S.P du 5 février 1953, JAOF du 14 février 1953

⁵²⁶ Le service d'hygiène de la Côte d'Ivoire comprend : le service d'hygiène de la commune-mixte d'Abidjan, le service de la police sanitaire maritime, le service de la police aérienne, un groupe mobile d'hygiène, voir ANS : Rapport annuel du service d'hygiène d'Abidjan, 1953

Les activités du service réorganisé entrent dans le cadre de ses missions traditionnelles qui sont, entre autres, la lutte antipalustre, l'instauration à Abidjan des règles d'hygiène générale et de médecine préventive, la prévention des maladies épidémiques par les enquêtes épidémiologiques, la prophylaxie qui fait appel à la désinfection, la protection des sujets sains et la vaccination. A ces charges connues s'ajoutent de nouvelles qui sont l'extension de l'activité du service non seulement à Abidjan mais aussi à l'ensemble du territoire, la transformation du service d'hygiène en Institut d'hygiène, - qui doit être désormais un établissement compétent avec des moyens accrus - doté d'un laboratoire, d'un personnel technique renforcé et l'achat d'un groupe mobile suffisamment étoffé pour faire face aux poussées épidémiologiques et à extension du champ d'action. La réalisation des tâches si immenses nécessite des moyens adéquats. C'est pourquoi, les budgets⁵²⁷ qui financent les activités ont été maintenus et ont permis de renforcer le personnel⁵²⁸ de direction, d'encadrement et d'exécution. Par ailleurs, le rattachement du groupe mobile local d'hygiène a favorisé le reversement de son personnel pour le compte du service d'hygiène entraînant du même coup l'accroissement des effectifs indispensables pour l'accomplissement des nouvelles missions.

Le travail est organisé en fonction des missions et des priorités immédiates. Ainsi, la lutte antimoustique étant à Abidjan l'objectif majeur, les tâches sont effectuées selon le système de division de la commune-mixte en secteurs sanitaires⁵²⁹. Pour ce faire, Abidjan a été divisée en cinq secteurs sanitaires (Tableau n° 4), chacun placé sous la responsabilité d'un agent européen et disposant d'équipes spécialisées⁵³⁰ chacune.

⁵²⁷ Il s'agit du budget local, du budget communal, du budget FIDES et du budget annexe du port.

⁵²⁸ Le budget du port a permis par exemple de prendre en charge le personnel d'appui du port composé d'un sergent-infirmier et du personnel africain ; il a servi aussi à l'achat des fournitures de bureau et au paiement de main-d'œuvre journalière pour l'assainissement de la zone portuaire.

⁵²⁹ Il faut entendre par "secteurs sanitaires" une circonscription de superficie adaptée aux moyens mis en œuvre pour que le rythme hebdomadaire des visites et prospections soit observé.

⁵³⁰ Une équipe spécialisée est composée d'un agent auxiliaire d'hygiène, un moustiquier et un manœuvre. Il y a eu au total 18 équipes sanitaires spécialisées pour la commune-mixte divisée en 5 secteurs et 18 sous-secteurs.

Tableau n°4 : Les secteurs et sous-secteurs de lutte antipalustre de la commune-mixte d'Abidjan

Secteur I	Plateau	3 sous-secteurs	3 équipes
Secteur II	Adjamé	3 sous-secteurs	3 équipes
Secteur III	Port-Bouet-Camp-RAN	2 sous-secteurs	2 équipes
Secteur IV	Treichville	6 sous-secteurs	6 équipes
Secteur V	Zone industrielle	4 sous-secteurs	4 équipes

Source : ANS : Rapport annuel du service d'hygiène d'Abidjan, 1953

Sur le terrain, les activités de lutte antipalustre se font concomitamment avec l'observation du respect strict des règles d'hygiène générale. Les visites de prospections et le contrôle hebdomadaire des concessions et habitations continuent de rythmer le travail des équipes constituées dans les 18 secteurs déterminés. Les modalités de ces visites et les mesures qui les accompagnent n'ont pas varié. Mais, avec l'augmentation des moyens dégagés, les activités et le rendement du service se sont accrus notablement. A titre de comparaisons, pour l'année 1953, 885.000 habitations ont été prospectées pour l'ensemble de la ville d'Abidjan contre 493.000 en 1952 soit presque le double. Sur ce chiffre, on dénombre 180.000 pour Abidjan-Plateau, 418.000 pour Treichville, 225.000 pour Adjamé-Bramakoté et 62.000 pour la zone industrielle.

La lutte antimoustique s'opère encore et toujours par le traitement périodique et systématique des points d'eaux stagnantes, des marigots et des dépôts d'ordure. La tâche est désormais assurée par une équipe spécialisée composée d'un infirmier et des manœuvres

munis d'un matériel approprié. Le programme hebdomadaire établi, qui court du lundi au samedi, permet de traiter toutes les zones critiques de l'agglomération. Ce travail systématique est complété par des traitements qui se font selon des nécessités du terrain et sur demande.

Cette fois-ci, on a eu recours à l'utilisation des poudrages massifs qui vise la désinsectisation systématique de l'agglomération d'Abidjan, selon une périodicité trimestrielle avec des appareils à gros débit et des insecticides à base de HCH à 8 ou 10%. Les résultats de la première opération ont été si spectaculaires que la possibilité d'envisager de généraliser l'utilisation commence à être étudiée. C'était déjà le cas, en 1952, lorsque l'emploi des poudres a fait naître bien des espoirs. Dans une publication consacrée à l'étude pratique des divers insecticides de contact dans leur application, des spécialistes suggèrent une application plus large de ces insecticides pour tirer profit de leur efficacité prouvée. Pour eux : « Les poudres peuvent dans certains cas présenter un grand intérêt, mais leur emploi à grande échelle n'est pas encore entré dans la pratique courante. Cependant malgré le peu d'expérience que l'on dans ce domaine particulier, il semble bien que puisse s'ouvrir devant elles un champ d'utilisation beaucoup plus étendu que celui qui est actuellement exploité »⁵³¹. Les poudrages systématiques ont, certes, été utilisés dans l'agglomération d'Abidjan, mais aussi dans la commune-mixte de Bouaké et dans des villes comme Daloa et Gagnoa entre autres.

La pratique du house-spraying, quant à elle, – lutte imagocide par pulvérisation dans les maisons de produits insecticides à action rémanente – commence à entrer petit à petit dans le quotidien des Ivoiriens. Et dès 1953, les pulvérisations à effet rémanent ont été soumises à une nouvelle réglementation qui la rende désormais obligatoire en Côte d'Ivoire, bien que son usage soit pour l'instant limité à deux grandes agglomérations : Abidjan et Bouaké. En effet, c'est en application de l'arrêté général n°834/SP-Tech du 5 janvier 1953 et de l'arrêté local n°06812 du 10 octobre 1953⁵³², que la méthode du house-spraying est rendue obligatoire dans les territoires des communes-mixtes d'Abidjan et de Bouaké. Dans la foulée, le travail a été réalisé de façon systématique à Treichville et Adjamé (2 campagnes trimestrielles) et à la

⁵³¹ Cette publication porte sur l'étude pratique, dans leur application, de divers insecticides de contact. Plus exactement, elle s'intéresse à la manière d'utiliser les diverses préparations de DDT, d'HCH et de chlordane sur le terrain, aux appareillages spéciaux à mettre en œuvre, à la mise en application de la méthode selon les divers insectes à atteindre et suivant les circonstances locales, voir Reynes (V), Trinquier (E), Cros (R), « Etude pratique des insecticides de contact », Médecine Tropicale, , 1952, vol. 12, n°7, p. 889-962

⁵³² ANS : Rapport annuel du service d'hygiène, 1953

demande, pour les autres quartiers de l'agglomération en attendant la généralisation de la méthode à l'ensemble de la Côte d'Ivoire. Les opérations ont été exécutés selon la technique habituelle avec un appareillage et des produits qui varient selon la nature des locaux à traiter (pulvérisateurs mécaniques, Néocide et Mitchell⁵³³ dans les quartiers africains ; pétrole DDT et pulvérisateurs à dos pression préalable dans les habitations comportant un aménagement moins sommaire). Le caractère obligatoire du house-spraying en Côte d'Ivoire impose désormais d'utiliser des moyens de communication de masse pour faire adhérer la population. Dès lors, pour une meilleure efficacité des campagnes et une forte mobilisation, des messages de sensibilisation dans la presse sont parfois diffusés à l'endroit de la population en prévision des campagnes à mener. C'est le cas pour la campagne de 1953 annoncée en juillet à l'ensemble de la population par un communiqué⁵³⁴.

Les travaux d'assainissement ont complété les opérations antimoustiques réalisées par house-spraying. Ceux-ci ont été plus poussés que d'habitude et ont concerné les bords lagunaires de la baie de Cocody. Le débroussaillage avec comblement, la régularisation des rives et l'enlèvement des ferrailles et des ordures ont permis de détruire les gîtes à larves et de supprimer d'innombrables gîtes possibles. Les bords lagunaires de la route de Port-Bouët et la zone de l'hôpital de Treichville ont connu le même sort avec pour la dernière citée, l'utilisation de grands moyens comme le bulldozer. Les résultats du house-spraying ont été partout excellents et la possibilité de l'étendre en 1954 à l'ensemble du territoire commence à prendre forme. Malgré quelques inconvénients liés à l'application de la méthode, notamment la résistance pour cause d'utilisation désordonnée et mal maîtrisée, le groupe mobile du service d'hygiène s'est déplacé à plusieurs reprises pour exécuter des missions de désinsectisation générale dans plusieurs chefs-lieux de cercles.

Mais, c'est en 1955 que l'Institut d'hygiène investit véritablement les grandes villes de la Côte d'Ivoire. Les objectifs de cette extension des activités sont clairs : faire participer le plus possible les cercles⁵³⁵ de l'intérieur aux progrès des institutions techniques et sociales qui sont en œuvre à Abidjan par la création des équipes itinérantes d'hygiène et dont on trouve un exemple parallèle dans les équipes itinérantes d'éducation de base d'une part ; et d'autre part,

⁵³³ L'insecticide Mitchell a été abandonné compte tenu de son prix élevé et des inconvénients qu'il présente (tache de peintures à l'huile, attaque les matières...)

⁵³⁴ ANS : Rapport annuel du service de santé d'Abidjan, 1953

⁵³⁵ Pour une meilleure administration, chaque colonie était divisée en cercles et ceux-ci en subdivisions, commandés par les administrateurs coloniaux

apporter périodiquement dans ces agglomérations les méthodes appliquées à Abidjan depuis deux ans face à l'impossibilité de mettre en place dans chaque chef-lieu de cercles et de subdivisions des équipes itinérantes⁵³⁶. Toutefois, un travail préparatoire a eu lieu, en 1954, au cours duquel vingt-cinq agglomérations ont été traitées.

Le plan de 1955 prévoit le déploiement des équipes mobiles d'hygiène dans les grandes agglomérations. Pour sa réalisation, le territoire a été divisé en cinq zones (Tableau n°5) dans lesquelles les activités doivent se concentrer autour des grands centres. Dans chaque zone, une équipe mobile composée d'un chef d'équipe sanitaire, de deux agents auxiliaires d'hygiène, de deux manœuvres et de deux chauffeurs consacre son activité à la lutte antimoustique (poudrages systématiques, house-spraying, lutte antilarvaire) et à l'hygiène générale. La mission sera exécutée en liaison avec les autorités administratives - commandant de cercles, chefs de subdivisions - et le service de santé notamment avec le médecin-chef de cercle ou le médecin-chef des postes médicaux. A terme, les équipes sont appelées à jouer un rôle primordial dans le dispositif sanitaire de ces agglomérations⁵³⁷.

⁵³⁶ AIMTSSA : carton n° 241 : Lettre du directeur de la santé Publique de la Côte d'Ivoire (le médecin-colonel DEJOU) à monsieur le médecin-général-Inspecteur, directeur général de la Santé Publique de l'AOF, Abidjan le 6 juin 1955

⁵³⁷ Un agent technique de la santé contrôlera l'activité des équipes, assurera la coordination du travail et fera la liaison entre les autorités et le médecin-chef de l'institut d'hygiène. Il est prévu que les équipes auront une autonomie suffisante pour ne pas être à la charge des localités où elles travailleront. Elles devront en principe être reçues par les formations sanitaires ou le nécessaire devra être fait dans la mesure du possible pour mettre à l'abri les véhicules et assurer au personnel une installation. A plus ou moins long terme, les équipes mobiles doivent, entre autres, coordonner l'action des formations et services territoriaux chargés de la médecine de prophylaxie, généraliser au maximum l'observation permanente et la mise en œuvre des mesures propres à empêcher l'éclosion de la fièvre jaune (lutte anti-stégomyienne-campagnes de vaccination, contrôle sanitaire etc...) ; participer dans les centres urbains à la lutte menée contre l'endémie palustre ; apporter au plus grand nombre possible d'individus une assistance sanitaire plus efficace par l'exemple, l'éducation) ; offrir aux médecins une collaboration souhaitée en particulier, pour les sections généralisées (campagnes de vaccination) et les enquêtes épidémiologiques nécessitant le concours du Laboratoire (hygiène de l'eau, d'alimentation, dépistage : paludisme, lèpre etc...) et doter le territoire d'une organisation solide et dynamique susceptible de parer aux à-coups épidémiques, voir AIMTSSA : carton n° 241 : Lettre n°1652 du 15 avril 1955 du médecin-chef de l'Institut d'hygiène à monsieur le médecin-colonel, directeur de la Santé publique de la Côte d'Ivoire, Abidjan, le 1^{er} juin 1955

Tableau n°5 : les cinq zones d'extension de la lutte antipaludique au territoire de la Côte d'Ivoire établies en 1955.

<u>Localités</u>	<u>Localités</u>	<u>Localités</u>	<u>Localités</u>	<u>Localités</u>
<p><u>Cercle de Korhogo</u> Subdivisions de Korhogo, Boundiali, Ferké</p> <p><u>Cercle d'Odienné</u> Odienné : centre de Madinani (canton massala) ; centre de Samatiguila (canton de Kabadougou)</p>	<p><u>Cercle d'Abidjan</u> Subdivisions de : Bingerville, Dabou, Tiassalé, <u>Cercle d'Aboisso</u> Subdivisions de : Aboisso, Adiaké <u>Cercle de Gagnoa</u> Subdivision de Gagnoa <u>Cercle de Grand-Bassam</u> Subdivisions de : Alépé, Grd-Bassam <u>Cercle de Grand-Lahou</u> Subdivisions de : Divo, Gd-Lahou, Lakota <u>Cercle de Sassandra</u> Subdivisions de : Sassandra, Soubré <u>Cercle de Tabou</u></p>	<p><u>Cercle de Bouaké</u> Subdivisions de Béoumi, Bouaké, M'bahiakro, Tiébissou, Zuénoula <u>Cercle de Daloa</u> Subdivisions de Bouaflé, Sinfra <u>Cercle de Dimbokro</u> Subdivisions de Bocanda Ouellé, Bongouanou, Dimbokro, Toumodi <u>Cercle de Gagnoa</u> Subdivisions de Oumé <u>Cercle de Katiola</u> Subdivisions de Dabakala, Katiola</p>	<p><u>Cercle de Daloa</u> Subdivisions de Daloa, Issia, Vavoua <u>Cercle de Man</u> Subdivisions de Danané, Duékoué, Guiglo, Man, Toulépleu <u>Cercle de Séguéla</u> Subdivisions de Séguéla, Mankono, Touba</p>	<p><u>Cercle d'Abengourou</u> Centre de Sankadiokro-Aniassué (Canton Indénié) Centre d'Agnibilékrou (Canton Diabé) <u>Cercle d'Agboville</u> Subdivisions d'Adzopé, Agboville <u>Cercle de Bondoukou</u> Subdivision de Bondoukou : centre de Gouméré (canton Akiton) ; centre de Tanda, Tankéssé (canton Ahiné-Fié) Subdivision de Bouna Canton de Téhini</p>

Source : AIMTSSA : carton n° 241 : Lettre n°1652 du 15 avril 1955 du médecin-chef de l'Institut d'hygiène à monsieur le médecin-colonel, directeur de la Santé publique de la Côte d'Ivoire, Abidjan, le 1^{er} juin 1955

Mais la décision du directeur local de la santé publique semble prématurée et même précipitée. Elle suscite par la même occasion des craintes et des doutes à tous les échelons de la hiérarchie sanitaire : direction générale de la santé de l'AOF, gouvernement général de l'AOF et ministère des colonies. Et la teneur des lettres échangées entre les différents responsables témoigne non seulement de l'importance accordée à la lutte contre le paludisme, mais aussi leur volonté de ne pas mettre en péril les chances offertes par les insecticides dans la lutte contre les anophèles. L'extension de la lutte à l'échelle du territoire national donc est sujette à beaucoup de risques notamment ceux liés aux résistances aux insecticides qui doivent être pris en compte dans la réussite des opérations du house-spraying.

La question de la résistance aux insecticides en Afrique tropicale et dans les zones où ils sont appliqués est donc très problématique. Elle mérite qu'on s'y arrête pour évoquer la prudence qui habite les responsables sanitaires devant le danger que représentait cette difficulté au moment où l'extension de l'utilisation du house-spraying dans la colonie de Côte d'Ivoire est à l'ordre du jour.

Après la mise au point des insecticides – le Dichloro-diphényl-trichlorétane (DDT), l'Hexachloro-epoxyoctahydrodi-méthano-naphtalène (la Dieldrine) et l'Hexachlorure de benzène (HCH) - et l'espoir d'une disparition du paludisme par suite des expériences d'utilisation desdits insecticides, des cas de résistances sont signalés⁵³⁸. Si ces résistances ont accéléré la mise en œuvre de la politique d'éradication du paludisme, par crainte de sa généralisation, elles n'en constituent pas moins des menaces à prendre en considération. Ce d'autant que l'Afrique tropicale va connaître son premier cas de résistance dans le Nigeria septentrional dès 1955-1956. L'apparition de cette résistance à la Dieldrine en Afrique de l'ouest est un mauvais signal pour les paludologues et les responsables sanitaires de la colonie au premier chef. Dès lors, le projet d'extension de la lutte antipalustre à tout le territoire de la Côte d'Ivoire devient problématique.

Une analyse chronologique de quelques courriers échangés entre les différents responsables de la santé de la métropole à la colonie en passant par le siège fédéral, à Dakar,

⁵³⁸ Les premiers cas de résistance sont signalés en Italie en 1947 ; puis en 1951, en Grèce ; plus tard en 1954-1955, c'est la ville de Java qui enregistre des résistances aux insecticides, voir Vincke (I.H) « L'éradication du paludisme », *Annales de la Société belge de Médecine tropicale*, 1961, n°2, p. 233-248

permet de se saisir des difficultés de mise en œuvre de ce projet aux enjeux énormes : trouver le meilleur insecticide au coût abordable, déterminer la méthode d'application la plus efficace, éviter l'apparition de résistance aux insecticide pour ne pas compromettre l'avenir de la lutte et surtout étendre la lutte dans les zones rurales restées longtemps en marge de ces opérations.

Dans le courant de l'année 1955 avant le mois de juin⁵³⁹, le médecin-général inspecteur, TALEC, directeur général de la santé publique a fait ainsi part de ses réserves quant au projet d'une lutte antipalustre étendue à l'ensemble du territoire de la Côte d'Ivoire. Il redoutait l'idée d'une action de l'Institut d'hygiène limitée aux centres urbains, au lieu d'une action totale, gage de succès, selon lui. Sa prudence se justifie par les cas de résistance déjà observés en plusieurs endroits du monde : « La lutte antipalustre par les insecticides à action rémanente ne peut être en effet limitée "aux principaux centres " d'une région sans risquer de conduire à un échec extrêmement grave sur le paludéen qui vous serait très vivement reproché. Il convient de signaler ici qu'il existe actuellement dans le monde, cinq anophèles vecteurs devenus résistants aux insecticides à effet rémanent »⁵⁴⁰. Pour la réussite d'un tel projet, le médecin-général inspecteur demande au médecin-colonel BINSON, directeur local de santé publique de Côte d'Ivoire de lui dresser un plan détaillé de l'action par house-spraying en précisant les moyens en personnel, en matériels de transport et en insecticides qui seront nécessaires pour un tel projet. En attendant, il propose de lui envoyer le chef de la section paludisme du SGHMP pour étudier la mise en œuvre pratique d'un tel projet.

Dans sa mission effectuée du 1^e au 4 juin 1955, le médecin-commandant Choumara, chef de la section paludisme, produit un rapport sinon alarmant du moins pessimiste sur ce projet d'extension de la lutte : « Il convient néanmoins de faire quelques réserves sur l'opportunité d'une lutte antilarvaire, forcément parcellaire, à l'aide de produits de même nature que ceux employés dans la lutte imogicide, ce qui pourrait avoir pour résultat dans un avenir d'ailleurs non rapproché peut-on estimer, l'apparition d'une éventuelle résistance chez les anophèles »⁵⁴¹.

⁵³⁹ La mission du médecin-commandant s'est effectuée du 1 au 4 juin 1955.

⁵⁴⁰ AIMTSSA : carton n° 241 : Lettre du médecin-général inspecteur TALEC, directeur général de la santé publique à monsieur le médecin-colonel, Directeur local de la santé publique de la Côte d'Ivoire, sd, Dakar.

⁵⁴¹ AIMTSSA : carton n° 241 : Compte-rendu de la mission effectuée à Abidjan par le chef de la section paludisme R. Choumara, juin 1955

Quant au Directeur général de la santé publique de l'AOF, il va adresser un courrier au Haut-commissaire de la République, gouverneur de l'AOF, le 17 juin 1955, au sujet de la lutte antipalustre dans la colonie de Côte d'Ivoire. Dans celle-ci, il affiche sa crainte de voir s'organiser des opérations antipalustres avec autant de lacunes dans les préparatifs : « Nous ne pourrions actuellement montrer à un expert de l'OMS, la moindre organisation de lutte antipalustre de ce territoire ; mais bien au contraire lui offrir les preuves évidentes de confusion et de méconnaissance de la lutte antipalustre moderne sinon l'ignorance de cette importance »⁵⁴².

Enfin, c'est au Directeur du service de santé d'outre-mer d'attire l'attention du Haut-commissaire de la République en AOF sur les dangers du développement d'une résistance aux insecticides chlorés (DDT et HCH) : « En ce qui concerne les opérations entreprises par l'Institut d'hygiène en Côte d'Ivoire, il importe de les orienter de telle sorte qu'elles ne soient pas susceptibles par le développement prématuré d'une résistance aux insecticides chlorés de nuire au développement ultérieur d'une campagne antipalustre »⁵⁴³. Malgré les réserves et les craintes, le projet d'extension de la lutte est lancé.

Au total en 1955, les équipes mobiles de l'Institut d'Hygiène ont travaillé, de juin à décembre, dans 64 agglomérations du territoire, pour la mise en œuvre des mesures d'hygiène générale et pour la lutte antimoustique par poudrages systématiques des insecticides, house-spraying et destruction des gîtes larvaires. Pour l'année 1956, 70 centres à traiter ont été inscrits au programme d'action, soit une augmentation de 6 centres par rapport à 1955. Ainsi progressivement, l'Institut d'hygiène apparaît comme l'un des moyens d'action en faveur de la médecine préventive et sociale. Sa qualité de service technique en matière d'hygiène de l'environnement, d'hygiène des marchés et autres lieux publics, des immeubles de l'administration, du domicile des Européens et des hauts cadres s'est encore réaffirmée. Ses domaines d'intervention concernent toujours la lutte antilarvaire, la désinsectisation, la désinfection, les visites domiciliaires pour une éducation sanitaire dynamique portant sur l'entretien des latrines, la lutte contre l'insalubrité dans les habitations.

Aux lendemains des indépendances, l'Institut d'hygiène a été restructuré et placé sous la tutelle du Ministère de la santé publique pour lui conférer une compétence nationale

⁵⁴² AIMTSSA : carton n° 241 : Lettre du médecin-général, inspecteur TALEC, Directeur général de la santé publique au Haut-commissaire de la République, gouverneur général de l'AOF, Dakar, 17 juin 1955.

⁵⁴³ AIMTSSA : carton n° 241 : Lettre du Directeur du service de santé d'Outre-mer à monsieur le Haut-commissaire de la République en AOF, 15 juillet 1955

dans les domaines se rapportant notamment à l'hygiène et à la surveillance épidémiologique aux frontières. Aucune action d'envergure n'est exécutée au cours des dix années qui suivent les indépendances. C'est ce que révèle un rapport de mission médicale dans les Etats du Conseil de l'Entente, effectuée du 11 mai au 27 juin 1969, dont quelques lignes sont consacrées à la lutte contre le paludisme dans la première décennie de l'indépendance. Quels enseignements tirés de ce rapport ?

La teneur de ce rapport renseigne sur la continuité des activités de l'Institut d'Hygiène. On y apprend que jusqu'en 1958, des équipes itinérantes ont parcouru la Côte d'Ivoire pour répandre les pratiques du house-spraying. Depuis cette date, l'Institut d'hygiène s'est consacré essentiellement à la lutte contre la variole⁵⁴⁴ concurremment avec le service national des grandes endémies⁵⁴⁵. De ce fait, aucune action d'envergure n'a été menée à l'échelle du territoire. L'Institut d'hygiène et ses antennes de Bouaké, de Daloa et de Yamoussoukro ont assuré la continuité de la lutte antimoustique selon les méthodes habituelles : la prospection et la destruction des gîtes larvaires d'une part et, d'autre part, la lutte imogicide par poudrages systématiques à l'aide des insecticides à pouvoir rémanent. De grands moyens ont été mobilisés notamment l'usage des avions pour les localités dotés d'aérodrome et qui abritent aussi des antennes de l'Institut d'hygiène.

Mais force est de constater le déclin progressif de l'usage des insecticides dans la lutte contre le paludisme dans la première décennie de l'indépendance en Côte d'Ivoire. Cela, en raison, non seulement des moyens déployés pour la lutte contre la variole et de l'investissement entier de l'Institut d'hygiène dans cette lutte, mais aussi de la place de plus en plus prépondérante prise par la chimioprophylaxie antipalustre⁵⁴⁶.

⁵⁴⁴ C'est en 1958 que la onzième Assemblée Mondiale de l'OMS propose d'entreprendre l'éradication de la variole dans le monde. En Côte d'Ivoire, le programme d'éradication de la variole a été décidé en 1960. Il a bénéficié de l'aide américaine sous forme de formation de personnel, de fourniture de vaccins, de véhicules et de matériels de camping. Dès 1967, aucun cas de variole n'a été signalé en Côte d'Ivoire, le dernier cas avéré ayant été signalé le 13 mars 1967, voir OMS, *Eradication de la variole. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS*. Série de rapports techniques, n°393, OMS, Genève, 1968, 55 p et OMS, *République de Côte d'Ivoire*, sd, sl, 8 p.

⁵⁴⁵ Le Service national des grandes endémies de la République de Côte d'Ivoire a été officiellement créé par le décret n°59-196 du 14 octobre 1959. Cette création s'est révélée une nécessité impérieuse à la suite de la disparition, en avril 1959 du Service commun de la Lutte contre les grandes endémies, organisme fédéral. Ce service national doit apporter à toutes les populations de la Côte d'Ivoire, en quelque lieu où elles se trouvent le bénéfice gratuit des activités sanitaires mobiles et multiples d'un service des grandes endémies modernes, rénové et dynamique, voir République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé, *Le service des grandes endémies de Côte d'Ivoire : doctrine, organisation, fonctionnement*, Abidjan, sd, 16 p+ 5 p (annexes)

⁵⁴⁶ Le déclin de l'utilisation des insecticides à effet rémanent dans l'optique de l'éradication du paludisme s'est amorcé depuis que la preuve est faite que l'arrêt de la transmission du paludisme n'est pas possible avec cette

Au total, sans méconnaître l'immense progrès que réalise l'introduction des insecticides dans la lutte contre l'insecte vecteur du paludisme, il est de plus en plus admis qu'ils ne peuvent pas, à eux seuls, détruire définitivement le paludisme. Les insecticides sont donc réservés aux régions où la propriété bâtie est suffisamment dense, où les systèmes de santé sont bien structurés et où la biologie des anophèles est telle qu'on aura la certitude de la rencontre du moustique et de l'enduit insecticide. Des conditions qui, sur la surface du monde ravagée par le paludisme ne représentent qu'une infime partie de l'objectif à atteindre. Partout ailleurs, la lutte doit tendre, avant tout, à la réduction du réservoir paludéen, à la guérison des malades et à la stérilisation des porteurs de virus. Ce but ne peut être atteint qu'avec l'utilisation des antipaludiques à des fins curatives et prophylactiques.

seule arme. L'échec des projets pilotes d'éradication du paludisme, en 1957-1958, a confirmé cette tendance notamment en Afrique tropicale. Désormais, le rôle de la chimiothérapie dans la lutte contre le paludisme prend de plus en plus de l'importance. Si elle fait partie intégrante des programmes d'éradication et de prééradication du paludisme dans leurs différentes phases, son expérimentation à plus grande échelle dans les territoires fortement impaludés, hors programme d'éradication et de prééradication, est de plus en plus forte et recommandée. C'est le cas de la Côte d'Ivoire où parallèlement à la phase d'utilisation des insecticides, la campagne de prophylaxie individuelle et collective est en phase d'expérimentation principalement dans la décennie 1960, étant entendu que tout programme de lutte contre le paludisme vise l'éradication du paludisme. Cette campagne de prophylaxie est confirmée par une étude réalisée en Côte d'Ivoire, en 1965, sur demande et avec l'accord de la Division de l'Eradication du paludisme de l'OMS. Cette enquête, qui fait suite à la mise en œuvre de cette campagne, vise à faire l'inventaire des antimalariques effectivement utilisés et mesurer leur efficacité. Les conclusions de l'étude ont confirmé l'effectivité de la prophylaxie individuelle et collective, considérée comme la forme la plus positive de la lutte, voir Attisso (M), « Les antimalariques d'utilisation courante au Sénégal et en Côte d'Ivoire d'après les données statistiques », *Médecine d'Afrique noire*, n°10, t. XV, 1968, p. 375-380

II. Quelles sont les modalités d'application de la chimiothérapie aux populations ?

L'application de la chimiothérapie est un élément important de la lutte antipaludique. Dans la chaîne de transmission du paludisme, elle intervient sur le porteur du virus – l'homme - soit pour lutter contre l'hématozoaire soit pour renforcer les moyens de défense du porteur dans le cadre de la prévention contre la survenue de la maladie. Dans l'un comme dans l'autre cas, elle se fait par l'administration de médicaments antipaludiques. On s'interrogera ici sur la mise en œuvre de la chimiothérapie en rapport avec les directives du comité d'experts du paludisme, donc de l'OMS dans le contexte ivoirien. On cherchera aussi à comprendre comment les soignants se sont positionnés dans l'application des directives ; tout comme, on s'interrogera sur les effets de la dynamique provoquée par la politique d'éradication du paludisme particulièrement dans l'application de la chimiothérapie. En définitive, on cherchera à déterminer les objectifs visés dans des endroits où d'autres mesures de lutte antipaludiques ne peuvent être appliquées pour des raisons diverses.

Avant d'analyser cette question d'utilisation d'antipaludiques à des fins curatives et prophylactiques, il semble important de faire une précision sur le corpus utilisé - essentiellement de source française - pour l'analyse de cette question. Porter le regard sur cette question n'a pas été aisée en raison de l'absence de sources hospitalières - registres de consultations notamment- qui auraient permis de procéder à des analyses pointues et déboucher sur des conclusions plus pertinentes. A défaut de disposer de ces documents d'une extrême utilité, l'essentiel des informations provient des rapports médicaux du service de santé, des documents produits par quelques médecins ayant servi en situation coloniale et qui ont laissé les traces de leur vécu et de leurs expériences médicales de terrain et enfin, d'autres documents de nature médicale à valeur de guide⁵⁴⁷ à l'attention des médecins du corps de santé colonial et qui fourmillent d'indications intéressantes non seulement sur les savoirs

⁵⁴⁷ On peut citer ici une publication du service de santé, *Guide clinique et thérapeutique à l'usage des médecins des troupes coloniales d'Extrême-Orient*, dont le but est de donner aux médecins en poste dans les colonies l'ensemble des références et renseignements sur les pathologies et la manière de les traiter. C'est un indispensable guide pour les débutants et un mémento nécessaire aux médecins déjà formés. Quoique destiné aux médecins exerçant en Extrême-Orient, ce guide peut également servir à tous les médecins des Troupes coloniales en raison des informations d'ordre général qu'on peut en tirer, voir Blanc (F), Siguier (F), *Guide clinique et thérapeutique à l'usage des médecins des troupes coloniales d'Extrême-Orient*, Paris, Société des imprimeries et librairies indochinoises, 2^e ed., 1948, 1062 p

concernant le paludisme mais aussi et surtout sur le protocole thérapeutique recommandé⁵⁴⁸. A ce sujet, on peut affirmer sans risque de se tromper que non seulement les médecins des troupes coloniales étaient outillés pour faire face à la thérapeutique du paludisme, mais aussi que la chimiothérapie⁵⁴⁹ a été présente dans le dispositif de lutte contre l'endémie palustre à toutes les étapes de la lutte.

Fruit de l'expérience des médecins en situation coloniale et de la production de savoirs, le guide médical permet de saisir comment la doctrine de la médecine coloniale peut et doit se traduire sur le terrain. Une médecine coloniale qui poursuit un double objectif : d'une part celui de chercher à protéger et de rassurer les Européens en luttant contre la propagation des maladies et en leur offrant si possible les rares soins efficaces alors disponibles ; et d'autre part celui de veiller à ce que la main-d'œuvre nécessaire aux travaux des plantations ou à l'acheminement des matières premières vers les ports ne soit pas décimée par les maladies. Ce document permet aussi de comprendre comment la conception de la pensée médicale de l'époque, conception qui se caractérise par « une pensée étiologique monocausale, mettant en cause le " microbe" », est mise en application dans le cadre de la thérapeutique contre le paludisme.

La médecine tropicale qui va émerger de cette conception aux alentours de 1900 est un démembrement de la médecine coloniale. Son objectif est de répondre aux attentes des colonisateurs, soucieux de juguler les dangers des tropiques⁵⁵⁰. S'agissant de la médecine coloniale française, elle a connu deux périodes : une période pré-Pasteur et une autre, post-Pasteur, laquelle correspond à la colonisation de l'Indochine et de l'Afrique de l'Ouest⁵⁵¹. L'influence de la conception pasteurienne s'est étendue à la médecine coloniale dans son ensemble, mais a été particulièrement marquée dans les territoires sous contrôle français. En pratique, les découvertes pasteuriennes déterminent l'orientation de la lutte contre les

⁵⁴⁸ Sur cette question, voir Farinaud (Dr M.-E) « La lutte contre le paludisme dans les colonies françaises », *Annales de Médecine et de Pharmacies coloniales*, 1938, n°36, p. 919-969 ; Farinaud (Dr M.-E) « La prophylaxie dans les troupes en campagne », *Annales de Médecine et de Pharmacies coloniales*, 1938, n°36, p. 583-608

⁵⁴⁹ La chimiothérapie est définie comme le mode d'action des médicaments à des fins curatives et préventives, voir OMS, *Terminologie du paludisme et de l'éradication du paludisme*, Genève, OMS, 1964, 176 p

⁵⁵⁰ C'est l'exemple de la Liverpool School of Tropical Medicine et de la London School of Tropical Medicine fondées respectivement en 1898 et 1899 grâce au financement de compagnies commerciales et du Colonial Office, préoccupées par la menace pour l'expansion commerciale et coloniale que constituent, surtout en Afrique, des pathologies mortelles.

⁵⁵¹ Sur cette question, voir Van Dormael (M), *La médecine coloniale ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde*, Antwerp, Studies Health Organisation and Policy, 1997, 40 p

maladies. Elle est fondée sur un schéma simple : l'ennemi – l'agent causal - est désigné, de même qu'un vecteur essentiel dans la chaîne de transmission : l'homme. L'agent causal et l'homme sont donc au cœur de cette conception. De ce point de vue, la stratégie de lutte consiste en un dépistage de masse et au traitement des malades en vue d'interrompre la chaîne de transmission de la maladie : le cas le plus significatif est la lutte contre la trypanosomiase qui a profondément influencé les pratiques dans l'approche médicale des autres pathologies. En fin de compte, la logique privilégiée est moins de soigner les malades que d'éviter la propagation des maladies. Quels enseignements tirés de ce guide thérapeutique et clinique sur les manifestations du paludisme et plus généralement sur ces caractéristiques?

L'application de la thérapeutique du paludisme commence par l'identification des grands symptômes cliniques et des grands signes physiques. Pour certains auteurs, comme Blanc et Siguier, les signes se lisent aisément et sont reconnaissables par la fièvre très fréquente. Celle-ci est provoquée par l'irruption dans le torrent circulatoire des substances étrangères que représentent les débris globulaires, les pigments et les corps parasitaires. Au nombre des manifestations, figure aussi l'anémie qui a deux origines : la première provient de la destruction globulaire directe par le parasite et la seconde de la destruction par l'érythrolyse⁵⁵². D'autres phénomènes cliniques et physiques peuvent survenir comme la splénomégalie qui n'est que la conséquence de l'hypertrophie et de l'hyperplasie réticulo-endothéliale au niveau de la rate ; tout comme la note ictérique si fréquente dans les manifestations paludéennes est due à l'érythrolyse excessive augmentant la biligénie⁵⁵³ pigmentaire physiologique. Le paludisme peut provoquer des complications viscérales aiguës chez le malade dont quelques-unes – les accès pernicioeux – entraînent souvent la mort. Elles sont le fait de la gêne circulatoire et de l'encombrement capillaire résultant de la perte des qualités physiques de plasticité et de ductilité de très nombreuses hématies parasitées et de leur arrêt, ainsi favorisé au niveau des endothéliums capillaires⁵⁵⁴.

Pour qu'il y ait paludisme, il faut un réservoir de virus, un insecte transmetteur, un individu réceptif. Deux groupes d'individus sont à considérer dans ce cas de figure : l'autochtone et l'Européen. Le paludisme de l'indigène des régions d'endémies évoluant sans entraves prophylactiques ou thérapeutiques est une maladie aiguë fébrile grevant l'enfance d'une très haute mortalité. Devenus adultes, les survivants prémunis tolèrent l'infestation. Des

⁵⁵² C'est la destruction des globules rouges

⁵⁵³ Ce terme désigne l'élaboration de la bile par le foie

⁵⁵⁴ Blanc (F), Siguier (F), Op. Cit., p. 148-150

fléchissements de la prémunition expliquent les rechutes. Des inoculations massives peuvent vaincre la prémunition : ce sont les récidives rencontrées très souvent chez l'Africain noir. Chez l'Européen vivant dans des régions d'endémicité paludéenne et qui ne se protège pas par une chimioprophylaxie raisonnable, le paludisme présente un caractère d'inexorabilité. Que l'endémie soit permanente ou périodique, l'évolution du paludisme est à peu près la même, procédant par des étapes nosologiques bien définies ayant les mêmes éventualités de pronostic.

Dans une analyse consacrée à l'étude clinique du paludisme, Blanc et Siguier présentent plusieurs types de cas dans l'évolution générale de paludisme :

Le paludisme d'apport anophélien : c'est la manifestation initiale du paludisme dans les pays de moyenne et de faible endémicité. Ce type de paludisme est un état de morbidité sans grande originalité. Il se manifeste par une température continue de hauteur et de durée variables. Le paludisme grave : c'est la manifestation paludéenne aigüe fréquente. Il survient à toute époque de l'année chez des individus vivant sans protection dans les pays d'endémicité et à certaines saisons, chez les individus séjournant dans les pays d'endémicité périodique⁵⁵⁵. On observe deux manifestations cliniques dans ce type paludisme : la fièvre rémittente⁵⁵⁶ et la fièvre rémittente compliquée d'accidents pernicieux⁵⁵⁷. On range également dans cette catégorie, la fièvre bilieuse hémoglobinurique (FBH) qui est une complication du paludisme. Elle répond intégralement à la définition de l'accès pernicieux établie par Laveran : c'est un accident grave de l'infection paludéenne pouvant entraîner la mort. La FBH est une pyrexie endémique des régions tropicales, non contagieuse pouvant revêtir l'allure pseudo-épidémique, récidivant facilement et frappant exclusivement les sujets impaludés d'origine européenne. Elle est caractérisée par l'émission d'urines de coloration rougeâtre due à la présence de l'hémoglobine, d'un ictère et des vomissements bilieux. Le paludisme viscéral évolutif : une rate hypertrophiée, de l'anémie, un mouvement thermique variable sont les grands signes physiques que présentent les malades atteints de ce que certains désignent par paludisme chronique. La cachexie paludéenne aiguë : c'est l'expression la plus grave du paludisme épidémie, celui qui frappe les collectivités européennes sans protection d'aucune sorte dans les pays d'hyperendémie. D'autres formes de paludisme sont observables en dehors des cas présentés ci-dessus : il s'agit du paludisme de reviviscence schizogonique, du paludisme larve et du paludisme associé⁵⁵⁸.

⁵⁵⁵ Fièvre tropicale, fièvre estivo-automnale et fièvre rémittente sont les expressions différentes pour désigner le paludisme grave

⁵⁵⁶ Une fièvre est dite rémittente quand elle a des oscillations quotidiennes de 1°. Le malade est saisi d'un état fébrile rémittent continu ou subcontinu procédant par des trains d'ondes successifs. Le tableau clinique est celui d'une infection grave. C'est la forme pure de la rémittente.

⁵⁵⁷ Ce sont des infections graves relevant de l'infestation palustre et pouvant entraîner rapidement la mort. Deux cas d'accès pernicieux couramment rencontrés sont à retenir : l'accès pernicieux comateux (il intervient chez des sujets à long passé tropical, entachés depuis longtemps de paludisme, parfois aux cours de rémittente diagnostiquée et en traitement) et l'accès pernicieux algide (il survient chez un malade atteint de fièvre rémittente).

⁵⁵⁸ Blanc (F), Siguier (F), Op. Cit., 1948, p. 207-208

Pendant de nombreuses années, la seule arme connue du paludisme était la quinine, mise au point en 1820. Dotée de propriétés fébrifuge et parasiticide, elle permet d'arrêter l'évolution de l'accès de paludisme ; par ailleurs, prise à des doses suffisantes et répétées, elle donne une protection, au moins relative, aux sujets résidant dans une région d'endémie palustre. Après la quinine, des progrès considérables en matière de thérapeutique et de prophylaxie ont été réalisés avec l'apparition des antipaludiques de synthèse. La quinine et les antipaludiques de synthèse seront les armes utilisées pour appliquer la chimiothérapie du paludisme, au moment où l'OMS voit le jour en 1948. Le processus de leur mise en œuvre qui est une construction de longue durée mérite qu'on s'y intéresse pour mieux comprendre les conditions de leur utilisation à des fins curative et préventive aux différentes étapes de la lutte.

C'est en 1820, que deux pharmaciens français – Joseph Pelletier⁵⁵⁹ et Joseph Caventou⁵⁶⁰ – vont entreprendre la recherche d'un antipaludique avec l'écorce de quinquina. Leur démarche a abouti à l'isolement de l'alkaloïde actif de l'écorce du quinquina auquel, ils vont donner le nom de quinine. La valeur thérapeutique du nouveau produit est attestée partout il est utilisé contre l'endémie. Ainsi, lors de l'expansion coloniale, à côté de la moustiquaire, la quinine fait partie des moyens de défense des colons contre les maladies dont

⁵⁵⁹ Le premier, Pierre Joseph Pelletier, fils de Bertrand Pelletier, maître en pharmacie, naît à Paris, le 22 mars 1788. Il poursuit lui aussi des études de pharmacie et, dès sa première année reçoit le premier prix de chimie des mains de Fourcroy. Reçu pharmacien, en 1810, et ayant un goût prononcé pour la recherche scientifique, il fait sa thèse sur les gommés-résines dont il montre la complexité de composition. Il publie dans les Annales de Chimie les résultats de ses recherches sur la résine d'Opopanax, la cholestérine, la gomme d'olivier. Dès cette époque, il est élu membre de la Société de Pharmacie et présente, en 1814, à l'Académie des Sciences un mémoire sur les matières colorantes qui se trouvent dans le santal rouge et l'orcanette, puis un autre mémoire sur les colorants de la cochenille, en collaboration avec Caventou. Professeur adjoint à 26 ans, il enseigne la minéralogie. Dans ces travaux, il apporte le témoignage d'un esprit épris de la connaissance pure, mais aussi enclin à chercher d'utiles applications. Titulaire de la chaire d'histoire naturelle en 1825, il devient directeur-adjoint de l'École de Pharmacie en 1832. Auparavant, une Ordonnance Royale l'avait fait membre de l'Académie de Médecine (1820) et l'Académie des Sciences l'accueille en 1840, en qualité de membre libre. Pelletier meurt deux ans plus tard, à Paris, à l'âge de 54 ans, voir Javillier (M), « Cérémonie de remise à la ville de Paris du nouveau monument à Pelletier et Caventou à Paris, le vendredi 2 mars 1951 : discours de Maurice Javillier », Académie des Sciences : Notices et discours, t. III, 24, 1951, p. 185-201

⁵⁶⁰ Joseph Bienaimé Caventou est né à Saint-Omer le 30 juin 1795, lui aussi fils de Pharmacien. Son père commence à lui enseigner la pharmacie et le recommande à un de ses amis, pharmacien à Paris. Parallèlement à son apprentissage, il suit les cours à l'École de Pharmacie. Reçu à l'Internat, il abandonne l'Hôpital pour entrer dans la Pharmacie Militaire pendant les guerres napoléoniennes de Hollande où il se distingue en fabriquant du savon et surtout en rendant l'eau potable. En 1830, il fut nommé Professeur de Chimie organique et, plus tard, occupa la chaire de toxicologie de l'École Supérieure de Pharmacie de Paris. On lui doit un "Manuel des Pharmaciens et des Droguistes" et un "Traité élémentaire de Pharmacie théorique". La nature de ses recherches lui permet de connaître Joseph Pelletier et leur convergence de vues fait que leurs travaux, à partir de cette époque, sont pour ainsi dire communs. Caventou passe alors de plus en plus de temps dans le laboratoire de Pelletier, voir Javillier (M), « Cérémonie de remise à la ville de Paris du nouveau monument à Pelletier et Caventou à Paris, le vendredi 2 mars 1951 : discours de Maurice Javillier », Art. Cit., 1951, p. 185-201

le paludisme. Très vite, le nouveau produit rencontre un succès retentissant partout où il est utilisé, tant sa valeur thérapeutique est impressionnante.

Mais, progressivement la quinine va amorcer un déclin pour laisser place à des antipaludiques de synthèse dérivés de la quinine dans la première moitié du XX^e siècle. Par ce fait, le traitement du paludisme va s'enrichir de nouveaux médicaments dont les méthodes de synthèse ont dopé la pharmacopée. Réalisés à l'origine par l'industrie allemande, ils sont entrés par la suite dans le domaine industriel français. Aussi, comment expliquer qu'à côté de la quinine, antipaludique jadis incontournable qui a marqué le temps, les antimalariques synthétiques aient suscité un tel intérêt et connu un succès retentissant ?

Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer cette situation. Les auteurs⁵⁶¹ d'une publication sur les antimalariques synthétiques avancent deux raisons pour justifier cet intérêt.

Elles sont d'abord d'ordre médical. Il est connu que la quinine n'est pas aimée des enfants, car elle est difficilement acceptée par ceux-ci à cause de son amertume. En outre, elle a pu, par son action sur les contractions utérines, être incriminée dans certains cas d'avortement chez les femmes. Pire, les effets secondaires de l'utilisation de la quinine chez le patient se manifestent de plusieurs façons : elle provoque parfois des troubles digestifs à travers des nausées et vomissements, souvent des bourdonnements d'oreille et des vertiges. Des accidents plus sérieux comme des troubles nerveux pouvant aller jusqu'à une véritable ivresse quinique, suivie de torpeur peuvent se produire. Par ailleurs, elle est tenue pour responsable d'hématuries⁵⁶² et d'hémoglobinuries⁵⁶³ qui la contre-indiquent dans la bilieuse hémoglobinurique, de sorte que certains sujets présentent une intolérance qui oblige à suspendre le traitement.

Cette situation entraîne des complications pour l'utilisateur qui se manifeste par des manifestations cutanées (prurit, éruptions urticariennes⁵⁶⁴, scarlatiniformes et même

⁵⁶¹ Il s'agit du médecin Lieutenant-Colonel Bellon, médecin des hôpitaux militaires et du Pharmacien Commandant Kerny, Pharmacien-Chimiste du Service de Santé militaire appartenant tous deux au Service de santé colonial.

⁵⁶² C'est la présence de sang dans les urines

⁵⁶³ Elle se manifeste par la présence d'hémoglobine (constituant moléculaire du sang responsable du transport de l'oxygène) dans les urines

⁵⁶⁴ C'est une inflammation de la peau donnant l'impression d'un coloris rouge et provoquant des démangeaisons.

dermatites exfoliatrice⁵⁶⁵), d'une part et, d'autre part, par des troubles cardio-vasculaires (hypotension, collapsus). Au passif de la quinine, il faut ajouter aussi des défaillances thérapeutiques au point que des paludismes quinio-résistants ont été maintes fois signalés. Malgré un traitement régulier et méthodique, la fièvre se prolonge, les hématozoaires persistent dans le sang et des récurrences fréquentes se produisent chez le sujet malade. Enfin, s'il a été démontré que la quinine est excellente pour la destruction des schizontes⁵⁶⁶ de toutes les variétés de plasmodium ; en revanche, elle est moins active sur les gamètes de plasmodium malariae et vivax, et totalement inactive sur des gamètes de falciparum. Ceci dit, les motifs médicaux ne suffisent pas à eux seuls pour expliquer cette décadence de la quinine.

C'est ensuite des raisons économiques qui justifient son abandon progressif et qui ont poussé les chimistes à préparer des substituts à la quinine. En effet, les arbres à quinquina sont relativement rares et les besoins réels en quinine – qui s'élèvent à 1.387.411 kg par an d'après l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations – dépassent de beaucoup la production mondiale. De plus, la presque totalité, soit 95% du quinquina dans le monde provient des Indes Néerlandaises, de Java, principalement, et du Kina-Buro d'Amsterdam qui est la plaque tournante du marché de la quinine. De ce fait, il y a un véritable barrage économique qui ne permet pas l'abaissement des prix et cela peut présenter de sérieux inconvénients en cas de besoins criants en produits. Il est donc du plus grand intérêt de pouvoir se libérer du monopole de fait et de la production volontairement restreinte de quinine des Indes Néerlandaises.

Une troisième raison, celle-là, de nature conjoncturelle s'explique par l'éclatement de la Seconde Guerre mondiale et à l'impossibilité pour les pays producteurs de ravitailler les marchés demandeurs. En effet, à la veille de la guerre, les Hollandais produisaient 10.000 tonnes d'écorces par an⁵⁶⁷, grâce à la création d'hybrides et à une méthode de récolte alternée qui permet aux arbres de se régénérer, détenant ainsi le plus important monopole de productions agricoles du quinquina. Par un effet de contagion, l'occupation de l'Indonésie par les Japonais va priver l'Europe et l'Amérique de 90% de la production mondiale d'écorce de quinquina devenue, avec l'extension des empires coloniaux puis la multiplication des

⁵⁶⁵ C'est une desquamation de la peau sur de larges zones du corps.

⁵⁶⁶ C'est le nom donné aux protozoaires responsables du paludisme lorsqu'ils deviennent actifs après la phase d'incubation.

⁵⁶⁷ Gachot (B), Brunel (F), Pays (J-F), Paludisme, Paris, Doin, 2004, 110 p

théâtres d'opération dans les zones fortement impaludées, une véritable denrée stratégique dont le contrôle pouvait faire basculer l'issue de la guerre⁵⁶⁸.

Réalisés à l'origine par l'industrie allemande, ils sont entrés dans le domaine industriel des grandes nations. Pour les besoins de cette analyse, il ne s'agira pas de procéder à l'énumération d'une liste interminable d'antipaludiques de synthèse connus sous différents noms, selon que l'on se trouve à l'intérieur de l'Europe ou qu'on franchisse l'Atlantique. Mais, cette présentation va se limiter à quelques antipaludiques dont l'utilisation a marqué l'histoire de la lutte contre le paludisme. Au demeurant, les antipaludiques de synthèse ont été élaborés en fonction de la réaction des diverses espèces de parasites, du développement de la résistance de certaines souches et du cycle de développement du parasite dans le corps. Ces facteurs ont conduit les chercheurs à intensifier leurs travaux et à produire de nouveaux médicaments qui, progressivement, ont contribué à renforcer l'arsenal thérapeutique.

Pour mieux comprendre la suite de l'analyse, il importe de revisiter le processus de mise au point des antipaludiques à partir d'une chronologie proposée par le médecin-général Marcel Vaucel. Dans une publication datant de 1953⁵⁶⁹ et consacré aux antipaludiques synthétiques dans la prophylaxie du paludisme, Marcel Vaucel⁵⁷⁰, alors Secrétaire du comité d'experts du paludisme, détermine deux périodes dans la production desdits médicaments : une première phase qui de 1926 court jusqu'à 1942, et correspondant à la période qui s'est écoulée entre le moment de la découverte du premier synthétique et celui où la recherche de nouveaux composés connaît une dynamique ; une seconde qui débute, en 1943, par l'étude approfondie des synthétiques existants pour produire des composés différents afin de répondre aux problèmes posés par le développement du parasite dans le corps.

De façon plus détaillée, c'est en 1926 que la pamaquine⁵⁷¹, premier synthétique, a été mise au point par une équipe de chercheurs allemands conduite par Schulemann, Schönhöfer et Wingler. Elle est donc le premier dérivé synthétique de la quinoléine à se montrer efficace contre les parasites du paludisme humain et capable de détruire les

⁵⁶⁸ Ibid., p.17

⁵⁶⁹ Vaucel (M.), Rôle et intérêt des nouveaux médicaments synthétiques antipaludiques dans la prophylaxie du paludisme, Genève, OMS, 1953, 7 p

⁵⁷⁰ En plus de sa fonction de secrétaire du comité d'experts du paludisme à cette époque, Marcel Vaucel est médecin-général, inspecteur général des Instituts Pasteur d'Outre-mer et expert-consultant de l'OMS

⁵⁷¹ L'équivalent français de la pamaquine est la praequine, voir Bellon (J.-G.-F.-L), Kerny (M.-M), « Les antipaludiques synthétiques dans le traitement du paludisme, Revue du Service de santé militaire, t. CVII, n°2, 1937, p. 492-512

gamétocytes de *plasmodium falciparum*⁵⁷². Connue aussi sous le nom de plasmokino⁵⁷³, cet antipaludique⁵⁷⁴ a été très largement utilisé dans le traitement puis dans la prophylaxie du paludisme⁵⁷⁵. Les limites de la pamaquine notamment sa forte toxicité et son inefficacité face aux formes asexuées érythrocytaires de *plasmodium falciparum* vont aiguillonner la recherche.

C'est encore l'Ecole allemande qui va réaliser la synthèse du dérivé de l'acridine, auquel elle attribue le nom de mépacrine⁵⁷⁶ en 1930⁵⁷⁷ ; celle-ci est, en réalité, le fruit des travaux préliminaires effectués par Fourneau en France, Robinson et Magidson en Angleterre qui ont été les premiers à mettre en évidence les corrélations entre la structure et l'activité du produit⁵⁷⁸. En 1938, il revient encore et toujours aux Allemands de s'illustrer par l'étude de plusieurs composés qui ont abouti à la mise sur le marché de la sontoquine⁵⁷⁹ ou la résochine pour laquelle la Dénomination Commune Internationale proposée est la chloroquine : un produit appartenant à la classe des amino-4-quinoléines.

⁵⁷² Covell (Sir G.), et al, La chimiothérapie du paludisme, série de monographie, n°27, Genève, 1956, p. 12.

⁵⁷³ Bellon (J.-G.-F.-L), Keryn (M.-M), Art. Cit., p. 504

⁵⁷⁴ Une source exploitée révèle toutefois que le premier composé antipaludique de synthèse appartient à la série des 8 amino-quinoléines. Il a été préparé par Schuleman en 1929 (au lieu de 1926) sous le nom de plasmokino. Le même produit est reconstitué en France par Fourneau quelques années après et dénommé praequine. En 1933, Fourneau découvre un corps voisin dit 7ID ou Rhodoquine. L'association des deux composés ou Rhodopraequine répond à une préoccupation de synergie médicamenteuse avec diminution de toxicité sur les éléments sanguins pour une même dose thérapeutique, voir AIMTSSA : Carton n° 230 : Antipaludiques ; réglementation, abandon de la gratuité : circulaire (1939). Documentation, généralités : articles (1949). Thérapeutique du paludisme : rapport, rapports OMS (1947, 1955, 1956)

⁵⁷⁵ Pour des informations détaillées sur la mise au point de la pamaquine, la plasmokino, la praequine, voir Bellon (J.-G.-F.-L), Keryn (M.-M), Art. Cit, p. 492-512 ; Choumara (R), *Compléments de paludologie à l'usage des spécialistes en paludologie-entomologie (agents techniques et infirmiers)*, Bobo-Dioulasso, SGHMP, 1957, 45 p ; OMS, La chimiothérapie du paludisme : *rapport d'une réunion technique* ; série de rapports techniques n°226, Genève, OMS, 1961, 100 p ; Bruce-Chwatt (L.J), dir., Chimiothérapie du paludisme, 2^e édition, OMS, Genève, 1984, 137 p ; Vaucel (M.), Rôle et intérêt des nouveaux médicaments synthétiques antipaludiques dans la prophylaxie du paludisme, Genève, OMS, 1953, 7 p ; AIMTSSA : carton n° 230 : Antipaludiques ; réglementation, abandon de la gratuité : circulaire (1939). Documentation, généralités : articles (1949). Thérapeutique du paludisme : rapports OMS (1947, 1955, 1956)

⁵⁷⁶ Les synonymes et noms déposés sont Acricrine, Atrabrine, Métoquina et Quinacrine, voir OMS, Bulletin de l'OMS, vol. 1, n°2, 1948, p. 235-322

⁵⁷⁷ Covell (Sir G.), et al, Op. Cit., p. 13

⁵⁷⁸ L'équivalent de la mépacrine dans l'industrie française est la quinacrine qui a fait son apparition en 1930 confirmant par la même occasion la thèse de la recherche simultanée, voir Vaucel (M.), Op. Cit., p. 2

⁵⁷⁹ La sontoquine a les mêmes propriétés physiologiques et antiparasitaires que la nivaquine. Elle est utilisée dans les mêmes conditions en prophylaxie individuelle. Mais, elle n'est plus visible dans le commerce français, voir Blanc (F), « La protection médicamenteuse contre le paludisme (chimio-prophylaxie individuelle) », La Presse Médicale, 1955, vol. 63, n°61, p. 1234-1236

Du point de vue thérapeutique, l'activité clinique de la chloroquine⁵⁸⁰ ressemble à celle de l'Atébrine, mais sa toxicité est moindre. Elle présente plusieurs avantages : aucune coloration de la peau ni des yeux, absence de troubles gastro-intestinaux et un traitement de très courte durée - de deux à quatre jours - , pour une guérison radicale de l'infection à *falciparum*⁵⁸¹. Des produits similaires ont été préparés à la même époque, en France, et ont fait l'objet d'expérimentations à partir de 1941, notamment en Afrique du Nord par Schneider, Decourt, Durand et Nechali⁵⁸². Dans cette même catégorie de médicaments, on peut citer la Nivaquine - appellation française -, synthétisée en 1934 et brevetée, en 1939⁵⁸³.

L'année 1943 marque le début de la deuxième période de la production des antipaludiques. Elle se caractérise par l'étude approfondie des synthétiques existants, durant toute la période de guerre et post-guerre.

La guerre a été un catalyseur de la recherche sur les antipaludiques en plus des difficultés liées à la posologie de la quinacrine. Pendant que la quinacrine est encore prescrite pour prévenir le paludisme au sein des forces alliées, l'industrie allemande annonce la mise au point d'un nouveau synthétique dont l'intérêt thérapeutique est certain : c'est la sontochin étudiée en Tunisie depuis 1941⁵⁸⁴. Plus tard en 1943, la sontochin est acquise par les Américains au moment où Tunis est libérée des Allemands. Dès lors, l'intensification de la recherche scientifique ouvre la voie à la multiplication des médicaments : ainsi le proguanil (paludrine) et le chorproguanil (la paludrine) synthétisées, en 1945, servent au traitement du paludisme à *plasmodium falciparum*. Par la suite, la flavoquine qui a été préparée, en 1948, dispose de propriétés remarquables, telles que son grand pouvoir schizonticide⁵⁸⁵, sa grande

⁵⁸⁰ L'amodiaquine est un autre antipaludique appartenant à ce groupe d'antipaludique. Son mode d'action antipaludique est analogue à celui de la chloroquine, mais l'amodiaquine semble être légèrement plus active que la chloroquine sur les souches de *plasmodium falciparum* résistant à ce médicament, voir, Bruce-Chwatt (L.J), dir., Op. Cit., 1984, p. 43

⁵⁸¹ Comité d'experts sur le paludisme, « La lutte antipaludique : vue d'ensemble et recommandation », OMS, Rapport de la 2^e session du Comité d'experts sur le paludisme, *Bulletin de l'OMS*, 1948, vol.1, n°2, p. 235-322

⁵⁸² AIMTSSA : carton n° 230 : Antipaludiques ; réglementation, abandon de la gratuité : circulaire (1939) Documentation, généralités : articles (1949). Thérapeutique du paludisme : rapport, rapports OMS (1947, 1955, 1956)

⁵⁸³ Blanc (F), Art. Cit., p. 1234-1236

⁵⁸⁴ Vaucel (M), Op. Cit., p. 3

⁵⁸⁵ Le terme couramment utilisé depuis les années 90 est schizontocide : ce sont des antipaludiques qui ont une action sur les formes endoérythrocytaires du cycle schizogonique (cycle de reproduction asexuées des parasites du paludisme comportant la formation de schizontes érythrocytaires – qui évolue à l'intérieur du globule rouge - ou exoérythrocytaires. Ils suppriment (traitement curatif) ou préviennent (prophylaxie suppressive) l'apparition des symptômes cliniques. Comme lui, on ne parle plus de gaméticide, abandonné à la même date, mais plutôt de

lenteur d'élimination et une absence complète de toxicité⁵⁸⁶. Avant la flavoquine (amodiaquine), c'est le proguanil (paludrine) qui appartient à la classe des diguanides qui a été lancé dans le circuit commercial et qui possède une action similaire à celle de la pyriméthamine⁵⁸⁷, découverte, quant à elle, en 1951⁵⁸⁸.

A cette date, il n'existe pas sur le marché un antipaludique idéal, entendu comme un médicament doté d'un pouvoir prophylactique à l'égard de toutes les espèces de parasites du paludisme, d'un pouvoir thérapeutique et en même temps capable de réaliser une guérison radicale, de faible toxicité et d'être bon marché. Il n'en empêche, la communauté des paludologues dispose désormais d'une variété de médicaments synthétiques capables d'agir à différentes phases du cycle évolutif de la maladie⁵⁸⁹. Ainsi, à partir des essais pratiqués sur le terrain et des propriétés chimiques desdits médicaments, on peut tenter une classification des antipaludiques en fonction des actions prophylactiques et curatives⁵⁹⁰ d'une part et d'autre part en fonction des stades d'évolution de la maladie. Pour mieux comprendre l'utilisation de tel ou tel médicament à un moment donné, les antipaludiques ont été classés en cinq groupes (Tableau n° 6) par un collègue d'experts de l'OMS⁵⁹¹. Une classification qui montre clairement l'éventail des antipaludiques de synthèse disponibles en réponse aux diverses formes de la maladie⁵⁹².

gamétocytocides. Ces derniers ont une action sur les formes à potentiel sexué, les gamétocytes, capables d'assurer la transmission de l'affection à l'anophèle et partant la pérennité de l'espèce plasmodiale, doublé d'un certain degré d'activité sur les formes exoérythrocytaires tissulaires, voir, Gentilini (M), Médecine Tropicale, Paris, Flammarion, 1993, p. 112

⁵⁸⁶ Ibid., p. 1235

⁵⁸⁷ La mise au point de la pyriméthamine a été un exploit de la synthèse organique guidée par des considérations biochimiques. Plusieurs sels insolubles de la pyriméthamine ont été préparés dans le but d'obtenir une action prolongée, voir Bruce-Chwatt (L.J.) dir., Op. Cit., 1984, p. 46

⁵⁸⁸ Debacker (M-J), Paludisme : historique, mythes, croyances et idées reçues, thèse de médecine, Université Paris Val de Marne, faculté de médecine de Créteil, 2000, 85 p

⁵⁸⁹ En théorie, un médicament peut agir sur le parasite du paludisme selon l'une ou l'autre des modalités suivantes : contre les sporozoïtes au moment où ils pénètrent pour la première fois dans l'organisme de l'homme ; contre la phase tissulaire primaire ou pré-érythrocytique ; contre les parasites asexués pendant la phase érythrocytique ; contre les parasites sexués pendant la phase érythrocytique ; contre la phase tardive exo-érythrocytaire dite aussi phase tissulaire secondaire, à laquelle on a attribué les phénomènes de latence et de rechute tardive du paludisme à vivax et contre les gamétocytes pendant la phase du cycle évolutif chez le moustique, voir Covell (G), La chimiothérapie du paludisme, Genève, OMS, 1953, 12 p

⁵⁹⁰ Field (J.W), Le rôle des médicaments dans la prophylaxie du paludisme (Conférence du paludisme pour les régions du Pacifique occidentale et de l'Asie du Sud-Est, Taipei, 15-27 novembre 1954), Taipei, 1954, p. 3-14

⁵⁹¹ Il s'agit de L. J. Bruce-Chwatt, de G. Covell, de G.R. Coatney, de J. W. Field et de J. Sing

⁵⁹² Anonyme, Classification des médicaments antipaludiques en fonction de leur action sur les diverses formes évolutives du parasite, OMS, Genève, 1961, 6 p

Tableau n° 6 : Classification des antipaludiques en fonction des formes d'évolution du parasite

Groupes	Actions sur les formes évolutives du parasite.
Les étioprophyllactiques (schizontocides des formes tissulaires primaires)	Ils agissent sur les formes pré-érythrocytaires (phases tissulaires primaires) du parasite du paludisme. La primaquine et le pamaquine (probablement le quinocide), le proguanil et la pyriméthamine sont à utiliser.
Les shizontocides proprement dits	Ils agissent sur les formes érythrocytaires asexuées de toutes les espèces de parasites du paludisme. La quinine, la mépacrine, la chloroquine et l'amodiaquine ont une action puissante et rapide. Le proguanil et la pyriméthamine agissent, eux lentement, mais sont utiles comme suppressifs ¹ de toutes les espèces de parasites
Les gamétocides (gamétocytocides, gamétocides)	Ils sont efficaces contre les formes sexuées de toutes les espèces de parasites du paludisme. Il s'agit de la pamaquine, le plasmocide, la primaquine et le quinocide. La quinine, la mépacrine, la chloroquine et l'amodiaquine agissent sur les gamétocytes de Plasmodium. vivax et malariae.
Les sporontocides	Ils empêchent la sporozonie du parasite chez le moustique ; appelée aussi "antisporogonique" ou "gamostatique). Le proguanil, le chlorproguanil et le pyriméthamine agissent sur les gamétocytes de Plasmodium. falciparum et vivax. La pamaquine et la primaquine ont un effet semblable.
Les médicaments anti-rechutes (ou schizontocides des formes tissulaires secondaires)	Ils sont extrêmement efficaces contre les formes exo-érythrocytaires secondaires des infections à Plasmodium. vivax et malariae. La pamaquine, la primaquine et le quinocide sont les composés ayant une efficacité totale pour obtenir la guérison radicale de toutes les infections récurrentes.

1. Traitement suppressif ou prophylaxie clinique, clino-prophylaxie, prophylaxie médicamenteuse, chimioprophylaxie), c'est un traitement ayant pour but de prévenir ou de supprimer les symptômes cliniques et la parasitémie mais sans prévenir ou éliminer nécessairement l'infection.

Source : Anonyme, Classification des médicaments antipaludiques en fonction de leur action sur les diverses formes évolutives du parasite, OMS, Genève, 1961, 6 p

Au total, entre les années 1940 et 1950, le marché des antipaludiques peut afficher un nombre impressionnant de médicaments à la disposition de la communauté médicale. Le (Tableau n°7) suivant présente une liste non exhaustive d'antipaludiques d'utilisation

courante avec la Dénomination Commune Internationale⁵⁹³ proposée et quelques-uns des synonymes qui sont utilisés comme nom commercial.

Tableau n° 7 : Liste des médicaments et leurs synonymes

PRINCIPAUX ANTIPALUDIQUES (Dénomination Commune Internationale)	SYNONYMES (Nom commercial)
AMODIAQUINE	Cam-sqi ; Camoquin P.D ; Flavoquine ; Miaquin ; SN 10751
CHLOROQUINE	Aralen ; Nivaquine B ; Resochin ; Tanaka ; SN 7618 ; 3377RP
MEPRACRINE	Acriquine ; Arichin ; Atabrine ; Atebrin ; Chemiochin ; Chimacrin ; Crinodora ; Erion ; Haffakinine ; Italchina ; Malaricida ; Méthoquine ; Métoquina ; Métoquine ; Palusan ; Quinaacrine.
PAMACRINE	Aminoquin ; Beprochin ; Fourneau-70 ; Gamefar ; Pamaquine ; Plasmochin ; Plasmocide ; Plasmoqueine ; Praequine ; Quipenyl ; Rhodoquin.
PRIMAQUINE	SN 13272
PALQUENIL	Hydroxychloroquine
PROGUANIL	Balusil ; Bigumal ; Chlorguanide ; Chloriguane ; Diguanyl ; Drinupal ; Guanatol ; Paludrine ; Palusil ; Tirian ; M4888 ; SN 12837 ; 3359 RP
PYRIMETHAMINE	Daraprim ; Malocide ; B-W 50-63
SONTOQUINE	Nivaquine A ; Nivaquine C ; Santochin ; Santiqueine ; Sontochin ; SN 6911 ; 3038 RP

Source : Vincke (Dr I.H), Rôle de la chimiothérapie dans les programmes de lutte antipaludique (Conférence sur le paludisme en Afrique, Lagos, Nigéria 28 novembre- 6 décembre 1955), Lagos, OMS, 16 p

⁵⁹³ La dénomination Commune Internationale (DCI), proposée par l'OMS en 1953, désigne la substance active du médicament et permet de l'identifier. C'est le vrai nom du médicament et il est commun aux pays du monde entier. La DCI permet aux professionnels de santé et aux patients d'identifier un médicament avec clarté et précision, et d'éviter des effets parfois graves liés à la méconnaissance des traitements utilisés.

Comment l’OMS entrevoit-elle le recours à la chimiothérapie à partir de 1948 dans le cadre de la lutte antipaludique? Pour trouver une réponse à cette interrogation, on va procéder à une analyse des directives formulées par des experts paludologues. Ceux-ci agissent pour le compte de l’OMS par le biais du comité d’experts du paludisme et du Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique. Puis, cette analyse sera mise en perspective avec les pratiques thérapeutiques dans le contexte ivoirien afin de mesurer le degré d’application des protocoles en vigueur.

Définissant les objectifs de la politique de l’OMS pour la lutte contre le paludisme, le comité d’experts du paludisme de l’OMS, au cours de sa deuxième session, tenue en 1948 à Washington, s’est voulu très pragmatique quant à la stratégie de lutte à mettre en œuvre contre le paludisme : « le programme antipaludique doit aider les gouvernements à lutter efficacement contre le paludisme selon les directives scientifiques modernes »⁵⁹⁴. Tout en réaffirmant, la primauté des mesures dirigées contre les moustiques notamment les insecticides, le comité juge que la chimiothérapie (traitement curatif) et la chimioprophylaxie (traitement préventif) ont leur importance pour enrayer le paludisme épidémique du point de vue de leurs manifestations cliniques⁵⁹⁵. Ce faisant, le recours aux antipaludiques est clairement et fortement envisagé au nombre des armes à mobiliser pour s’attaquer à la maladie. Plusieurs réunions internationales organisées sous l’égide de l’OMS, dès 1948, ont dans leurs recommandations, jeté les bases d’une application nouvelle de la chimiothérapie antipaludique sous des formes diverses au regard des avancées réalisées dans la production des antipaludiques.

C’est d’abord une attitude de prudence que les experts de l’OMS en charge du paludisme affichent, au moment de rendre compte des avancées sur la question des médicaments antipaludiques et du recours à la chimiothérapie. C’était lors des débats de la 2^e session du comité d’experts, organisée à Washington, du 19 au 25 mai 1948⁵⁹⁶. En effet, si le comité se félicite de l’abondante production des antipaludiques, il se montre, par contre, plus réservé quant à leur utilisation chez l’homme malade. La raison ? De nombreux médicaments

⁵⁹⁴ Sur cette question, voir OMS, *Comité d’experts sur le paludisme*. Rapport de la deuxième session, dans *Actes officiels de l’OMS, n°11. Rapports des comités d’experts et autres organes consultatifs à la commission intérimaire*, Genève, OMS, 1948, p. 44

⁵⁹⁵ Ibid., p. 52

⁵⁹⁶ Comité d’experts sur le paludisme, rapport de la 2^e session, 19 au 25 mai, Washington, 1948, dans OMS, *Actes officiels de l’OMS, n°11*. Op. Cit., 1948, p. 43-59

fabriqués au cours des dernières années ont, certes, donné des espoirs à la suite d'essais réalisés sur le paludisme des oiseaux et des singes. Mais, ces essais ne suffisent pas pour autant à justifier leur emploi contre le paludisme de l'homme. En attendant, leur usage pourra être autorisé à titre expérimental. En pratique, le recours aux antipaludiques doit s'imposer en cas d'épidémie dans le but d'enrayer d'urgence les manifestations cliniques avérées. Dans le même ordre d'idée, l'applicabilité de la chimiothérapie collective⁵⁹⁷ et individuelle est considérée comme exceptionnelle et sujette à des conditions principalement pour le premier cas⁵⁹⁸. Lors de la 3^e session du comité d'experts, la question de la chimiothérapie occupe une place de choix et l'attitude des experts sur cette question sensible évolue.

La chimiothérapie antipaludique est cœur des sujets débattus lors de la 3^e réunion du comité d'experts sur le paludisme organisée, du 10 au 17 août 1949, à Genève⁵⁹⁹. Non seulement son importance a été réaffirmée mais, un inventaire des antipaludiques disponibles à l'intention des praticiens pour la pratique de la chimiothérapie et un exposé sur leur efficacité à tous les stades de l'évolution de la maladie ont été réalisés. Au cours de cette session, une importante décision a été arrêtée, à savoir que : « Aussi longtemps que l'éradication du paludisme paraîtra difficile à réaliser, il est nécessaire de traiter à l'aide d'antipaludiques un grand nombre de cas de malades, notamment dans les pays peu développés »⁶⁰⁰. Ceci étant, en privilégiant l'utilisation des insecticides modernes comme le DDT, pour interrompre la transmission du paludisme, le comité n'oublie pas pour autant l'apport de la chimiothérapie pour le traitement clinique du paludisme en cas d'épidémie, mais en aucun à titre de prévention, où elle ne joue qu'un rôle secondaire⁶⁰¹. Ainsi, aussi longtemps que l'utilisation des insecticides ne serait impossible à faire, il est indispensable d'assurer le traitement à un nombre élevé de malades par un recours à ces antipaludiques. Toutefois, aucune recommandation n'est faite concernant l'emploi et la posologie des

⁵⁹⁷ Dans le cadre de la pratique de la chimiothérapie collective, la mesure doit être limitée aux cas suivants : la collectivité de travailleurs vivant dans des conditions où une campagne efficace contre les vecteurs du paludisme n'est pas possible où n'a pas été entreprise ; les groupes mobiles opérant sur les territoires paludéens ; certains groupes sociaux qu'il est aisé de surveiller, par exemple des écoliers vivant dans des régions endémiques où les mesures de lutte antipaludiques ne sont pas encore appliquées et les armées en campagnes, voir Comité d'experts sur le paludisme, rapport de la 2^e session, 19 au 25 mai, Washington, 1948, dans OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°11, Op. Cit., 1948, p. 52

⁵⁹⁸ Pour des informations concernant cette question, voir Comité d'experts sur le paludisme, rapport de la 2^e session, 19 au 25 mai, Washington, 1948, dans OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°11, Op. Cit., 1948, p. 52

⁵⁹⁹ OMS, Série de rapports techniques, n°8, Op. Cit., 1949, 54 p

⁶⁰⁰ Ibid., p. 8

⁶⁰¹ Ibid., p. 42

nouveaux composés parce que les nouveaux antipaludiques font encore l'objet d'expérimentation et que des données nouvelles ne cessent d'être recueillies. De ce qui précède, les indications sur l'emploi et la posologie faites au cours de cette réunion ne le sont qu'à titre indicatif⁶⁰² et considérées comme « des directives provisoires »⁶⁰³

La chimiothérapie a toujours fait patrie des armes mobilisées dans le cadre de la lutte contre le paludisme. Elle demeure un moyen incontournable pour combattre une pathologie qui est considérée comme une des principales affections qui menace les populations du territoire de la Côte d'Ivoire. Dans ce territoire, la morbidité et la mortalité causées par le paludisme sont considérables. Les statistiques concernant l'ampleur de l'endémie sur les populations ivoiriennes sont parlantes. Mais, leur maniement appelle quelques précautions, étant entendu que les chiffres qui rendent compte des cas de personnes malades sont davantage fonction de l'intérêt du corps médical que de l'endémie elle-même. Par ailleurs, l'absence de diagnostic parasitologique par manque de microscopes dans un grand nombre de postes médicaux rend parfois les statistiques sanitaires problématiques⁶⁰⁴.

Il n'empêche que les chiffres fournis par les rapports du service de santé local, même minorés permettent de se faire une idée des dangers de la maladie pour justifier les mesures de traitement antipaludique. Ceux de 1948 sont révélateurs de l'impact du paludisme sur les populations et sur le rythme de fréquentation des formations sanitaires : ainsi la maladie représente 3.31% de la morbidité générale, 20.09% dans la section des maladies endémo-épidémiques. 41.819 personnes ont été reçues en consultation pour des affections palustres, pour 849 hospitalisés et 73 décès. Face à cette réalité, l'utilisation de la chimiothérapie devient inévitable et est différemment appliquée selon qu'il s'agisse des populations autochtones ou européennes. Ainsi avant toute action de chimiothérapie, des relevés sur l'ampleur de cette pathologie au sein des deux catégories de populations sont préalablement réalisées afin de mesurer l'endémicité et proposer des schémas thérapeutiques appropriés.

⁶⁰² OMS, Série de rapports techniques, n°8, Op. Cit., p. 45

⁶⁰³ C'est un terme utilisé dans le rapport rédigé par les experts lors de la réunion de la 2^e session du comité d'experts.

⁶⁰⁴ En 1948, le directeur du service de santé de la Côte d'Ivoire, le médecin colonel DAVID demandait justement de la mesure dans l'appréciation des chiffres fournis par les structures de santé, voir ANS : Rapport annuel du service de santé de la Côte d'Ivoire, 1948.

Les formes de paludisme les plus couramment rencontrées en ce territoire sont au nombre de trois⁶⁰⁵ et touchent différemment les populations autochtone et européenne comme le prouvent les statistiques produites par le directeur du service de santé en 1948 (Tableaux n° 8 et 9) : il s'agit de la fièvre, de la cachexie et de l'accès pernicieux.

Tableau n°8 : Les formes de paludisme chez les Européens

<u>Formes de paludisme</u>	<u>Année 1948</u>
Paludisme fièvre	1.781
Cachexie palustre	6
Accès pernicieux	30
Total	1.817

Tableau n° 9 : Les formes de paludisme chez les Africains

<u>Formes de paludisme</u>	<u>Année 1948</u>
Paludisme fièvre	40.370
Cachexie palustre	213
Accès pernicieux	268
Total	40.851

Source : ANS, Rapport annuel du service de santé de la Côte d'Ivoire, 1948

Dans la catégorie de la population européenne, l'endémie palustre demeure une des principales causes de morbidité avec 1.817 cas : soit un pourcentage de 10.59 par rapport à la morbidité générale. Au cours de cette année 1948, les manifestations pernicieuses s'observent presque exclusivement chez le nourrisson, durement touché par l'affection surtout dans la tranche d'âge de 5 et 10 mois. Plus grave, avec 342 entrées dans les formations sanitaires, l'endémie palustre représente donc de loin la principale cause des hospitalisations. Elle s'inscrit également pour 4 décès sur 35 au chapitre de la mortalité.

Du côté des Africains, 40.851 sujets ont été atteints de manifestations palustres diverses contre 38.398 en 1947. Comme les années précédentes, le manque de microscopes

⁶⁰⁵ On pourra y ajouter la Fièvre bilieuse hémoglobinurique (FBH) qui est une des formes graves du paludisme touchant principalement les sujets européens.

dans un trop grand nombre de formations sanitaires ne permet pas de poser un diagnostic parasitologique et d'évaluer la situation exacte du paludisme.

Toutefois, pour pallier à cette insuffisance, des techniques ont été introduites dans la paludologie pour prouver l'existence ou non du paludisme dans une localité donnée ; cela au moyen d'une série d'enquêtes : une enquête sur les index⁶⁰⁶ spléniques⁶⁰⁷ – permettant de palper la rate pour juger de son hypertrophie - et index hématologiques⁶⁰⁸ – portant sur l'analyse du sang - a néanmoins été tentée en milieu scolaire par les médecins-chefs de cercle, avec le concours des secteurs spéciaux du SGHMP pour les examens de lame.

Ainsi en 1948, une vaste enquête a été réalisée dans toute la Côte d'Ivoire en milieu scolaire (Tableau n°10) : 22.954 sur 24.936 inscrits au contrôle scolaire ont été examinés à ce titre. Sur ce chiffre, 6.739 examens ont été positifs fournissant un index splénique de 29.35% pour l'ensemble du territoire. Mais, ce chiffre ne traduit pas les réalités dans chaque cercle qui varient suivant les régions : par exemple de 3.39% à Korhogo à 55.75 pour le cercle de Grand-Bassam. Cette enquête a permis aux médecins de mieux cerner l'endémie palustre de même que son incidence sur les populations.

⁶⁰⁶ C'est un mot anglais dont la traduction en français est « indice ». Ainsi, pour une plus grande commodité, les paludologues vont préférer le terme « indice » en lieu et place de « index », voir Vaucel (M), Roubaud (E), Galliard (H), Terminologie du paludisme. *Rapport d'un groupe de rédaction nommé par l'OMS*, Genève, OMS, 1954, p. 30

⁶⁰⁷ On peut définir l'indice splénique comme représentant la proportion d'enfants âgé de 2 à 9 ans présentant une hypertrophie de la rate. C'est un élément de grande valeur pour la mesure de l'endémie paludéenne. Beaucoup moins sujet que l'indice parasitaire à des modifications saisonnières rapides, il est particulièrement précieux en raison du peu d'efforts que nécessite sa détermination. Les paludologues français restent fidèles à la méthode de palpation de la rate dans la station debout. Ils utilisent soit le procédé de Sergent, soit le procédé de Noel Bernard, qui ne tiennent compte ni l'un ni l'autre des rates palpables seulement en inspirations profonde. Pour la méthode de Sergent, le sujet à examiner est debout, le corps légèrement penché en avant. L'opérateur déprime l'hypocondre gauche avec les doigts de la main gauche à demi fléchis et repère le pôle inférieur de la rate, tout en évaluant en travers de doigt (1 travers de doigt = 2cm), chez chaque porteur de grosse rate, la distance qui sépare le rebord costal gauche du pôle inférieur de l'organe hypertrophié. Avec la méthode de Noel Bernard, le sujet et l'opérateur sont dans la même position que pour la pratique de la méthode de Sergent, voir Vaucel (M), Roubaud (E), Galliard (H), op. cit., 1954, p. 41-42

⁶⁰⁸ C'est l'équivalent de l'indice parasitaire qui est la proportion des sujets dans le sang desquels un bref examen, effectué à une époque donnée, permet de constater la présence de parasites.

Tableau n°10 : Résultats des enquêtes réalisées en Côte d'Ivoire en 1948

<u>CERCLES</u>	<u>ECOLES VISITEES</u>	<u>NOMBRE D'EXAMENS</u>	<u>CAS POSITIFS</u>	<u>INDEX</u>
ABIDJAN	30	6.203	2.327	37.49%
ABENGOUROU	4	615	129	20.97%
AGBOVILLE	9	1.897	368	19.39%
BONDOUKOU	11	674	53	7.86%
BOUAKE	11	1.849	545	29.47%
DALOA	15	1.698	434	25.55%
DIMBOKRO	9	1.114	415	37.25%
GAGNOA	2	722	105	14.54%
GRAND- BASSAM	-	938	523	55.75%
GRAND- LAHOU	13	1.599	607	37.90%
KATIOLA	5	621	136	21.9%
KORHOGO	15	1.402	49	3.49%
MAN	11	1.855	477	25.71%
SASSANDRA	6	918	378	41.28%
SEGUELA	4	611	121	19.80%
TABOU	3	238	72	30.25%

Source : ANS, Rapport annuel du service de santé de la Côte d'Ivoire, 1948.

L'analyse du tableau fait ressortir que le nord la Côte d'Ivoire est moins touché par le paludisme que le sud : à titre d'illustration, Korhogo et Bondoukou constituent les villes les moins touchées avec respectivement des index moyens de 3.49% et 7.86%. En descendant vers le sud, le cercle de Séguéla marque la transition avec la moyenne Côte d'Ivoire. L'index augmente à mesure que l'on se rapproche de la côte pour atteindre son maximum dans les cercles de Sassandra (41.28%) et Grand-Bassam (53.75%). Il ressort de l'analyse de ces

chiffres que l'endémie palustre est importante par ordre croissant en zone de savane, puis en forêt et enfin en zone de lagune : on constate donc une forte implantation du paludisme dans le sud. Faut-il y voir un lien avec le développement économique plus prononcé dans cette partie ? Dans le cadre du développement agricole par exemple, l'extension des rizières inondées dans des zones jusque-là non marécageuses ne peut que favoriser les gîtes à larves et multiplier les risques d'une explosion du paludisme. Il en est de même avec l'implantation des bananeraies et des cultures maraîchères à proximité des villes. A cela s'ajoutent les entrepôts de billes de bois et les nombreuses excavations dues aux constructions dans les agglomérations. Toutefois, des contrastes existent à l'intérieur des unités administratives avec des variations d'index constatés dans les écoles témoins.

Dans le même rapport de santé, une étude sur la variation des index spléniques a, cette fois-ci, concerné l'âge des enfants toujours en milieu scolaire. A partir des relevés observés dans les cercles de Man et Grand-Bassam, on remarque que de six à sept ans, l'index est très élevé ; dès l'âge de huit ans, il commence à décroître ; la baisse se confirme à dix ans et continue régulièrement à partir de cet âge. Ces chiffres donnent de conclure que l'enfant africain fait en moyenne sa prémunition vers la 7^e année, mais à mesure que le processus de résistance à l'infection palustre croit, l'index splénique régresse. Ces chiffres confirment le taux de morbidité et de mortalité élevé chez les enfants de zéro à cinq ans. Par ailleurs, la variété d'hématozoaires identifiés au terme des examens montre que l'hématozoaire le plus souvent responsable du paludisme est le *plasmodium praecox*⁶⁰⁹, ensuite viennent le *plasmodium vivax* et le *plasmodium malariae*.

Au total, des progrès réalisés dans le domaine de la paludologie permettent désormais de mieux connaître les spécificités du paludisme qui sévit dans une région donnée et surtout de mesurer son endémicité. Quelles sont les pratiques thérapeutiques concrètes en chimiothérapie ?

Pendant longtemps, la prophylaxie antipaludique par la protection mécanique au moyen de la moustiquaire est le mode de protection le plus courant : c'est l'apanage des Européens et des Libano-syriens. Mais parmi eux, beaucoup trop manifestent à l'égard de ce mode de protection une certaine désinvolture et s'imaginent que la prise de quinine journalière suffit à les protéger de toute infestation. Chez les Africains, la protection mécanique à base de moustiquaires n'est pas répandue. Seuls les quelques évolués de plus en

⁶⁰⁹ C'est l'ancienne appellation du *plasmodium falciparum*.

plus nombreux d'ailleurs possèdent des moustiquaires. Progressivement, la protection mécanique fait place à la prophylaxie médicamenteuse. Dès lors, la prévention est désormais privilégiée par le service de santé.

En pratique, la chimioprophylaxie est exclusivement réservée aux populations européennes. Au sein de cette population, l'année 1948 voit le retour de la quinine sur le marché en quantité suffisante, pour permettre à ceux qui prennent les synthétiques à contrecœur, de s'en procurer aisément. Et pourtant, le nombre des manifestations palustres n'a pas diminué. Ceci est le résultat de la fantaisie constatée dans l'application de la chimioprophylaxie due à la négligence et au non-respect de la posologie : c'est l'exemple avec les nourrissons pour lesquels les parents se contentent de demander aux pharmaciens du sirop de quinine dont ils donnent une cuillerée à café quotidienne sans se préoccuper de savoir ce que cela représente et dont ils se gardent bien d'augmenter la dose au fur et à mesure que l'enfant grandit.

La prophylaxie médicamenteuse de plus en plus utilisée coïncide avec l'apparition de la paludrine, plus avantageuse que la quinine⁶¹⁰. D'excellents résultats ont été obtenus avec des doses suivantes : 0.10g tous les deux jours chez les adultes (parfois 0.10g par jour) et les enfants de plus de 5 ans ; 0.05g tous les deux jours chez les nourrissons et les enfants de moins de 5 ans. Cette dernière posologie est légèrement plus élevée que celle généralement prescrite, parce que l'endémie plus élevée dans les régions l'exige⁶¹¹. La paludrine doit être

⁶¹⁰ Ce produit présente quelques avantages sur la quinine : il est bien toléré par tous les malades et ne provoque ni bourdonnements d'oreille, ni nausées, ni vomissements. Son action sur la sécrétion lactée et la diurèse est nulle. C'est une précieuse indication dans le traitement des manifestations palustres avec atteinte rénale. La toxicité semble également nulle. Son action sur les manifestations cliniques est bonne, quel que soit l'hématozoaire en cause. En trois jours, cinq jours dans les cas graves de traitement, la température retombe à la normale, et l'hématozoaire disparaît dans le sang circulant. En même temps, on constate une amélioration des phénomènes généraux aussi marquée qu'avec la quinine ou la quinacrine. Son pouvoir stérilisant semble réel dans les infections à plasmodium falciparum. Avec précaution, il n'a encore été signalé aucune rechute de paludisme à falciparum traitée par la Paludrine. Par contre son pouvoir stérilisant sur plasmodium vivax paraît moindre ; ce qui confirme d'ailleurs les observations faites par de nombreux auteurs. Le seul inconvénient que présente à notre avis la Paludrine réside dans le fait que qu'elle ne peut – pour l'instant du moins – être administrée que per os, d'où une action moins rapide qu'avec les produits injectables, voir ANS, Rapport annuel du service de santé de la Côte d'Ivoire, 1948

⁶¹¹ Dans les premiers essais entrepris avec la paludrine sur le terrain, 0.10 g de comprimés était prévu pour être administré aux malades par semaine ; la dose peut être portée à 0.10g au moins deux fois par semaine ; le général COVELL lui pense que si la dose est portée à deux comprimés de 0.10g par semaine, administrés à trois ou quatre jours d'intervalle paraît tout à efficace, voir Commission Intérimaire de l'OMS, Comité d'experts sur le paludisme, Palais des Nations, 22-25 avril 1947. Extrait du Rapport sur la Première session, Genève, Bulletin de l'OMS, 1947-1948, vol. 1, n°1, p. 23-32

considérée comme un bon antimalarique qui, certes ne détrône pas la quinine, mais peut constituer un excellent produit de remplacement pour les gens supportant mal cette dernière.

Les enquêtes réalisées, en 1948, dans le territoire pour mesurer l'endémicité du paludisme sont la preuve que le degré d'endémicité représente désormais un critère essentiel pour déterminer des stratégies de lutte y compris la chimiothérapie. La mesure de l'endémie palustre a fait l'objet d'études similaires en 1949 et 1950. La pratique de la chimiothérapie antipaludique entreprise dans le territoire depuis 1948 n'a pas connu de variantes entre les années 1949 et 1950. Pour ces deux années, l'endémie palustre garde le même caractère de gravité comme en 1948 : ainsi en 1949, le sujet européen reste la cible la plus exposée au paludisme qui représente la plus importante cause de morbidité avec 1457 soit 9.53% de la morbidité générale. Quant à la population africaine, on note une augmentation de l'endémie avec 53.068 malades atteints d'endémie palustre contre 40.851 en 1948. Cette augmentation des affections palustres est due à une extension de l'endémie palustre en rapport avec les conditions climatiques particulières de l'année 1949, exceptionnellement pluvieuses d'une part et d'autre part, à une meilleure fréquentation des centres de santé.

La prophylaxie médicamenteuse n'a pas changé de cible non plus : elle est destinée à la grande majorité des Européens parmi lesquels on range aussi les Libano-Syriens. Celle-ci se pratique tantôt avec la quinine, tantôt avec la Paludrine tantôt avec la nivaquine. Les deux derniers antipaludiques ont la préférence des populations au détriment de la quinine qui semble en déclin. Mais, au sein de ce groupe, les Libano-Syriens sont très réfractaires à la chimioprophylaxie et sont le plus souvent exposés aux manifestations de paludisme viscéral⁶¹² chez les adultes et aux accès pernicieux chez leurs enfants.

Au chapitre des actions thérapeutiques, les chiffres disponibles ont été obtenus sur la base des hospitalisations des malades. Par exemple, les accès palustres chez les Africains sont les plus courants car représentant entre 98% et 99% des cas relevés. Cette forme provoque rarement la mort ou l'hospitalisation. En 1957, sur 154.696 accès palustres, seuls 4.401 soit 2.8% des cas débouchent sur une hospitalisation.

⁶¹² En termes simples, il s'agit d'une manifestation chronique atteignant préférentiellement l'enfant vivant en zone d'endémie ou l'adulte non prémuni.

On en dénombre cent-cinquante-neuf cas recensés dont quatre-vingt-deux dans les hôpitaux soit un taux de mortalité hospitalière de 18.6‰⁶¹³. La cachexie palustre⁶¹⁴, quant à elle, est en relation directe avec l'état général du malade. Elle est presque inexistante au sein de la population européenne dont l'état de santé s'est nettement amélioré comparativement aux premières années de la colonisation. En 1956, les cas les plus importants de cachexie sont recensés chez des Africains servant de main-d'œuvre dans les plantations d'Abengourou et de Gagnoa. Le taux de mortalité par cachexie palustre évalué en Côte d'Ivoire à cette période est de 78‰⁶¹⁵. Les accès pernicioeux, forme maligne du paludisme, se rencontrent aussi bien chez les Européens que les Africains. Ils représentent en moyenne 1% des cas de paludisme mais sont assez souvent mortels. En 1957, sur 754 hospitalisés pour cette forme de paludisme, il y a eu 353 décès soit un taux de mortalité hospitalière de 46, 8‰⁶¹⁶.

On aurait pu penser que la fièvre bilieuse hémoglobinurique, forme caractéristique du paludisme en l'absence de toute prophylaxie aurait disparu à cette époque où les produits antipaludéens sont plus nombreux. Il n'en a rien été et d'ailleurs elle régressa assez peu. En 1957, le taux de mortalité générale pour la colonie est de 21, 4‰ et le taux de mortalité hospitalière de 27, 2‰. Cette forme de paludisme demeure toujours plus mortelle que par le passé. Son traitement reste tributaire de l'administration de tonocardiaques pour éviter le collapsus, d'antihistaminiques et de vitascorbol pour l'hémolyse, de sérum et de novocaïne. Administré assez tôt, on peut arriver à sauver quelques malades⁶¹⁷.

L'arrivée des nouveaux antipaludiques, si elle s'accompagne de beaucoup d'espoir, ajoute à la confusion et la plus grande fantaisie continue à régner au niveau de la posologie très insuffisante généralement. Cependant, à cette époque, les médecins ont une plus grande connaissance de l'endémie palustre et de son incidence sur les populations grâce aux enquêtes menées dans les collectivités : les spécificités du paludisme ne sont plus un mystère pour les paludologues. Mais la difficulté d'une stratégie propre au continent africain se pose avec acuité et continue de dominer les débats lors des rencontres internationales.

⁶¹³ Domergue-Cloarec (D), Op.Cit., p. 991

⁶¹⁴ C'est un terme clinique auquel on a parfois recouru pour désigner un état d'anémie chronique consécutive à une infection paludéenne prolongée.

⁶¹⁵ Ibid., p. 991

⁶¹⁶ Ibid., p. 992

⁶¹⁷ Ibid., p. 992-993

Dans cette perspective, le paludisme « africain » et les problématiques d'une stratégie de lutte spécifique à lui consacrés font l'objet de réflexions au sein de l'OMS et dominant la décennie 1950. Une première conférence africaine sur le paludisme a lieu, en 1950 à Kampala, en Ouganda. La question du degré d'endémicité du paludisme, considérée comme une des principales caractéristiques du paludisme africain, provoque des débats vifs et parfois tranchés⁶¹⁸. Dans la foulée, la difficulté à trouver des mesures-types antipaludiques caractéristiques des régions africaines a aussi cristallisé les débats. Ainsi, les participants se sont préoccupés des obstacles à la lutte dans les régions africaines et du rôle que peut jouer la chimiothérapie dans l'échelle des moyens thérapeutiques. Les informations diffusées, grâce à l'abondante documentation sur les médicaments, lors de la conférence, ont mis en relief les nouvelles preuves de la valeur thérapeutique et prophylactique des médicaments antipaludiques modernes.

Elles ont profondément contribué à renforcer la conviction que la chimiothérapie demeure un moyen de lutte efficace qu'il faut prendre en compte. Dès lors : « La conférence estime qu'en attendant que les régions africaines soient complètement libérées du paludisme, la prophylaxie clinique des habitants non immuns et partiellement immuns jouera un rôle marquant dans les mesures antipaludiques »⁶¹⁹. Mais, les experts sont plus mesurés dans leur projet en affirmant qu'il serait peu judicieux de se rapporter uniquement aux médicaments pour lutter contre le paludisme. La priorité est donc accordée aux mesures contre les moustiques. De ce point de vue, il va sans dire que là où les mesures de lutte antimoustiques sont impossibles à mettre en œuvre, les médicaments antipaludiques deviennent de facto la seule arme sur laquelle peut et doit reposer toute la stratégie de lutte antipaludique.

⁶¹⁸ Sur la question de l'hyperendémicité et de son rapport avec l'immunité par exemple, deux thèses se sont affrontés. Les partisans de la première thèse ont considéré l'hyperendémicité comme un état de fait exigeant une forte intensité de la transmission et se traduisant par un haut degré de tolérance à l'égard des effets de réinfection. En présence de cette infection intense, les enfants peuvent subir de graves atteintes de paludisme, et une proportion d'entre eux risquent de mourir faute de traitement mais, si l'enfant parvient jusqu'à la deuxième année, il se trouve généralement hors de danger, et à partir de cet âge on ne constate pas d'augmentation de l'indice parasitaire ou de la densité parasitaire. Les tenants de l'autre thèse soutiennent que le paludisme présente tous les degrés d'endémicité, depuis l'infection sporadique jusqu'à la surinfection continue et fréquente. La conséquence d'un haut degré d'endémicité est, pour ceux qui sont longtemps exposés, l'acquisition d'une certaine résistance, dont le degré varie selon la quantité d'infections antérieures, voir OMS, Série de rapports techniques n°38, Op. Cit., 1951, p. 23-24

⁶¹⁹ Ibid., p. 38-42

Et l'emploi de médicaments antipaludiques, tant à des fins de prophylaxie clinique que de thérapeutique, peut, en tout état de cause, se révéler nécessaire⁶²⁰.

C'est dans cette situation que se trouvent la plupart des pays d'endémie palustre, majoritairement situés en Afrique, au moment où la lutte par les insecticides a montré ses limites. Progressivement, la chimiothérapie revêtra toute son importance lorsque l'éventualité d'une exclusion de certaines régions endémiques du programme « d'éradication du paludisme » prend forme après l'expérimentation des projets pilotes commencés en 1952-1953. Cinq ans après l'organisation de la première conférence en Afrique, les problématiques de la lutte contre le paludisme en Afrique deviennent préoccupantes. Elles débouchent sur l'organisation de la deuxième conférence, cette fois-ci au Nigeria.

La deuxième conférence du paludisme en Afrique a eu lieu à Lagos, du 28 novembre au 6 décembre 1955, sous les auspices du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Sa tenue intervient dans un contexte marqué par les débats sur l'orientation nouvelle à donner à la lutte contre le paludisme à travers la politique « d'éradication du paludisme » d'une part et d'autre part par les résultats plus que décevants des projets pilotes d'utilisation des insecticides DDT dans les zones d'endémies situées en Afrique. La conférence a focalisé ses discussions autour des communications qui lui ont été présentées et des renseignements fournis par les gouvernements de trente-six territoires de la Région africaine au sujet de l'état en cours de la lutte antipaludique.

Depuis la tenue de la conférence de Kampala, l'efficacité des doses uniques à base d' amino-4-quinoléines pour le traitement des atteintes de paludismes chez les sujets semi-immuns a été confirmée. De même, la prophylaxie par l'administration à longs intervalles d' amino-4-quinoléines ou de pyriméthamine s'est révélée efficace⁶²¹. Ces exemples de réussite expliquent dans une large mesure la généralisation de la chimioprophylaxie comme partie intégrante des projets de lutte antipaludique. Ces essais posent la place de la chimiothérapie dans les programmes modernes de lutte antipaludique, en tant que mesures contre les parasites du paludisme. Ils inaugurent par la même occasion le principe du

⁶²⁰ Ibid., p. 54

⁶²¹ Par exemple, des expériences faites au Liberia avec des doses clinoprophylactiques de pyriméthamine employée seule ou en association avec de la chloroquine à intervalles mensuels ont montré que ce traitement permet d'obtenir une réduction notable de l'indice parasitaire, et même de l'indice gamétique dans les régions d'hyperendémicité, sans apparition de souches résistantes. A Madagascar, la chimioprophylaxie associée aux pulvérisations d'insecticides à action rémanente a déjà protégé un nombre considérable d'enfants, voir OMS, Rapport de la deuxième conférence du paludisme en Afrique, Op. Cit., 1956, 77 p

traitement de masse dans les techniques modernes de lutte. En effet, le traitement de masse joue aussi un rôle important lorsque les insecticides à action rémanente ne parviennent pas, pour une raison quelconque, à interrompre complètement la transmission. Ce faisant, un traitement de toute la population par des doses largement espacées, poursuivie pendant un temps limité, pourrait donner des résultats intéressants.

Dans ses conclusions, la deuxième conférence du paludisme en Afrique exprime un intérêt croissant pour la chimiothérapie appliquée à l'éradication du paludisme dans les régions caractérisées par une transmission intense, une description qui correspond parfaitement aux régions africaines,

Si les mesures dirigées contre le moustique vecteur ont la priorité dans les campagnes antipaludiques en cours, il semblerait que l'administration de médicaments pourrait être utile pour réduire l'infection, et même, dans certaines circonstances, pour interrompre la transmission. Parmi ces circonstances particulières, il faut citer celles qui se présentent dans les cas suivants : médiocre efficacité de l'insecticide à l'égard du vecteur, migration de populations infectées vers des régions protégées, installation de nouvelles collectivités des régions infectées, traitement de malades pendant des opérations de pulvérisations d'insectes, traitement d'infections résiduelles après la cessation des pulvérisations, lutte contre une épidémie, etc.⁶²².

La conférence va plus loin en suggérant même l'association des insecticides et de la chimiothérapie dans les zones africaines,

Bien que le recours exclusif aux insecticides à action rémanente ait déjà donné d'excellents résultats et que l'on soit en droit d'attendre beaucoup de cette technique dans l'avenir, de nombreux faits suggèrent que la lutte antipaludique aurait beaucoup à gagner à l'application conjuguée des traitements insecticides et de la chimiothérapie. Il est même possible que cette association permette d'interrompre la transmission de la maladie plus rapidement et à meilleur compte que la méthode des pulvérisations. Ces considérations présentent une importance toute spéciale en Afrique, où le problème est urgent et où les tentatives faites pour le résoudre ont déjà sérieusement retardé la mise en route de programmes de lutte antipaludique⁶²³.

En attendant que ce projet d'association soit une réalité, la conférence entrevoit la nécessité d'instituer des projets pilotes sur l'application simultanée des deux méthodes dans

⁶²² OMS, Rapport de la deuxième conférence *du* paludisme en Afrique, Op. Cit., 1956, p. 40

⁶²³ Ibid., p. 40

des régions choisies⁶²⁴. Le recours à la chimiothérapie par le biais de la prophylaxie médicamenteuse n'est plus à l'étape de conception, elle doit entrer dans sa phase active. Et c'est à Brazzaville où se trouve le siège du Bureau régional Afrique de l'OMS que les lignes vont bouger au sujet de la chimioprophylaxie de masse.

Brazzaville accueille une réunion technique sur le paludisme en Afrique occidentale, du 19 au 22 novembre 1957. Elle voit la participation de nombreux experts et des responsables au plus haut niveau de l'OMS, - le directeur régional du Bureau régional, le directeur de la Division de l'Eradication du paludisme de l'OMS, le Conseiller régional pour le paludisme du Bureau Afrique - et des autorités sanitaires en charge et en poste dans les colonies notamment, le Médecin-colonel Bernard P de la direction du Service de Santé, et le Médecin-colonel Fabre J, chef de la section paludisme du SGHMP.

La présence au plus haut niveau des représentants français est l'expression de leur volonté de peser dans les choix futurs quant à la stratégie à adopter pour la prophylaxie médicamenteuse. Les enjeux liés à l'industrie pharmaceutique et aux intérêts économiques⁶²⁵ ne sont peut-être pas étrangers à cette présence massive et remarquée. Elle peut faire penser à une plus grande implication de la métropole dans la lutte contre le paludisme en Afrique de l'Ouest. Cette tendance se justifie également par l'importance des expériences de lutte portées par les Françaises ; celles-ci présentées et discutées au cours de la réunion ont permis d'éclairer les débats et surtout de justifier les décisions⁶²⁶.

La réunion s'est penchée principalement sur les problèmes que pose la lutte antipaludique en Afrique occidentale⁶²⁷. Notamment sur le fait que l'intensité de la

⁶²⁴ Ce projet d'essai prévoit des combinaisons suivantes : association des insecticides avec l'administration de médicaments à toute la population, aussi bien à dose unique qu'à doses multiples ; l'administration de médicaments, à doses unique et à dose multiples, limitées à l'ensemble de la population infantile. Ces projets pourraient aussi étudier dans une région donnée les résultats et le cout de la chimioprophylaxie employée seule, voir OMS, Rapport de la deuxième conférence du paludisme en Afrique, Op. Cit., 956, p. 41

⁶²⁵ En France, les Etablissements SPECIA font la commercialisation des dérivés de la Quinoléine sous le nom de Nivaquine B et Nivaquine C, voir Busson (F), « Nouveaux antipaludiques de synthèse », Médecine Tropicale, 1948, vol. 8, n°3, p. 333-335

⁶²⁶ Le bilan des opérations de lutte a porté sur l'exemple de la Haute-Volta, de Thiès (Sénégal), Dahomey, Togo, Cameroun pour les colonies françaises et sur le Libéria et Freetown (Sierra Leone).

⁶²⁷ La zone pilote du Cameroun – située dans la zone centrale de l'Afrique - est régulièrement associée à la zone de l'Afrique occidentale pour ce qui est des questions de la lutte contre le paludisme. Cela est à mettre en rapport avec les expérimentations des moyens de lutte qui sont aussi organisées dans ce territoire par le service de santé colonial et font partie d'un ensemble de projets sanitaires englobant plusieurs territoires de l'Afrique occidentale

transmission dans cette partie de l'Afrique nécessite de recourir à des mesures plus puissantes que dans le reste du monde pour briser le cycle du paludisme. L'interruption de la transmission n'a pas été obtenue par le seul traitement des habitations au moyen d'insecticides à action rémanente. Dès lors, le seul espoir d'obtenir des résultats efficaces consiste à associer la lutte par les mesures insecticides à une autre mesure telle que le traitement de masse de la population au moyen de médicaments antipaludiques⁶²⁸.

Dans son rapport, la conférence a pris acte de l'organisation dans de nombreux territoires de l'Afrique Occidentale, pour l'année 1958, des essais de grande ampleur portant sur différents schémas d'administration de la chloroquine et de la pyriméthamine, séparément ou en association. Ces essais doivent déterminer la meilleure méthode à appliquer dans la région à la fin de l'année. Sous cet angle, l'année 1958 peut donc être considérée comme la date marquant le départ du lancement de la chimioprophylaxie de masse dans les colonies françaises notamment. En attendant, les participants ont pu s'imprégner des expériences impliquant l'emploi des médicaments antipaludiques dans différents pays de l'Afrique occidentale⁶²⁹ de même que des résultats mitigés issus de ces expériences⁶³⁰.

située en zone tropicale. C'est le terme « Afrique tropicale » qui convient le mieux pour tenir compte des particularités géographiques que ces territoires ont en partage.

⁶²⁸OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale (Bureau Régional-Brazzaville, 19-22 novembre 1957), OMS, Brazzaville, 1958, p. 20

⁶²⁹Trois exemples de ces expériences réalisées entre 1955 et 1957 ont été présentées à la réunion : au Nigéria, il s'agit de l'administration de la chloroquine à la dose de 100 mg base pour tous les âges et la pyriméthamine à la dose de 25 mg pour les sujets âgés de plus de trois ans ainsi que la dose de 12.5 mg pour les tous les enfants âgés de moins de trois ans. Ce traitement effectué dans deux villages voisins d'une zone forestière a consisté en l'absorption mensuelle d'une dose unique de ces antipaludiques ; au Sénégal, le schéma a consisté en l'administration de doses hebdomadaires, pendant douze semaines successives, durant la saison de transmission (juillet-octobre). Le médicament employé est la pyriméthamine à la dose de 25 mg et de 12.5 mg respectivement au-dessus et au-dessous de l'âge de deux ans ; en Gambie, on a procédé à une association des pulvérisations à action rémanente et l'administration de médicaments dans un village de 700 habitants d'une zone d'holoendémicité. Les médicaments (la chloroquine, 300 mg base par adulte et proportionnellement moins pour les enfants ; la pyriméthamine, 12.5 mg pour les enfants de moins de 5 ans et 25 mg pour toutes les autres personnes) ont été administrés en des années différentes mais n'ont jamais été associés. Certaines années, la dose a été répétée tous les trimestres et d'autres années, tous les deux mois. En avril 1957, on administré à tous les habitants, tous les 15 jours, de la pyriméthamine à la même que lors des premiers essais, voir OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale, Op. Cit., 1958, p. 21-28

⁶³⁰ Les projets faisant appel à des médicaments ont donné les résultats ci-après : on a noté des divergences entre le Sénégal et le Nigeria en ce qui concerne la facilité d'administration des médicaments antipaludiques à la population locale. La réunion a noté qu'il restait beaucoup à faire pour déterminer les meilleures méthodes d'administration et le degré de surveillance nécessaire dans les territoires de l'Afrique occidentale. Elle s'est rendue compte qu'une distribution soigneusement contrôlée serait onéreuse en personnel et en moyens de transport et difficile à administrer. C'est pourquoi, les bons résultats obtenus par la distribution non surveillée au

Quelques mois auparavant, lors de la réunion du comité d'experts du paludisme organisé, à Athènes du 20 au 28 juin 1957, les experts ont jugé la pratique de la chimiothérapie comme une étape importante de la politique d'éradication. Dans les faits, la chimiothérapie a été inscrite au nombre des tâches à exécuter dans la conduite des opérations de l'éradication notamment dans sa phase d'attaque qui implique l'utilisation des antipaludiques. Et selon le rapport,

Dans certaines régions, les conditions spéciales, notamment l'inefficacité des insecticides à action rémanente, les habitudes du vecteur ou des hommes et le caractère peuplé de villes peuvent exiger des mesures larvaires, de même que le recours à l'administration des médicaments antipaludiques dans la mesure où le permettent les conditions locales et les prix de revient desdits médicaments⁶³¹.

On ne peut s'empêcher de conclure que le recours à l'administration des médicaments antipaludiques concerne en premier lieu les régions africaines de forte endémicité justement exclues de la mise en œuvre immédiate de l'éradication, laquelle est de toutes les façons le but final à atteindre, à plus ou moins long terme, quelles que soient les mesures de lutte mobilisées.

En Afrique de l'Ouest, les dernières années de la décennie 1950 et les années de la décennie 1960 sont marquées par la mise en œuvre effective de la chimioprophylaxie de masse dans les colonies après des essais réalisés au centre Muraz de Bobo Dioulasso⁶³². En accord avec l'OMS qui a conduit des essais analogues dans d'autres pays tropicaux⁶³³, il a été décidé, de 1958 à 1961, d'associer à l'action contre le moustique vecteur, des médicaments antipaludiques spécifiques. Après les premiers, essais, on a décelé l'apparition d'une

Sénégal sont très instructifs et encourageants, voir OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale, Op. Cit., 1958, p. 29

⁶³¹ OMS, série de rapports techniques, n°123. Op. Cit., 1957, p. 33

⁶³² L'expérimentation de la chimioprophylaxie dont le projet avait été établie en mai 1957, lors du passage de la mission conjointe OMS-FISE à Bobo Dioulasso s'est déroulée dans de très bonnes conditions du point de vue des distributions et des contrôles. Conformément aux protocoles adoptés avec l'OMS, des zones de chimioprophylaxie ont été délimitées : deux zones de chimioprophylaxie par la pyriméthamine groupant 18 villages et une zone de chimioprophylaxie par la chloroquine comprenant 4 villages, voir ANS : SGHM-Section Antipaludique, Rapport sur les opérations de la zone pilote de Haute-Volta, 60^e mois, 1957-1958.

⁶³³ Par exemple dans le nord du Ghana, la chloroquine et la pyriméthamine ont été combinées au début et on est parvenu à une réduction spectaculaire du taux parasitaire global qui, en deux mois, est passé de 80% à 5%, voir OMS, Eradication du paludisme. Rapport sur la Troisième Conférence africaine du Paludisme organisée conjointement par le Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS et par la Commission de Coopération technique en Afrique au Sud du Sahara, Yaoundé, OMS, 1963, p. 75

résistance des parasites à la pyriméthamine tandis que la chloroquine (nivaquine) est active, mais pendant une période trop limitée pour envisager des traitements de masse. Les responsables de l'OCCGE comme les experts internationaux de l'OMS concluent donc en 1961 que dans les circonstances locales et vu le type épidémiologique du paludisme en zone de savane africaine, « il est impossible d'interrompre la transmission » avec les moyens disponibles. Si la zone pilote de Bobo Dioulasso met fin à ses activités, la stratégie de la chimioprophylaxie de masse, quant à elle, se met progressivement en place⁶³⁴.

La Côte d'Ivoire devient un État indépendant en 1960 et se dote d'un service de santé national, à côté de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE). Les personnels des troupes coloniales « hors-cadre »⁶³⁵ relèvent du ministère de la Coopération pendant encore une dizaine d'années. Ils seront progressivement remplacés par les anciens médecins auxiliaires et médecins africains qui ont complété leur formation de docteurs en médecine en France et par les jeunes médecins nationaux formés dans les nouvelles facultés de médecine nationales. Dès 1962, la direction du service de santé des troupes est rattachée à la direction centrale du service de santé des armées qui regroupe déjà, depuis 1946, les services de santé de l'armée de terre, de l'armée de l'air et de la marine.

En ce début de la décennie 1960, la pratique de la chimioprophylaxie de masse est effective en Côte d'Ivoire. En effet, ce pays fait partie des régions du monde où le paludisme règne à l'état endémique, avec une recrudescence épidémique plus ou moins importante pendant les saisons de pluies. La disparition du paludisme dans cette région plus qu'ailleurs devient un processus qui va s'inscrire dans la longue durée. En attendant cet objectif, les moyens mis en œuvre consistent avant tout en une chimioprophylaxie individuelle et collective doublée du dépistage et du traitement systématique des paludéens. L'organisation de la chimioprophylaxie antipalustre, qui est ici privilégiée, est fondée sur l'emploi des moyens divers permettant la mise des antipaludiques à la portée de tous, aussi bien dans les villes que dans les campagnes d'une part, et d'autre part, sur la rationalisation des campagnes

⁶³⁴ Ricossé (J-H), Husser (J-A), « Bilan et avenir de la lutte contre les grandes endémies en Afrique occidentale francophone », *Cahiers d'études africaines*, 1982, n°85-86, vol. 22 (1-2), p. 145-168

⁶³⁵ Le Corps de santé colonial était réparti très inégalement entre des affectations dites « dans les cadres » auprès des unités des troupes coloniales pour une faible part (10 à 20 %) et une forte majorité d'affectations dites « hors-cadre » destinées à dispenser des soins aux populations civiles, autochtones ou non, des colonies. Cependant, en période de conflit cette répartition fut souvent bouleversée.

de masse effectuée sous l'égide de l'OCCGE par les centres de lutte antipalustre et par les centres d'animation rurale.

Dans une enquête réalisée en 1968⁶³⁶, on peut aisément se faire une idée des médicaments antipaludiques utilisés dans les centres de santé et au sein des populations ivoiriennes. Ces enquêtes sont fondées sur des relevés réalisés auprès de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement ainsi que des pharmaciens grossistes et des dépôts de pharmacies gérés par des non-pharmaciens. Globalement, les produits utilisés se répartissent en deux groupes : les sels de quinine d'une part et d'autre part les antimalariques de synthèse. La quinine est essentiellement utilisée sous trois états : le bichlorhydrate, le formiate et le mélange équilibrée de sels complexes des principaux alcaloïdes du quinquina. Elle est administrée par les voies buccale, injectable et rectale.

La quinine « per os »⁶³⁷ se présente sous forme de cachets, de dragées et de sirop. Son utilisation, quoiqu'en baisse dans les formations hospitalières, témoigne toutefois de l'intérêt que les cliniciens accordent toujours à l'antipaludique naturel, surtout dans le traitement de l'infection aiguë simple et dans la chimioprophylaxie individuelle. La quinine injectable est représentée par le formiate basique et le mélange équilibré des sels complexes des principaux alcaloïdes du quinquina. Elle continue d'être utilisée dans le traitement de l'accès palustre simple comme dans celui de l'infestation grave. Ce choix met en lumière le crédit dont bénéficie la quinine auprès des professionnels de santé. Enfin, la quinine « per rectum » est l'utilisation des suppositoires issus d'un mélange équilibré des sels complexes des principaux alcaloïdes du quinquina dans le traitement de l'accès palustre simple. La quinine n'a donc rien perdu de son actualité malgré l'emploi de plus en plus généralisé des produits de synthèse.

La chimioprophylaxie médicamenteuse est entrée dans la pratique courante en Côte d'Ivoire. Et au nombre des médicaments prescrits se trouvent la chloroquine, l'amodiaquine, la pyriméthamine, le proguanil et la mépacrine. De tous ces antimalariques, la chloroquine, à l'état de sulfate et sous forme de comprimés et de sirop, constitue l'antimalarique majeur le plus souvent utilisé dans la prophylaxie médicamenteuse

⁶³⁶ Cette enquête a été faite à la demande et avec l'aide de la Division de l'Eradication de l'OMS, voir Attiso (M), Art. Cit., p. 375-380

⁶³⁷ Pour la quinine « per os », au total 420.000 comprimés à 0.25 g de bichlorhydrate ont été utilisés dans les hôpitaux de Côte d'Ivoire entre 1965 et 1967

individuelle et collective. En deuxième position vient l'amodiaquine, utilisée à l'état de bichlorhydrate et sous forme de comprimés à 0.20 g et de poudre en sachets. En Côte d'Ivoire, les statistiques recueillies font état de l'utilisation de 274 kgs d'amodiaquine contre 958 kgs de chloroquine⁶³⁸ durant la période considérée. La mépacrine est utilisée à l'état de bichlorhydrate et sous forme de comprimés dosés à 0.10g, environ 253000 comprimés fournis pour la période d'étude. Son utilisation montre que cet antimalarique n'est pas abandonné au profit des produits de synthèse plus récents, plus maniables et présentant moins de risques comme la chloroquine et l'amodiaquine. Parmi les antipaludiques de synthèse aux propriétés étioprophyllactiques schizontocides⁶³⁹ et sporontocides⁶⁴⁰ et possédant un effet inhibiteur marqué par la transmission du paludisme par l'anophèle, le proguanil et la pyriméthamine sont les seuls qui soient réellement utilisés en Côte d'Ivoire. Le premier est employé à l'état de chlorhydrate, surtout sous la forme de comprimés et rarement sous la forme d'ampoules injectables. Quant au second, son emploi sous la forme de comprimés est plus important et régulier.

Ces informations sur la pratique de la chimioprophylaxie telle que décrite, ont été confirmées par un médecin du service de santé des armées ayant exercé en Côte d'Ivoire durant cette période :

A cette époque, donc dans les années 1960, la chimioprophylaxie n'était pas indiquée chez les résidents, les autochtones, dans la mesure où on ne pouvait pas traiter les gens toute leur vie. Alors, on traitait les Européens qui venaient passer un séjour de durée déterminée. Pour les autochtones et les résidents en pays d'endémie- ceux qui devaient y rester toute leur vie-, la chimioprophylaxie n'était envisagée que chez les personnes qui étaient susceptibles de développer des accès graves et de mourir. Il s'agit des enfants et des femmes enceintes essentiellement. La raison ? C'est qu'on avait un médicament à l'époque particulièrement efficace et non toxique aux doses thérapeutiques qui était la nivaquine (chloroquine). On faisait régresser les indices paludiques de façon très importante, en donnant une chimioprophylaxie à la nivaquine aux jeunes et enfants des écoles primaires deux fois par semaine... Les adultes autochtones, eux, étaient semi-immuns, c'est-à-dire, qu'ils étaient immunisés contre les formes graves du paludisme. A l'âge adulte, ils avaient échappé au paludisme, puisqu'ils n'étaient pas morts et étaient relativement protégés. Ceux qui n'étaient

⁶³⁸ Attiso (M), Art. Cit., p. 375-380

⁶³⁹ C'est la prévention complète de l'infection par administration des médicaments détruisant le parasite du paludisme au stade exoérythrocytaire primaire (forme tissulaires primaires)

⁶⁴⁰ C'est un médicament qui, administré à l'hôte vertébré parasite, empêche ou interrompt le développement des formes sexuées du parasite chez les moustiques s'alimentant sur cet hôte.

pas protégés, ce sont les enfants et ceux qui venaient d'arriver, les coopérants en l'occurrence, en 1960⁶⁴¹.

Dans un pays en développement comme la Côte d'Ivoire, le problème de la protection individuelle et collective peut paraître facile dans les agglomérations urbaines où les habitants peuvent se procurer des médicaments. Par contre, il paraît difficile d'attendre des populations rurales une prise régulière, quotidienne ou hebdomadaire des médicaments qui représentent pour elles une grosse dépense. La solution la plus simple a donc consisté à distribuer une ou deux fois par semaine des médicaments aux enfants des écoles sous formes de prises massives d'antipaludiques de synthèse. Au total, une prophylaxie suffisante et d'administration régulière est un idéal qui, malgré la bonne volonté de tous, ne peut être qu'approché, mais jamais atteint.

Toutefois, tout n'est pas rose dans le meilleur des mondes dans la conduite de la chimioprophylaxie en Côte d'Ivoire. Dans un rapport rédigé, en 1970, à la demande de l'OCCGE, le ministère de la santé de Côte d'Ivoire s'inquiète à raison de l'avenir de la campagne de chimioprophylaxie de masse sous la forme de l'interrogation suivante : que peut-on imaginer pour la chimioprophylaxie ? Dans cette interrogation, la question du rapport qualité/coût de l'antipaludique – portant sur l'évaluation des coûts d'achat et de distribution des antipaludiques - est clairement posée, tout comme celle de la périodicité de la distribution des médicaments. La pratique de chimioprophylaxie envisagée par les autorités sanitaires d'alors consiste en une distribution d'antipaludiques de synthèse – chloroquinisation (nivaquine) hebdomadaire ou amodiaquinisation (flavoquine) bimensuelle - collective avec plus de rigueur de la couche d'âge la plus sensible, celle de cinq mois à quatorze ans, pendant les cinq mois de haute transmission. Par ailleurs, le Services des Grandes endémies chargé de la phase pratique de cette campagne devrait s'appuyer sur le réseau des 14 sous-secteurs des grandes endémies créés dans le cadre de la lutte contre la maladie du sommeil. Ces circuits apporteraient donc une contribution importante aux distributions des antipaludiques dans les zones rurales notamment⁶⁴².

⁶⁴¹ Entretien réalisé le 20 mai 2007 avec le médecin-général Pierre Barabé, à Marseille. Il a servi en Côte d'Ivoire dès 1966 comme médecin assistant à l'hôpital annexe de Treichville, devenu plus tard le CHU. Auparavant, il a travaillé au Gabon de 1962 à 1965, comme médecin de brousse.

⁶⁴² OCCGE, *Lutte contre le paludisme et la tuberculose dans les Etats membres de l'OCCGE*, Bobo Dioulasso, OCCGE, 1970, p. 7-12

Dans l'impossibilité d'appliquer « la politique d'éradication » du paludisme, les autorités sanitaires, se sont investis dans développement à long terme des activités antipaludiques classiques plutôt que de viser l'élimination du paludisme qui constitue, à tout point de vue, un vœu pieux. Ce choix, qui s'est imposé en raison des difficultés à la fois techniques, matérielles et financières, a favorisé la promotion d'une politique d'hygiène sociale et du milieu. A cet égard, le service d'hygiène puis l'institut d'hygiène dont la mission est de conduire la politique d'hygiène, a procédé à la mise en œuvre des mesures antilarvaires de même que la pratique du house-spraying. L'objectif d'élimination de la faune anophélienne par ces mesures antimoustiques et antilarvaires est associé aux importants travaux d'assainissement dans toutes les grandes agglomérations du pays afin de réduire les gîtes existants. Si la promotion de l'hygiène se développe, elle n'écarte pas pour autant la pratique de la chimiothérapie au double point de vue préventif et curatif. Une application simultanée de la prophylaxie individuelle et collective, d'une part et, de la thérapeutique curative, d'autre part, se développe avec la mise au point des antipaludiques de synthèse.

Conclusion de la première partie

Les programmes d'éradication totale ou partielle n'ont pas seulement provoqué une réduction remarquable de la morbidité là où l'objectif a été atteint où est sur le point de l'être. Ils ont aussi produit d'autres résultats bénéfiques. Dans de nombreux pays en voie de développement, ils ont modifié l'orientation urbaine des services de santé en exigeant la couverture totale de la population. Ils ont contribué à répandre le principe de l'intégration des programmes sanitaires, en particulier dans les zones rurales. Fréquemment, les services de santé ont été stimulés par le développement des programmes d'éradication.

Au cours de ces années de mise en œuvre de la politique, beaucoup de connaissances nouvelles ont été acquises concernant l'épidémiologie du paludisme, les facteurs génétiques qui interviennent dans l'apparition de la résistance aux insecticides et l'action de médicaments antipaludiques. La mise au point de nouveaux insecticides et de nouveaux agents chimiothérapeutiques a aussi été fortement accélérée.

Si les résultats obtenus sont immenses, on a aussi essuyé des échecs. Les causes de nombre d'entre eux ont pu être surmontées, mais il a été impossible de trouver des solutions à toutes les difficultés qui se sont présentées. Certains de ces échecs illustrent les problèmes qui restent à résoudre dans de nombreux pays, principalement en Afrique. Des projets pilotes mis sur pied et organisés par les gouvernements avec l'assistance de l'OMS dans certaines régions n'ont pas dissipé les doutes tant le bilan reste contrasté.

Si la politique « d'éradication du paludisme » échappe au continent africain, la dynamique qui suit sa mise en œuvre dans les autres régions du monde aura profité incontestablement à l'Afrique. Dans cette optique, la production des insecticides et leur utilisation autant que le développement des antipaludiques de synthèse ont été mobilisés pour entreprendre dans les régions exclues du programme mondial d'éradication du paludisme, des mesures hybrides de lutte antipaludique qui mobilisent à la fois tous les moyens de lutte.

Au terme de plus d'une quinzaine d'années de lutte, il est devenu évident que « l'éradication du paludisme » apparaît comme un objectif lointain. Enfin de compte, un des enseignements à tirer de cette campagne est le flou qui entourait la politique d'éradication. Et pour cause ! Il n'existait que des témoignages indirects et des considérations théoriques pour élaborer des directives concernant la surveillance du paludisme dans les dernières phases du processus d'éradication. D'où le conflit entre les responsables de grandes campagnes opérationnelles qui réclament des normes techniques simples et, d'autre part, le comité d'experts qui s'est efforcé d'élaborer des directives généralement applicables. Cet enchaînement d'évènements a fait que le problème du paludisme en tant que maladie a été négligé. C'est pour corriger cette anomalie que les objectifs ont été revus et adaptés. Il est donc question de revenir à une vision plus modeste et réaliste qui prenne en compte les préoccupations de toutes les régions impaludées dans le monde. C'est le sens à donner à la révision de la politique de lutte contre le paludisme qui intervient au début de l'année 1970. C'est une politique moins ambitieuse que l'éradication qui entend mettre l'accent sur la réduction de la mortalité et la morbidité palustres. Comment peut-on définir la politique de contrôle du paludisme ? Comment a-t-elle été appliquée en Côte d'Ivoire ?

DEUXIEME PARTIE

Retour vers un projet plus réaliste : la politique de contrôle du paludisme (1970-1996)

Dans la Région africaine, peu de progrès ont été réalisés dans la lutte antipaludique. Bien que la prévalence du paludisme ait été réduite de façon appréciable dans des zones pilotes par des pulvérisations d'insecticides ou par la distribution de sels chloroquinés, la transmission n'y a pas été interrompue. Des combinaisons de méthodes ont fait l'objet de recherches et d'essais en particulier dans des zones comme la savane de l'Afrique occidentale et équatoriale de même que dans les zones de forêt, mais on n'a pas trouvé de procédés praticables et efficaces pour interrompre la transmission. Ailleurs, où l'éradication s'est trouvée réalisable, le manque de ressources a empêché d'exécuter les programmes⁶⁴³.

L'impossibilité d'interrompre la chaîne de transmission du paludisme a rendu inapplicable la politique « d'éradication du paludisme » dans les zones tropicales d'Afrique. Après cet échec, commence à prendre forme la question de l'adaptabilité de la lutte contre le paludisme aux différentes régions impaludées. Désormais, parmi les lignes de conduite à suivre pour atteindre cet objectif, il y a un défi à relever : celui de déterminer la stratégie la mieux adaptée aux nécessités particulières des situations nationales très diverses, compte tenu des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires et sociales prédominantes.

Ainsi, dès 1969, à la suite d'un rapport de la 22^{ème} Assemblée mondiale de l'OMS⁶⁴⁴, une nouvelle possibilité de lutte antipaludique commence à émerger. Ce rapport reconnaît officiellement l'échec de l'éradication dans la plupart des pays tropicaux. Suite à quoi le

⁶⁴³ OMS, *Actes officiels de l'OMS, n°192. Quatrième rapport sur la situation sanitaire dans le monde 1965-1968*, Genève, OMS, 1971, p. 14

⁶⁴⁴ Pour des informations complémentaires sur cette question, voir OMS, *Actes officiels de l'OMS, n°176. Op. Cit.*, 1969, 140 p

principe de la lutte antipaludique comme alternative est admis et commence à gagner du terrain. Aussitôt, la politique de contrôle fait progressivement place à celle d'éradication du paludisme. Pourquoi le recours à une stratégie de lutte plus modeste et conforme aux moyens de l'Afrique ? Comment cette politique est-elle déclinée en Côte d'Ivoire ?

Les réponses à ces principales interrogations conduisent à articuler le développement de cette partie autour de trois centres d'intérêts : le premier chapitre s'interroge sur la mise en œuvre de la politique de contrôle dans un pays en voie de développement. Dans le second, seront analysées les réponses apportées à la crise du système de santé en Côte d'Ivoire, conditions préalables à l'application effective des mesures du contrôle du paludisme en contexte ivoirien, qui en constituent le dernier chapitre.

CHAPITRE IV

Comment appliquer la politique de contrôle du paludisme dans un système de santé en crise ?

Les années 1969-1970 sont déterminantes dans l'histoire de la lutte contre le paludisme. L'échec de la généralisation de la politique d'élimination totale de la maladie, surtout dans le continent africain, appelle à une réflexion sur l'élaboration d'une stratégie plus réaliste et conforme aux moyens des pays africains. Cette révision de la politique de lutte contre l'endémie intervient alors que les pays africains connaissent des difficultés de toutes sortes dont celle liée à la crise de leurs systèmes de santé hérités de la période coloniale. Ce qui pourrait démultiplier par la même occasion les risques d'un échec probable de cette nouvelle stratégie. Plusieurs questions sont discutées pour comprendre ce changement de stratégie dans un environnement si particulier. On reviendra dans un premier temps sur les causes qui expliquent la complexité des programmes d'éradication et qui justifient par la même occasion leur révision ; ensuite, la politique de contrôle du paludisme sera analysée pour comprendre les modalités de sa mise en œuvre ; enfin, un regard sera enfin porté sur les effets de la crise du système sanitaire en Côte d'Ivoire afin de comprendre comment l'application de la stratégie du contrôle du paludisme se fait de façon concrète.

I. Pourquoi une politique de contrôle du paludisme ?

La mise en œuvre de la politique de contrôle du paludisme est la suite logique de l'échec de « l'éradication du paludisme » et de son pendant qui est la politique de prééradication. L'évaluation des programmes⁶⁴⁵ d'élimination du paludisme, commencée dans

⁶⁴⁵ Cette évaluation s'est faite sur la base de programmes d'éradication au sens défini par l'OMS, entrepris dans 52 pays ou entités politiques dans lesquels le paludisme posait depuis longtemps un problème social et économique majeur et qui regroupaient 70% de la population exposée au risque dans le monde. Le comité s'est intéressé avant tout aux efforts et aux réalisations de ces 52 pays ou territoires. Parmi eux, 10 pays ont reçu des attestations d'éradication du paludisme pour l'ensemble du territoire national. Or, ils ne regroupent que 46 millions d'habitants ; ce résultat ne représente qu'une partie des réalisations à porter au crédit de la série de pays considérée. Parmi les 42 autres pays, 11 ont également atteint la phase d'entretien dans une partie des territoires

les années 50, a permis d'identifier les causes qui ont poussé les autorités sanitaires mondiales à leur remise en cause. Plusieurs facteurs étroitement liés peuvent être mis en avant pour expliquer l'abandon de cette politique. On peut en évoquer ceux touchant à l'administration, la politique, l'économique, au social, l'épidémiologie et à l'homme.

Globalement, ces problèmes se présentent sous deux formes: il y a des problèmes techniques et les problèmes non techniques. Il n'existe pas d'échelle de valeur pour mesurer l'importance des difficultés techniques et non techniques qui peuvent influencer négativement la conduite des opérations d'éradication. On se contera ici d'expliquer en quoi chaque problème a constitué une entrave à l'application de la politique mondiale d'élimination du paludisme

Les problèmes techniques

Les problèmes techniques sont considérés comme ceux relevant de la direction et de la gestion des programmes d'une part, et comme se rapportant aux facteurs épidémiologiques, d'autre part. Pour tout dire, il s'agit des problèmes pratiques consécutifs aux actions menées et qui entravent l'application effective des opérations d'éradication. Les problèmes techniques proviennent, par exemple, de ce qu'on aura insuffisamment tenu compte de toutes les variables de l'épidémiologie locale du paludisme ; ils viennent de ce qu'on a mal choisi les méthodes à employer pour interrompre la transmission, commis des erreurs de planification sur tel ou tel point des activités d'éradication ou mal prévu les besoins correspondant au bon déroulement du programme.

couverts par leurs programmes nationaux d'éradication. Il s'agit de zones qui comptent au total 252.5 millions d'habitants, mais qui n'ont pas encore fait l'objet d'une attestation officielle d'éradication de la part de l'OMS. Si ces chiffres sont intéressants, l'euphorie doit être par contre plus mesurée car les résultats sont inégaux selon les Régions de l'OMS. Ainsi, les Régions de l'Europe de l'Europe, de l'Asie du Sud-Est et des Amériques groupent 87% des populations en phase de consolidation et 95% des populations en phase d'entretien, alors que ces phases ne couvrent dans la Région africaine que moins de 3% de la population totale des zones impaludées. Dans cette dernière Région, le nombre de personnes bénéficiant de programmes en cours ou achevés ne dépasse pas 6.5 millions. Dans les Régions de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, les programmes actuels ne touchent respectivement que 56% et 39% des habitants des zones impaludées, voir OMS, Série de rapports techniques, n°357. Op. Cit., 1967, p. 8

Indéniablement, la planification⁶⁴⁶ des programmes joue un rôle essentiel dans la conduite et la suite des opérations d'éradication. Quels qu'en soient la nature et les objectifs, tout programme d'action antipaludique exige une planification méticuleuse et minutieuse tenant compte des conditions épidémiologiques, des conditions administratives, de praticabilités et autres. Le programme d'éradication du paludisme n'échappe pas à cette exigence. Celle-ci, basée sur une évaluation précise des besoins, peut varier d'un pays à un autre en fonction des conditions locales. Elle prend en compte tous les aspects du programme à appliquer depuis le début de la phase préparatoire jusqu'à la phase d'entretien. Dans les conditions particulières du continent africain, le programme de prééradication peut être considéré comme faisant partie intégrante de la planification. De ce point de vue, la mise en œuvre du programme de prééradication se révèle donc indispensable en ce qu'il permet le développement des ressources administratives et opérationnelles. Elle offre une solution aux problèmes qui facilite la préparation ultérieure d'un plan national d'opération pour la campagne d'éradication du paludisme.

Et la nécessité de l'application du programme de prééradication a été fort bien rappelée lors de la 3^e conférence africaine sur le paludisme, de Yaoundé, en 1962, en ces termes :

Durind a pre-eradication programm, residual insecticides should be used with caution, not primarily because of the risk of precipitating the selection of resistant strains of insecticides, but because the high cost of recurrent expenditure incurred for these measures may also affect adversely the rapid development of an adequate basic public health infrastructure by deviation of limited available funds. Because of this, the necessity was stressed of using such funds as are available primarily for the building up of the basic public health service facilities⁶⁴⁷.

⁶⁴⁶ Le processus de planification doit comprendre : une période préparatoire consacrée à l'étude des conditions à remplir avant le lancement d'un programme d'éradication et à la réalisation de projets pilotes. Ces conditions consistent en des études de faisabilité qui sont indispensables et portent non seulement sur les aspects techniques et opérationnels, mais elles doivent aussi mettre en lumière les aspects socio-économiques de l'éradication du paludisme ; elles incluent aussi l'enquête préliminaire de prééradication qui s'attache à inscrire l'éradication dans le plan sanitaire du développement socio-économique national et à mobiliser les ressources humaines et logistiques nécessaires à l'accomplissement des tâches ; et enfin, elles passent aussi par l'étude problèmes généraux de planification et l'organisation d'un service d'éradication du paludisme, voir OMS, Série de rapports techniques, n°467. Comité d'experts du paludisme, 15^e rapport (Genève 19-30 juin 1970), Genève, OMS, 1971, p.12-13

⁶⁴⁷ WHO, Malaria Eradication: Report on the Third African Malaria Conference organized jointly by the Regional Office for Africa of the World Health Organization and the Commission for Technical Co-operation in Africa South of the Sahara, WHO, Geneva, 1962, p. 30. « Au cours d'un programme de pré-éradication, les insecticides à effet rémanent doivent être utilisés avec beaucoup de réserve non pas tellement parce qu'ils risquent d'accélérer l'apparition de souches résistantes aux insecticides. Mais, parce que l'importance des

Il va sans dire que l'absence d'un programme de prééradication dans certains pays comme ce fut le cas de la Côte d'Ivoire n'est pas de nature à permettre d'envisager, même à brève échéance, une quelconque politique visant la disparition complète du paludisme. Et comme le souligne si bien le médecin-général P.-M. Bernard :

Le véritable objet de la prééradication, comprise dans son sens le plus large, doit être cette mise en condition morale et matérielle d'un ensemble de pays formant une entité géographique et climatique, sans tenir compte des frontières politiques, et de les amener à l'état de maturité indispensable pour entreprendre conjointement les vastes programmes d'éradication inter-pays qui leur permettront après la phase d'attaque de limiter dans le temps la phase de consolidation et d'aboutir le plus rapidement possible à celle de maintien⁶⁴⁸.

De ce qui précède, on comprend aisément qu'il est nécessaire que les opérations soient effectuées progressivement en fonction du rythme de développement de l'infrastructure de la santé publique. Cette approche par zones doit être soigneusement agencée de telle sorte qu'aucune zone n'atteigne la phase de consolidation avant que la zone voisine ne soit entrée dans la phase d'attaque.

Or dans la pratique, les études préliminaires de planification de l'éradication du paludisme sont trop souvent limitées à la seule analyse de l'ampleur du paludisme. Pourtant, d'autres facteurs sont tout aussi importants et ne sont pas à négliger. Au nombre de ceux-ci, on peut énumérer les facteurs économiques et sociaux tels que les programmes de développement communautaire en milieu rural, la nature et l'emplacement de projets de développement économique, les habitudes des populations, les migrations et la transhumance entre zones impaludées et non impaludées, la perception de la population sur la maladie, son aptitude à comprendre les avantages qui résultent de l'éradication de la maladie pour gagner son adhésion totale, son degré d'instruction et ses besoins primaires sont à prendre en compte pour la réussite des activités antipaludiques. Or l'expérience a montré que ces précautions ne sont pas toujours prises. Car, les membres des équipes de planification ne disposent pas toujours de connaissances économiques, sociologiques et administratives suffisantes et nécessaires avant de lancer les programmes.

dépenses périodiques qu'entraînent ces mesures peut aussi nuire au développement de l'infrastructure de santé publique, puisque les ressources disponibles sont limitées » [Traduction par Assani ADJAGBÉ]

⁶⁴⁸ Bernard (médecin-général P.-M.), *Réflexions sur l'éradication du paludisme en Afrique intertropicale*, Genève, OMS, 1963, p. 8-9

En outre, dans beaucoup de cas, l'élaboration des programmes d'éradication du paludisme a précédé celle des plans nationaux à long terme d'action sanitaire et de développement socio-économique ; de ce fait, l'exécution de certains programmes s'est trouvée gênée parce que le gouvernement ne la soutenait pas systématiquement et que les organismes gouvernementaux appropriés n'y participaient pas assez activement.

Par ailleurs, la gestion intégrée des programmes de santé au sein d'un même territoire a été difficile à réaliser, encore plus dans un contexte économique plus vaste. Ainsi, les programmes nationaux d'éradication et d'autres projets d'action sanitaire ont été menés séparément en raison du manque d'expérience des administrateurs de la santé publique et des paludologues en matière de planification.

D'autre part, étant donné qu'un programme d'éradication du paludisme couvrant un pays entier peut, lorsqu'il est prévu de le réaliser par étapes, s'étendre sur quinze ans ou davantage, il est presque toujours nécessaire de remanier les plans en cours d'exécution. Cependant, il arrive que l'on n'ait pas fait les ajustements nécessaires pour soumettre les opérations à une évaluation constante et que l'on ne parvienne, de ce fait, ni à modifier rapidement les plans dans le sens requis, ni à prendre sans délai les mesures qui permettraient de remédier à des déficiences. Autant d'imperfections qui sont de nature à compromettre les activités d'éradication.

D'un autre côté, l'absence de planification peut entraver la marche des opérations si des mesures indispensables manquent dans la chaîne de réalisation des actions. C'est par exemple, une délimitation incomplète de l'aire du paludisme endémique, l'adoption de méthodes d'attaque insuffisantes pour venir à bout de la transmission dans des conditions locales, une insuffisance ou un retard des méthodes d'évaluation qui n'ont pas permis de se rendre compte rapidement des échecs, surtout dans les zones particulièrement difficiles. A preuve, des échecs se sont produits dans certains programmes du fait que les standards épidémiologiques préalablement bien définis par le comité d'experts du paludisme pour interrompre la phase d'attaque et passer en phase de consolidation n'ont pas été respectés.

D'autres échecs plus rares, sont dus au fait qu'on a terminé un programme et confié le maintien de l'éradication aux services généraux de santé publique sans tenir compte que ces derniers n'étaient pas suffisamment développés pour assurer la vigilance épidémiologique requise pour empêcher l'apparition des cas secondaires à des cas importés. Pire, il est rare que

la phase d'entretien soit intégrée dans les plans nationaux d'éradication du paludisme et d'action sanitaire et qu'à l'inverse l'on prévoit l'intégration du paludisme dans les services de santé généraux.

La seconde difficulté technique qui entrave l'éradication est liée à l'écologie humaine et vectorielle. Dans bien des cas, on n'a pas suffisamment prêté d'attention aux questions de comportement humain et d'écologie humaine dans la planification et la mise en œuvre des programmes d'éradication du paludisme. Il s'agit notamment des phénomènes de migration et de transhumance, de la création de nouvelles collectivités, de l'inexistence de zones d'accès difficile ou en proie à l'insécurité, du problème particulier que posent les populations, sans parler de la lassitude croissante que provoque parmi les populations l'application prolongée de mesures d'éradication. Ce sont des facteurs qui retardent probablement le plus la réalisation de l'éradication du paludisme sur l'ensemble du territoire considéré.

Les risques engendrés par les mouvements de populations ont pris une part croissante dans le déroulement des programmes, en particulier dans les régions parvenues à la phase de consolidation ou d'entretien. Ce faisant, l'émigration d'habitants, d'ouvriers agricoles notamment, a parfois fait obstacle au progrès ; ce mouvement part des régions où la transmission du paludisme reste active et aboutit à des régions où la transmission a été fortement réduite ou dans lesquelles le programme a déjà atteint la phase de consolidation ou la phase d'entretien⁶⁴⁹. Il va sans dire que dans l'organisation des programmes d'éradication du paludisme, une place importante doit être faite aux investigations géographiques incluant les indications aussi précises que possibles sur l'écologie humaine.

Dans une publication sur la question, Mansell Prothero R., précise le rôle de l'étude de l'écologie humaine comme une étape primordiale dans la réussite des campagnes d'éradication : « ...La distribution et les types d'implantation de la population, les types d'habitations, les coutumes agricoles, les voies de communication et l'approvisionnement en eau, ainsi que d'autres éléments probablement moins importants, peuvent être d'une importance vitale dans une campagne d'éradication du paludisme »⁶⁵⁰. Et les paludologues qui ne tiendraient pas compte de cette condition ne sont pas à l'abri de surprises désagréables

⁶⁴⁹ OMS, *Actes officiels de l'MS, n°176, Op. Cit.*, 1969, p. 116

⁶⁵⁰ Mansell Prothero (R), *Quelques aspects de l'écologie humaine en Afrique intéressant l'organisation des programmes d'éradication du paludisme*, Genève, OMS, 1961, p. 1

comme ce fut le cas pour le projet pilote contre le paludisme dans la vallée de l'Awash en Ethiopie et rapporté par le même auteur. Il se convainc en citant le rapport de l'hygiéniste ayant conduit le projet qui regrettait l'absence d'étude sur l'écologie humaine avant le lancement dudit projet : « Il n'est pas certain qu'une couverture totale ait été obtenue. Ceci est sans doute dû à la nécessité d'une étude géographique, à l'absence de cartes appropriées, à l'éparpillement des localités et des habitations, aux difficultés d'approvisionnement en eau et à l'absence de vie communautaire »⁶⁵¹.

Certains pays sont le théâtre de migrations périodiques ou de l'arrivée d'un nombre considérable de nomades. Si ces mouvements massifs sont en général faciles à déceler, il n'en va pas de même de l'arrivée de groupes restreints, surtout quand elle est clandestine. Il peut y avoir là un danger de reprise de la transmission, à moins que l'on ait mis en place un dispositif de surveillance très efficace et que l'on prenne rapidement les mesures appropriées à l'égard des personnes infectées. Même pendant la phase d'attaque, il est souvent difficile de réaliser une couverture insecticide suffisante, principalement à cause du caractère provisoire des logements des migrants⁶⁵².

Outre le problème des nomades, il faut penser aussi à celui des rassemblements de main-d'œuvre à l'occasion de grands travaux de génie civil, d'irrigation, d'agriculture... Les ouvrages de ce type, qui sont nombreux dans la plupart des pays en développement, créent un risque considérable de reprise de la transmission, surtout dans les secteurs en phase de consolidation ou d'entretien. Dans des zones de peuplement récent ou de défrichement forestier, divers problèmes techniques et logistiques dus aux conditions écologiques viennent compliquer considérablement l'interruption de la transmission. Ces problèmes se rencontrent dans les pays où les terres ne sont pas encore pleinement mises en valeur et où la régression du paludisme pendant la phase d'attaque a libéré la main-d'œuvre nécessaire pour les travaux d'exploitation.

Le mode de vie des populations est un autre facteur qui peut influencer négativement les programmes d'élimination du paludisme. En effet, les populations africaines sont essentiellement rurales et, en dehors de certaines régions relativement riches ou leur densité

⁶⁵¹Mansell Prothero (R), Op. Cit., p. 2

⁶⁵² A titre d'illustration, à Zanzibar une des grandes difficultés techniques à l'éradication du paludisme est la construction de nombreuses cases provisoires dans les zones centrales et coralliennes de l'Île, voir Quenum (A), « Les vicissitudes des programmes d'éradication du paludisme en Afrique », *Médecine d'Afrique Noire*, juin 1967, t. XIV, n°6, p. 61-63

est satisfaisante, elles sont habituellement disséminées çà et là dans des groupements de petits villages constitués de quelques cases seulement et souvent d'un accès difficile. Ce phénomène complique les opérations de pulvérisations à l'intérieur des maisons, ralentit leur progression et élève considérablement le prix de revient par habitant protégé, d'autant que le rapport entre les surfaces traitées et l'étendue des gîtes est très défavorable et impose une technique sans défaillance⁶⁵³. A ce titre, le projet pilote de Bobo en est une parfaite illustration. Dans cette zone, les habitants vivent dans des villages où la population est dense, et en raison du système de culture, les paysans construisent des "cases de moissons" temporaires ou permanentes dans leurs champs situés à plusieurs kilomètres du village⁶⁵⁴.

De plus, l'habitude de reconstruire fréquemment les paillotes, d'en changer le toit, d'en badigeonner les murs à certaines saisons ou même de déplacer complètement les villages, ainsi que la poussière ou la fumée qui se déposait sur les parois, compliquent singulièrement les opérations. Un plan de campagne bien établi doit tenir compte de tous ces facteurs et être suffisamment souple pour se plier à leurs exigences. Il doit aussi tenir compte de la nature des différentes parois et leur faculté d'absorption.

Une autre difficulté à signaler est celle inhérente à l'écologie du vecteur qui constitue une entrave à l'éradication. La différence entre la région afrotropicale et le reste du monde est avant tout d'ordre biogéographique. Sa faune est caractérisée par la présence d'excellents vecteurs du paludisme : anophèles *gambiae*, anophèles *funestus*, anophèles *arabiensis* sont présents partout. Cette population anophélienne remarquable fait de l'Afrique un énorme foyer ininterrompu de paludisme, de l'océan Atlantique à l'océan Indien, du Sahara au Kalahari. De tous ces vecteurs, le plus largement répandu et le plus dangereux est anophèle *gambiae*⁶⁵⁵ qui a fait l'objet d'études particulièrement intéressantes⁶⁵⁶. On est en droit alors de

⁶⁵³ Bernard (Médecin-colonel P.M.), Art. Cit., 1956, p. 631

⁶⁵⁴ OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale, Op. Cit., 1958, p. 10

⁶⁵⁵ Dans une publication sur la répartition et le comportement des anophèles de l'Afrique Equatoriale française, du Cameroun et de l'Afrique Occidentale, Jacques Hamon et ses collaborateurs sont sans concession devant la dangerosité du *gambiae* : « En conclusion, nous estimons que anophèle *gambiae* est une espèce sauvage à l'origine, très plastique, susceptible de s'adapter parfaitement aux conditions de vie d'une de ses plus importantes sources de nourriture, l'homme, mais parfaitement capable de reprendre des mœurs semi-sauvages si l'homme lui rend l'existence trop difficile. Cette caractéristique en fait le plus redoutable vecteur de paludisme humain en Afrique occidentale et équatoriale », voir Hamon et al, « Observations sur la répartition et le comportement des anophèles de l'Afrique-Equatoriale française, du Cameroun et de l'Afrique Occidentale », *Bulletin de l'OMS*, 1956, n°15, p.549-591

⁶⁵⁶ Lire notamment les publications suivantes : Holstein (M.H), *Biologie d'anophèles gambiae* : recherches en Afrique Occidentale française ; série de monographies, n°9, Genève, OMS, 1952, 174 p ; Hamon et al,

s'interroger sur son rôle dans l'échec de l'éradication dans la Région africaine. Que sait-on sur vecteur potentiellement dangereux ?

C'est un anophèle éminemment anthropophile et endophile dans la plus grande partie de son habitat. Les observations ont prouvé que ce vecteur ne présente toujours pas le même comportement dans toutes les régions ou dans toutes les conditions climatiques. Ainsi, à haute altitude, il fréquente rarement les habitations en étant nettement zoophile et relativement inoffensif, tandis qu'ailleurs notamment au Kenya, il est responsable du paludisme à très haute altitude. En Afrique Occidentale, la zone qui intéresse cette étude, on a parfois capturé des gambiae en nombre considérable dans les abris situés en plein air⁶⁵⁷. Ces différences de comportement qui font alterner anophèle gambiae de l'état endophile à celui anthropophile en fait un vecteur difficile à cerner et à classer d'autant plus que les conditions climatiques exercent une grande influence sur le moustique.

Par ailleurs, bien des observations⁶⁵⁸ prouvent que gambiae au stade adulte a une préférence pour un type de maison qu'un autre. C'est notamment le cas en AOF, où il a été constaté que les habitations sombres, mal aérées sont ses préférences, bien que l'obscurité ne représente qu'un épiphénomène lié au climat plus stable que l'on trouve justement dans les cases sombres. En raison de leur préférence à se reproduire dans de petites mares ensoleillées, on peut évidemment présumer que les gambiae adultes sont plus nombreux et plus répandus pendant la saison des pluies ; il existe, par conséquent, une relation directe évidente entre les chutes de pluie et le nombre des adultes. Le degré de corrélation varie selon les lieux, notamment selon la distribution des pluies, la nature du sol, la température, l'humidité, la hauteur de l'eau d'infiltration, le type de végétation et la disposition du terrain⁶⁵⁹. Lorsque les pluies sont suffisantes et constantes, les populations de gambiae restent assez stables. En revanche, dans les régions qui présentent des changements saisonniers marqués, le nombre

« Observations sur la répartition et le comportement des anophèles de l'Afrique-Equatoriale française, du Cameroun et de l'Afrique Occidentale », *Bulletin de l'O.M.S.*, 1956, n°15, p. 549-591 ; O.M.S., Série de rapports techniques n°38, Op. Cit., 1951, 82 p ; Coz(J), Hamon (J), « Le complexe anophèles gambiae en Afrique Occidentale », *Estratto dalla Rivista di Malariologia*, 1964, vol. XLIII, n°4-6, p. 233-244

⁶⁵⁷ O.M.S., Série de rapports techniques n°38, Op. Cit., p. 16

⁶⁵⁸ Le rapport rédigé par le professeur F.J.C. Cambournac est le fruit des observations recueillies au cours d'une vaste tournée qui a duré plus de 7 mois et qui a représenté un parcours total d'environ 80.000 km.

⁶⁵⁹ O.M.S., Série de rapports techniques n°38, Op. Cit., p. 18-19

des adultes et l'étendue de leur habitat peuvent varier sensiblement d'une saison à l'autre et d'une année à l'autre.

Dès lors, on ne doit pas se contenter d'étudier les grandes régions climatiques ou géographiques. Ce qui est important, c'est la mosaïque des microclimats qui influence le vecteur et le comportement des anophèles dans chacun d'eux qu'il importe de connaître si l'on veut établir un plan d'opérations qui ne se trouve pas en défaut au moment de l'application.

En conséquence, on ne peut pas s'attendre à la même réponse aux insecticides selon que l'on a affaire à un vecteur anthropophile et exclusivement endophile ou à un vecteur anthropophile mais exophile, surtout s'il est exophage. Dans les régions où les vecteurs peuvent piquer l'homme à l'extérieur ou en évitant de se poser sur les surfaces traitées, des précautions sont à prendre. Ce faisant, si l'on veut obtenir la suppression de la transmission avant que n'apparaisse la résistance aux insecticides, il faut concurremment aux pulvérisations dans les maisons avoir recours à d'autres moyens.

Sous cet angle, c'est la technique même de l'éradication dans les régions concernées qu'il importe de revoir. Au total, parmi les vecteurs africains, anophèle gambiae est le plus difficile à réduire. Sa faculté à piquer aussi bien à l'extérieur que dans les habitations permet de se demander si les aspersion domiciliaires suffisent à elles seules à interrompre la transmission, surtout dans les zones où les habitants passent une partie de la nuit dehors, ou dorment aux champs en temps de récoltes.

Plus inquiétant, en raison de la résistance souvent observée, et assez rapidement, vis-à-vis des insecticides chlorés autres que le DDT, ce dernier est resté pratiquement le seul à être utilisé dans les opérations antipaludiques en Afrique. Or, son pouvoir irritant repousse dehors bon nombre d'anophèles qui, après avoir piqué dans les habitations, ne se posent pas sur les murs traités ou n'y séjournent qu'un temps trop court pour absorber une dose létale. Autrement dit, si l'application d'insecticides à l'intérieur des habitations en tant que moyen principal d'attaque a permis dans la plupart des cas, d'interrompre la transmission, on connaît quelques zones où les insecticide se sont révélés insuffisants. Pire, on a enregistré un recul du fait que ceux-ci n'étaient pas parvenus, à eux seuls, à briser la chaîne de transmission. Si la résistance physiologique du vecteur aux insecticides joue un rôle non négligeable dans certaines zones bien délimitées, en particulier lorsque le vecteur a acquis une résistance à

plusieurs groupes d'insecticides différents, il y a d'autres phénomènes dont l'importance apparaît de plus en plus nettement : c'est l'effet irritant des insecticides qui fait que le vecteur évite d'entrer en contact avec les autres surfaces traitées.

D'autre part, il est à noter que la tolérance des parasites à la plupart des médicaments antipaludiques est sujette à des variations. Au surplus, une augmentation de la résistance de *plasmodium falciparum* à la chloroquine a été observée pour la première fois en Amérique du Sud en 1960, puis le même phénomène a été signalé dans le sud et l'est de l'Asie. Bien que ce type de résistance n'ait pas posé de problèmes sérieux pour l'éradication du paludisme, elle a par la suite entravé la mise en œuvre des programmes dans la mesure où ceux-ci ont fait appel à l'emploi des antipaludiques.

Aux problèmes purement techniques vont se greffer des problèmes non-techniques pour rendre plus complexe la mise en œuvre de la politique d'éradication. Les difficultés non techniques sont à la fois administratives, financières et liées à la formation du personnel.

Les problèmes non techniques

Un soutien administratif solide est essentiel au succès d'un programme d'éradication du paludisme, car les opérations doivent être exécutées non seulement avec efficacité mais, aussi conformément à un calendrier précis et déterminé par des considérations épidémiologiques. Mais, quand ce soutien vient à manquer, cela peut constituer un obstacle majeur au progrès de l'éradication du paludisme.

En effet, la disparition totale de la maladie exige une organisation particulièrement bonne, une efficacité et une élasticité rarement rencontrée dans les services médicaux classique d'un pays. Pour une exécution correcte des opérations prévues, il est indispensable de créer un Service National d'Eradication du Paludisme (SNEP)⁶⁶⁰. Ce dernier doit être une des principales branches du Service national de santé et rattaché à la Division des Maladies transmissibles. Ce service doit jouir d'une liberté d'action qui lui permette d'assurer sans

⁶⁶⁰ Le SNEP est responsable de l'exécution du programme y compris la coordination des diverses activités antipaludiques du pays et l'installation d'une administration rationnelle et solide, capable de résoudre à tout moment les divers problèmes d'ordre technique, administratif et social qui pourraient se produire au cours du programme, voir, D'Almeida (J), Asvall (J.E), Organisation et gestion du *service national d'éradication du paludisme*, (Yaoundé, 3^e Conférence africaine sur le paludisme, 3-13 juillet 1962), Yaoundé, OMS, 1962, p. 1

entrave les opérations qui lui sont confiées. Dans les faits, ce service n'a toujours pas existé dans l'organigramme des structures de santé.

Dans sa structure, un SNEP⁶⁶¹ idéal est celui qui dispose d'une autonomie dans le cadre du service général de la santé. Cette autonomie doit lui permettre d'avoir à disposition des fonds et du personnel en priorité dans le pays. Il doit, en outre, posséder une administration distincte et indépendante pour lui garantir une liberté d'action effective et totale. Il doit s'organiser de façon pyramidale de sorte à quadriller le pays pour mener de bout en bout ses activités avec une plus grande efficacité⁶⁶². En théorie, le SNEP doit être intégré au sein du département en charge de la santé ; à défaut, sa collaboration avec les services de santé provinciaux et ruraux doit le préparer à intégrer en fin de programme le cadre général des services de santé du territoire⁶⁶³.

En pratique, le déroulement des programmes d'éradication du paludisme a été rapide dans les pays qui possédaient une armature administrative générale et des services de santé publique bien organisée ; il a même été satisfaisant dans les pays dont les structures sanitaires n'avaient pas encore atteint leur plein développement mais dont l'appareil administratif était adéquat dans l'ensemble. Là où, en revanche, les rouages administratifs généraux laissent à désirer, leurs insuffisances se reflétaient dans l'organisation des services de santé, entraînant des échecs fréquents dans les activités d'éradication du paludisme.

D'autre part, la conduite des opérations dépend de la politique de l'Etat et de la stabilité du gouvernement. Une bonne direction des travaux exige aussi, comme le montrent les programmes d'éradication qui se sont déroulés d'une manière satisfaisante, qu'il y ait une liaison efficace, dans un sens comme dans l'autre, entre direction centrale et la périphérie en passant par les échelons intermédiaires. Elle implique une organisation convenable, desservie de haut en bas de la hiérarchie par des agents compétents, conscients de leurs devoirs et de leurs responsabilités. Une attention suffisante accordée aux techniques modernes de gestion

⁶⁶¹ Le SNEP comprend généralement 4 sections : administration, pulvérisations, épidémiologie et éducation sanitaire. Ces quatre sections, dont l'effectif varie avec l'importance du programme, se retrouvent aux différents échelons hiérarchiques qui sont : la direction centrale, la région, la zone, le secteur et sous-secteur, voir WHO, Op. Cit., 1962, p. 38-39

⁶⁶² D'Almeida (J), Asvall (J.E), Op. Cit., 1962, p. 2

⁶⁶³ Farid (M.A), *Organisation et fonctionnement du service national d'éradication du paludisme*, (Yaoundé, 3^e Conférence africaine sur le paludisme 3-13 juillet 1962), Yaoundé, OMS, 1962, 14 p

doit contribuer à simplifier les méthodes, améliorer l'efficacité des opérations et limiter le coût des campagnes d'éradication.

De même, une organisation jouissant d'une semi-autonomie au sein de l'administration sanitaire d'un pays et possédant l'autorité nécessaire, ainsi que les moyens de l'exercer, est généralement indispensable au succès d'une campagne. Mais, l'autonomie est souvent contre-productive en ce sens qu'elle tend à isoler le service d'éradication des services généraux. Ce qu'il faut en revanche, c'est une étroite coordination entre les services dès les premières phases d'un programme jusqu'à la fin des opérations.

Au total, un programme d'éradication doit nécessairement s'accompagner d'une organisation administrative qui s'étende à l'ensemble du territoire impaludée et qui soit conçue de façon à assurer une exécution rapide et effective des décisions prises par la direction centrale. Il est indispensable aussi de créer une bonne infrastructure sanitaire, laquelle s'entend comme « un réseau organisé d'unités périphériques capables d'assurer, dans les limites des ressources disponibles sur le plan local, certains services sanitaires de base répondant aux besoins les plus urgents de la population »⁶⁶⁴. Cette infrastructure doit comprendre à la fois des services préventifs et des services curatifs et couvrir la population de façon aussi uniforme et aussi complète que possible.

Les problèmes ne sont pas qu'administratifs, ils sont aussi financiers et expliquent pour une large part l'abandon des programmes en cours de réalisation.

Les difficultés financières rencontrées dans certains programmes d'éradication du paludisme ont deux origines : celles-ci émanent des pays qui se trouvent dans une situation économique défavorable, d'une part et d'autre part, des pays où les opérations d'éradication se prolongent très au-delà de ce qui avait été prévu initialement. Dans l'un comme dans l'autre, elles concernent principalement les pays en voie de développement.

Dans ces pays, la totalité des fonds disponibles est généralement engagée pour les activités ; et il est rare que l'on arrive à mobiliser des crédits pour faire face aux difficultés imprévues sans compromettre d'autres plans vitaux de développement. L'équation à résoudre est donc de concilier les nécessités de l'éradication du paludisme avec l'exécution des autres

⁶⁶⁴ Quenum (A), Art. Cit., p. 61-63

projets de développement social. De même, des difficultés financières surgissent fréquemment parce que le coût du programme n'a pas été évalué avec exactitude : ce qui suppose que l'on a omis de faire des études préliminaires indispensables et des analyses détaillées des dépenses. Ces estimations préalables sont particulièrement importantes si l'on considère qu'un programme d'éradication absorbe toujours une partie considérable des crédits inscrits au budget d'investissement du pays concerné.

Or, il est fréquent que l'on ne tienne pas compte, lors de l'établissement des plans et de l'élaboration des budgets qui vont avec, des difficultés techniques ou opérationnelles qui pourraient surgir et que l'on ne prévoie pas de crédits pour parer à de telles éventualités. Aussi, une analyse détaillée des coûts pour toutes les dépenses prévues, aussi bien sur le plan national qu'international, est indispensable pour convaincre les planificateurs économiques de la viabilité d'un programme. Souvent, les organismes centraux de planification ne sont pas avertis que des crédits supplémentaires pourraient se révéler nécessaires au cas où les résultats obtenus sur le plan épidémiologique ne correspondraient pas aux prévisions. D'autre part, il est arrivé à plusieurs reprises que des gouvernements, soucieux de réduire les dépenses aient mis fin prématurément à des opérations essentielles, provoquant des reculs dans l'exécution des programmes et imposant, en fin de compte, une charge financière beaucoup plus lourde aux pays intéressés.

Fort heureusement, partout où les programmes d'éradication avaient été bien conçus et les difficultés anticipées, les crédits nécessaires ont pu être réunis pour parer aux urgences ; dès lors, il a été possible de prendre sans délai les contre-mesures qui s'imposent. En revanche, en l'absence des mesures supplémentaires opportunes pour résoudre certaines difficultés, des surcoûts de dépenses n'ont pas pu être honorés ou ne l'ont été que partiellement parce que la planification manquait de souplesse. Pour être acceptable, l'accroissement des dépenses pendant la réalisation des programmes d'éradication doit garantir le succès des résultats attendus.

Aux difficultés financières, s'ajoutent des difficultés liées au profil du personnel des services antipaludiques, un personnel pas toujours à la hauteur des qualifications requises pour conduire les opérations, en un mot, un personnel insuffisamment qualifié.

Une des conditions majeures du succès des programmes d'éradication est de disposer d'un personnel compétent et qualifié. Aussi, des cadres et des agents compétents, un puissant

esprit de corps et des fonds suffisants constituent les fondements de tout organisme d'action. Par personnel compétent, il faut entendre des éléments possédant les connaissances nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions et réunissant les qualités requises (intérêt pour leur travail, expérience et esprit de discipline) pour pouvoir appliquer efficacement leurs connaissances. Or, cette catégorie de personnel a souvent fait défaut. Ainsi, pour faire face à cette situation, on a eu recours au personnel venant d'autres pays. Ceci, en attendant que les nationaux possédant un niveau suffisant d'instruction générale puissent acquérir la formation et l'expérience voulues. En fin de compte, pour garantir une pérennité des activités, il est essentiel de constituer un cadre d'agents nationaux capables de prendre complètement en charge les opérations le plus rapidement possible. L'échec des programmes d'interruption de la transmission du paludisme est donc justifié par cette faiblesse.

Par ailleurs, il est extrêmement important, et même indispensable, de confier la direction des programmes à des hommes capables ; c'est par manque de directeurs compétents que la réussite de certains programmes s'est parfois trouvée fortement compromise. Malgré leur importance capitale, les qualités d'un bon chef sont assez difficiles à définir. En revanche, elles peuvent être mises en valeur par une formation bien conçue et par une structure administrative permettant les délégations de pouvoirs nécessaires et définissant clairement la place de chacun dans la hiérarchie des fonctions.

La préparation à l'éradication du paludisme a été grandement facilitée par des instituts nationaux qui ont assuré une formation de caractère tant national qu'international, ainsi que par l'OMS qui a fourni un appui aux centres internationaux de formation, accordé son aide aux centres nationaux et octroyé des bourses d'études⁶⁶⁵. Cependant, ces possibilités n'ont pas toujours été pleinement mises à profit, faute parfois de candidats possédant un niveau d'instruction suffisant, ce qui montre encore une fois que les problèmes de personnel n'avaient pas été convenablement étudiés au stade de la planification dans certains cas.

⁶⁶⁵ Pour accompagner les campagnes d'éradications lancées dans plusieurs pays, des cours ont été organisés en Afrique occidentale et orientale et des cycles d'études patronnés par l'OMS ont eu lieu à Lagos (Nigeria), Yaoundé (Cameroun), Lwiro, Bukavu (Congo) et Amani (Tanganyika). Ces efforts ont été complétés, en 1962 et 1963, par la création de deux centres professionnels de l'éradication du paludisme, l'un à Lagos, Nigeria (instruction en anglais) et l'autre à Lomé, Togo (instruction en Français). Ces cours et centres ont fermé avec l'échec de l'éradication. Toutefois, la lutte contre le paludisme a poussé l'OMS à promouvoir des cours internationaux et régionaux pour former des paludologues après l'intermède de l'éradication, voir OMS, Eradication du paludisme. Op. Cit., 1963, p. 29-30 et Guiguemé (T.R) et al, « Formation pour la lutte contre le paludisme : le cours international de paludologie de Bobo Dioulasso (Burkina Faso) », Publications Médicales Africaines, sept. 1991, n°116, p. 8- 10

S'il est généralement admis que la formation du personnel des services d'éradication est l'une des principales conditions du succès des programmes, il importe aussi de se préoccuper davantage d'inculquer au personnel des services de santé généraux les principes de l'éradication⁶⁶⁶ du paludisme à laquelle il sera appelé à participer. Des défaillances ont été enregistrées lorsque, faute d'une politique à long terme concernant le personnel, celui-ci a perdu son esprit de corps et le sentiment d'accomplir une mission importante. Les perspectives d'avancement ne doivent pas être limitées à la durée du programme d'éradication. Pour conserver son ardeur au travail, le personnel a besoin de savoir que l'action de santé publique que représente l'effort d'éradication se poursuivra encore quand l'éradication aura été réalisée, faute de quoi il a tendance à relâcher son effort au moment précis- celui de la consolidation- où on lui demande un travail particulièrement intense et minutieux.

Il est arrivé aussi que, malgré un recrutement initial suffisant, de trop fréquentes défections dues à de mauvaises conditions de travail et au découragement se répercutent défavorablement sur la qualité des opérations. Ce n'est que si le personnel s'intéresse à sa tâche, jouit de bonnes conditions de travail et, a des perspectives d'avancement qu'il manifeste un esprit de corps indispensable à l'accomplissement d'un travail de qualité, gage d'une réussite des activités antipaludiques. D'un autre côté, le transfert prématuré d'agents de la lutte antipaludique, notamment de cadres, à d'autres activités sanitaires avant que la phase d'entretien n'ait pas été pleinement organisée a provoqué des difficultés dans quelques programmes.

Les difficultés techniques et non techniques de l'éradication du paludisme en Afrique tropicale, où plus de vingt projets pilotes n'ont pas réussi l'interruption de la transmission, ont amené l'OMS à la conclusion que dans les pays où les éléments fondamentaux font défaut pour organiser et appliquer de façon satisfaisante les activités de l'éradication, il est nécessaire d'adopter une stratégie moins ambitieuse, plus réaliste, mieux adaptée aux besoins particuliers de différents pays ainsi qu'aux conditions épidémiologiques, sociales et économiques. En définitive, la conjugaison des facteurs énumérés ci-dessus ont eu raison de la politique d'éradication du paludisme qui est abandonnée au terme de la tenue de la 22^e

⁶⁶⁶ Les principes en matière d'éradication ont évolué avec le temps. Les principes à enseigner au personnel médical touchent à l'administration et à l'organisation, aux ressources financières et aux moyens techniques, ainsi qu'à la coordination à l'intérieur du pays et avec les pays voisins, voir annexe 3, p. 534

Assemblée mondiale de l'OMS, du 8 au 22 juillet 1969 à Boston. La politique de contrôle du paludisme vient donc d'être officiellement lancée.

II. Comment définir la politique de contrôle du paludisme ?

En 1969, une évidence s'est imposée après l'évaluation de la mise en œuvre de la stratégie « d'éradication du paludisme » : celle-ci qui vise l'élimination totale et définitive des parasites dans les populations humaines, de sorte qu'il n'y ait pas de reprise de la transmission même en présence de vecteurs, paraît irréalisable dans l'immédiat et en l'état. Bien que difficilement réalisable, cette disparition totale des hématozoaires chez l'homme n'en demeure pas moins encore et toujours le but final de l'éradication du paludisme : c'est par conséquent une œuvre à inscrire dans le long terme qui nécessite des ajustements. On s'achemine inévitablement vers une révision de la politique d'éradication sans pour autant l'écarter totalement.

Dès lors, le processus tendant à un réexamen de la stratégie mondiale a commencé à se déployer. Le premier acte fondateur est posé lors de la 20^e Assemblée mondiale de la santé, tenue, à Genève, du 8 au 26 mai 1967, au cours de laquelle la question a fait l'objet de discussions. Au terme des débats, il a été demandé au directeur général de l'OMS : « D'étudier la meilleure manière de procéder à un réexamen de la stratégie mondiale de « l'éradication du paludisme » et de produire un rapport qui sera débattu au cours de la tenue la 21^e Assemblée mondiale de l'OMS »⁶⁶⁷.

En mai 1968, la 21^e Assemblée mondiale de la santé a été saisie des propositions concernant la révision de ladite stratégie. Sur la base du rapport produit par le directeur de l'OMS et des avis donnés par un groupe d'éminents spécialistes de la planification économique, de l'administration de la santé publique et de la paludologie⁶⁶⁸, l'Assemblée mondiale se déclare favorable à la « Nécessité de réexaminer la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme » et approuve les propositions « notamment en ce qui concerne l'adaptation des plans et des méthodes aux besoins et aux ressources des pays en voie de

⁶⁶⁷ OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°176, Op. Cit., 1969, p. 106

⁶⁶⁸ Ibid, p. 106

développement, afin d'assurer le succès désiré dans la lutte contre le paludisme et finalement son éradication »⁶⁶⁹.

A cette fin, le directeur a été prié « d'informer le Conseil exécutif et de présenter à la 22^e Assemblée mondiale de la santé, un rapport⁶⁷⁰ complet sur la question du réexamen de la politique mondiale de « l'éradication du paludisme », accompagné de recommandations pour l'orientation future du programme qui doit s'appuyer sur les observations du Conseil exécutif⁶⁷¹. Plus exactement, sans écarter l'éradication comme but ultime, l'OMS recommande d'opter pour une lutte antipaludique adaptée aux conditions locales de transmission en tenant compte des facteurs socio-économiques et culturels.

A la faveur des assises de la 22^e Assemblée mondiale de la santé⁶⁷², le réexamen de la stratégie mondiale d'éradication a été approuvé. Ainsi, suivant la résolution qui l'entérine, l'Assemblée mondiale,

Réaffirmant que l'éradication totale du paludisme dans le monde demeure une tâche primordiale des organismes nationaux de santé publique et que, même dans les régions où l'éradication n'apparaît pas encore possible, la lutte antipaludique à l'aide des moyens existants doit être encouragée et peut être considérée comme représentant une étape nécessaire et valable sur la voie de l'objectif ultime de l'éradication⁶⁷³.

Désormais, la nouvelle politique en vigueur est la lutte antipaludique - par opposition à l'éradication- car elle constitue un premier pas indispensable, sur la voie de l'objectif final qu'est l'élimination totale du paludisme dans diverses régions du monde. La même résolution précise aussi, et ceci est un fait important, qu'il : « Est fondamental d'adapter la stratégie aux

⁶⁶⁹ C'est la décision WHA21.22 de l'Assemblée mondiale de l'OMS qui consacre ce réexamen, voir OMS, Actes officiels de l'OMS, n°168. *Vingt et unième Assemblée mondiale de la santé* ; (Partie I : Résolutions et Décisions, Annexes), Genève, 6-24 mai 1968, Genève, 1968, p. 11

⁶⁷⁰ Pour prendre connaissance de l'intégralité du rapport du directeur général, voir OMS, Actes officiels, n°176, Op. Cit., 1969, p. 106-126

⁶⁷¹ Pour donner effet à la résolution WHA21.22, des équipes spéciales, composées d'économistes, d'administrateurs de la santé publique, de paludologues et de statisticiens se sont rendus dans sept pays pour y étudier les répercussions sociales et économiques du paludisme, les relations entre les programmes et les plans nationaux d'action sanitaire et les plans nationaux de développement, l'élaboration et l'exécution des programmes d'éradication sous leurs aspects techniques et non techniques, ainsi que les problèmes rencontrés. Les pays choisis étaient considérés comme représentatifs des diverses situations observées dans le monde au cours des campagnes d'éradication du paludisme : à savoir des cas où les programmes sont à l'état stationnaire ou en recul des activités d'éradication ; ceux, en progression par rapport aux objectifs fixés initialement, ceux en progrès satisfaisants et enfin ceux qui n'ont connu aucun début de programmes, voir OMS, Actes officiels, n°176, Op. Cit., 1969, p. 106

⁶⁷² Celle-ci s'est déroulée à Boston du 8 au 25 juillet 1969

⁶⁷³ OMS, Actes officiels, n°176, Op. Cit., 1969, p. 18-19

situations épidémiologiques locales ainsi qu'aux ressources administratives et économiques des pays intéressés, et ceci en fonction d'un double impératif, celui de l'éradication et celui de son maintien »⁶⁷⁴.

Faisant sienne cette résolution, les experts paludologues, à l'issue d'une rencontre à Genève, du 19 au 30 octobre 1970⁶⁷⁵, ont proposé une nouvelle définition d'un « programme d'éradication » plus conforme aux réalités nouvelles et aux objectifs de la lutte antipaludique. Ainsi désormais, celui-ci est considérée comme un : « Programme spécial de santé publique ayant pour objectif de mettre fin à la transmission du paludisme, d'éliminer les cas infectieux et d'empêcher la réapparition de l'endémicité paludéenne, même limitée à des foyers isolés »⁶⁷⁶. Cette définition semble consensuelle car elle englobe à la fois, « Un programme d'éradication limité dans le temps –éventuellement divisé en plusieurs étapes–, pouvant être organisé avec des chances raisonnables de succès » et « un programme de lutte à long terme, comportant des objectifs intermédiaires à atteindre selon un calendrier déterminé et aboutissant finalement à l'éradication »⁶⁷⁷.

Au vu du bilan mitigé des programmes d'éradication en cours, le second cas de figure -donc le programme à long terme comportant des objectifs intermédiaires- est l'exemple susceptible d'être le plus appliqué car, à la fin de 1969, l'« éradication du paludisme » n'était pas encore réalisée dans cent-dix-neuf des cent-quarante-cinq pays initialement classés comme totalement ou partiellement impaludés⁶⁷⁸. Aussi, dans ces pays, la priorité est-elle d'organiser des opérations de lutte dans le cadre de l'activité courante des services de santé généraux sous la direction et la supervision d'un service antipaludique spécialisé. La finalité d'un tel programme vise à faire régresser le paludisme dans les zones de forte endémicité où dans les régions importantes pour l'économie, avant d'en venir à un programme unique d'éradication à l'échelle du pays tout entier. Pour ce faire, les méthodes applicables doivent être déterminées pour chaque zone et tributaires des ressources disponibles et de divers facteurs techniques.

⁶⁷⁴ Ibid., p. 18-19

⁶⁷⁵ Il s'agit en fait de la réunion du comité d'experts du paludisme de l'OMS. Cette rencontre a donné lieu à la rédaction du 15^e rapport de ce comité, voir OMS, Série de rapports techniques, n°467. Op. Cit., 1971, 62 p

⁶⁷⁶ Ibid., p. 9

⁶⁷⁷ Ibid., p. 9

⁶⁷⁸ Ibid., p. 8

Au final, pour le comité d'experts, le programme de lutte classique est celui-là même qui convient le mieux aux pays – la plupart des pays africains au sud du Sahara- qui ne sont pas encore aptes à mettre en œuvre un programme limité dans le temps. Pour ces pays de forte endémicité, il est impératif de tendre vers la diminution de la prévalence du paludisme et plus généralement de la diminution des dommages que cause le paludisme. En définitive, ces programmes peuvent être considérés comme des « Efforts systématiques pour appliquer des mesures de lutte antipaludique qui seront compatibles avec les ressources disponibles et adaptées à la situation épidémiologiques, en vue de réduire le plus possible la mortalité et la morbidité »⁶⁷⁹.

Au début de la décennie 70, dans les pays de l'Afrique tropicale, l'incidence du paludisme est déjà préoccupante. En effet, c'est là que les conditions climatiques sont favorables à une transmission intense par divers moustiques, dont le plus connu est *anophèle gambiae*. Plus grave, le paludisme y provoque une morbidité et une mortalité élevées dans les collectivités rurales. Au niveau régional, notamment en Afrique Occidentale, 10% au moins des décès avant l'âge de cinq ans sont imputables à cette maladie et le taux de mortalité infantile pour toutes causes – avec une place importante pour le paludisme- peut atteindre 500‰ naissances vivantes dans les collectivités rurales non protégées. Le paludisme constitue dans ces mêmes pays un obstacle pour l'instruction en provoquant un absentéisme scolaire élevé et en amoindrissant la capacité d'apprentissage des élèves. Les pertes économiques, quant à elles, se manifestent par une réduction de la période active annuelle de vingt à quarante jours en moyenne par personne⁶⁸⁰.

A l'échelle du continent africain, quelques indices permettent de se faire une idée approximative de la situation sanitaire au moment de la révision de la stratégie de l'éradication: une mortalité néonatale qui oscille entre 50 et 80‰ ; une mortalité chez les enfants de moins d'un an, de 100 à 200‰ ; une mortalité cumulative pour le groupe d'âge 0-5 ans, de 300 à 500‰⁶⁸¹. Globalement, les pays en développement sont englués dans des conditions socio-économiques insoutenables qui les caractérisent et sur lesquelles le paludisme produit des effets et inversement. On peut évoquer ici, en plus des chiffres énumérés plus haut, une importante mortalité due à des maladies transmissibles et à la

⁶⁷⁹ OMS, Série de rapports techniques, n°467, Op. Cit., 1971, p. 21

⁶⁸⁰ Ibid., p. 22

⁶⁸¹ OMS, *Lutte contre le paludisme dans les pays où un programme d'éradication limitée dans le temps n'est pas réalisable actuellement. Rapport d'une conférence interrégionale de l'OMS*, Genève, OMS, 1974, 73 p

malnutrition ; une faible espérance de vie moyenne ; un accroissement démographique variable mais souvent considérable ; des économies à dominante rurale ; des voies et moyens de communication insuffisants ; une faible consommation d'énergie ; un faible taux de scolarisation des enfants ; une insuffisance du personnel de santé qui limite le développement des services sanitaires (en zone rurales par exemple, la proportion est d'un médecin pour 80.000 habitants, sinon pire) ; de faibles dépenses de santé par habitant et un produit national brut peu élevé⁶⁸².

Etant donné les répercussions sanitaires et socio-économiques du paludisme dans les pays tropicaux où l'application de programmes d'éradication limités dans le temps est actuellement impossible, le comité d'experts, en sa session du 19 au 30 octobre 1970, a souscrit sans réserve à la résolution de la 23^e Assemblée mondiale de la santé, qui : « Souligne la nécessité d'entreprendre des programmes de lutte antipaludique dans le cadre des services généraux de santé lorsque l'éradication n'est pas réalisable pour le moment et d'accroître l'aide apportée par l'OMS et par d'autres organismes internationaux à ces programmes »⁶⁸³.

Dans la pratique, l'organisation d'un projet de lutte antipaludique repose sur les renseignements réunis grâce à une enquête paludologique⁶⁸⁴ de type classique qui doit permettre de préparer un plan d'exécution de lutte avec une idée aussi précise que possible de l'objectif visé et des ressources mobilisables. La diversité des situations épidémiologiques et l'extrême variété des conditions socio-économiques dans les pays où des programmes d'éradication limités dans le temps sont impraticables, notamment en Afrique tropicale, ne permettent pas d'utiliser partout les mêmes méthodes. Cependant, les principes suivants sont indispensables pour toutes activités antipaludiques à envisager : la création d'un service antipaludique dans le cadre des services de santé généraux ; une coordination administrative

⁶⁸² OMS, Série de rapports techniques, n°549. *Comité d'experts du paludisme*, 16^e rapport, Genève, OMS, 1974, 96 p

⁶⁸³ OMS, *Actes officiels de l'OMS n°184. Vingt-troisième Assemblée mondiale de la santé*, Genève, 5-22 mai 1970 ; (Partie I : Résolutions et Décisions, Annexes), Genève, OMS, 1970, 96 p

⁶⁸⁴ L'enquête paludologique doit fournir les renseignements sur le degré d'endémicité dans les diverses zones écologiques, sur la praticabilité des opérations de lutte dans tout ou partie de la zone impaludée, en fonction du degré d'endémicité, sur la délimitation des secteurs où sera pratiquée une lutte antipaludique intense, sur la description des méthodes de lutte appropriées dans ces secteurs et dans le reste du pays, sur la répartition, l'efficacité et l'effectif des services sanitaires de base, sur le niveau général de la prise de conscience de l'importance du paludisme pour la santé publique, sur les répercussions sociales du paludisme et sur le schéma des opérations, en ce qui concerne la main-d'œuvre, le matériel, les fournitures et les coûts de même que l'indication du type d'organisation nécessaire pour planifier et mettre en œuvre le programme, voir OMS, Série de rapports techniques n°467. Op. Cit., 1971, p. 23

avec les autres ministères autres que celui de la santé et avec certaines entreprises non gouvernementales ; la conduite des actions antipaludiques par des auxiliaires sanitaires spécialisés affectés à des établissements sanitaires relevant d'une province ou d'un district ; des cours spéciaux de paludologie destinés au personnel médical et paramédical. Enfin, les mesures antipaludiques suivantes sont préconisées en fonction de la situation épidémiologique locale, de leur coût et de leur efficacité : en zone urbaine, la méthode de choix consiste parfois à appliquer soit des mesures permanentes de réduction des sources d'infections soit des mesures antilarvaires ; dans les régions rurales où cette dernière technique est impraticable, la méthode de lutte efficace la moins onéreuse est souvent la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent, à raison d'un ou deux cycles par an. Enfin, le traitement médicamenteux de masse est sans doute la méthode idéale pour certaines groupes vulnérables tels que les femmes enceintes, nourrissons, enfants d'âges préscolaire et scolaire⁶⁸⁵.

En cette décennie 70, la lutte contre le paludisme amorce un nouveau tournant surtout pour les pays exclus du programme d'éradication limité dans les temps. C'est pour réfléchir aux meilleurs moyens d'appliquer les nouvelles directives de lutte antipaludique qu'une conférence est organisée au Bureau régional de l'OMS pour la région africaine, à Brazzaville, du 30 octobre au 10 novembre 1972. Les participants⁶⁸⁶ à cette conférence, venus de plusieurs régions du monde, entendent engager des réflexions pour évaluer les possibilités d'application des mesures antipaludiques systématiques dans les pays où le paludisme demeure la plus grande priorité.

A l'issue de cette rencontre, les participants ont réaffirmé la gravité du paludisme sur les populations africaines de même que la grande diversité des situations socio-économiques, écologiques et épidémiologiques dans les divers pays et dans les diverses zones d'un même pays. Pour ce faire, la lutte antipaludique doit être inscrite au rang des priorités de l'objectif des services de santé de base afin de prévenir les causes de la mortalité et de la morbidité. Les populations rurales doivent également être des cibles privilégiées de cette lutte et cela passe

⁶⁸⁵ OMS, Série de rapport techniques n°467. Op. Cit., 1971, p. 23-25

⁶⁸⁶ Au total, trente-une pays et territoires des Régions OMS de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidentale ont pris part à la rencontre ; auxquels s'ajoutent des observateurs du PNUD, du FISE, d'un certain nombre d'organisations intergouvernementales et d'autres institutions, voir OMS, Op. Cit., 1974, 73 p

par l'éducation sanitaire⁶⁸⁷ qui doit faciliter l'introduction des mesures de lutte antipaludiques dans leurs habitudes.

Par ailleurs, les projets de lutte antipaludique à venir doivent respecter une ou plusieurs des mesures suivantes toujours en fonction des particularités propres à chaque région : la distribution de médicaments antipaludiques comme les amino-4-quinoléines (en particulier la chloroquine et l'amodiaquine) pour la chimioprophylaxie; les mesures antilarvaires ; les mesures dirigées contre les adultes au moyen d'insecticides comme le DDT; la protection individuelle des membres d'une collectivité et d'autres mesures notamment agricoles, éducatives ou sociales⁶⁸⁸ (Tableau n°11).

On peut l'affirmer, les années 70 ouvrent une nouvelle page pour l'avenir de la lutte contre l'endémie, prise en tenaille entre les contradictions des programmes d'éradication et la réalité des programmes de lutte antipaludiques⁶⁸⁹ qui semblent plus que jamais d'actualité surtout dans les zones où un programme d'éradication n'est pas envisageable. Les objectifs à atteindre pour les activités futures suite au lancement et à l'extension des programmes de lutte antipaludique validé par les experts paludologues en 1971 sont clairement définis⁶⁹⁰.

⁶⁸⁷ L'éducation sanitaire doit développer chez les individus le sens de leur responsabilité en ce qui concerne leur propre santé et celle de la collectivité et les rendre capables de participer à la vie de la collectivité d'une façon constructive et dans un but déterminé. Elle doit commencer par intéresser les gens à améliorer leurs conditions de vie, et vise à développer leur sens des responsabilités à l'égard de leur santé, en tant qu'individus et en tant que membres d'une collectivité. Elle doit aussi tenir compte de toutes les attitudes culturelles, de toutes les croyances et de toutes les particularités de comportement qui ont trait à la vie et au travail. Dans certains groupes de population, l'action d'un personnage exerçant une autorité, d'un chef religieux ou d'un sage vieillard peut faire beaucoup plus pour faire adopter des idées neuves ou des comportements nouveaux. Il n'y a pas une formule d'application universelle car les besoins, les ressources et d'autres facteurs varient d'un groupe social à l'autre. On peut faire appel à plusieurs systèmes et moyens de communication : l'approche directe par les voies officielles, le recours aux institutions et à leurs dirigeants, les actions entreprises lors d'assemblées occasionnelles et le recours aux organisations existantes ou la création d'organisations nouvelles, voir OMS, *Lutte contre le paludisme dans les pays où un programme d'éradication limitée dans le temps n'est pas réalisable actuellement*. Op. Cit., p. 31-32.

⁶⁸⁸ OMS, Série de rapports techniques, n°467. Op. Cit., p. 49-50.

⁶⁸⁹ On entend faire ici la différence entre les programmes d'éradication stricto sensu et des activités antipaludiques qui ne font pas appel à l'éradication.

⁶⁹⁰ Pour des détails sur les questions à l'ordre du jour de la réunion du comité d'experts en 1971, voir OMS, Série de rapports techniques, n°467. Op. Cit., 62 p.

Tableau n°11 : Les mesures antipaludiques en vigueur en 1971

Mesures antipaludiques	Modalités d'application et cibles visées
Distribution de médicaments antipaludiques	Traitement : patients fréquentant les dispensaires et les stations sanitaires ou découverts grâce aux opérations de dépistage des cas. Prévention : groupes vulnérables, par exemple femmes enceintes, enfants de moins de 6 ans, écoliers, travailleurs des projets de développement et militaires. Traitement médicamenteux de masse : sel médicamenté.
Mesures antilarvaires	Emploi des moyens mécanique et travaux de génie rural pour réduire les gîtes larvaires : remplissage, drainage, chasse d'eau, vannes de marée, curage des canaux, élimination des débris flottants et faucardage, lutte contre la pollution, salinisation ou dessalement de l'eau, déboisement ou reboisement selon les habitudes de pontes des vecteurs. Méthode biologiques, par exemple alevinage par <i>Gambusia</i> . Utilisation de larvicides : application hebdomadaire, par exemple d'huile de pétrole additionnées de substances tensio-actives ; vert de Paris ; épandage terrestre ou aérien d'organophosphorés à effet rémanent pendant quelques semaines : Abate, fenthion, Dursban, ect...
Mesures dirigées contre les adultes	Pour empêcher les moustiques de se nourrir sur l'homme : choix des sites, pose de grillages aux ouvertures des maisons, établissement de barrières. Pulvérisations d'insecticides à effet rémanent : organochlorés (DDT, HCH, dieldrine), organophosphorés (fenthion, malathion) ou carbamates (propoxur-ex-OMS-33). Pulvérisations spatiales périodiques : application de pyrèthre à l'aide de pulvérisateurs à main ; épandage de malathion, fenthion, Dursban, etc., au moyen de brumiseurs ou d'atomiseurs ou d'aéronefs ou de matériel au sol dans le cas d'une application sous volume ultra-faible.
Protection individuelle des membres d'une collectivité	Emploi de moustiquaires. Emploi de répulsifs et de vêtements protecteurs après le coucher du soleil. Pulvérisations spatiales dans les dortoirs : pulvérisations ou fumigation de pyrèthre, bombes d'aérosols. Utilisation continue de médicaments antipaludiques, à titre prophylactique ou suppressif.
Autres mesures	Agricoles : assèchement périodique des rizières. Educatives : formation des étudiants et propagande sanitaire à l'intention du grand public et des fonctionnaires. Sociales : « bonification » en récupérant des terrains par colmatage ou drainage et en les aménageant (routes, moyens de communication, équipement sanitaire, électrification) avant d'y construire des habitations munies de grillages aux ouvertures et des abris pour le bétail.

Source : OMS, Série de rapports techniques, n°467. *Comité d'experts du paludisme, 15^e rapport*, Genève, OMS, 1971, p. 49-50

Faire le point sur ces types de programmes en cours a été l'objet de la réunion du comité d'experts du paludisme du 14 au 23 novembre 1973 à Genève. Cette rencontre entend définir les objectifs à atteindre pour les activités futures suite au lancement et à l'extension des programmes de lutte antipaludique validé par les experts paludologues en 1971⁶⁹¹. Il ressort de l'analyse de l'état des programmes antipaludiques en cours d'exécution par les participants – éradication du paludisme et autres activités antipaludiques – que la situation de la lutte demeure préoccupante dans soixante-six pays où quatre-cent-quatre-vingt-huit millions d'habitants vivent dans les zones où le paludisme reste endémique. Sur ce chiffre, cent-quarante-deux millions d'entre elles habitent des régions où il existe des activités antipaludiques organisées, et trois-cent-quarante-six millions vivent dans des régions impaludées sans aucune protection assurée par des programmes antipaludiques spéciaux⁶⁹².

Plus grave, de nombreux pays situés dans ces régions ne sont pas en mesure actuellement d'entreprendre des programmes d'éradication limités dans le temps. La seule alternative qui reste est d'organiser, d'étendre et d'intensifier des programmes de lutte antipaludique pour réduire la mortalité et la morbidité liées. Cela passe par une utilisation rationnelle des ressources et des techniques disponibles.

Les experts de l'OMS ont défini une ligne de conduite pour la Région africaine en précisant clairement les buts et les objectifs : il s'agit en réalité de directives claires et précises sur la problématique de la lutte contre l'endémie. Ainsi, les objectifs des programmes de lutte antipaludique dans la Région pour la décennie 1970-1980 ont été proposés par le Comité régional et validé par les experts⁶⁹³. La perspective d'une lutte inscrite dans le long terme a obligé l'OMS à choisir la voie de la raison et à procéder par étapes en fixant des objectifs à court et moyen terme à savoir : réduire la mortalité et les périodes de souffrance et d'incapacité en administrant un traitement par les amino-4-quinoléines à tous les cas suspects et confirmés ; abaisser les taux de mortalité et de morbidité et améliorer la productivité en protégeant les populations urbaines, celles des régions d'importance économique et les enfants de 0 à 14 ans ; abaisser les taux de mortalité fœtale et néo-natale et augmenter le poids

⁶⁹¹ Pour des détails sur les questions à l'ordre du jour de la réunion du comité d'experts en 1971, voir OMS, Série de rapports techniques, n°467, Op. Cit., 1971, 62 p

⁶⁹² OMS, Série de rapports techniques, n°549. Op.cit., 1974, p. 8

⁶⁹³ Ibid., p. 35-36

moyen à la naissance en protégeant les femmes enceintes par la chimioprophylaxie ; réduire l'incidence du paludisme dans les régions de la forêt d'Afrique tropicale en appliquant toute méthode de lutte antivectorielle (insecticides à effet rémanent) ou de chimiothérapie (par exemple sel médicamenté) dont la faisabilité a été démontrée dans les conditions et avec les ressources locales ; poursuivre les recherches intensives dans les zones rurales de la savane subsaharienne, afin de trouver des moyens efficaces et réalisables sur le plan économiques pour diminuer la transmission, et par conséquent la mortalité et la morbidité.

Ces priorités énoncées ci-dessus ne sont réalisables qu'à condition de mener des activités préalables indispensables. Cela consiste à déterminer l'effet du paludisme sur le développement et la santé de l'individu et de la collectivité d'une part ; et d'autre part, d'augmenter l'efficacité des programmes de lutte tout en réduisant le coût et fournir le personnel nécessaire pour exécuter et contrôler des programmes de lutte efficaces et adaptés aux ressources locales.

A terme, on doit parvenir à la réduction de la transmission et du réservoir humain de parasites à un niveau tel que la maladie ne soit plus un problème prioritaire de santé publique ni un fardeau économique et social pour les pays de la Région ; ensuite, il s'agit de mettre en place les structures nécessaires au lancement d'une campagne d'éradication du paludisme et de lutte contre les autres maladies transmissibles présentant des caractéristiques similaires et enfin, éradiquer le paludisme de la Région africaine. C'est donc à un vaste programme de lutte pour la Région africaine que l'OMS a validé : mais comment y parvenir ?

Pour atteindre les objectifs fixés, le comité a défini les mesures de lutte qui s'articulent autour de deux grands moyens suivants : la première est la lutte antivectorielle qui doit se faire avec l'utilisation d'insecticides par des méthodes simples (protection individuelle) et complexes (protection collective). Ces insecticides s'utilisent par pulvérisation imagocides, pulvérisations spatiales et larvicides. Elle se complète par des mesures permanentes et préventives des gîtes larvaires créés par l'homme, qui visent la « réduction des sources » à l'aide de travaux de génie ou de méthodes écologiques. Pour ce faire, la prévention des gîtes larvaires artificiels nécessite une coopération efficace entre divers services gouvernementaux en charge des travaux publics, l'irrigation, l'agriculture et

de la santé publique. On peut aussi faire appel aux mesures biologiques⁶⁹⁴ et surtout à la protection collective et individuelle contre les moustiques. Dans ce dernier cas, la pose de grillage s'est révélée un moyen très efficace d'empêcher le contact homme-vecteur à l'intérieur des habitations. Mais, le coût élevé de cette protection en a réduit l'utilisation à grande échelle. La nouvelle tendance consiste en la mise au point de nouvelles techniques permettant d'utiliser des écrans de matières plastique efficaces, solides, durables, peu coûteux et faciles à poser. Toutefois, les méthodes de protection individuelle, comme la moustiquaire et l'emploi de répulsifs éprouvés restent valables.

Dans leur mise en œuvre, l'adoption de mesures de protection individuelle devrait être encouragée par des programmes intensifs d'éducation sanitaire dans les collectivités aussi urbaines que rurales. Le but final étant d'empêcher la création de nouveaux gîtes larvaires et d'obtenir la destruction des gîtes existants. Au final, la garantie d'une efficacité des mesures appliquées, gage d'un meilleur résultat passe peut-être par la combinaison de plusieurs méthodes simples et peu onéreuses.

La seconde mesure préconisée par l'OMS est l'utilisation de la chimiothérapie à grande échelle. L'application d'une chimiothérapie et un traitement efficace du paludisme qui reste un grand problème dans les pays tropicaux, particulièrement dans ceux qui n'ont pas bénéficié de mesures étendues d'éradication. Dans les programmes de lutte antipaludique notamment, le traitement médicamenteux de masse doit être utilisé pour protéger soit toute la population d'une région, soit seulement certains groupes vulnérables. Elle doit viser l'abaissement des taux élevés de morbidité et de mortalité des groupes de jeunes de la population autochtone en attendant que des mesures antipaludiques plus efficaces puissent éliminer l'infection de la collectivité.

Plus sérieusement, dans les zones où le paludisme est hautement endémique, la priorité absolue doit être accordée à la protection des nourrissons, des enfants, des femmes enceintes et des travailleurs provenant de régions exemptes de paludisme. Le choix du médicament a fait l'objet de directives sous forme de propositions : ainsi, là où le parasite est normalement sensible, la chloroquine est le médicament de choix pour la chimiothérapie de masse car elle est efficace, sûre, peu onéreuse et facile à administrer. Dans certains

⁶⁹⁴ Son efficacité a été prouvée par l'utilisation des poissons larvivores. Mais, certaines conditions environnementales limitent l'emploi de cette méthode, par exemple : eau froide, densité élevée des plantes et collections d'eau peu profondes et temporaires.

programmes de santé maternelle et infantile, des doses hebdomadaires de pyriméthamine sont préconisées. Par contre, là où le parasite est résistant à la chloroquine, l'association de sulfamides ou de sulfones avec des inhibiteurs de la dihydrofolate doit être privilégiée⁶⁹⁵.

La conversion des programmes d'éradication en programmes de lutte antipaludique n'a pas été sans difficultés. Et pour cause ? L'évaluation de l'ensemble des programmes en cours d'exécution par des équipes pluridisciplinaires en vue de leur maintien dans la phase d'éradication ou de leur passage dans celle de lutte antipaludique n'a pas toujours été objective. D'après une analyse de Najera J.A⁶⁹⁶ :

Rétrospectivement, il est possible de voir... que ces équipes ont été soumises à des nombreuses pressions et que leurs conclusions ont été influencées par le fait que de nombreux programmes avaient intérêt à conserver leurs organisations et leur autonomie, position que soutenaient fréquemment les autorités sanitaires, qui redoutaient les problèmes de main-d'œuvre qui risquaient de se poser si les opérations courantes sur le terrain étaient interrompues⁶⁹⁷.

En clair, la volonté de préserver les emplois de et de continuer à bénéficier du financement des organisations comme le FISE et l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID) a pesé dans le maintien des programmes ou de leur conversion en lieu et place de l'arrêt complet qui aurait été préjudiciable.

Comment concevoir et mettre en application un programme de lutte antipaludique dans le cadre de la politique du contrôle ? Quelles sont les précautions à prendre pour garantir sa réussite ?

Dans la plupart des pays africains situés au sud du Sahara et dans quelques autres régions du monde, il a jusqu'ici été impossible de lancer des programmes d'éradication limités dans le temps. La complexité des programmes d'éradication limités dans le temps est souvent incompatible avec la structure sanitaire et socio-économique des pays en voie de développement. Dans ces pays, le lancement et l'extension de programme de lutte antipaludique sont amplement justifiés par des considérations sanitaires et économiques

⁶⁹⁵OMS, Série de rapports techniques, n°549. Op. Cit., 1974, p. 43

⁶⁹⁶ Najera J.A, a été directeur du programme d'action antipaludique de l'OMS pendant plusieurs années et un des fervents défenseurs de la politique d'éradication.

⁶⁹⁷ Najera(J.A), « Le paludisme et l'action de l'OMS », *Bulletin de l'OMS*, 1989, vol. 67, n°4, p. 347-363

En Afrique tropicale, les conditions climatiques sont favorables à une transmission intense du *plasmodium falciparum* par divers moustiques, dont le plus connu est *anophèles gambiae* ; aussi, le paludisme y provoque-t-il une morbidité et une mortalité élevées dans les collectivités rurales. A une échelle locale, en l'occurrence, en Afrique occidentale, 10% au moins des décès survenant avant l'âge de cinq ans sont imputables à cette maladie et le taux de mortalité infantile pour toutes causes (le paludisme tenant une place primordiale) peut atteindre 500 pour 1000 naissances vivantes dans les collectivités rurales non protégées. Quant aux répercussions économiques du paludisme, on dispose de peu d'informations sur les pertes économiques⁶⁹⁸ ; toutefois, on estime qu'en Afrique tropicale celui-ci réduit la période active annuelle de 20 à 40 jours en moyenne par personne. A la lumière des considérations ci-dessus qui contre-indiquent l'application de programmes d'éradication limités dans le temps, le comité : « Souligne la nécessité d'entreprendre des programmes de lutte antipaludique dans le cadre des services généraux de santé lorsque l'éradication n'est pas réalisable en l'état et d'accroître l'aide apportée par l'OMS et par d'autres organismes internationaux à ces programmes »⁶⁹⁹, conformément à la résolution de la vingt-troisième Assemblée mondiale de la santé.

Quelle sont donc les dispositions à prendre pour exécuter les programmes lutte recommandé par l'OMS? Le choix des méthodes servant à lancer ces programmes doit être précédé d'études de faisabilité. Celles-ci visent à établir la priorité à inscrire dans les plans nationaux de développement sanitaire et socio-économique en tenant compte des ressources financières mobilisables.

En pratique, l'organisation d'un projet de lutte antipaludique repose sur des renseignements rassemblés au moyen d'une enquête paludologique de type classique. Selon les experts paludologues, elle est précédée de deux opérations préliminaires qui permettent d'apprécier rapidement la situation. Tout d'abord la phase de reconnaissance qui délimite la zone impaludée. Elle est obtenue à partir de méthodes propre à l'épidémiologie géographique (dite épidémiologie de paysage) qui déterminent rapidement les secteurs de cette zone où le paludisme est suffisamment intense pour mériter une place particulière dans le programme de santé publique. Ensuite, vient l'étape de l'orientation régionale. Son but est de mettre en

⁶⁹⁸ Pour combler cette lacune, le comité d'experts pense que l'OMS doit encourager et appuyer ce genre d'études, voir OMS, Série de rapports techniques, n°467. Op. Cit., 1971, p. 22

⁶⁹⁹ Ibid., p. 22

évidence les facteurs variables qui sont liées à la transmission du paludisme dans les diverses zones écologiques. Elle repose sur une étude épidémiologique intensive tout au long de l'année.

Fondée sur la collecte de données biostatistiques, paludométriques et entomologiques, l'enquête classique est destinée à préparer un plan pratique de lutte antipaludique. La portée de l'enquête doit être adaptée à l'objectif visé et aux ressources mobilisables. Elle vise à donner un ensemble d'informations indispensables à la faisabilité d'une campagne antipaludique dans la région considérée⁷⁰⁰.

La diversité des situations épidémiologiques et l'extrême variété des conditions socio-économiques dans les pays où des programmes d'éradication limités dans le temps sont impraticables ne permettent pas d'utiliser partout les mêmes méthodes. Pour y parvenir, les planificateurs sanitaires doivent respecter quelques principes avant de lancer ou de développer des activités antipaludiques. Cela passe la création d'un service antipaludique qui s'intègre dans l'organigramme des services de santé généraux. Ce service doit reposer sur une coordination administrative assurée avec les ministères autres que celui de la santé et avec certaines entreprises non gouvernementales. Car la lutte antipaludique nécessite la coopération de tous ceux qui s'occupent du développement socio-économique. Dans sa phase pratique, l'action antipaludique est confiée à des auxiliaires sanitaires spécialisés qui sont affectés à des établissements sanitaires relevant d'une province ou d'un district. Leur travail est rendu possible par la simplification et l'uniformisation des techniques employées pendant la campagne antipaludique, d'une part ; et d'autre part, par un choix soigneux des mesures

⁷⁰⁰ Pour être satisfaisante, une enquête paludologique doit pouvoir fournir plusieurs renseignements. D'abord, elle mesure le degré d'endémicité dans les diverses zones écologiques et, pour chacun des vecteurs locaux, la densité, le taux d'agressivité pour l'homme, le comportement et l'infectiosité d'une part. D'autre part, elle juge de la praticabilité des opérations de lutte dans tout ou partie de la zone impaludée, en fonction du degré de transmission. Ensuite, elle permet la délimitation des secteurs où sera appliquée une lutte antipaludique intense ; la description des méthodes de lutte appropriées dans ces secteurs et dans le reste du pays, compte tenu du degré d'endiguement qu'on cherche à atteindre ; la répartition, l'efficacité et l'effectif des services sanitaires de base. Elle permet aussi d'évaluer le niveau général de la prise de conscience de l'importance du paludisme pour la santé publique ; les répercussions sociales. Enfin, elle établit le schéma des opérations, en ce qui concerne la main-d'œuvre, le matériel, les fournitures et les coûts, l'indication du type d'organisation nécessaire pour planifier et mettre en œuvre le programme, voir OMS, Série de rapports techniques, n°467. Op. Cit., 1971, p. 22 et suivantes

antipaludiques en fonction de la situation épidémiologique locale, de leur coût et de leur efficacité.

A titre d'exemple, en zone urbaine, une des méthode choisie consiste parfois à appliquer soit des mesures permanentes de réduction des sources d'infection soit des mesures antilarvaires. Dans les régions rurales où cette dernière technique est impraticable (sauf dans certaines zones arides), la méthode de lutte efficace la moins onéreuse est souvent la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent, à raison d'un ou deux cycles par an. Enfin, le traitement médicamenteux de masse est sans doute la méthode idéale pour certains groupes vulnérables tels que les femmes enceintes, nourrissons, enfants d'âge préscolaire et scolaire. Pour ce faire, les doses hebdomadaires applicables aux populations sont suggérées avec la prise des amino-4-quinoléines à titre indicatif⁷⁰¹ (Tableau n°12). Sur le terrain proprement dit, il faut s'assurer que les médicaments antipaludiques soient mis à la disposition du public en abondance et à un faible coût.

En matière de planification des programmes de lutte antipaludique, plusieurs éléments entrent en ligne de compte pour choisir les mesures de lutte les plus efficaces. Ces facteurs sont liés à la situation épidémiologique, à l'efficacité locale des méthodes utilisées, au niveau d'engagement politique national et de coopération des populations, au développement de la formation professionnelle et également à la faisabilité administrative, opérationnelle et financière de la mise en œuvre du programme. De tous ces facteurs, les aspects épidémiologiques constituent un des éléments déterminant, et pour cause ! Où, quand, comment le paludisme sévit-il ? Quel est l'impact réel sur les populations en termes de morbidité, de mortalité et de développement ? Ce sont des questions fondamentales auxquelles les investigations épidémiologiques doivent apporter des éléments de réponses fiables. Ces informations vont en effet constituer les indispensables éléments de référence pour l'élaboration puis l'évaluation des stratégies de contrôle adaptées au paludisme considéré. La nécessité de telles informations est guidée par le polymorphisme présenté par le paludisme dans ses différentes aires de répartition. De sorte que la connaissance acquise dans une région ne pourra être applicable dans une autre région sans une appréciation préalable des différences.

⁷⁰¹ OMS, Série de rapports techniques, n°467. Op.Cit., p. 25

Tableau n°12 : Les doses hebdomadaires préconisées pour la Chloroquine et l’Amodiaquine en 1971.

Age (années)	< 1	1-3	4-6	7-10	11-16	> 16
Chloroquine base (mg)	37	75	100	150	225	300
Amodiaquine base (mg)	–	100	133	200	300	400

Source : OMS, Série de rapports techniques, n°467 : comité d’*experts du paludisme*, 15^e rapport, Genève, OMS, 1971, 62 p.

La détermination des particularités épidémiologiques, indispensables à la lutte antipaludique, dans le contexte du contrôle du paludisme, a fait l’objet de plusieurs enquêtes dans la région africaine. Ces enquêtes et leurs conclusions constituent une base de données disponible pour les gouvernements désireux de lancer des programmes de lutte antipaludique dans le cadre du contrôle du paludisme.

L’échec de l’application du programme d’éradication du paludisme dès les premières années de son lancement dans certaines régions africaines, entre 1969 et 1970, a mis en lumière la très grande variabilité du paludisme dans le monde. Le revers enregistré dans la mise en œuvre de l’éradication a ainsi démontré que les conditions de transmission de la maladie ne sont pas identiques partout et, par conséquent, sont variables d’une région à une autre. De ce point de vue, le paludisme n’apparaît pas comme une entité homogène à travers toute son aire de distribution. Plus exactement, les situations palustres revêtent en Afrique comme ailleurs des modalités particulières en raison de la nature des biotopes, des vecteurs, des parasites, des hommes et de la dynamique de leurs interrelations⁷⁰². En conséquence, des

⁷⁰² Dans un article consacré aux particularités et stratification du paludisme à Madagascar, Jean Mouchet et Sixte Blanchy résument les facteurs de cette diversité à trois éléments : le parasite, la transmission et l’homme.

disparités s'observent d'un continent à un autre et encore plus à l'intérieur des continents, d'un pays à un autre et enfin à l'intérieur d'un même pays.

Plus grave, les classifications de l'endémicité du paludisme fondée à l'origine sur la prévalence splénique ou parasitaire rendent très mal compte de l'importance de la maladie dans les régions africaines. Ainsi, des paludologues⁷⁰³ ont-ils proposé une classification du paludisme de la région afrotropicale⁷⁰⁴ suivant des faciès épidémiologiques en reprenant la classification de Wilson⁷⁰⁵ et de Boyd⁷⁰⁶ qui s'appuie sur la dynamique de transmission⁷⁰⁷ et reprise lors de la Conférence du paludisme en Afrique équatoriale à Kampala⁷⁰⁸.

Cette nouvelle classification repose sur la notion de faciès, lequel se présente comme un ensemble de lieux où le paludisme présente les mêmes caractéristiques de transmission, de développement de l'immunité et de manifestation pathologiques⁷⁰⁹. A l'idée de Wilson de continuité de la transmission qui influence la réponse de l'hôte s'associe désormais celle de

⁷⁰³ Dans une contribution consacrée à l'histoire du concept Pierre Carnevale, Vincent Robert et leurs collaborateurs rappellent l'origine du concept de « faciès » qui serait partie des études de Bagster Wilson datant de 1949. S'inspirant de celles-ci, Jean Mouchet et Pierre Carnevale et leurs collaborateurs ont, entre 1981 et 1984, proposé une classification tenant compte des faciès épidémiologiques applicables à l'Afrique continentale, à Madagascar et aux Comores, puis aux autres zones impaludées du monde. Ces faciès doivent être appréhendés comme une stratification épidémiologique qui souligne clairement la diversité du paludisme en Afrique et ailleurs dans le monde, voir Carnevale (P), Robert (V) et al, Les anophèles : biologie, transmission du plasmodium et lutte antivectorielle, Marseille, IRD Ed., 2009, p. 188-223

⁷⁰⁴ C'est un terme emprunté à Mouchet et ses collaborateurs, qui la définissent comme la région regroupant l'ensemble du continent africain au sud d'une ligne qui partage le Sahara au niveau du 22^e parallèle nord. Les massifs du Tagant en Mauritanie, de l'Adrar des Iforas au Mali, de l'Aïr au Niger et du Tibesti au Tchad sont inclus dans la Région afrotropicale d'où sont exclus les massifs sahariens du Nord, Hoggar et Tassili N'adjers en Algérie, Fezzan en Libye. Pour eux, cette division n'est pas arbitraire mais correspond à la présence d'espèces afrotropicales dans le sud du Sahara, alors que ceux du nord hébergent une faune à affinités méditerranéennes, voir Mouchet (J) et al, Biodiversité du paludisme dans le monde, John Libbey Eurotext, Paris, 2004, p. 60

⁷⁰⁵ La classification de Wilson définit ainsi quatre groupes de paludisme en fonction de la continuité de la transmission dans l'année. Entre le type endémique, à transmission permanente, et le type épidémique où la transmission est sporadique, évoluaient deux types de paludisme selon que la période de transmission durait plus ou moins six mois. Cette classification introduit le phénomène de prémunition et permet ainsi de différencier les nations d'endémicité et d'épidémicité, conséquences d'une régulation liée à l'immunité. L'approche est devenue dynamique, associant au nombre de cas leur mode d'apparition, voir Mouchet (J) et al, Op. Cit., 2004, p. 36.

⁷⁰⁶ Wilson (D.B) Boyd (M.F), Malariolog Philidelphia, WB Saunders, 1949, 1643 p

⁷⁰⁷ Mouchet (J) et al, Op. Cit., 2004, p.77

⁷⁰⁸ Ibid, p. 35

⁷⁰⁹ Ibid., p. 36

Macdonald⁷¹⁰ sur les différents paramètres qui caractérisent les vecteurs et les parasites. Dès lors, les faciès peuvent être classés en plusieurs strates épidémiologiques⁷¹¹.

A partir des investigations de terrain, des chercheurs paludologues ont ainsi proposé une classification des zones d'endémicité en Afrique. Partant du constat des différences observées sur la chaîne de transmission du paludisme dans les zones impaludées en différents endroits de la planète et, particulièrement en Afrique tropicale, Pierre Carnevale et ses collaborateurs ont élaboré une classification de l'endémicité du paludisme de l'Afrique subsaharienne. Selon eux, la situation du paludisme dans cette partie n'est pas homogène, loin s'en faut : elle varie selon les principaux faciès phytogéographiques, allant de la forêt primaire d'Afrique centrale aux confins sahélo-désertiques, en passant par la forêt dégradée et les différents types de « savane »⁷¹².

Dans leurs analyses, ils définissent quatre principales modalités épidémiologiques du paludisme. Dans le premier cas de figure se développe un paludisme endémique avec une transmission de la maladie marquée par une variation saisonnière uniquement au niveau l'intensité et un taux d'inoculation largement supérieur à 30 piqûres infectées par homme et par an. Dans le deuxième, on rencontre un paludisme endémique pendant la saison des pluies et présentant une interruption pendant la saison sèche (pouvant atteindre six mois). La transmission est assurée par anophèles gambiae pendant la saison des pluies avec un « relais » par anophèle funestus au début de la saison sèche. Ce paludisme endémique, stable à transmission annuelle régulière et fluctuations saisonnières de l'incidence et de la prévalence suivant le rythme des pluies, sévit avec les degrés variés selon les régions, dans des zones de savane ouest africaine. Le troisième cas est le foyer de développement d'un paludisme à transmission annuelle épisodique, très courte (deux mois). La transmission peut effectivement avoir lieu chaque année mais elle est concentrée pendant la courte période des pluies et elle est pratiquement interrompue pendant quelques dix mois. Ce type de paludisme instable à transmission épisodique se rencontre dans les zones sahéliennes et de moyenne altitude. Le

⁷¹⁰ A côté des indices spléniques et parasitaires fréquemment utilisés, un autre indice a été développé par Macdonald : c'est l'indice de stabilité. Il permet de distinguer trois types de paludisme : les zones de paludisme stable où la forte transmission entraîne une prémunition qui n'empêche pas les habitants d'être parasités mais limite les manifestations pathologiques aux classes d'âge les plus jeunes alors que les adultes sont peu touchés ; les zones instables où le caractère épisodique de la transmission ne permet pas le développement de la prémunition ; ici, la maladie sévit sous forme d'épidémies meurtrières touchant toutes les classes d'âge ; les zones intermédiaires entre ces deux situations.

⁷¹¹ Mouchet (J) et al, op. cit., p. 36

⁷¹² Carnevale (P) et al, « Epidémiologie générale : faciès épidémiologiques des paludismes en Afrique subsaharienne », Etudes Médicales, n°3, septembre 1984, p.123-133

quatrième cas présente les modalités d'un paludisme à transmission sporadique intervenant à la suite de circonstances particulières (crues) dans les zones où il ne sévit généralement pas, à savoir les zones de plateaux de haute altitude⁷¹³. En dépit de la pertinence des arguments développés, cette classification fondée sur la diversité des régions est loin d'être acquise et validée par les instances internationales.

C'est pour faciliter la conception des programmes de lutte que Jean Mouchet et ses collaborateurs ont proposé, dans la première moitié des années 1980, la définition de plusieurs types de faciès du continent africain.

Dans une étude consacrée à la typologie du paludisme et reprenant à leur compte les observations déjà faites, ils proposent une classification⁷¹⁴ dont la pertinence finit par s'imposer à toute la communauté des paludologues et aux décideurs. D'après leur conclusion, l'Afrique au sud du Sahara se caractérise par une juxtaposition de grandes régions naturelles dont les caractéristiques sont climatiques et/ ou phytogéographiques. Les caractéristiques des grandes régions naturelles sont connues au point qu'il ne paraît pas important de les présenter⁷¹⁵. Par contre, ce qu'il est important de savoir ce sont les faciès épidémiologiques primaires qui se superposent à ces régions naturelles. Quelle est la typologie proposée par ces chercheurs et sur quoi repose celle-ci ?

Cette typologie, théorisée à la veille du lancement de la stratégie mondiale du paludisme, est la résultante de la prise en compte des indices spléniques, parasitaires et de stabilité⁷¹⁶ auxquels s'ajoute l'incidence de la morbidité pour évaluer l'endémicité du

⁷¹³ Carnevale (P), Op. Cit., p. 125-126

⁷¹⁴ Mouchet (Jean) et al, « Typologie du paludisme en Afrique », Cahiers Santé, 1993, n°3, p. 220-238

⁷¹⁵ Pour connaître les caractéristiques de ces grandes régions naturelles, voir Mouchet (Jean) et al, Art. Cit., 1993, p.220-238

⁷¹⁶ C'est un indice déterminé par Macdonald en 1957 et qui caractérise l'enracinement du paludisme. C'est une classification de caractère plus général, basée sur l'appréciation des facteurs de transmission et sur celle de la réaction collective résultant de la population humaine qui distingue deux situations extrêmes, entre lesquelles est comprise une série de situations intermédiaires. Cette classification qui prend en considération les divers facteurs influant sur l'épidémiologie du paludisme repose sur les notions de « **paludisme stable** » et de « **paludisme instable** ». Elle présente une utilité incontestable, même si elle ne fournit pas de méthode simple pour définir le degré d'endémicité du paludisme d'après les résultats d'un petit nombre d'enquêtes. Dans le paludisme stable, l'intensité de la transmission est généralement élevée et n'est pas sujette à de grandes fluctuations au cours des années. L'immunité collective qui en résulte est élevée et les épidémies sont peu probables. Dans le paludisme instable, l'intensité de la transmission est variable, sujette à de fortes fluctuations, saisonnières ou autres, de sorte que l'immunité acquise par la population est elle aussi variable et souvent faible, voir OMS, Terminologie du *paludisme et de l'éradication du paludisme*, OMS, Genève, 1964, p. 36

paludisme. Ainsi, la typologie⁷¹⁷ retenue par les auteurs souligne l'hétérogénéité épidémiologique du paludisme, laquelle se fonde sur la biodiversité de la planète à laquelle se greffent les modifications apportées par l'homme. L'hétérogénéité épidémiologique se manifeste à différents niveaux et à différentes échelles.

On a le niveau intercontinental, où la présence des vecteurs est régie par la répartition des faunes, donc la biogéographie ; il y a aussi le niveau continental, où le paludisme présente divers faciès épidémiologiques suivant les grandes régions naturelles, définies par leur climat et leur végétation. Les disparités épidémiologiques se déterminent également par rapport aux variations locales naturelles à l'intérieur des différents faciès. Elles reposent sur les reliefs, les sols et le réseau hydrographique qui modifient la répartition, la dynamique et l'écologie des vecteurs. A côté de ces variations locales naturelles, s'ajoutent également les variations locales anthropiques créées par la déforestation, les modifications du réseau hydraulique et l'urbanisation. Enfin, interviennent aussi les phénomènes événementiels tels que les cataclysmes, les migrations, les réfugiés, les traitements insecticides et le développement des transports. C'est cette méthode d'analyse qui a été appliquée à l'Afrique au sud du Sahara et aux îles voisines qui forment du point de vue biogéographique la région afrotropicale ou éthiopienne⁷¹⁸.

L'ensemble des faciès est présenté par les auteurs avec une telle finesse et une presque parfaite exhaustivité qui facilitent sa compréhension. En règle générale, six faciès épidémiologiques ont ainsi été définis⁷¹⁹ :

- le faciès équatorial recouvre les zones de forêts et de savanes postforestières. La distribution des vecteurs fait ressortir les constats suivants : le vecteur en cause *Anophele gambiae*, dont les larves sont héliophiles, ne se développe pas dans le sous-bois ; il est absent des huttes des pygmées sous couvert forestier. Il pénètre dans le bloc forestier le long des grandes rivières et dans les défrichements. Le deuxième vecteur, *Anophele funestus* est, lui aussi, le plus souvent forestier, au moins au Cameroun, mais beaucoup moins en Côte d'Ivoire. A l'image de la

⁷¹⁷ Pour une étude approfondie sur l'élaboration du concept de faciès et son acceptation par la communauté médicale, voir Carnevale (P) et al, « Epidémiologie générale : faciès épidémiologiques des paludismes en Afrique subsaharienne », *Etudes Médicales*, n°3, septembre 1984, p.123-133 ; Mouchet (J) et al, *Op Cit.*, 428 p ; Carnevale (P), Robert (V) et al, *Les anophèles : biologie, transmission du plasmodium et lutte antivectorielle*, Marseille, IRD Ed., 2009, 391 p

⁷¹⁸ Mouchet(J), et al, *Op. Cit.*, p. 221

⁷¹⁹ Des précisions très importantes sont fournies par les auteurs dans l'article cité, voir Mouchet (J), et al, *Op. Cit.*, 2004, p. 220-238

distribution des vecteurs, la transmission du paludisme présente une grande hétérogénéité avec des taux de piqûres infectés par homme variable d'une zone à autre⁷²⁰. Une particularité est à souligner dans cette partie : c'est la permanence de la transmission toute l'année. Si elle baisse en saison sèche, elle ne s'interrompt pas pour autant car anophèle gambiae est relayé par les autres vecteurs transmetteurs que sont anophèles nili, moucheti et funestus.

- Quant au faciès tropical, il regroupe le domaine des savanes humides, guinéennes et soudanaises où les précipitations se produisent pendant les six mois d'été, boréal et austral suivant l'hémisphère. Ce régime climatique impose à la transmission un caractère régulier saisonnier. Cette transmission s'étale toujours sur plus de six mois, et les vecteurs sont les mêmes que ceux qui sévissent à l'intérieur du faciès équatorial, à l'exception de anophèles arabiensis⁷²¹.

- Un peu plus au sud du Sahara, on trouve le faciès sahélien : c'est un terme réducteur dans la mesure où ce faciès dépasse le Sahel ouest-africain et s'étend aux savanes sèches d'Afrique de l'Est. La saison de pluie se réduit de cinq à deux mois. Les vecteurs appartiennent surtout au complexe anophèle gambiae. La deuxième espèce majeure, anophèle funestus est plus rare et localisé aux marécages des cuvettes. L'essentiel de la transmission est concentré pendant les deux ou trois mois de vraies pluies. Toutefois, on note une très grande hétérogénéité dans la transmission suivant la présence des points d'eau permanents ou temporaires qui foisonnent dans la zone. Au nord et à l'est du continent africain, les savanes sèches sont bordées par une bande subdésertique, qui forme une transition avec le désert lui-même : c'est là que se trouve le faciès subdésertique et désertique. Dans cette zone, les précipitations irrégulières sont absentes certaines années, abondantes certaines autres où elles remontent assez profondément dans le sud du Sahara. Le complexe anophèle gambiae est signalé dans cette zone. Dans la région prédésertique, on dispose de peu d'informations sur l'épidémiologie du paludisme. On reconnaît toutefois, l'instabilité du paludisme dans le nord du Soudan par exemple, qui se traduit par des épidémies les années pluvieuses, occasionnant une forte augmentation des accès dans les centres de santé.

⁷²⁰ Par exemple, c'est environ 1000 piqûres infectées par homme adulte et par an qui ont été enregistrées à Djoumouna au Congo ; de même, dans la forêt du Mayombe, au Congo, 397 piqûres infectées annuelles étaient relevées à Kulila contre 80 à Makaba, distant seulement de trois kilomètres, voir Mouchet (J) et al, Op. Cit., 2004, p. 224

⁷²¹ C'est un dérivé du complexe anophèle gambiae.

- Le faciès austral recouvre, quant à lui, les plateaux d'altitude au sud du bloc forestier centrafricain. L'altitude et la latitude se conjuguent pour entraîner une baisse des températures en hiver, qui représente aussi la saison sèche. La transmission est complètement interrompue soit par absence de vecteurs soit par leur incapacité à transmettre le virus, notamment le *Plasmodium falciparum* au-dessous d'un seuil de température moyenne de 18-20°C. Le caractère saisonnier du paludisme est plus nettement marqué que dans les zones homologues de l'hémisphère nord, de même latitude mais de moindre altitude. Encore une fois, le complexe anophèle *gambiae* est présent partout bien que *anophèle funestus* soit signalé dans les vallées basses de la région.

Cette stratification épidémiologique a aussi permis de déterminer un faciès particulier : le faciès montagnard ou d'altitude. Dans des régions situées au-dessus de 1500 m en Afrique centrale et orientale et de 1000 m à Madagascar, le paludisme revêt un aspect instable et tend à disparaître parfois. La température est le facteur limitatif de la transmission. Les zones d'altitude ne sont pas homogènes, et sont en général constituées de plateaux ou de montagnes plus ou moins abruptes entrecoupées de dépressions où se collectent les eaux. Sur les plateaux ou les sommets, le paludisme est très instable, de caractère épidémique et à forte mortalité. Les vecteurs les plus importants sont dans l'ordre : anophèles *gambiae*, *arabiensis* et *funestus*.

Enfin, autour des côtes et le long du réseau lagunaire se dessine un autre faciès propre à ces régions : c'est le faciès lagunaires en zones côtières : il concerne en premier les zones situées le long des côtes. L'endémicité du paludisme varie d'un pays à un autre dans cette strate. Ces régions ont la particularité de ne connaître la prédominance de deux vecteurs : *anophèle merus* et deux espèces du complexe d'*anophèle gambiae* (*anophèle melas* et *anophèle gambiae* s.s). Les deux espèces anophéliennes sont présentes toute l'année, mais leur proportion et le rythme de la transmission sont liés au niveau de la lagune dont le degré de salinité diminue en saisons de pluie, plus favorable à la prolifération d'*anophèle gambiae*. Le paludisme a également fini par afficher un caractère urbain, d'où l'existence d'un faciès urbain. Dans ce cas précis, la situation et l'évolution du paludisme sont souvent liés au processus d'urbanisation. L'urbanisation récente de l'Afrique s'est accompagnée d'une augmentation de la population urbaine. Du point de vue paludologique, la zone urbaine en Afrique subsaharienne est caractérisée par une très grande hétérogénéité avec une variation selon les quartiers et à l'intérieur même des quartiers où la transmission est très variable selon

le contexte écologique local, d'une part ; et d'autre part, par une réduction des gîtes larvaires propices au développement du vecteur majeur qu'est anophèle gambiae, du fait de la prolifération des eaux stagnantes polluées, plutôt favorable au culex quinquefasciatus (le moustique urbain), et par une transmission généralement moins intense que dans la zone périurbaine et rurale environnantes.

A côté de ces faciès qui se dessinent suivant les grandes régions naturelles, il existe d'autres types de faciès qui sont le produit de la transformation de l'homme et de son environnement de vie. Ils sont le produit de la déforestation, des modifications du réseau hydraulique et l'urbanisation auxquels s'ajoutent les faciès consécutifs aux phénomènes événementiels tels que les séismes, les migrations et autres. Les paludologues en ont identifié quatre : le faciès des zones déforestées, les faciès des zones en cours de désertification, celui des zones d'aménagements hydro-agricoles et enfin celui des événements locaux transitoires.

Après quelques controverses sur cette question, la théorie de la diversité du paludisme est admise et devient une réalité depuis la tenue de la Conférence ministérielle d'Amsterdam, en 1992, avec la prise en compte de l'épidémiologie locorégionale. Elle intègre la dynamique des relations milieu / vecteurs / parasite / maladie⁷²². En fait, la prise en compte de la situation épidémiologique propre à chaque région a été entérinée lors de la préparation de la Conférence ministérielle d'Amsterdam, avec en amont, l'organisation de réunions techniques préparatoires dans les grandes régions de forte endémicité.

La première réunion du genre s'est tenue à Brazzaville, du 21 au 25 octobre 1991, où plus d'une centaine de participants se sont attachés à étudier les approches pragmatiques de la lutte antipaludique dans les conditions qui règnent en Afrique tropicale. La deuxième a eu lieu à New Delhi, du 3 au 7 février 1992, où les délégués de 43 pays ont étudié la situation du paludisme en Asie et dans la région du Pacifique occidentale. Ici, les débats ont porté sur l'application des connaissances épidémiologiques actuelles à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme dans l'optique de l'organisation et de la gestion des systèmes de prestation de soins de santé. La troisième réunion, tenue à Brasilia, du 26 au 30 avril 1992, avait pour thème le paludisme dans les Amériques sous l'angle du développement social et économique, des considérations écologiques et de la collaboration intersectorielle à la lutte contre cette maladie.

⁷²² Mouchet et al., Op. Cit., 2004, p. 36

Comme on le voit, ces différentes rencontres ont examiné toutes les questions spécifiques aux régions concernées entérinant, par la même occasion, la régionalisation de la lutte contre le paludisme. Cette nouvelle donne trouve un écho au sein de la plus grande instance sanitaire mondiale, et, c'est le Directeur général de l'OMS, le docteur Hiroshi NAKAJIMA qui le reconnaît explicitement dans son allocution au cours de la Conférence ministérielle :

Le problème du paludisme n'est pas homogène. Il accuse des variations considérables suivant les conditions sociales, économiques et écologiques. Les trois réunions interrégionales tenues pour préparer la présente Conférence ont servi de cadre à des examens approfondis et à des analyses critiques, concernant les raisons pour lesquelles la situation se dégrade dans de nombreuses régions du monde. Leurs résultats ont joué un rôle essentiel dans l'élaboration de la stratégie mondiale de lutte antipaludique dont vous êtes saisis aujourd'hui⁷²³.

L'OMS reconnaît par-là l'existence des caractéristiques régionales et locales qu'il faudra désormais considérer pour établir les plans nationaux et définir les méthodes d'intervention durables. En somme, il s'agit d'adopter une stratégie et des méthodes appropriées à chaque condition épidémiologique, écologique et économique. La mise en œuvre d'une telle politique implique une connaissance approfondie des diverses entités épidémiologiques existant. Entre 1971 et 1979, les difficultés apparues dans la mise en œuvre de la politique du contrôle ont amené l'OMS à donner des indications plus explicites pour faciliter l'application de la nouvelle stratégie surtout dans les pays en voie de développement.

Les problématiques de la résurgence des cas de paludisme dans certaines régions⁷²⁴ du monde et l'évaluation du réexamen de la stratégie OMS de lutte contre le paludisme ont

⁷²³ OMS, Rapport de la Conférence ministérielle sur le paludisme (Amsterdam, 26-27 octobre 1992), Genève, OMS, 1992, p. 46

⁷²⁴ Selon les renseignements obtenus par le comité des experts, le nombre des cas notifiés de paludisme dans le monde a plus que doublé au cours des dernières années, soit entre 1972 et 1977. Toutefois, en 1977, on a observé une diminution de 23% par rapport à l'année 1976, essentiellement due à l'amélioration de la situation dans les régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale. En fait, malgré la réapparition du paludisme, au moins 600 millions d'individus (soit 29% de la population des zones initialement impaludées) étaient encore protégées contre la maladie à la fin de 1977. En revanche, dans certains pays, l'augmentation a pris des proportions dramatiques, les chiffres enregistrés faisant apparaître une augmentation de 30 à 40 fois par rapport à 1969-1970. Dans certains pays, le paludisme met donc à nouveau en danger non seulement la santé des populations mais également leur développement socio-économique global. Dans les régions d'Afrique situées au Sud du Sahara, on ne fait pas grand-chose pour les populations rurales touchées par le paludisme, voir OMS, Série de rapports techniques, n°640. *Comité OMS d'experts du paludisme, 17^e rapport*, Genève, OMS, 1979, p. 9

dominé les discussions lors de la réunion du comité d'experts du paludisme, organisée à Genève, du 20 février au 1^e mars 1979. Au cours de cette rencontre, les participants ont convenu de mobiliser les efforts pour étudier les moyens permettant de redresser la situation. La présente session entend rendre plus explicite la ligne de conduite à suivre pour réorienter le programme en tenant compte des principes fondamentaux de la programmation sanitaire, « à savoir la coopération technique, la volonté nationale telle qu'elle s'exprime par les décisions des gouvernements, l'impact social du programme et l'idée consistant à mener une action avec les moyens disponibles immédiatement et à un coût que les pays peuvent consentir »⁷²⁵. La solution consiste donc à mettre au point des méthodes et des moyens de lutte nouveaux, faire progresser le développement des infrastructures sanitaires, et se doter des moyens humains et financiers nécessaires.

Après avoir évalué le point des programmes de lutte antipaludique entrepris dans le monde et exposé les contraintes⁷²⁶ qui entravent cette lutte dans les différents pays, les participants ont défini le cadre de mise en œuvre de la stratégie révisée. Des règles ont été édictées pour la mise en œuvre de ladite stratégie auxquelles les gouvernements sont appelés à se conformer ; elles sont au nombre de cinq :

- la volonté nationale de combattre la maladie doit être clairement exprimée sous la forme d'une décision gouvernement d'appuyer l'action antipaludique à long terme ;
- la lutte antipaludique doit faire partie intégrante du programme national de santé ;
- la preuve matérielle manifestée par les autorités de ramener le paludisme à un niveau correspondant aux objectifs fixés ;
- la participation de la collectivité comme une condition sine qua non de la lutte et l'engagement à faire comprendre à la collectivité les effets des différentes méthodes de lutte étant donné que leur succès dépend largement d'une telle prise de conscience ;
- dans toute la mesure du possible, l'intégration des mesures permanentes de lutte antipaludique aux programmes de mise en valeur pertinents (irrigation, drainage, complexes hydroélectrique, construction des routes, par exemple), grâce à la collaboration des ministères

⁷²⁵ OMS, Série de rapports techniques, n°640, Op. Cit., p. 9

⁷²⁶ Ces contraintes, qui ont été examinées en partie dans les 8^e et 9^e rapports du comité d'experts, ont été rappelés par les experts, voir OMS, Série de rapports techniques, n°640, Op. Cit., p. 10-11

et services publics compétents. Au total, ces règles mettent l'accent sur une volonté attendue des gouvernements de faire de la lutte contre le paludisme une priorité du programme de santé national et surtout d'associer la collectivité, donc les populations aux différentes méthodes de lutte afin de tendre vers une mobilisation sociale en faveur de cette action.

Comment définir alors désormais un programme de lutte antipaludique dans le contexte du réexamen de la stratégie de lutte? Pour le comité d'experts « Un programme de lutte antipaludique peut se définir comme un effort organisé en vue d'adopter, d'exécuter et d'évaluer les mesures de lutte antipaludique convenant à la situation épidémiologique et socio-économique, afin d'améliorer le plus possible la situation sanitaire d'une population atteinte par le paludisme ou exposée au risque de sa réapparition »⁷²⁷.

Par ailleurs, les experts ont précisé les objectifs de tout programme de lutte antipaludique. Trois d'objectifs ont été définis : il s'agit par ordre d'importance de l'objectif final, intermédiaire et immédiat.

L'objectif de tout programme antipaludique est l'éradication de la maladie d'une zone, d'un pays, d'un continent et, ultérieurement du monde. Si l'éradication du paludisme est souvent plus difficile qu'on ne l'avait prévu, il n'en est pas moins incontestable que les programmes ont contribué à la mise au point de certaines méthodes, permis l'adoption d'un certain nombre de mesures antipaludique ayant donné de bons résultats, et favorisé la création d'un cadre de personnel qualifié dont l'expérience peut servir à une application plus large des mesures de lutte. Pour les objectifs immédiats, les mesures visent la réduction du niveau de transmission dans les zones d'épidémies, de la morbidité et la mortalité dues au paludisme. Elles empêchent le paludisme de se propager dans des zones libérées de la maladie et favorisent le processus de développement économique et social des régions. Quant aux objectifs intermédiaires, ils s'appliquent aux zones où l'éradication du paludisme ne semble pas possible. En pareil cas, les objectifs sont de : ramener l'endémicité à des niveaux qui n'entravent pas le développement socio-économiques ; de ramener la mortalité et la morbidité dues au paludisme à des niveaux négligeables. Etant donné la diversité des méthodes de lutte antipaludique et la variété des résultats qu'elles permettent d'obtenir, il est important de choisir la combinaison de méthode la plus appropriée⁷²⁸.

⁷²⁷ OMS, Série de rapports techniques, n°640, Op. Cit., p. 14

⁷²⁸ Ibid., p. 15

Pour ce faire, quatre variantes tactiques ont été proposées. Du point de vue pratique, les objectifs des programmes antipaludiques se situent sur une gamme d'interventions allant de la réduction de la mortalité dans des périmètres limités à la mise en place d'un programme d'éradication s'étendant à l'ensemble du pays. Entre ces deux extrémités, la définition des objectifs et des approches fournit un cadre au sein duquel le planificateur national peut concevoir un programme convenable à son pays.

Dans cette optique, des ensembles d'objectifs et de méthodologies antipaludiques correspondantes ont été élaborées sous l'appellation de « variantes tactiques ». Elles représentent des principales possibilités offertes aux gouvernements dans leur combat contre le paludisme dans le contexte de la stratégie révisée au cours de la décennie 70. Elles indiquent aussi des pistes de solution face aux différents cas de figure qui pourraient se présenter. Ainsi, selon la situation épidémiologique et de manière à ramener le plus rapidement possible le paludisme au niveau le plus bas, plusieurs variantes pourraient être utilisées au sein d'un même pays. En outre, il est bien entendu que, ces variantes tactiques constituant des voies d'approche organisées de lutte antipaludique. Ce faisant, l'adoption de l'une ou plusieurs approches d'entre elles ne fait nullement obstacle à l'utilisation de mesures de protection individuelle par les membres de la collectivité⁷²⁹. A l'origine, quatre variantes tactiques (Tableau n°13) ont été proposées⁷³⁰, puis développées et affinées par la suite à l'issue de plusieurs rencontres des experts de l'OMS⁷³¹.

La première variante a pour objectif la réduction et la prévention de la mortalité dues au paludisme. Cette variante pourra s'appliquer de façon typique au cas d'un pays ou d'une partie d'un pays présentant les caractéristiques suivantes, celle d'une forte prévalence, d'une forme clinique grave, d'un niveau socio-économique peu élevé et d'une expérience de l'administration et d'un programme antipaludique.

⁷²⁹ Ibid., p.16

⁷³⁰ C'est au cours de la trente-et-unième assemblée mondiale de la santé, en 1978 que ces quatre variantes ont été théorisées pour la première fois.

⁷³¹ Il s'agit notamment de la réunion du comité d'experts, organisée à Genève, du 20 février au 1^e mars 1979, voir OMS, Op. Cit., 17^e rapport, Genève, OMS, 1979, p. 16-19

Tableau n°13 : Les quatre variantes tactiques simplifiées des années 1970

Variante 1	Réduction et prévention de la mortalité palustre par le traitement médicamenteux de tous les malades paludéens
Variante 2	Réduction et prévention de la mortalité et de la morbidité en visant plus particulièrement un recul de la mortalité dans les groupes à risque élevé.
Variante 3	Les objectifs sont les mêmes que dans le cas précédent, mais comportent en plus une baisse de la prévalence du paludisme.
Variante 4	Lutte antipaludique à l'échelle du pays tout entier en se fixant comme but ultime l'éradication. maintien de l'éradication dans les pays ou régions désormais indemnes. Vigilance antipaludique dans les pays où cette maladie n'existe pas à l'état naturel mais risque d'être introduite.

Source : OMS, Série de rapports techniques, n°640. *Comité OMS d'experts du paludisme, 17^e rapport*, Genève, OMS, 1979, 80 p.

Dans la mise en application de cette variante, les services généraux de santé sont certes les principaux responsables de la distribution des médicaments mais les centres communautaires, les dispensaires privés et les grandes entreprises, industrielles et autres, peuvent également jouer un rôle important dans la distribution des antipaludiques en vue du traitement rapide de la maladie.

La seconde variante vise la réduction et la prévention de la mortalité et de la morbidité, en s'attachant plus particulièrement à réduire la morbidité dans les groupes à haut risque. Elle pourra s'appliquer dans des situations comparables à celles de la première variante. Pour cela, il faudra disposer de structures satisfaisantes pour permettre une distribution systématique des antipaludiques à un certain nombre de groupes tels que les nourrissons et les jeunes enfants, les femmes enceintes, les écoliers et certains groupes particuliers de travailleurs. Sous la direction technique des services généraux de santé, les

individus, des collectivités entières ou des employeurs peuvent assurer une action limitée en matière de protection et de lutte individuelle.

La troisième variante vise le même objectif que la seconde variante, mais avec la réduction de la prévalence du paludisme. Cette variante suppose l'existence d'un noyau structurel et d'un personnel qualifié en nombre suffisant pour appliquer les méthodes et entreprendre une évaluation épidémiologique des résultats obtenus. L'engagement des pouvoirs publics à assumer les dépenses renouvelables d'un programme à long terme dépend en partie de l'aptitude de l'organisme de lutte antipaludique à définir le rapport cout/efficacité du programme envisagé. Les pays pourront opter pour cette variante lorsque l'efficacité des méthodes techniques, le degré d'engagement des pouvoirs publics et la volonté de coopération de la population ne permettent pas d'entreprendre un programme antipaludique complet.

La quatrième variante suppose une lutte antipaludique dans l'ensemble du pays avec comme objectif final l'éradication de la maladie. Elle vise aussi à maintenir des pays ou zones exempts de paludisme une fois l'éradication terminée et à prendre des mesures de vigilance dans les pays qui sont naturellement indemnes mais menacés d'invasion. Cette variante s'applique essentiellement aux pays réunissant les conditions telles que la longue expérience des programmes antipaludique, un solide appui politique et une participation des populations, une économie stable et en expansion et une présence de spécialistes de plus en plus nombreux dans le domaine de la gestion technique, opérationnelle et administrative⁷³².

La mise en œuvre des différentes variantes de la lutte antipaludique indique clairement que désormais la lutte contre l'endémie épouse l'approche des SSP. En effet, pour les experts du comité du paludisme : « Toute la gamme des activités antipaludiques allant des tentatives les plus modestes en vue de réduire la mortalité et la morbidité par l'administration d'antipaludiques, jusqu'à l'éradication finale de la maladie, est du ressort des services de santé et des collectivités respectives »⁷³³.

Désormais, la lutte contre le paludisme doit se faire dans le cadre de l'application des SSP avec une participation de plus en plus accrue des collectivités. Comment concrètement l'OMS a-t-elle envisagé cette nouvelle donne ? Pour les besoins de cette analyse, on

⁷³² OMS, Série de rapports techniques, n°640, Op. Cit., p. 17-19

⁷³³ Ibid., p. 28

s'intéresser aux variantes n°1 et 2⁷³⁴ susceptibles de convenir aux pays sans grands moyens comme ceux de l'Afrique subsaharienne.

Pour l'application de la variante tactique n°1, il est important d'obtenir une participation maximale de la collectivité. Cela passe par une fourniture d'antipaludiques en quantité suffisante pour assurer le traitement rapide de la maladie. A cette fin, la participation des dirigeants locaux, des chefs religieux, des instituteurs, des commerçants est indispensable à l'action antipaludique. En l'absence des secteurs de santé rurale généralisés, on peut confier la distribution des antipaludiques à un collaborateur bénévole issu de la collectivité qui se charge de la mettre à disposition de l'ensemble de la collectivité. La réussite de cette action passe par la diffusion d'informations auprès des populations portant sur la posologie, de même que la reconnaissance par les adultes des symptômes du paludisme. De même, une éducation sanitaire de base axée sur la protection personnelle grâce à la pose de grillages sur les ouvertures de maisons et l'utilisation de moustiquaires ainsi que le traitement doit être diffusée aussi largement que possible. Une action similaire doit être entreprise en direction des écoles car la sensibilisation des enfants se transmet inévitablement aux parents. Les difficultés inhérentes à une telle pratique sont nombreuses. Le personnel sanitaire doit conseiller les distributeurs de médicaments, assurer l'appui logistique de distribution et de réapprovisionnement du stock d'antipaludiques et d'encadrement du travail.

Dans la variante n°2, l'application de la lutte antipaludique dans le cadre des SSP consiste à choisir les groupes cibles dans la population. Puis, avec les résultats de l'étude épidémiologique, on vise la réduction de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme dans ces groupes dits à risque, à savoir : les nourrissons et les enfants de trois ou cinq ans, les nourrices et femmes enceintes après le cinq mois de grossesse, les travailleurs participants aux projets de développement économiques ultra-prioritaires, les enfants scolarisés et les

⁷³⁴ Les variantes 3 et 4 s'appliquent à un niveau supérieur : pour la variante n°3, la lutte antivectorielle est combinée avec d'autres moyens de lutte afin de réduire la prévalence du paludisme dans des centres urbains et des zones d'hyperendémicité. Elle représente un premier pas vers une lutte antipaludique organisée. Elle est la suite logique de la variante n°2 par laquelle les services de santé s'efforcent de lutter contre le paludisme dans les projets de développement. Elle doit tendre vers la création d'un service antipaludique au sein des services généraux de santé. Quant à la variante n°4, elle exige à la fois une vaste connaissance de l'épidémiologie du paludisme et l'existence d'une étroite collaboration entre des agents des SSP, les échelons élevés des services de santé et les autres services de l'Etat. L'objectif à atteindre étant inscrit dans le long terme, il faut agir par étapes et définir des objectifs épidémiologiques de plus en plus ambitieux et s'efforcer de les atteindre année après année jusqu'à ce que l'éradication soit réalisée, voir OMS, Série de rapports techniques, n°640, Op. Cit., p. 31-32

militaires. A la différence de la variante n°1, la mise en œuvre de cette dernière suppose l'existence d'un système de protection sanitaire primaire dans la zone où vit le groupe cible. Ici aussi, un agent de santé primaire où un collaborateur bénévole issu de la collectivité est chargé d'administrer le traitement suppressif avec des doses hebdomadaires de chloroquine. Cette tâche s'effectue sous la direction des agents de santé du niveau périphérique ou d'un niveau plus élevé qui assure la suppression et le contrôle du traitement⁷³⁵.

Au total, le processus de la révision de la stratégie de lutte contre le paludisme n'est donc plus au stade de projet, il est entré dans sa phase active et s'accompagne de la définition des priorités dans la Région africaine avec des directives claires et précises sur le protocole thérapeutique à appliquer sur le terrain. Ces changements interviennent au moment où les systèmes de santé des pays en voie de développement sont frappés de plein fouet par une crise sans précédent qui affecte durablement leurs fondements. La Côte d'Ivoire n'échappe pas à cette dure réalité. Comment le pays fait-il face à cette crise et comment met-elle en œuvre les ébauches de solutions décidées dans les instances internationales ?

III. La crise du système de santé en Côte d'Ivoire : quelle réalité ?

Après les indépendances, plusieurs Etats africaines se sont engagés dans la voie de la couverture totale gratuite de soins de santé et de médicaments. Comme la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire est marquée par un mode d'organisation des services de santé mis en place par l'ancienne puissance coloniale. Libéré du poids colonial, le pays doit seul gérer des questions auxquelles il n'a pas été préparé même si la coopération bi- et multinationale a apporté des concours techniques et financiers dont les résultats sont encore contrastés.

Mis en œuvre par des dirigeants nationaux, le développement sanitaire tourne à la catastrophe, non pas que les médecins sont incompetents, mais parce que la mise en œuvre endogène d'un système étranger se traduit par des contradictions extrêmes. La greffe néocoloniale est ainsi rejetée. Les sutures réalisées craquent une à une aux yeux des utilisateurs qui n'accusent pas le système en tant que tel, mais interpellent ses acteurs. A la

⁷³⁵ OMS, Série de rapports techniques, n°640, Op. Cit., p. 29-31

vérité, d'importantes ressources ont été massivement investies dans la formation des professionnels de santé et dans le développement des infrastructures sanitaires publiques pour répondre aux besoins d'une population toujours croissante. Cependant, la quasi-totalité des économies africaines a traversé une crise économique et financière sans précédent à la fin des années 70 et au début des années 80, laquelle a débouché sur une crise sanitaire profonde.

La crise économique et financière se caractérise par une détérioration de la balance des paiements courants, des déficits publics croissants, des taux d'inflation élevés et une croissance économique en recul. Cette situation est le résultat à la fois d'une conjoncture internationale défavorable (baisse du cours des matières premières, hausse rapide des taux d'intérêts...) et des politiques intérieures inadaptées (niveau élevé d'endettement et investissement nationaux peu productifs). La conséquence de cette crise économique est l'adoption graduelle par de nombreux pays d'Afrique des politiques d'ajustement structurel (PAS), dictées par le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale (BM) sous « conditionnalités ». La crise du système sanitaire est donc une des conséquences directes de la conjoncture internationale défavorable du début de la décennie 70. Comment la crise du système sanitaire s'est-elle traduite en Côte d'Ivoire ?

Le développement économique spectaculaire de la Côte d'Ivoire amorcé, depuis 1960, a eu des effets positifs sur les secteurs sociaux tels que la santé. La validité du lien entre économie et santé prend tout son sens lorsque la courbe de l'économie s'infléchit. Sous ce rapport, les difficultés économiques auxquelles le pays est confronté vont impacter négativement le système de santé au point de provoquer son dérèglement. Cette situation n'est pas propre à la Côte d'Ivoire, elle s'étend à l'échelle de la plupart des pays de l'Afrique Subsaharienne.

A l'échelle continentale, l'état de santé de la population de l'Afrique Subsaharienne se trouve dans un état d'extrême tragédie avant même l'acceptation par les Etats des politiques d'ajustement structurel. Pire, l'acceptation par ces derniers de cette politique exogène n'a fait que renforcer une situation déjà très grave. En effet, par l'énormité des moyens financiers mis à leur disposition et l'ampleur du pouvoir politique que leur confèrent ces moyens, la BM et le FMI transcendent en influence tous les autres organismes internationaux, y compris les organismes spécialisés comme l'OMS et l'UNICEF. Une intrusion n'a été possible qu'en raison du vide causé par l'absence de toute vision cohérente et

humaine des leaders occidentaux à l'égard de l'Afrique noire. Plus grave, l'affairisme des dirigeants politiques africains, à quelque rare exception, leur volonté maladroite de se maintenir au pouvoir sont en contradiction avec l'espoir caressé par les populations, qui est d'accéder au développement économique et social. Pour tout dire, l'Afrique noire doit retrouver la paix et garantir la santé à tous pour la réalisation des progrès attendus.

Ces facteurs fortement liés les uns des autres sont indispensables à l'amélioration de l'état de santé des populations africaines et au décollage économique espéré. Ceci est démontré, depuis de nombreuses années, par les experts du développement qui ont préconisé le recours à l'économie de la santé⁷³⁶ pour aborder des problèmes de santé dans les pays en développement. Ces experts sont persuadés qu'une seule approche (médicale ou financière) ne saurait répondre à la complexité des problèmes de santé dans ces pays. Cette mise en perspective de l'économie de la santé pour aborder les problèmes de la santé traduit une volonté de mettre en lumière les relations entre économie et santé. Dans quelle mesure l'économie influence-t-elle la santé et inversement ?

En réalité, tout progrès réalisé en matière de développement économique est inséparable d'une évolution parallèle dans le domaine social ; et aucun progrès ne peut être réalisé si les programmes sociaux ne sont pas menés de pair. Ces derniers, l'éducation et principalement la santé, répondent à deux soucis majeurs : un souci moral qui entend mettre l'individu dans des conditions de vie compatibles avec la dignité humaine. C'est ce que souligne la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 dans son article 43⁷³⁷ ; et un souci économique : dans cette perspective, les économies n'ont abordé les problèmes de santé que depuis la dernière guerre à partir du moment où la santé n'a plus été considérée comme une simple consommation mais, également comme un investissement rentable à moyen et long terme. Ainsi, tout investissement en facteur humain entraîne une rentabilité indéniable permise par ce qu'on appelle "le capital humain". Les investissements visant à

⁷³⁶ L'économie de la santé s'est développée depuis l'ouvrage de Brunet-Jailly « 1968 », son objectif est de développer un cadre théorique adapté à l'analyse globale du système de santé. Aujourd'hui, dans les pays développés, les économies de la santé se préoccupent de la part croissante des dépenses de santé dans les budgets de la nation. En revanche, dans les pays en développement, l'économie de la santé est confrontée à la baisse progressive des dépenses de la santé dans un contexte où les besoins de santé d'une large part de la population ne sont pas satisfaits, voir Ben Salem (L. S), Op. Cit., p. 17

⁷³⁷ D'après cet article « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services médicaux nécessaires... la maternité et l'enfance ont droit à une assistance spéciale... »

élever la qualité de la population améliorent, sans doute, les perspectives et le niveau de vie des plus démunis⁷³⁸.

Pour comprendre la survenue de la crise du système de santé ivoirien, on va revisiter les grandes phases du développement économique et de la crise qui la secoue avant de faire le lien avec la dégradation du système de santé. Le rappel du cas ivoirien est indissociable de la situation internationale qui permet de l'éclairer et d'en saisir les contours.

Vers la fin des années 1970, à la faveur d'une conjoncture défavorable (le choc pétrolier, les conditions climatiques défavorables...), les institutions de Brettons Woods s'écartent de leurs missions originelles⁷³⁹ et considèrent qu'il est désormais de leur ressort de procéder à une transformation globale des économies du Tiers-monde pour les « ajuster » aux exigences du marché mondial.

En effet, la plupart des pays en développement qui, au cours des années 70, ont bénéficié d'offres illimitées de capitaux, se trouvent alors lourdement endettés parce qu'ils ont été fortement encouragés à le faire par les pouvoirs publics des pays développés et par les banques. La baisse des importations des pays en développement, qui devait logiquement suivre les deux chocs pétroliers, ont alors pénalisé les exportations des pays industrialisés et, pour amortir les chocs, les gouvernements de ces pays ont directement accordé de nouveaux prêts et encouragé les banques à faire de même. Celles-ci se sont montrées peu réticentes car, elles doivent recueillir, sous forme de dépôts bancaires rémunérés, les énormes excédents financiers des pays pétroliers.

Ainsi progressivement, des pays ont accumulé une importante dette extérieure et cette solution de facilité a pu se prolonger tant que les sommes prêtées chaque année permettaient de faire face aux remboursements du capital et aux versements des intérêts. Pris au piège du développement à crédit, ils n'ont d'autre choix, pour continuer dans la même voie

⁷³⁸ Ben Salem (L. S), Op. Cit., p. 19

⁷³⁹ Initialement, le Fonds avait pour mission de veiller à la stabilité du système monétaire international, il devait s'acquitter de cette mission en « procurant des crédits à court terme pour financer les déficits temporaires des balances de paiement ou apporter aux pays un concours financier leur permettant de faire face à des chocs de longue durée ». De son côté, la Banque mondiale s'était vu confier le mandat « d'encourager les investissements internationaux et d'y apporter un complément marginal ». Plus spécifiquement, elle est appelée à fournir des crédits nécessaires à la reconstruction de l'Europe et à promouvoir la croissance économique des « pays moins développés » par le financement d'activités de développement, voir Ben Salem (L. S), Op. Cit., p. 6

et obtenir de nouveaux prêts, que de se soumettre aux « conditionnalités » de la Banque Mondiale et du Fonds.

C'est Robert Mc Namara, président volontariste de la Banque mondiale, de 1968 à 1981, qui inaugure, en 1979, l'ère de l'ajustement structurel qui a dominé la théorie et la pratique des Institutions de Bretton Woods. En revanche, comme il est impensable que l'économie mondiale s'ajuste aux structures des économies sous-développées, il fallait alors procéder à l'inverse : « Ajuster ces économies désuètes au système économique international, c'est là la finalité ultime de la politique d'ajustement structurel, - ou plus précisément - favoriser l'avènement d'un marché mondial unique, sur la base de l'actuelle division internationale du travail »⁷⁴⁰.

A l'échelle de la Côte d'Ivoire, le « miracle » ivoirien qui a duré vingt ans, a été favorisé par un système économique expansionniste. La forte croissance du PIB⁷⁴¹ résulte d'une utilisation extensive des terres et d'un fort appel de facteurs de production étrangers représentés par une main-d'œuvre immigrée, des cadres expatriés, des capitaux et des technologies. En somme, le mode de croissance économique est ouvert. Les politiques économiques sont libérales mais, l'Etat et le secteur public jouent un rôle central. Un accent prioritaire est mis par l'Etat sur les infrastructures et sur la formation du capital humain. Ce modèle de libéralisme ouvert sur l'extérieur avec intervention forte de l'Etat dont le symbole est l'économie de plantation, correspond à un système socio-politique régulé.

La forte croissance économique qui, de 1960 court jusqu'à 1975-1980, est soutenue par des résultats spectaculaires. Le pays est devenu le premier exportateur de cacao, le troisième de café et un des premiers mondiaux du bois⁷⁴². A la fin des années 70, l'industrie représente 19.5% du PIB. Ce mode de développement révèle toutefois, au-delà des indices de croissance, plusieurs insuffisances qui apparaissent progressivement : il est très dépendant en facteurs de production étrangers et conduit à un écart croissant entre le taux d'épargne et l'investissement. L'économie de plantation⁷⁴³ et la colonisation de nouvelles terres se heurtent

⁷⁴⁰ Ben Salem (L. S), Op. Cit., p. 7

⁷⁴¹ C'est une période durant laquelle l'économie est florissante parce que le PIB affiche un taux de croissance annuel de 7% durant vingt ans

⁷⁴² Hugon (P) « Rétrospective et perspectives économiques », dans Photios Tapinos (G), Hugon (P) et Vimard (P), sd, *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI^e siècle*. Défis démographique et développement durable, Paris, Karthala, 2002, p. 137-192

⁷⁴³ L'agriculture a joué depuis les indépendances un rôle majeur dans l'économie. Elle a été la principale source de devises. Elle a, par la parafiscalité, largement financé les dépenses publiques. La croissance agricole annuelle,

à la contrainte de la main-d'œuvre et de la terre ; l'Etat joue un rôle moteur dans le financement des investissements sociaux, économiques et d'infrastructure, mais les dépenses se heurtent à l'insuffisance des recettes principalement assises sur les relations extérieures et à leur instabilité. L'industrie de substitution d'importation se développe à l'abri de protections importantes et concerne un marché national et régional limité.

Dans le secteur privé aussi, l'Etat a joué un rôle croissant de substitut audit secteur en absorbant les diplômés des universités et des grandes écoles et en créant des sociétés publiques ou parapubliques. Ce modèle de capitalisme d'Etat a connu un infléchissement puis une crise à la fin de la décennie 70. Le déclin de l'économie de plantation et l'endettement extérieur ont conduit à une crise de légitimité politique accompagnant un ralentissement de la croissance économique. Les investissements dans les secteurs sociaux se sont opérés grâce à un endettement intérieur et extérieur qui libère les contraintes financières alors que la croissance économique continue de dégringoler fortement.

La crise économique qui survient, entre 1975 et 1980, est principalement la conjugaison de deux facteurs : la conjoncture internationale défavorable avec les chocs extérieurs et la montée des déséquilibres internes au pays. Au milieu des années 70, l'envolée des cours du café et du cacao intervenue, en 1975-1977, a permis des accumulations des fonds de stabilisation atteignant plus de 10% du PIB⁷⁴⁴. Cette embellie financière a favorisé le lancement de grands programmes d'investissement.

Malheureusement, les termes de l'échange se sont détériorés à partir de 1979 et ont conduit à la baisse des investissements privés. L'Etat intervient alors dans un premier temps pour améliorer l'état des finances dans le chapitre des dépenses courantes et d'investissement. Mais la situation des finances reste préoccupante : le solde commercial positif de 5% du PIB

de l'ordre de 10% entre 1950 et 1964, s'est située autour de 5% ensuite avec un infléchissement entre 1972 et 1978. L'économie de plantation combinait une garantie des prix moyennant prélèvement de la Caisse de Stabilisation (Caistab), un mode extensif de culture permettant une forte productivité du travail et un accès à la terre utilisant de la main- d'œuvre immigrée. L'agriculture vivrière s'est développée parallèlement à l'agriculture d'exportation avec des effets de complémentarité. Le vivrier marchand a connu une dynamique largement entraînée par les cultures d'exportation et par l'extension des marchés urbains. Cette dynamique a connu progressivement un risque d'épuisement du fait de la rareté des terres, voir Hugon (P) Op. Cit., p. 144-145

⁷⁴⁴ Ibid., p. 155

est devenu déficitaire de 6 à 8%⁷⁴⁵. La chute de l'épargne privée a précipité la crise des paiements extérieurs.

Dans un premiers temps, le financement des déséquilibres a été assuré par un recours à l'endettement extérieur⁷⁴⁶ et non par ajustement interne. Il y a eu une anticipation d'une reprise des cours mondiaux. Le financement a été aussi assuré par une aide extérieure exceptionnelle et par une accumulation des arriérés intérieurs et extérieurs. Le service de la dette s'en est ressentie, passant de 7% des exportations entre 1975-1977 à 18% en 1978-1980⁷⁴⁷. On assiste également à la montée de la pauvreté. En effet, après avoir crû de 1965 à 1980, le revenu moyen par habitant a commencé à chuter à partir de 1980, autour de 45%. La baisse du salaire moyen réel moyen de l'ensemble des travailleurs du secteur moderne a été de 29.6% durant la décennie 80 et celle des travailleurs nouvellement recrutés de 45.2%⁷⁴⁸. La crise de liquidité devient prégnante et a rendu nécessaire des programmes d'ajustement.

Les PAS, émanation des Institutions internationales, sont mises en application moyennant deux sortes de prêts : les prêts d'ajustement structurel qui visent plus particulièrement trois objectifs : atténuer la crise de la dette en réduisant le déficit et les dépenses ; augmenter les exportations en convertissant les ressources naturelles du pays en produits exportables, dans un contexte de mondialisation... et de remboursement de la dette ; favoriser l'implantation de firmes multinationales dans des économies jugées trop repliées sur elles-mêmes ; et les prêts d'ajustement sectoriel qui s'attaquent, un à un, à des secteurs entiers de l'économie nationale, comme l'énergie, l'agriculture, l'industrie et plus récemment la santé. Les conditions attachées à ces prêts déterminent les politiques et les priorités nationales dans le secteur concerné. Par exemple, le Mexique a bénéficié d'un prêt d'ajustement sectoriel pour transformer son secteur agricole⁷⁴⁹.

⁷⁴⁵ Hugon (P), Op. Cit., p. 155

⁷⁴⁶ L'épargne extérieure a fortement contribué au financement de l'investissement. On note un écart de 11 à 15 points entre l'épargne domestique et l'épargne nationale. Les rééchelonnements et les arriérés ont conduit à une croissance autonome de l'endettement. Le montant de la dette est passé de 4.7 milliards de dollars en 1970 à 7.5 milliards en 1980...Le service de la dette, de 5% des exportations en 1970, avait dépassé 50% en 1993. Par ailleurs, l'économie ivoirienne demeure largement sous contrôle du capital étranger français et libanais, même si l'on observe une diversification des partenaires financiers, voir Hugon (P), Op. Cit., p. 141

⁷⁴⁷ Ibid., p. 155

⁷⁴⁸ Ibid., p. 149

⁷⁴⁹ Ben Salem (L. S), Op. Cit., p. 8

En pratique, les exigences du FMI et de la BM sont formulées dans des « conditionnalités économiques » devant se concrétiser par des mesures spécifiques qui permettent d'atteindre les objectifs mentionnés ci-dessus. Ces mesures peuvent se décliner par la primauté accordée à une politique monétaire restrictive dont le but est de réduire l'inflation ; l'incitation à l'exportation afin d'obtenir les devises nécessaires à l'équilibre budgétaire et au remboursement de la dette ; la libéralisation des salaires, des prix, des taux d'intérêt et des législations (surtout celles concernant les investissements étrangers et le transfert des profits) ; la privatisation des entreprises et des services publics, étant donné que l'économie doit être organisée par la « main invisible » du marché et non par les politiciens et les fonctionnaires ; la réduction de la bureaucratie administrative et des dépenses dans des secteurs où les compressions n'affectent pas directement, selon les experts internationaux, l'économie. De façon plus concrète, ce sont les domaines de la santé, de l'éducation, du logement et de l'environnement qui sont les plus affectés car les investissements s'y font rares.

Du point de vue des Institutions de Bretton Woods, les PAS constituent un succès incontestable, puisque tous les pays du Tiers-monde soumis à ces programmes se sont ajustés à l'économie mondiale. Or, la réalité prouve le contraire. Et l'exemple de l'Afrique subsaharienne est plus parlant parce que suite à l'adoption de ces politiques, les pays de cet espace géographique, parmi les plus pauvres du monde, enregistrent des résultats immédiats plus que décevants : on constate alors la "rationalisation" des administrations gouvernementales, l'extraversion des économies, le délaissement accentué de l'agriculture vivrière, la dépendance financière et technologique accrue et la désindustrialisation dans un bon nombre de pays.

Le secteur social est encore, gravement touché, et les effets sont néfastes : ils se manifestent par la baisse de la scolarisation, dégradation des conditions de vie, contraction des dépenses sociales, un état de santé des populations désastreux, augmentation des taux de mortalité (général et infantile) et baisse de l'espérance de vie. Un problème spécifique, celui du Sida, illustre bien les répercussions des PAS dans le champ de la santé. A ce propos, dans un article bien documenté, la revue américaine *Aids* relève les incidences qui contribuent à la propagation épidémique du Sida, sachant que plus de 90% des personnes infectées par le VIH

vivent dans le Tiers-Monde⁷⁵⁰. Conséquemment, les PAS contribuent à la propagation épidémique en introduisant une réduction des dépenses de santé et d'éducation. Avant de subir le contrecoup de la crise économique, le système sanitaire ivoirien a largement bénéficié des retombées de la prospérité économique.

Alors qu'en 1960 au moment de l'accession du pays à l'indépendance, les populations surtout rurales sont forcées à se faire soigner par les Grandes endémies, au cours de la décennie 70 et 80, les collectivités rurales de Côte d'Ivoire réclament des formations sanitaires et sont prêtes à contribuer à leur construction. Hérité de la colonisation, le système sanitaire présente un visage hétéroclite. A l'origine, il est partagé entre une organisation urbaine et hospitalière, prenant en charge la santé des étrangers et des élites africaines, et une organisation rurale essentiellement préventive. Les années 1970 qui ont été fastes, ont vu l'ouverture du CHU de Cocody et la construction de 36 hôpitaux dans les chefs-lieux des préfectures et des régions⁷⁵¹. Ainsi, les formations sanitaires se chiffrent, en 1980, à plus 800 dont certaines sont d'un très haut niveau de technicité. Mais paradoxalement, la politique de santé publique ne présente aucune visibilité au cours de ces décennies. Plus exactement, aucune politique de santé publique cohérente et structurée n'a été définie : ce qui a conduit à un blocage du système sanitaire⁷⁵². Ce blocage est la cause des grosses difficultés dont les plus criantes sont : une insuffisance et une mauvaise répartition des personnels de santé de toutes catégories ; des graves pénuries et un manque d'entretien des matériels techniques et des équipements de première nécessité et un manque quasi-permanent de médicaments, de première urgence dans les formations publiques.

Et pourtant, dans le plan quinquennal (1981-1985) de développement économique, social et culturel, cinq objectifs sanitaires ont été dégagés et donnent les grandes orientations dans le domaine de la santé : la santé rurale et son développement, la conservation et l'extension du patrimoine existant, l'éducation sanitaire et nutritionnelle, la maîtrise et la réduction des coûts du système de santé et l'amélioration qualitative et quantitative des prestations en personnel.

⁷⁵⁰ Ben Salem (L. S), Op. Cit., p. 9

⁷⁵¹ Brunet-Jailly (J), « La santé », dans Photios Tapinos (G), Hugon (P) et Vimard (P), sd, *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXIe siècle. Défis démographique et développement durable*, Paris, Karthala, 2002, p. 341

⁷⁵² République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé Publique, INSP, Commission des soins de santé primaires (*SSP*) en vue de l'objectif de santé pour tous d'ici à l'an 2000, Abidjan, INSP, 1984, p. 3

Le plan quinquennal est loin d'avoir produit des effets positifs. Et pour cause ? Les taux de mortalité infantile sont encore environ de 180‰ en milieu rural et de 105 à 110‰ en milieu urbain. De même une enquête menée d'avril à juin 1983 dans deux régions de la Côte d'Ivoire – Abidjan et Bouna – montre une disparité importante concernant d'une part la surveillance prénatale, avec près de 80% à Abidjan et seulement 20% à Bouna parmi les gestantes qui se présentent en consultation prénatale et d'autre part, les vaccinations correctement effectuées chez les enfants qui représentent près de 57% à Abidjan et 16% seulement à Bouna⁷⁵³.

Malgré les énormes sacrifices consentis par le gouvernement pour les collectivités locales depuis l'accession de la Côte d'Ivoire à l'indépendance, force de constater que les besoins fondamentaux de la majorité de la population sont loin d'être satisfaits. Ainsi, le système sanitaire est gangrené par plusieurs maux comme l'insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire qui s'observe par plusieurs disparités suivantes. Au plan régional, celles-ci sont flagrantes plus généralement entre le monde rural et le monde urbain et même à l'intérieur du monde rural lui-même, d'une part ; et d'autre part, des disparités entre le Sud et le Nord, avec un avantage favorable pour le Sud.

A ces disparités se greffe l'épineux problème de l'accessibilité des formations sanitaires. De ce point de vue, se joue contre le malade le phénomène de distance, de temps et de moyens pour atteindre la formation sanitaire la plus proche ; ou pour obtenir des soins de santé de nature curative, préventive ou éducative. La conséquence découlant de cette situation est la morbidité générale élevée due principalement aux maladies infectieuses et parasitaires transmissibles⁷⁵⁴. A cela, s'ajoutent aussi les problèmes alimentaires et de carences nutritionnelles -surtout infantiles-, de fourniture d'eau saine et d'assainissement et enfin un problème d'interrelation de tous ces aspects négatifs.

Les difficultés du système de santé ivoirien ont donné lieu aux premiers états généraux de la santé, du 26 au 31 mars 1984⁷⁵⁵, qui ont conduit à un diagnostic complet de

⁷⁵³ République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé Publique, Op. Cit., 1984, p. 3

⁷⁵⁴ Concernant cette mortalité élevée, on constate principalement une forte mortalité maternelle et néonatale en zone rurale

⁷⁵⁵ Les états généraux de la santé se sont tenus à la Maison du Parti de Yamoussoukro. Ils ont enregistré la participation de quelques 320 personnels de santé. Afin de cerner tous les problèmes de la santé, 8 commissions de travail ont été constituées : Commission 1 : politique générale, présidée par le P^f Assi Adou ; Commission 2 : Infrastructures, équipements et maintenance, présidée par le P^f Sangaré Souleymane ; Commission 3 : politique sanitaire dans le secteur privé, présidée par P^f Sangaré Malick ; Commission 4 : Médecine du travail et sécurité

l'ensemble de la question et à des propositions de solutions. Seules les difficultés du système sont exposées dans les lignes suivantes⁷⁵⁶.

Le premier problème concerne la situation du personnel qui est des plus préoccupantes. Elle se caractérise par une insuffisance quantitative et qualitative, d'une part et, d'autre part, par sa mauvaise répartition. En 1982, le nombre de médecins est de cinq-cents huit dont deux-cents-vingt-sept Ivoiriens soit un médecin pour quinze mille habitants. Il y a cent-quatorze pharmaciens pour l'ensemble du pays dont quatre-vingt-dix-sept nationaux, soit 85%, mais le sous-équipement les rend inopérants. Le nombre des infirmiers et des infirmières est de quatre-mille soit un pour trois-mille habitants. Pour les sages-femmes, il y a une pour dix-mille habitants (huit-cents-quarante-un sages-femmes au total)⁷⁵⁷.

Le déficit cumulé dans les formations du personnel infirmier faute de création de nouvelles écoles d'infirmiers⁷⁵⁸ s'est aggravé au fil des années. La répartition de ce personnel est inégale sur le territoire. En effet, alors qu'il y a des maternités sans sages-femmes à l'intérieur, celles-ci sont plus de vingt dans certaines maternités urbaines où elles font moins d'un accouchement par jour. De plus, la formation du personnel essentiellement, orientée dans le sens de la pratique curative dans les formations sanitaires urbaines, crée chez celui-ci un manque notoire de motivation quand il est affecté en zone rurale. Il n'a aucun sens du travail en équipe, parce que n'étant pas davantage préparé à la pratique préventive. Le manque de motivation est dû à l'incertitude sur les perspectives de carrières qui sont très limitées. Même pour le personnel exerçant en ville, la tâche écrasante à laquelle il est soumis dans certaines formations, le prédispose à un mauvais accueil des malades. La qualité des soins s'en ressent de manière défavorable⁷⁵⁹.

Le second est relatif aux équipements sanitaires qui souffrent d'un défaut d'entretien. En effet, faute de budget de maintenance suffisant, le matériel acquis à grand frais se dégrade faute d'entretien. Le ratio lit population de un pour mille-deux-cents-quarante-sept, en 1949,

sociale, présidée par P^f Ambroise Etté ; Commission 5 : Produits pharmaceutiques, présidée par le P^f Edmond Bertrand ; Commission 6 : Formation du personnel médical et paramédical, présidée par le P^f Yangni Angaté ; Commission 7 : Soins de Santé Primaires, présidée par le P^f Nangbé Coulibaly et la Commission 8 : Affaires sociales et culturelles, présidée par le P^f E. A. Yapo, voir *Fraternité Matin*, mercredi 28 mars 1984, p. 7

⁷⁵⁶ On consacre dans le chapitre (V), une analyse plus fournie aux solutions proposées par l'OMS pour résoudre les difficultés du système de santé avec une application au cas étudié dans cette thèse : celui de la Côte d'Ivoire.

⁷⁵⁷ *Ibid.*, 1984, p. 7

⁷⁵⁸ Le plan quinquennal 1976-1980 et 1980-1985 a prévu la création de deux écoles d'infirmiers, dont celle de Bouaké, voir *Fraternité Matin*, mercredi 4 avril 1984, p. 6

⁷⁵⁹ *Ibid.*, mercredi 4 avril 1984, p. 6

est passé à un pour huit-cents-soixante-sept, en 1982⁷⁶⁰. Mais, cette répartition est inégale entre zones urbaines et zones rurales au détriment des zones rurales. Si le nombre de lits est faible en zone rurale, en revanche, le taux d'occupation est de 65 à 70%. En zone urbaine, le remplissage varie de 90 à 120 % dans les maternités et les services de pédiatries. A cette insuffisance, s'ajoute l'étroitesse des dimensions des hôpitaux. En effet, tous les hôpitaux construits durant la colonisation ne répondent plus aux exigences des années 80. Les locaux sont insuffisants pour permettre une meilleure exploitation des appareils acquis parfois au prix de sommes colossales et pour recevoir les malades⁷⁶¹.

Le troisième a trait à la question de la disponibilité des médicaments dans les centres de santé, et donc aux malades, qui constitue une des faiblesses du système de santé. Elle révèle le crucial problème de la centralisation de la gestion des médicaments. Il est de notoriété publique que la chaîne de distribution des médicaments, de la commande jusqu'à leurs livraisons dans les formations sanitaires, est poreuse, entraînant des pertes, des vols, du gaspillage et, pire, une rupture de stocks chronique. A cela, s'ajoutent les délais de livraison trop longs en raison de l'existence d'une seule Pharmacie centrale, celle de la Capitale, alors que les grandes régions (Bouaké, Daloa, Yamoussoukro) auraient pu en être pourvues pour permettre une distribution plus aisée dans des rayons plus ou moins proches⁷⁶².

Toutes ces faiblesses évoquées plus haut ont un dénominateur commun : la problématique du financement durable et pérenne du système de santé. Le coût du système sanitaire, qui conditionne aussi l'accessibilité des malades aux soins de santé, devient préoccupant. La gratuité des soins⁷⁶³ est donc en sursis parce qu'elle érode gravement le budget de la santé et ne permet pas de faire face au fonctionnement des formations sanitaires et de réaliser des investissements subséquents. L'hôpital doit désormais pouvoir générer des

⁷⁶⁰ Op. cit., mercredi 4 avril 1984, p. 6

⁷⁶¹ Dans une enquête réalisée par deux journalistes de Fraternité Matin datant du 1^{er} juillet 1980, les problèmes des infrastructures évoquées à cette époque sont encore d'actualité en 1984 et au cœur des sujets débattus lors des états généraux de la santé.

⁷⁶² Fraternité Matin du 1^{er} avril 1984, p. 9

⁷⁶³ La gratuité des soins est une politique héritée du système sanitaire colonial. Concrètement, les services de santé devaient dispenser des soins gratuits, les coûts étant à la charge d'institutions financières internes à la « colonie », mais aussi externes comme le Fonds d'investissement pour le développement économique et social, organisme spécifique pour les territoires d'outre-mer, dépendant du budget général de l'Etat métropolitain et de la Caisse centrale de la France d'Outre-Mer. Cette gratuité officielle était ainsi subventionnée, voir Berche (Th), Anthropologie et santé publique en pays dogon, Paris, Karthala, 1998, p. 68

ressources propres, parce que l'Etat ne continuera pas à supporter tout le fardeau que constituent les frais de santé publique⁷⁶⁴.

Mais paradoxalement, les dépenses publiques de santé n'ont jamais cessé de croître. La raison se trouve, sans doute, dans la destination que prennent les financements. Dans une étude consacrée à la santé en Côte d'Ivoire, Brunet-Jailly⁷⁶⁵ trouve des réponses à ce paradoxe. Pour lui, cela est lié à une augmentation de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat ivoirien dans les années 1980 : celle-ci est passée de moins de 6% au début de cette période à près de 10% en 1986 et 1987. Une actualisation de ces données permet de conclure que la part de la santé dans le budget général de fonctionnement de l'Etat est restée approximativement constante, de l'ordre de 7.5% dans la première moitié des années 1980, puis de 7% dans les années 1985 à 1988 ; cette part tend à augmenter à partir de 1987. Concernant la part de la santé dans le budget spécial d'investissement et d'équipement, on note une augmentation dans la décennie : de l'ordre de 3.5% dans la première moitié, elle est passée à plus de 8% entre 1985 et 1988⁷⁶⁶.

A quoi ont donc servi les dépenses de santé ? L'auteur justifie cette augmentation par la multiplication et le développement des travaux réalisés surtout dans le secteur tertiaire au détriment des niveaux primaire et secondaire de la pyramide sanitaire⁷⁶⁷. A titre d'exemple, dans les années 1987 à 1989, d'après les budgets prévisionnels, le niveau primaire doit recevoir 23% du budget général de fonctionnement alloué à la santé, le niveau secondaire 27% et le niveau tertiaire 50%, confirmant cette affirmation⁷⁶⁸. Alors que les plus pauvres ne fréquentent guère que le niveau primaire faiblement subventionné, au profit du niveau tertiaire très largement subventionné qui, en pratique, reçoit les malades les plus riches. Sous cet angle, le secteur public de la santé est donc, en Côte d'Ivoire, l'un des instruments de la redistribution à l'envers. Fondamentalement donc, le système de santé de la Côte d'Ivoire souffre du choix stratégique fait par les autorités. Il a été bâti de telle sorte que ses prestations

⁷⁶⁴ Fraternité Matin, du 27 mars 1984, p. 9 et Fraternité Matin, du 28 mars 1984, p. 7

⁷⁶⁵ Brunet-Jailly (J), Hugon (P), Op. Cit. p. 325-367

⁷⁶⁶ Ibid., p. 346

⁷⁶⁷ Le niveau primaire est celui du premier contact offert par les services de santé (dispensaires généralement tenus par des infirmiers, voire des aides-soignants, maternités confiées à des infirmiers et matrones, centres e PMI, service de santé scolaire et universitaire, bases de santé rurale, plus l'Institut national d'hygiène et l'Institut national de santé publique) ; le niveau secondaire est celui qui offre au moins une possibilité d'hospitalisation et la compétence d'un médecin (hôpitaux de médecine générale) ; le niveau tertiaire est celui qui offre les plateaux techniques spécialisés (hôpitaux dits de catégorie 1, centres hospitaliers régionaux, centres hospitalo-universitaires et centres hospitaliers spécialisés).

⁷⁶⁸ Brunet-Jailly (J), Hugon (P), Op. Cit., p. 347

ne peuvent qu'être réparties inéquitablement, quel que soit l'effort financier de l'Etat. C'est donc toute la stratégie d'imitation du modèle français et toute la stratégie de l'aide qui doivent être remises en cause, si l'on veut obtenir de meilleurs résultats en termes de santé publique, conclut-il⁷⁶⁹. En attendant cette révolution, la solution vient des organisations internationales à travers une nouvelle politique de développement des soins de santé.

C'est dans ce sens qu'on pourrait situer l'intervention du docteur ATAYI, coordonnateur des programmes de l'OMS en Côte d'Ivoire lors les états généraux de la santé, en 1984. Il a, dans son intervention, rappelé l'avenir de la médecine, considérée désormais comme « une médecine préventive et sociale » et dont le traitement médical des malades n'est qu'une partie du travail du médecin. Dans son approche médicale, ce dernier doit aussi et surtout s'intéresser à la prévention et à l'amélioration de la santé. Pour y parvenir, « cela suppose cependant une participation communautaire ». Pour lui, même si la santé relève des pouvoirs publics, les individus et leurs familles doivent songer à se prendre en charge : leur bien-être en dépend. C'est une nécessité sociale, économique et technique⁷⁷⁰ qui rappelle la nouvelle politique de l'OMS, lancée dès 1978, pour résoudre les nombreux problèmes qui minent le système de santé des pays en voie de développement : celle des Soins Santé Primaires, en 1978, et de l'Initiative de Bamako, en 1987.

⁷⁶⁹Brunet-Jailly (J), Hugon (P), Op. Cit., p. 348-349

⁷⁷⁰ Fraternité Matin, mercredi 28 mars 1984, p.7

CHAPITRE V

Sortir de l'impasse de la crise du système de santé

C'est une évidence. Dans la décennie 1970, les Etats africains ne sont plus en mesure de financer, en volume et en structure, les services publics qui composent l'essentiel de leurs systèmes de santé. Les Politiques d'Ajustement Structurel sont imposées dès la décennie 80 aux pays en développement par la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International pour leur permettre de rembourser leur dette en diminuant leurs dépenses publiques. Ces politiques ont contraint ces pays à diminuer les ressources qu'ils affectent à la santé et à l'éducation. L'autofinancement partiel des services de santé par les usagers est alors apparu comme une idée légitime, à condition qu'elle soit assortie de mesures d'accès aux soins pour les personnes les plus démunies, et que la qualité des services soit améliorée. C'est un des fondements de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires. La Conférence d'Alma-Ata qui en est l'acte fondateur se veut ambitieuse. Elle entend donner des réponses en faveur d'un changement radical du contenu et de la conception des services de santé. L'objectif à atteindre est de parvenir à l'équité des prestations sanitaires par le biais des SSP tout en restant collé à l'objectif symbolique que se fixe l'OMS : la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

La Déclaration d'Alma-Ata est censée avoir un effet immédiat sur les stratégies mondiales de l'OMS et a dominé depuis les politiques et les programmes. Elle devait dépendre aussi sur les politiques sanitaires des Etats membres. Il est moins certain que ces changements de politique aient contribué à améliorer l'état de santé des populations. C'est pour corriger les carences découlant de l'application des SSP que l'Initiative de Bamako a été lancée. La réunion de Bamako, tenue en 1987, sous l'égide de l'UNICEF, de l'OMS et des ministres africains de la santé, va dans ce sens. Il s'agit de trouver des réponses à la dégradation des services de santé des pays en voie de développement, de restaurer la confiance des usagers et de relancer la politique des SSP qui a montré ses limites. Trois idées vont structurer ce chapitre : on s'interrogera sur la mise en œuvre des SSP ; on évoquera l'IB, comme solution de recours pour corriger les carences nées de l'application des SSP et on présentera l'application de ces politiques par les pouvoirs publics en Côte d'Ivoire.

I. L'OMS et les Soins de santé primaires (1978) : une bouée de sauvetage pour le système de santé?

La mise en œuvre des SSP de santé fait suite à un constat implacable sur la situation de la santé dans le monde, et principalement dans les pays en voie de développement. En effet, l'état de santé de centaines de millions d'habitants de la planète est à l'époque inacceptable.

Dans un rapport présenté à la 28^e Assemblée mondiale de la santé, en 1975, le Directeur général commence son exposé par souligner la gravité de la situation sanitaire dans le monde :

Malgré les remarquables progrès de la médecine et de la technologie, l'état de la santé de la majorité des populations reste précaire dans les régions défavorisées de la plupart des pays du monde. La gravité du problème est reflétée par les taux élevés de morbidité et de mortalité observés dans les populations rurales et péri-urbaines, qui constituent encore de 80 à 85% de la population du monde et où la "misère absolue"⁷⁷¹ demeure le lot d'environ 550 millions d'individus. Bien que la morbidité et la mortalité tendent à régresser, la malnutrition, les maladies transmissibles, les infections parasitaires, etc. continuent de prélever un lourd tribut de vies humaines, notamment parmi les nourrissons, les enfants et les autres groupes vulnérables des régions défavorisées. Le mauvais état de santé des populations en question ne se traduit pas seulement par des taux de morbidité et de mortalité élevés ; il compromet aussi le développement humain et la capacité des individus de réaliser leurs potentialités et de mener une vie productive⁷⁷².

Plus de la moitié de la population du monde est donc privée de soins de santé convenables. Plus grave, le fossé s'élargit entre pays développés et pays en voie de développement concernant le niveau de santé. Pire, des écarts analogues s'observent entre différents groupes de populations à l'intérieur de chaque pays, quel qu'en soit le degré de développement.

⁷⁷¹ On estime qu'un individu vit dans la "misère absolue" lorsque son revenu est égal ou inférieur à l'équivalent de 50\$ US par an, voir OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°226. Vingt-huitième Assemblée mondiale de la santé, Genève, 13-30 mai 1975 ; (Partie 1 : résolutions et décisions, annexes, OMS, Genève, 1975, p. 112-119

⁷⁷² Ibid., p. 113

Or, la Constitution de l'OMS appuyée par de nombreuses résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé ont réaffirmé que la santé est un droit fondamental de l'être humain et une finalité sociale universelle. Elle est donc indispensable à la satisfaction des besoins essentiels de l'homme et à la qualité de la vie et qu'il faut y amener tous les peuples. C'est sur la base de ce principe qu'en 1977, la 30^e Assemblée mondiale de la santé a décidé, dans sa résolution WHA30.43, que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS dans les prochaines décennies devrait être : « De faire accéder d'ici à l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive »⁷⁷³. La Déclaration d'Alma-Ata, adoptée le 12 septembre 1978, par la conférence internationale sur les SSP a été conjointement patronnée par l'OMS et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance. Elle a clairement souligné que les SSP sont le moyen clé d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 dans le cadre du développement global et conformément à la justice sociale. En outre, tous les gouvernements sont invités à formuler des politiques, stratégies et plans d'action nationaux visant à introduire et à maintenir les SSP dans un système national de santé complet et les coordonner avec l'action d'autres secteurs. Elle demande, en outre, instamment que soit lancée d'urgence, aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les SSP dans le monde entier, et en particulier dans les pays en développement.

La conférence internationale sur les SSP est donc dans sa phase de conception et de réalisation une œuvre collective. Ainsi, par décision de l'Assemblée de l'OMS et du Conseil d'Administration du FISE, et sur l'invitation du gouvernement de l'Union des Républiques socialistes soviétiques, la conférence s'est tenue, du 6 au 12 septembre 1978, à Alma-Ata, Capitale de la République socialiste soviétique de Kazakhie⁷⁷⁴.

Les objectifs de la conférence sont nombreux. Entre autres, elle entend promouvoir la notion de SSP dans les pays et échanger des données d'expérience et des informations relatives au développement des SSP dans le cadre de systèmes et services sanitaires nationaux complets. Elle veut évaluer la situation mondiale actuelle dans le domaine de la santé et des soins de santé dans la mesure où elle se rapporte aux soins de santé primaires et peut être améliorée par ceux-ci, définir les principes qui doivent régir les soins de santé primaires ainsi

⁷⁷³ République de Côte d'Ivoire, ministère de la santé Publique, INSP, Op. Cit., 1984, (page. introduction).

⁷⁷⁴ OMS, Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. *Rapport conjoint de l'OMS et du FISE*, Genève, OMS, 1978, p. 11

que les moyens opérationnels à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes pratiques que pose le développement de ces soins. Enfin, elle entend définir le rôle qui incombe aux gouvernements et aux organisations nationales et internationales en ce qui concerne la coopération technique et l'appui à apporter au développement des soins de santé primaires et formuler des recommandations pour le développement des soins de santé primaires⁷⁷⁵.

La rencontre internationale sur les SSP⁷⁷⁶ est l'aboutissement de plusieurs réunions nationales, régionales et internationales portant sur lesdits soins. Elles ont réuni, en 1977⁷⁷⁷, en divers endroits du monde plusieurs délégations⁷⁷⁸ issues de tous les continents. Au cours de celles-ci, les participants ont travaillé sur plusieurs rapports⁷⁷⁹ préparatoires portant sur les expériences et approches nationales sur les SSP. Mais, la réflexion sur les problématiques des structures de santé et plus largement sur les systèmes de santé a commencé au sein de l'OMS peu de temps avant. Ainsi durant la décennie 70, de multiples résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé témoignent de la préoccupation croissante de l'OMS pour les services sanitaires de bases, pour la couverture de toute la population par des soins de santé efficaces et complets, et pour la participation et la conscientisation des collectivités concernées.

⁷⁷⁵ OMS, Alma-Ata 1978, Op. Cit., 1978, p. 11-12

⁷⁷⁶ Si les participants à la Conférence se sont inspirés des documents préparatoires fournis lors de la rencontre, la Déclaration d'Alma-Ata est, en réalité, la fusion de deux approches de la politique sanitaire, à cette époque, qui travaillaient l'OMS. En effet, les années 1970 sont encore dominées par la compétition entre les deux superpuissances : les Etats-Unis et l'URSS. Ainsi, pendant que l'éradication du paludisme était le cheval de bataille des Etats-Unis d'Amérique, l'Union soviétique prônait l'éradication de la variole. Entre les deux, certains Etats membres reprochaient à l'OMS, son incapacité à développer leurs services de santé. Les SSP ont réussi donc à concilier les programmes verticaux, dirigés contre une seule maladie et une approche horizontale fondée sur les systèmes de santé, voir Interview du docteur Halfdan Mahler, directeur général de l'OMS de 1973 à 1988, dans *Bulletin de l'OMS*, octobre 2008, vol. 86, p. 737-816

⁷⁷⁷ On voudrait citer ici la réunion du comité d'experts sur les SSP dans les régions africaine à Brazzaville en 1977 ; la quatrième réunion extraordinaire de ministres des pays membres de l'Organisation panaméricaine de la santé à Washington, DC, septembre 1977 ; la Réunion mixte FISE/OMS des pays de la Région de la Méditerranée orientale à Alexandrie en octobre 1977 ; la conférence sur les SSP pour les pays de la Région du Pacifique occidentale à Manille, en novembre 1977 ; la réunion mixte FISE/OMS sur les SSP dans la Région de l'Asie du Sud-Est, New-Delhi, en novembre 1977 ; la conférence sur les SSP dans les pays industrialisés à New York, en décembre 1977 et le congrès international des organisations non gouvernementales sur les SSP, à Halifax au Canada, en mai 1978, voir OMS, Alma-Ata 1978, Op. Cit., 1978, 88 p

⁷⁷⁸ Les délégations représentaient 134 gouvernements et les représentants de 67 organisations des Nations Unies, institutions spécialisées et organisations non gouvernementales en relation officielle avec l'OMS et le FISE, voir OMS, Alma-Ata 1978, Op. Cit., 1978, p. 12

⁷⁷⁹ Les documents sont : un rapport conjoint du directeur général de l'OMS et du directeur général du FISE et six rapports d'information sur les Régions établies par les Directeur régionaux de l'OMS et présentant les différences expériences et approches nationales ainsi qu'un résumé des questions critiques qui se posent à l'échelon des pays, voir OMS, Alma-Ata 1978, Op. Cit., 1978, p. 12

Cette évolution sur la conception de la santé reflète l'expérience tirée de multiples initiatives et projets de développement. Ainsi, dans son ouvrage qu'il consacre au district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne, Daniel Grodos s'appuie sur trois contributions essentielles, qui sont autant de repères pour la réflexion et pour l'action dans le domaine de la santé dans les pays en développement.

Il y a d'abord celle de Daniel Morley qui, en 1963, popularise le concept de « well baby clinics ». Ce travail montre l'essor des services, souvent mobiles, cherchant à atteindre les mères et les enfants, et à leur offrir une combinaison de soins curatifs : la santé maternelle et infantile (SMI) prend la forme de consultations prénatales et du suivi de la croissance lors de consultations pour enfants de moins de cinq ans. Ensuite, c'est en 1966, que paraît la première édition de l'ouvrage de Maurice King, *Medical Care in Developing Countries*. Dans cette publication, l'attention est focalisée sur les facteurs communautaires conditionnant la santé et la maladie ; de plus, l'accent est mis sur la prévention, la simplicité des techniques à utiliser et la nécessité d'assurer une plus grande couverture de la population par des services de santé de base. C'est l'époque où commencent à se multiplier les dispensaires et les centres de santé. Ce qui est nouveau avec cette contribution, c'est la reconnaissance formelle que ce concept recevait de l'ensemble de la communauté internationale. Désormais l'évocation de tout ce qui a trait à la politique de santé l'était en référence aux SSP. Enfin, David Werner, avec son ouvrage *Where there is no doctor*, apparaît, en 1977, comme un précurseur des Soins de Santé Primaires qui préconisent la fourniture des soins préventifs et curatifs de base par du personnel non qualifié, avec la participation de la population⁷⁸⁰. Au total, « C'est cet ensemble d'expériences, en Afrique, en Amérique latine et en Asie qui conduit à la rédaction du rapport conjoint du Directeur général de l'OMS et du Directeur général de l'UNICEF, présenté à la conférence internationale sur les SSP d'Alma-Ata, en septembre 1978 »⁷⁸¹. Quels ont été les principes de base de la « santé pour tous » et par ricochet des SSP ? Les SSP sont considérés comme la clé de l'instauration de la santé pour tous. La description originale des SSP est claire et sans ambiguïté,

Les SSP sont des soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter à tous les stades de leur

⁷⁸⁰ Pour des détails sur ces questions, voir Grodos (Daniel), *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*, Paris, Karthala-Ucl, 2004, p. 17-18

⁷⁸¹ *Ibid.*, p. 18

développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement socio-économique général de la communauté. Ils représentent le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé de l'endroit où vivent et travaillent les gens, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire⁷⁸².

Historiquement, la notion de participation communautaire n'est pas un fait nouveau en Afrique de l'Ouest. Avant 1978, de nombreux pays africains se sont engagés dans diverses formes de « participation populaire » qui visent à mobiliser « les populations » pour « le développement ». Pour preuve, les années 1960-1970 voient se développer des essais de « participation populaire » dans des champs sectoriels d'application, notamment dans l'agriculture avec les coopératives ou les associations, dans le secteur de la santé avec les équipes de santé villageoises. C'est dans ce cadre que se situe l'« animation » rurale. Elle va se développer au Sénégal avec la création du premier service portant son nom. Son champ d'application est celui des coopératives agricoles. C'est la méthodologie d'« animation » sénégalaise qui va servir de « matrice » aux « animations » de la région avec des variantes selon les secteurs d'application⁷⁸³.

Conjointement à ce développement de l'« animation » s'amorce une évolution politico-administrative. Les pays nouvellement indépendants commencent par mettre sur pied leur appareil d'Etat. De type autoritaire et dominé le plus souvent par un parti unique, il prend en charge le développement économique et social. Chemin faisant, on constate que cette concentration des pouvoirs ne permet pas les changements souhaités. Alors, des réformes administratives importantes ont été introduites allant dans le sens d'une déconcentration et d'une décentralisation. Ces changements qui se sont produits en Afrique de l'Ouest ont concerné le Sénégal et la Guinée en 1972, le Bénin en 1974, le Mali en 1977, la Côte d'Ivoire en 1980, la Mauritanie et le Niger en 1981⁷⁸⁴. C'est dans ce mouvement général politico-administratif de décentralisation et de diffusion des techniques d'« animation » que s'inscrivent les tentatives de « participation » dans le secteur sanitaire.

⁷⁸² OMS, Alma-Ata 1978, Op. Cit., 1978, p. 3

⁷⁸³ Berche (T), Op. Cit., 1998, p. 71

⁷⁸⁴ Ibid., p. 72

En Afrique de l'Ouest, les comités de santé et les agents villageois débutent véritablement au Niger, dans les années 1963-1965, à titre expérimental par une action convergente entre les préoccupations des médecins de santé publique, les expériences du service d'animation rurale dans le département de Maradi et les demandes des villageois. Cette expérience forgera la base d'une politique sanitaire nationale. Elle a été la première du genre et son large développement en a fait une référence pour les autres pays voisins, en particulier sur le plan méthodologique. Sa qualité d'expérience originelle peut renseigner, au-delà des limites géographiques de ce pays et de ses particularités, sur une démarche qui, en Afrique de l'Ouest, a précédé les SSP⁷⁸⁵.

En pratique, les SSP ne sont pas des soins médicaux primaires ; ce ne sont pas uniquement des soins médico-sanitaires au niveau du premier contact, encore moins des services de santé pour tous. En revanche, ce sont des soins qui s'adressent à tous, notamment à ceux qui en ont le plus besoin. Ils doivent être dispensés au niveau du foyer et de la famille et ne pas être limités aux établissements de santé et enfin, ils supposent une liaison continue avec les individus et les familles. Désormais, tous les individus et toutes les communautés, quels qu'ils soient et où qu'ils se trouvent doivent bénéficier de soins essentiels. Cela suppose que l'action sanitaire s'attaque aux problèmes prioritaires de santé de la communauté entière sans discrimination géographique, sociale, religieuse... Pour y parvenir, il y a lieu de déterminer, d'identifier avec cette communauté ses priorités et les moyens dont elle dispose pour les affronter et pour mieux les résoudre. D'où la notion de participation et de coût abordable, coût que le corps médical a trop souvent ignoré, ou placé au second plan de ses préoccupations en pratique quotidienne.

La Déclaration d'Alma-Ata souligne la proximité des soins par rapport aux utilisateurs et elle insiste sur la dynamique sociale requise de la base du système à son sommet. Toute politique dans ce sens doit, par conséquent, comporter au minimum les huit composantes des SSP qui sont : l'éducation et la prévention, les conditions alimentaires et nutritionnelles, l'eau et l'assainissement, la protection maternelle et infantile et le planning familial, les vaccinations, la prévention et le contrôle des endémies, le traitement des maladies

⁷⁸⁵ Berche (T), Op. Cit., p. 72-73

courantes, la fourniture des médicaments essentiels⁷⁸⁶. Les SSP sont la clé de la "santé pour tous" et obéissent aux cinq principes suivants⁷⁸⁷.

Le premier est la couverture universelle de la population par des soins répondant à leurs besoins : cette couverture universelle n'est rien d'autre qu'une volonté de tendre vers l'équité. Il ambitionne de ne laisser personne en marge des besoins sanitaires. Toutefois, dans l'impossibilité de satisfaire tout le monde, la priorité doit être accordée aux plus nécessiteux. L'équité dans l'accès à la santé est une des exigences fondamentales des SSP.

Le second concerne les services à fournir qui doivent être axés sur la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation. En clair, les services ne doivent pas seulement être curatifs. Ils doivent contribuer aussi à mieux sensibiliser la population aux problèmes de santé et à une vie saine, et aller jusqu'aux causes profondes de la maladie en mettant l'accent sur la prévention. La notion de prévention contre les maladies devient une question centrale.

Le troisième principe suppose que les services doivent être efficaces, acceptables sur le plan culturel, abordables sur le plan financier et faciles à gérer. Des services inefficaces enlèvent toute crédibilité à la couverture universelle et aux SSP et suscitent sinon le refus du moins l'indifférence des populations. Pour garantir l'efficacité des services, il faut planifier et gérer avec soin des programmes directement adaptés aux problèmes locaux. En outre, les décideurs des SSP ont besoin de procéder une évaluation de leur intervention pour analyser les succès et les éventuels échecs. Ces services doivent être financièrement abordables, sur le plan local, étant donné les ressources limitées des pouvoirs publics et la participation de la communauté aux dépenses de santé. Enfin, les services doivent se prêter à une bonne gestion, pour que les programmes ne courent pas le risque d'un échec.

Le quatrième principe postule que la communauté doit participer au développement des services afin d'encourager l'autoresponsabilité et diminuer la dépendance. Plus exactement, la communauté ne doit pas se contenter d'accepter des prestations conçues et organisées de l'extérieur. Elle doit s'impliquer pleinement à l'ensemble des activités pour identifier les problèmes et les besoins sanitaires, proposer des solutions, les exécuter et enfin

⁷⁸⁶ OMS, Alma-Ata 1978, Op. Cit., 1978, p. 4

⁷⁸⁷ Ces principes sont un résumé succinct des informations contenues dans le document final, voir OMS, Alma-Ata 1978, Op. Cit., 1978, p. 49- 58

évaluer les programmes. C'est un fait nouveau qui est celui d'obtenir la participation communautaire qui a été jusque-là absente de la gestion des services de santé.

Enfin, les approches nouvelles de la santé doivent prendre en compte d'autres secteurs du développement. Ceci est d'autant vrai que les causes d'une maladie ne sont pas limitées à des facteurs directement liés à ladite maladie. De ce point de vue, les mesures thérapeutiques et prophylactiques à appliquer ne doivent pas se résumer à des interventions purement sanitaires. Ainsi, des changements de nature diverse peuvent avoir une incidence considérable sur la santé : l'alphabétisation, l'accroissement des revenus, l'eau potable et l'assainissement, l'amélioration du logement, le soutien écologique, une meilleure commercialisation des produits, la construction de routes ou l'aménagement de voies d'eau, ou encore l'attribution aux femmes de responsabilités plus larges sont des facteurs qui peuvent agir négativement sur la santé.

Après la période de conception de la nouvelle politique, vient celle de la mise en œuvre des SSP à grande échelle dans plusieurs pays. Une évaluation des projets réalisés en Afrique subsaharienne permet de mesurer le chemin parcouru. L'éventail des gains comme des pertes est immense. On se contentera dans les pages suivantes de relever les travers de cette politique, à partir de quelques exemples tirés des expériences en Afrique, qui vont servir de fondements à sa revitalisation, par le lancement et l'application de l'Initiative de Bamako.

Evoquant les difficultés qui ont entravé la mise des SSP sur le continent africain, Leila Samah Ben Salem⁷⁸⁸, citant plusieurs sources, affirme que la politique des SSP a pâti d'un environnement local et extérieur défavorable, mais surtout de l'inadéquation entre la conception et l'application des SSP. Selon elle, dès le début il y a eu un fossé entre discours et pratique d'abord parce que l'Afrique des années 80 était dépourvue de moyens pour passer à la mise en œuvre. S'il y avait, en 1912, un médecin pour 80.000 habitants en Afrique de l'Est, le Burkina, le Mali, le Niger, le Rwanda, le Sénégal ou le Swaziland n'en comptent toujours qu'un pour 20.000 (soit 4 fois moins) dans le meilleur des cas ; sans parler de l'Ethiopie ou du Mozambique où, la situation est plus préoccupante avec les chiffres

⁷⁸⁸ Leila Samah Ben Salem est l'auteure d'une thèse sur les systèmes de santé dans certains pays de l'Afrique Subsaharienne. Sa thèse est intitulée : *Système et politiques de santé au Sénégal et dans certains Etats d'Afrique subsaharienne. Difficultés et échecs des réformes*, thèse pour le doctorat d'Etat en Droit et Financement du Développement (Direction : J. Basso), Faculté de Droit et des Sciences Economiques, Institut de Droit de la Paix et du Développement, Nice, Université de Nice-Sophia-Antipolis, 2003, 402 p

nettement en deçà d'un médecin pour 100.000 ou 200.000 habitants⁷⁸⁹. En effet, Alma Ata présupposait une augmentation massive des cadres et des budgets de santé. Cela implique une mobilisation des ressources nationales et un accroissement de la solidarité internationale. A l'arrivée, ni l'un ni l'autre ne se sont réalisés.

L'auteure évoque également les effets de la récession des années 1980 survenue après le choc pétrolier du début des années 1970, comme facteur de dégradation des systèmes de santé. Elle fait observer qu'après la crise pétrolière de 1973-1974, la majorité des pays africains avait relativement amélioré leur économie : l'accroissement du PND par habitant pour l'Afrique Subsaharienne (ASS) restait, bien évidemment en dessous d'un minimum acceptable. Or, dès que survient la récession globale de 1979-1980, le PNB part en chute libre, pour ne plus être, en 1985, que de 84% du niveau de 1973. Il a diminué dans plus de trois pays sur quatre. Les effets de cette récession, à laquelle viennent s'ajouter des catastrophes écologiques, des conflits militaires et le fiasco de nombre de politiques financières et agricoles se traduisent dans quasiment tous les indicateurs économiques. La crise économique fournissait la toile de fond des problèmes politiques majeurs. Or, pendant les années 80, des guerres, famines, troubles divers étaient déjà tellement nombreux qu'ils constituent des contraintes à part entière : on estime que le nombre de personnes affectées par des troubles civils passe de 29 millions entre 1965 et 1979 à 69 millions, entre 1980 et 1989, avec respectivement 2.9 et 3.4 millions de morts.

Les conséquences de la crise économique et des politiques de réajustement que le FMI impose sont telles qu'elles amènent les organisations internationales à essayer de limiter les dégâts qui se présentent sous deux formes: dégâts directs par l'appauvrissement des pauvres et dégâts indirects par les coupes opérées dans les dépenses publiques. Les répercussions sur les conditions de vie sont dramatiques. En 1982, les niveaux de mortalité baissent, caractérisés par un mouvement de ralentissement par rapport aux périodes précédentes, avec des poches de surmortalité où la situation empirait. Dans neuf pays sur treize, l'accès à l'eau potable diminue et aggrave l'existence des populations. Dans les villes, les services publics n'arrivent pas à suivre le rythme de l'urbanisation. La malnutrition empire dans les pays comme le Botswana, le Burundi, la Gambie, la Guinée Bissau, le Niger et le

⁷⁸⁹ Ben Salem (L. S), Op. Cit., p. 82

Nigeria. On ne meurt peut être plus autant, mais cela ne signifie pas pour autant qu'on est en meilleure santé.

A cette situation, les organisations internationales répondent par des programmes ciblés. C'est le cas de l'UNICEF qui intervient par des opérations, essentiellement des programmes de vaccinations et de réhydratation orale. Cela n'apporte cependant aucune réponse à l'effet le plus apparent de la crise : l'effondrement des services et la diminution des budgets. Au Nigéria, par exemple, le nombre de lits d'hôpital diminuait entre 1975 et 1985 : de 56278 à 55772, et ceci malgré l'accroissement de la population. Les dépenses privées pour la santé deviennent extrêmement importantes ; la maladie a un coût, même si les soins donnés se caractérisent par la « gratuité ». Par exemple, le budget national pour le secteur santé du Bénin passait de 3.31 dollars par habitant en 1983 à 2.69 dollars en 1986, dont plus de 2 dollars rien que pour les salaires⁷⁹⁰.

Les effets de ces compressions budgétaires sont considérables. L'impossibilité de procéder au licenciement du personnel médical augmente par conséquent les crédits de fonctionnement. Ainsi, les salaires accaparent une part importante et incompressible des budgets récurrents. Entre 1981 et 1985, ils représentaient entre 65 et 70% des budgets de fonctionnement en Mauritanie, au Congo, en Côte d'Ivoire et au Cameroun. La République Centrafricaine était déjà à 90% ; le Tchad et le Togo enregistrent de pareils taux dès 1986⁷⁹¹.

Les suites d'une telle situation affectent négativement toute la chaîne du système de santé : on assiste à une démoralisation du personnel, une absence de supervision, une baisse de la qualité et une sous-utilisation des infrastructures et du personnel. Au Mali, il y a en 1974, encore plus de 50 contacts pour 100 habitants par an dans les services de santé ; quinze années plus tard, ce chiffre est descendu à 29. Au Sénégal, la chute de l'utilisation des services de santé a été encore plus spectaculaire : le nombre de contacts dans les services publics est passé de 12 à 14 millions de 1966 à 1978, à moins de 4 millions à partir de 1980⁷⁹². Les infrastructures sont en état de dégradation avancée : des hôpitaux se retrouvent sans eau courante, sans électricité, sans médicaments et sans carburant pour effectuer des tournées de supervision ou de vaccination. L'image classique du centre de santé avec sa longue file d'attente et son infirmier surmené est un lointain souvenir. Le cliché des années 80

⁷⁹⁰ Ben Salem (L. S), Op. Cit., p. 84

⁷⁹¹ Ibid., p. 84

⁷⁹² Ibid., p. 85

est celui du grand bâtiment délabré avec un personnel plus ou moins nombreux, mais sans médicaments et avec à peine quelques patients par jour. Ces malades savent qu'ils doivent payer pour des soins officiellement gratuits. Même la distribution illégale de médicaments marchait mieux que celle organisée par les réseaux gouvernementaux.

C'est une certitude : l'adoption de la stratégie des SSP a incité les gouvernements de nombreux pays africains à développer un système de santé, caractérisé par une forte décentralisation et la formation d'un personnel de base. La priorité a été donnée au renforcement des structures communautaires déjà en place et aux interventions locales conçues pour bénéficier aux groupes les plus vulnérables et les plus isolés de la population. Si les bénéfices sont certains, notamment les progrès constatés dans la mise en place des systèmes fondés sur les SSP, des insuffisances existent : c'est par exemple le décalage entre la politique de la santé pour tous et la mise en place des SSP, transformé pour la plupart en SSP sélectifs sous formes de programmes verticaux axés sur des maladies déterminées⁷⁹³. En définitive, dans la mise en œuvre des SSP, le financement de la politique de santé et les orientations ont constitué un frein à l'objectif de la "Santé pour tous en l'an 2000". La revitalisation des SSP devient une nécessité et l'Initiative de Bamako (IB) va tenter d'y apporter une réponse.

II. Corriger les imperfections d'une politique exogène que sont les SSP : « l'Initiative de Bamako de 1987 » ou la réorientation des SSP.

Les difficultés tant économiques que politiques rencontrées par les pays africains dans les années 80 ont rendu caducs les efforts entrepris à la suite de la Déclaration d'Alma-Ata. Elles rendent, par la même occasion, nécessaire la mise en œuvre de nouvelles stratégies à même de promouvoir efficacement les SSP.

La réforme se situe dans le cadre d'une approche qui tient compte des similitudes sanitaires globalement en déclin dans la région africaine. Plusieurs rencontres ont posé les jalons de cette réorientation. Le premier intervient, en 1985, lorsque le comité régional de l'OMS, tenu à Lusaka du 11 au 18 septembre, recommande de développer des systèmes de

⁷⁹³ On note par exemple la prolifération de programmes verticaux placés les uns à côté des autres, chacun avec ses financements, ses structures et ses personnels, voir Koukpo (R), Santé publique au sein de la CEDEAO à la suite de l'Initiative de Bamako : évaluation et adaptation des politiques de santé. Rapport de stage. Bordeaux, Université Montesquieu Bordeaux IV, 2007, p. 31

santé à trois niveaux correspondant respectivement aux services centraux, aux services provinciaux et régionaux et aux services de santé périphériques⁷⁹⁴. La deuxième intervient, en 1987, quand le sommet des Chefs d'Etats de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) adopte la « Déclaration sur la santé », pierre angulaire du développement soumise par le Bureau régional de l'OMS. La troisième fait est l'organisation de la conférence interrégionale de l'OMS, en août 1987, à Harare⁷⁹⁵, qui recommande fermement l'adoption du système de santé de district décentralisé comme le moyen d'atteindre les objectifs de la « santé pour tous à l'an 2000 »⁷⁹⁶.

Le rappel de ces faits montre l'engagement de la Région OMS Afrique en faveur de cette politique. Encore plus, l'analyse des décisions qui en sont issues permet de mieux saisir la manière dont cette politique s'est construite, pour devenir un des axes de la politique de développement sanitaire dans les pays de l'Afrique subsaharienne au cours des décennies 80 et 90.

L'Initiative de Bamako (IB) est bien souvent perçue comme une simple réforme technique du financement des services de santé. Pourtant, elle est imprégnée de valeurs et trouve son origine et ses fondements dans la mise en œuvre de la politique des SSP. Depuis 1977, les gouvernements des pays du Sud se sont lancés dans l'objectif de la "santé pour tous l'an 2000", que la conférence d'Alma-Ata a confirmé en promouvant une politique de SSP.

⁷⁹⁴ En réalité, au cours de cette session, le directeur régional a fait des suggestions pour accélérer la mise en œuvre des SSP en vue d'atteindre l'objectif de la santé pour tous à l'an 2000. Pour le directeur, il s'agit d'élaborer, au niveau de chaque pays, un plan de travail pour appuyer les activités au niveau des trois niveaux du système sanitaire : au niveau opérationnel (périphérie), technique (intermédiaire), stratégique (central). Sur cette base, un plan d'action a été élaboré pour ces actions en 3 ans : l'année 1987 est consacrée à l'appui opérationnel aux SSP au niveau périphérique ; en 1988, c'est l'appui technique aux SSP au niveau intermédiaire et en 1989, l'appui stratégique aux SSP au niveau central, voir OMS, Trente-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. *Rapport du comité régional, Lusaka, 11 au 18 septembre 1985*, Brazzaville, Bureau régional Afrique de l'OMS, 1985, p. 112

⁷⁹⁵ Du 3 au 7 août 1987, l'OMS organise une réunion interrégionale à Harare, sur le renforcement des districts de santé. Cette réunion – qui s'inscrivait en droite file de l'objectif de la Santé pour Tous adopté à Alma Ata – aboutit à ce qui est appelé la « Déclaration de Harare » (Harare Declaration on strengthening district health systems based on Primary Health Care). Dans cette déclaration, les experts des différents pays représentés s'accordaient sur différents points d'action pour mettre en place la stratégie des Soins de Santé Primaires, dont : la décentralisation de la gestion des ressources humaines et financières ; la mise en place d'un processus de planification décentralisé au niveau du district ; le renforcement de l'implication communautaire ; la promotion de l'action intersectorielle ; le développement du leadership en matière de soins de santé primaires ainsi que la mobilisation des acteurs et la redéfinition du rôle et du fonctionnement de l'hôpital. Quelques semaines plus tard, plusieurs de ces propositions sont également reprises dans le cadre de l'« Initiative de Bamako ».

⁷⁹⁶ Djeutchouang Sayang (C) « *Intérêt de l'utilisation des tests de diagnostic rapide du paludisme sur le coût et l'efficacité de la prise en charge des patients fébriles à Yaoundé, Cameroun* », thèse de médecine, Faculté de Médecine de Marseille, Marseille, 2010, p. 20

L'objectif est d'aider les pays à se rapprocher de cet idéal. L'IB, en tant que politique de relance de la stratégie des SSP se fonde sur des expériences réalisées ailleurs⁷⁹⁷. Cette politique entend examiner de nouveau les rapports entre les professionnels de santé et les membres de la communauté. En fait, il s'agit de combiner à la fois un processus de décentralisation et une propagation des techniques d'animation rurale.

En réalité, l'Initiative est un programme initié par des agences internationales intervenant dans le domaine de la santé et dont les principes ont été présentés, discutés et adoptés au cours d'une réunion du comité régional pour l'Afrique de l'OMS, en septembre 1987 à Bamako⁷⁹⁸. Elle constitue une œuvre collective sous l'impulsion des ministres africains de la santé en partenariat avec l'OMS et l'UNICEF. Ses objectifs sont au nombre de trois : encourager les initiatives de mobilisation sociale visant à promouvoir la participation de la collectivité aux décisions relatives aux médicaments essentiels et à la santé maternelle et infantile au niveau du district ; assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels de bonne qualité, au prix le plus bas, pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie des SSP ; concevoir et mettre en place un mécanisme d'autofinancement des SSP au niveau du district, grâce en particulier à la création d'un fonds de roulement garanti par les médicaments essentiels⁷⁹⁹.

En définitive, l'IB vise l'accélération du programme de SSP, l'attribution d'un statut prioritaire aux femmes et aux enfants et la possibilité pour les collectivités de devenir les principaux agents du développement des SSP. Dans les faits, son principe directeur est la création de formations sanitaires accessibles à tous, gérées et financées essentiellement par leurs utilisateurs de sorte à relancer le processus d'amélioration de la santé dans les pays du Sud, à travers une approche intégrée et participative des soins de santé. Le postulat de base est

⁷⁹⁷ L'IB s'est fortement inspirée du modèle chinois des années 70, notamment les fameux "médecins aux pieds-nus" et de la dénonciation par des travaux scientifiques de l'utilisation, par les pays du Sud, du modèle occidental centralisé de l'organisation des services, qui a montré ses limites et s'est révélé contre-productif. Toutefois, l'approche communautaire, comme en Chine, n'est pas complètement nouvelle en Afrique de l'Ouest, puisque dès le début des années 60, des expériences de comités de santé et d'agents villageois sont menées, voir Ridde (V), *L'Initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé*, Washington, The World Bank, 2004, p. 2

⁷⁹⁸ L'IB est née à la suite d'une proposition formulée par le Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE-UNICEF) et acceptée – à contrecœur semble-t-il – par l'OMS, en 1987, afin de relancer la politique des SSP et de réduire la mortalité maternelle et infantile. Cette proposition a pris le nom du lieu de la réunion, l'Initiative de Bamako (IB), adoptée en 1987 par les ministres africains de la santé, voir Ridde (V), Op. Cit., p. 3-4

⁷⁹⁹ OMS, Rapport du comité régional : *comité régional de l'Afrique*, 37^e session, Bamako, 9-16 septembre 1987, Brazzaville, OMS AFRIQUE, 1987, p. 14 (paragraphe 4)

que le malade doit être prêt à payer une somme raisonnable pour sa santé, à condition qu'il puisse trouver un service et un personnel de santé de qualité adaptés à sa demande.

Les directives édictées conjointement par l'OMS et l'UNICEF et entérinées ultérieurement, en 1988, par les ministres de la santé sont ambitieuses. Au surplus, l'assistance de l'OMS et de l'UNICEF est conditionnée par l'intérêt manifesté par un pays donné pour les principes de base suivants et de son acceptation desdits principes⁸⁰⁰, à savoir : l'engagement national de fournir plus rapidement des services de SSP accessibles à tous ; la décentralisation substantielle de la prise de décisions du ministère de la santé au niveau des districts pour la gestion des SSP ; la décentralisation de la gestion des ressources communautaires permettant ainsi aux fonds réunis de rester sous contrôle communautaire ; l'adoption de principes rigoureux régissant le financement communautaire des services de santé aux différents niveaux du système sanitaire interdisant la prestation de services de santé gratuits dans les hôpitaux de centres urbains lorsqu'un paiement est exigé pour les services fournis au niveau communautaire ; la fourniture d'une aide financière publique importante aux SSP pour que le budget de santé soit au moins maintenu à son niveau actuel de façon à assurer le même appui aux services de districts et aux services locaux ; des mesures garantissant l'accès au plus démunis aux SSP de même que la définition claire et l'évaluation des systèmes de santé intermédiaires et les objectifs de gestion⁸⁰¹.

Pourtant dans la mise en œuvre de SSP, les différents acteurs du domaine de la santé vont se rendre compte que bon nombre de décisions de la politique préconisée à Alma-Ata sont d'application difficile sans un nouveau management. En fait, Alma-Ata est perçue par bien de spécialistes comme une déclaration de principes. Certains auteurs comme HOURS affirme avec un certain scepticisme même que « les intentions sont même générales et abstraites et les composantes exhaustives et banales »⁸⁰².

Sans doute, on est donc dans un cas de figure classique dans la démarche de l'OMS, où on définit les fondements d'une politique sans pour autant élaborer des stratégies précises d'une mise en application effective. Dans une contribution sur les SSP, HOURS conclut d'ailleurs que :

⁸⁰⁰ Paganini (A) « L'Initiative de Bamako », dans Anonyme, Argent et santé. Expériences de financement communautaire en Afrique. Actes du séminaire international, 24-27 septembre 1991, CIE, Paris, p. 257-269

⁸⁰¹ Ibid., p. 260-261

⁸⁰² Pour des détails sur ce point voir Hours (B) « La santé publique entre soins de santé primaires et management », Cahier des Sciences Humaines, 1992, vol. 28, n°1, p. 123-140, cité par Ridde (V), Op. Cit., p. 3

Les SSP sont aujourd'hui pratiqués dans les sociétés industrielles par des minorités actives organisées en groupes de pression. Les "communautés villageoises" du tiers monde appelées à être le fer de lance des SSP ne sont pas au rendez-vous. On continue, en Afrique et en Asie, à affronter la maladie à partir des ressources individuelles et familiales. Les "communautés" idylliques pensées par les idéologues occidentaux bien intentionnés n'existent pas à grande échelle. La notion de participation renverrait à un ordre social plus commun dans les sociétés industrielles que dans les pays en voie développement, car le concept de santé publique présuppose une capacité de gestion et de maîtrise de la société qui fait défaut dans la plupart des Etats du tiers monde...⁸⁰³.

Par ailleurs, la participation des collectivités locales, l'autoresponsabilisation des individus et des communautés dans le domaine de la santé, la couverture globale de la population, l'intégration des programmes verticaux aux soins de santé de base suppose que l'on rompe avec la centralisation des systèmes de santé existants et que l'on délègue une part de l'initiative et de l'action au niveau périphérique. C'est cette équation que va tenter de résoudre l'IB.

Avec la rencontre de Bamako de septembre 1987, émerge donc dans le champ de la santé publique une nouvelle forme de management hospitalier fondé sur le district sanitaire. Sa formulation est concomitante avec la théorisation des SSP. Historiquement, la conférence internationale d'Alma-Ata est un appel à une remise en question des habitudes de pensée et d'action qui avaient orienté jusque-là les politiques de santé dans le monde. Elle implique de rompre avec le management des systèmes de santé existants. Elle marque le signal d'une mobilisation internationale en faveur d'une approche globale de problèmes de la santé et du développement.

Face à un tel constat, les critiques fusent. L'efficacité de la solidarité internationale en matière de santé paraît dérisoire et la légitimité de l'aide au développement sanitaire peut à bon droit être mise en cause. L'observation des pratiques sur le terrain montre, sans équivoque, que le champ de la coopération au développement sanitaire est devenu le plus souvent un espace de consommation inefficace de ressources limitées et un lieu de production d'activités sans effets suffisants sur la santé de la population. Les objectifs fixés sont trop souvent mal adaptés aux besoins. Les politiques sanitaires, quant à elles, versent dans une rhétorique sans rapport avec les difficultés réelles des systèmes de santé, et les

⁸⁰³ Hours (B), Art. Cit., p. 123-140

manières de faire compliquent - au lieu de faciliter – la tâche des bénéficiaires de l'aide pour s'approprier et pour gérer les instruments de coopération mis à leur disposition.

Sous ce rapport, le district sanitaire apparaît ainsi comme l'entité pertinente ou les divers acteurs concernés par le domaine de la santé peuvent envisager de collaborer de manière efficace et d'agir à l'échelle adéquate. En pratique, on peut concevoir le district sanitaire non comme une modalité standard et passe-partout d'organisation des services, mais comme un modèle à adapter aux circonstances sans perdre de vue la finalité d'un système de santé urbain⁸⁰⁴. Dans sa conception, le modèle du district sanitaire comporte trois dimensions essentielles.

La première est spatiale et démographique. Cela implique la définition d'une population précise, habitant une zone géographique délimitée, correspondant ou non à une zone administrative, de laquelle l'autorité sanitaire de district est responsable. Cette dimension du modèle permet d'introduire –ou plus exactement de reprendre à nouveau frais – les notions de responsabilités, de carte sanitaire, de population cible, et de couverture sanitaire de la population.

La deuxième dimension concerne les fonctions de gestion et d'autorité. Exercées par l'autorité sanitaire de district, elles s'étendent des activités de supervision et de support logistique à la gestion financière. Cette dimension managériale du modèle permet de réexaminer les notions d'autorité formelle et fonctionnelle, de supervision et de contrôle, de participation communautaire et de dynamisation de l'action intersectorielle.

La troisième dimension a trait aux fonctions d'organisation concernant les soins, les services et les activités. Cette dimension technique réévalue pour la ville les notions de circuit des usagers, d'échelons de services et des relations entre eux, de délégation ou de décentralisation des compétences et de la technologie, on encore de système de référence et de contre-référence des malade.

Le district est donc fondamentalement bien plus qu'un outil d'organisation des soins ou des services de santé. Il devient pertinent et robuste où les divers acteurs concernés par le domaine de la santé peuvent envisager de collaborer de manière efficace et d'agir à l'échelle adéquate. Le principal défi à relever par les autorités sanitaires des pays en développement

⁸⁰⁴Grodos (Daniel), Op. Cit., (voir préface)

est la maîtrise d'un espace sanitaire cohérent et performant au sein d'un système global de santé. Et à cet égard, le district offre une solution.

Le district est à l'origine un effort de réflexion théorique sur le meilleur moyen de structurer efficacement les systèmes de santé pour appliquer une politique déterminée, à savoir l'approche des SSP. La notion de « district sanitaire » émerge progressivement de la réflexion sur les contraintes rencontrées par la mise en œuvre des SSP et de l'ambition de « la santé pour tous » (Health for all)⁸⁰⁵. Elle se précise peu à peu, lorsque l'attention se tournera vers le rôle des hôpitaux dans les SSP, la réforme du secteur de la santé et sa dimension de décentralisation. Ces thématiques sont souvent contemporaines, ou se chevauchent dans le temps. Dès 1952, le directeur général de l'OMS reconnaît que les efforts des programmes verticaux spécialisés n'auront qu'un impact transitoire si des services de base polyvalents ne sont pas mis en place.

L'impulsion à la réflexion sur le district sanitaire vient du Directeur général de l'OMS, le docteur H. Mahler. Pour preuve, dans son allocution devant la 39^e Assemblée mondiale de la santé, le 6 mai 1986, il exprime le souci de la gestion des systèmes de santé au service des SSP. Pour lui, les SSP doivent s'appuyer sur une organisation et un management au centre desquels se trouve inévitablement l'hôpital dans toutes ses composantes. Et toute cette architecture doit se construire autour d'une entité appelée district sanitaire. A l'analyse, cette prise de position du directeur général s'inspire des travaux du comité d'experts de l'OMS sur les hôpitaux de premier recours paru, en décembre 1985, et sur les contours d'une politique de districts sanitaires inspirés des expériences en cours et disponibles à cette époque⁸⁰⁶. Cette évolution de l'instance internationale en charge des questions de santé, à travers son premier responsable, vers le district sanitaire n'est rien d'autre que la réponse aux difficultés de mise en œuvre des SSP.

En effet, les différents acteurs et experts de la santé vont se rendre compte que les grandes lignes de la politique préconisée à Alma-Ata, - comme la participation des collectivités locales, l'autoresponsabilisation des individus et des communautés dans le domaine de la santé, la couverture globale de la population, l'intégration des programmes

⁸⁰⁵ La « santé pour tous en l'an 2000 » était malheureusement un slogan, qui dénaturait quelque peu la teneur de la résolution adoptée en 1977 par l'Assemblée mondiale de la santé. La stratégie des SSP, adoptée l'année suivante à la conférence d'Alma-Ata, devait permettre la mise en œuvre de cet objectif de politique sociale.

⁸⁰⁶ L'auteur cite en exemple, le Projet Kasongo au Congo-Zaïre, voir Grodos (Daniel), Op. Cit., p. 27

verticaux aux soins de santé de base - suppose que l'on en finisse avec la concentration des centres de décisions et d'exécution dans le domaine de la santé et que l'on délègue une part de l'initiative et de l'action au niveau périphérique. Et la conférence de Harare d'août 1987 de rappeler : « This call for action was a reflection of the realization by a growing number of countries that the principal obstacle to achieving health for all is weak organization and management, particularly at lower levels of their health systems »⁸⁰⁷.

La réunion du comité d'experts de l'OMS de 1985 est donc fondatrice de la notion de district. Car, c'est en réfléchissant au rôle de l'hôpital dans les soins de santé primaires que l'importance du district s'est révélée être un pan essentiel de la nouvelle politique. Quel doit être donc la place de l'hôpital dans la nouvelle stratégie de développement sanitaire et des SSP ?

Le comité d'experts de l'OMS sur rôle des hôpitaux de premiers recours s'est réuni, à Genève du 9 au 17 décembre 1985⁸⁰⁸. La tenue de cette réunion s'explique par l'évidence que sans un soutien accru des hôpitaux, en particulier des hôpitaux des premiers recours, les SSP ne pourraient pas réaliser pleinement leur potentiel. Les soins hospitaliers et communautaires doivent en effet être interdépendants, l'idée étant de minimiser les recours injustifiés à l'hôpital de référence. Sans cette prise de conscience et une extension des services hospitaliers à l'ensemble du réseau communautaire, l'hôpital tendra à se replier de plus en plus sur lui-même pour devenir une structure isolée et excessivement coûteuse. Il s'est agi, au cours de cette rencontre, de préciser la composition d'un système de santé de district fondé sur les SSP et sur la base de ces données, décrire le rôle de l'hôpital de premier recours à l'appui des SSP. En concentrant l'essentiel des ressources -compétences et équipements de santé- comment les hôpitaux peuvent-ils contribuer efficacement aux SSP ?

A mesure que s'intensifie la demande de couverture universelle des SSP et qu'augmentent les contraintes imposées aux ressources de presque tous les systèmes de santé, il semble évident que les prestations hospitalières doivent être étroitement liées aux activités sanitaires assurées au sein même de la communauté. Pour fonctionner, tout système de santé

⁸⁰⁷ Grodos (D), Op. Cit., p. 27 « Cet appel à l'action est une réflexion engagée par un grand nombre de pays selon laquelle l'obstacle principal pour la réalisation de la « Santé pour tous » tient à une seule raison. C'est la faiblesse de l'organisation des systèmes de santé et particulièrement au niveau périphérique » [Traduction par Assani ADJAGBÉ]

⁸⁰⁸ OMS, *Série de rapports techniques n° 744. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours*, Genève, OMS, 1987, 88 p

fondé sur les SSP doit compter sur l'appui des structures hospitalières et sur un système efficace d'orientation-recours des patients qui nécessitent des soins spécialisés que ne peuvent fournir les structures extrahospitalières. De ce point de vue, la collaboration de l'hôpital est essentielle. Considérés comme une palette de programmes, les SSP nécessitent le soutien des hôpitaux en matière de promotion et de prévention, ainsi que de traitement et de réadaptation, et cela passe par une approche intégrée de toutes ces dimensions. Dès lors, cette approche suppose la pleine participation des hôpitaux à la planification et à la prestation des SSP. Elle suppose également que les hôpitaux et les autres services de santé locaux assument ensemble la prise en charge des individus au domicile, au sein de la communauté et au premier niveau de recours.

D'ailleurs, dans le contexte de la stratégie de la santé pour tous, le rôle des hôpitaux dans la mise en œuvre des SSP a été défini par l'OMS et par des ONG. Et même, le Directeur général de l'OMS y est allé de sa contribution dans une allocution prononcée⁸⁰⁹, en 1981, sur le rôle des hôpitaux au niveau des SSP. Dans cette allocution, il affirme que : « Un système de santé fondé sur les SSP ne peut tout simplement pas exister sans un réseau hospitalier »⁸¹⁰. Cette affirmation souligne le rôle central de l'hôpital en général et celui de l'hôpital de premier recours en particulier.

Traditionnellement, l'hôpital a pour vocation principale la prise en charge des patients en tant qu'individus et de fournir les soins thérapeutiques intensifs. Ceux-ci exigent des ressources considérables, des techniques de pointe et une main-d'œuvre professionnelle très qualifiée. Dès lors, l'hôpital est perçu comme une structure consistant à dispenser des soins individuels de qualité aux malades gravement atteints et à utiliser des méthodes perfectionnées. En revanche, l'approche des SSP, qui concerne tout autant les hôpitaux que les autres services de santé locaux, suppose la promotion et la prévention aussi bien que le traitement ; elle est axée sur les besoins de populations entières. Elle cherche à maximiser l'impact des ressources disponibles par rapport à tous les besoins sanitaires, moyennant le recours à une technologie appropriée et à un large éventail de personnels de santé, dont les agents de santé communautaires. Le succès de cette approche pourrait se mesurer à la qualité de soins dispensés aux individus mais aussi à l'amélioration de la situation sanitaire des

⁸⁰⁹ Cette allocution a été prononcée lors d'une réunion tenue, en 1981, sous l'égide de la Fondation Aga Khan et de l'OMS, voir OMS, Série de rapports techniques n° 744. Op. Cit., 1987, p. 15

⁸¹⁰ Ibid., p. 15

populations. Cette approche débouche également sur l'utilisation plus équitable des ressources disponibles, une plus large couverture et une meilleure prise en charge de sa propre santé par l'individu.

Les systèmes de santé fondés sur les SSP ont une structure comprennent quatre niveaux de soins à l'échelon local : la famille et le foyer ; les prestations de santé communautaires (agents de santé communautaires et activités communautaires de tous types exécutées par exemple dans les écoles et sur les lieux de travail) ; une structure de santé primaire (habituellement un dispensaire ou un centre de santé) et un niveau de premiers recours (habituellement un hôpital dans le cas de services thérapeutiques). L'efficacité de cette structuration passe par une organisation des différents niveaux de soins pour la mise en œuvre de programmes intégrés, entendus comme la coordination d'activités différentes en vue d'un fonctionnement harmonieux. En zone rurale, l'hôpital est remplacé par le centre de santé.

Du point de vue curatif et préventif, il est géographiquement plus accessible. Il est en mesure de favoriser la continuité des soins grâce à la plus grande empathie entre le malade et l'agent de santé. Il évite plus facilement la surprescription d'examens ou de médicaments et peut, de manière plus générale, dispenser des soins moins coûteux. Le centre de santé a un autre avantage : la moindre technicité des discussions et la plus grande proximité humaine, géographique et culturelle y facilitent la participation communautaire⁸¹¹.

La réflexion novatrice a consisté à trouver des réponses à des problématiques plus générales, à partir d'un problème précis : la place des hôpitaux dans les SSP. Ces réponses ont servi à dégager les grandes lignes d'un modèle transposable. Ainsi, c'est à l'occasion de la détermination, par le comité des experts, des indices du rôle et des fonctions de l'hôpital de premier recours que la notion de système de santé de district se formalise. L'évaluation de l'expérience d'un grand nombre de pays a permis d'en définir les contours, bien que rares soient ceux qui ont mis en œuvre un système pleinement développé du type envisagé. Le district fournit un cadre dans lequel le rôle de l'hôpital, et par ricochet, du centre de santé, peut être conçu de façon cohérente compte de la population desservie et de toutes les autres

⁸¹¹ Grodos (D), Op. Cit., p. 35

structures concernées, y compris, celles qui ne sont pas habituellement considérées comme faisant partie du secteur sanitaire⁸¹².

La notion de district sanitaire est née de cette réflexion et sa définition est reprise intégralement par la 39^e Assemblée mondiale de la santé. Elle adopte le concept et appelle les pays membres à mettre l'accent sur le renforcement de systèmes de santé de district basés sur les soins de santé primaires⁸¹³.

C'est quoi donc un système de santé de district en réalité ? Pour Grodos Daniel à qui on emprunte cette définition,

Un système de santé de district fondé sur les soins de santé primaires comprend tout d'abord une population bien définie habitant dans une zone administrative et géographique, urbaine ou rurale, clairement délimitée. Il englobe toutes les structures de santé de la zone, publiques ou privées, professionnelles ou traditionnelles, qui coopèrent à l'établissement d'un système de district au sein duquel elles travailleront ensemble. Un système de santé de district se compose d'une grande diversité d'éléments imbriqués qui contribuent à la santé du foyer, à l'école, sur le lieu de travail et dans la communauté. Son orientation est multisectorielle. Il comprend les soins autonomes et tous les agents et établissements de santé, publics ou non, y compris le premier niveau de recours, ainsi que les structures de soutien appropriées, laboratoires, services de diagnostic et appui logistique. Ce système doit être géré comme une entité unique, en principe par un seul administrateur à plein temps, dont les responsabilités couvrent aussi bien la santé publique que les activités thérapeutiques, de manière à interconnecter tous ces éléments et toutes ces institutions pour obtenir un éventail complet d'activités de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation, et à en suivre les progrès⁸¹⁴.

Il n'est pas nécessaire que le système de district soit exclusivement public ; il peut comprendre des institutions non gouvernementales et des guérisseurs traditionnels, cités comme exemples. Une des difficultés dans la mise en œuvre du district est la définition d'une population dont doit s'occuper le district. Il faut avant tout choisir une population cible (ou bénéficiaire, ou concernée, ou à couvrir), et non d'abord une zone géographique. Le district sanitaire est décrit avant tout comme une structure au service d'une population, et non comme le fruit d'un découpage territorial ou d'une « carte sanitaire ». Toutefois, parmi toutes les

⁸¹² Ibid., p. 27

⁸¹³ Grodos (D), Op. Cit., p. 28

⁸¹⁴ Ibid., p. 28

options, la nécessité de desservir une population entière d'une zone géographique doit l'emporter⁸¹⁵.

C'est dans cette perspective de structuration des systèmes de santé selon le schéma des districts sanitaires que se tient, du 3 au 7 août 1987, à Harare (Zimbabwe), une conférence interrégionale, organisée par l'OMS sous l'égide de l'USAID, la CMC (Christian Medical Commission), l'UNICEF, le PNUD et DANIDA (Coopération danoise). Il s'agit de la première rencontre internationale presque exclusivement consacrée au développement des districts sanitaires. Elle a, au moins pour l'Afrique un effet catalyseur certain et elle permet de préciser maintes dimensions d'une politique de districts, entre autres : la notion d'équipe cadre de district qui pose la question du profil du chef de l'équipe cadre de district⁸¹⁶. Mais, la conférence d'Harare n'innove pas quant à la définition du district sanitaire, se contentant de reprendre pour son compte la définition proposée par le comité pour le programme mondial de l'OMS.

Organisée en août 1987, donc un mois avant la réunion de Bamako, la réunion de Harare a été un catalyseur dans l'adoption de la politique de district dans le cadre de la relance des SSP : elle a donc renforcé l'idée des districts sanitaires. Elle est à mettre en perspective avec l'objectif de la « Santé pour tous » lancée, à Alma Ata. La Déclaration de Harare qui a sanctionné la rencontre a été fructueuse à tous égards. De cette Déclaration, on retient que les experts s'accordent sur différents points d'action pour la mise en place effective de la stratégie des SSP. Ces points concernent la décentralisation de la gestion des ressources humaines et financières, la mise en place d'un processus de planification décentralisé au niveau du district, le renforcement de l'implication communautaire, la promotion de l'action intersectorielle, le développement du leadership en matière des SSP, la mobilisation des

⁸¹⁵Une population à desservir peut se définir de plusieurs manières, il peut s'agir : d'un groupe de villages ou une zone urbaine ne correspondant pas à une zone géographique ou administrative précise, mais résultant de l'aire d'attraction naturelle d'une formation sanitaire (centre de santé ou hôpital) ; d'un groupe à risque ou une tranche de population (enfants de moins de cinq ans, couple mère-enfant, population cible des « Journées nationales de vaccination ») ; d'un groupe d'ayants droit, par affiliation, souscription ou mutualisation (travailleurs d'une industrie ou d'un secteur donné et leurs familles, membres cotisants d'un système de sécurité sociale ou de mutuelle, membres d'une appartenance religieuse particulière, etc.) ; de la population entière d'une zone géographique précise, constituant la « zone de responsabilité » d'un ensemble de formations sanitaires, qui acceptent de coordonner la prise en charge des problèmes de santé de tous les habitants, qu'ils fréquentent déjà ou non ces formations sanitaires. Cette dernière proposition semble correspondre aux exigences des SSP, voir Grodos (D), Op. Cit., p. 29-30

⁸¹⁶ La question qui se pose est de savoir si le chef de l'équipe cadre de district doit être un médecin ou non, avec ou sans formation en santé publique.

actions et la redéfinition du rôle et du fonctionnement de l'hôpital⁸¹⁷. Outre l'instauration des coûts des actes sanitaires, par la participation des communautés, et la décentralisation des services de santé par la création des districts, l'IB a introduit une innovation dans la gestion des systèmes de santé par l'instauration de la politique de médicaments essentiels.

Par définition, les médicaments essentiels s'entendent comme des médicaments dont l'efficacité est prouvée et que l'on considère comme indispensables et suffisants pour constituer une pharmacopée permettant de traiter l'ensemble des maladies, hormis quelques rares exceptions⁸¹⁸. Pour le directeur général de l'OMS, l'autofinancement communautaire des SSP passe par le biais d'un approvisionnement en médicaments essentiels et du recouvrement de leurs coûts. Il constitue un pan de l'appui opérationnel, technique et stratégique aux activités à assise communautaire. Cet appui est un des éléments moteurs du développement sanitaire des pays africains⁸¹⁹.

Dès lors, pour atteindre cet objectif, il faut mettre à la disposition des communautés rurales et urbaines des ressources qui jouent un rôle moteur. L'une d'elles provient de la livraison d'une quantité et d'une gamme bien définie de médicaments essentiels. En pratique, les médicaments essentiels sont fournis gratuitement pendant un an. Puis, la communauté est censée renouveler le stock pour la deuxième année et les années qui suivent en utilisant les fonds découlant de la vente des médicaments fournis l'année précédente.

Dans l'entendement des promoteurs, la stratégie des médicaments essentiels vise à promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments génériques essentiels. Ceux-ci venant se substituer à un grand nombre de préparations commerciales de marque, superflues et d'un prix de vente excessif qui sont d'utilisation courante dans le système de district. L'utilisation rationnelle suppose un choix judicieux basé sur un bon système de gestion des médicaments évitant toute pénurie et dégradation. Cette approche vise aussi une consommation adéquate de médicaments par des malades et surtout une prescription du minimum indispensable de médicaments les moins chers et les plus efficaces. Cela permet non seulement de réduire les

⁸¹⁷ WHO, Declaration on Strengthening District Health Systems Base on Primary Health Care : Harare Declaration (Interregional meeting on Strengthening district health systems), Harare, Zimbabwe, 3-7 august 1987, 3 p

⁸¹⁸ Gørgen (H), Kirsch-Woik (T), Schmidt-Ehry (B), Le système de santé de district. Expériences et perspectives en Afrique. Manuel à l'utilisation des professionnels de la santé publique, Wiesbaden UniversumVerlag, 2^e édition, 2004, p. 212

⁸¹⁹ Monekoso (Dr G.L), *L'Initiative de Bamako. Autofinancement communautaire des SSP par le biais d'un approvisionnement en médicaments essentiels et du recouvrement de leurs coûts. Quelques principes généraux*, Brazzaville, OMS/AFRO, sd, 10 p

coûts pour le système de santé et pour le patient, mais également d'éviter au patient de prendre un grand nombre de médicaments utiles et de s'exposer à leurs effets secondaires⁸²⁰.

La stratégie des médicaments essentiels ne se limite pas à la distribution de produits de bonne qualité à des prix avantageux et de lots importants de médicaments commercialisés sous leur terme générique. Elle englobe également un ensemble de mesures qui doivent être mises en œuvre si l'on veut que la stratégie ait l'impact recherché. Parmi ces mesures, il y a l'établissement de listes de médicaments distincts pour chaque niveau d'intervention ; une organisation et une administration du circuit d'approvisionnement et de distribution sur la base des besoins réels, conformément à la population à charge et aux pathologies les plus courantes et un financement de système de gestion par l'introduction de fonds de roulement ; la gestion des stocks de médicaments et le ravitaillement des différents services de santé.

Mais, la mise en œuvre de cette stratégie de médicaments essentiels se heurte à la résistance des industries pharmaceutiques, grossistes et pharmacies privées, acteurs de l'approvisionnement « libre » en produits pharmaceutiques et qui voient leur profit baisser. Il est donc important pour les pouvoirs publics de légiférer pour garantir la pérennité des médicaments essentiels. Aussi, la législation doit-elle donner un caractère contraignant à la stratégie desdits médicaments et réglementer les modalités d'approvisionnement et la distribution des médicaments à l'échelle nationale, de même que l'homologation des médicaments de marque et les médicaments génériques. La conception et l'application de ces textes de loi peuvent se faire dans le cadre de la définition d'une politique nationale pharmaceutique. Mais, avant d'en arriver à cette politique de médicaments essentiels, le processus de sa mise en œuvre n'a pas été simple.

L'idée de l'élaboration d'une liste de médicaments essentiels constitue un des éléments fondamentaux des SSP. C'est face à la prolifération des produits pharmaceutiques sur le marché⁸²¹, et en tenant compte de l'expérience de certains pays comme le Pérou et le

⁸²⁰ Ibid., 10 p

⁸²¹ La fabrication industrielle des médicaments n'a pas plus de soixante ans. Avec l'apparition des sulfamides, en 1935, des antibiotiques, en 1944, des antituberculeux, en 1945, on a parlé de « révolution thérapeutique », de « médicaments miracle ». Ils ont permis de soigner des maladies autrefois mortelles et ont conféré dès cette époque à l'industrie pharmaceutique le prestige dont elle jouit aujourd'hui encore. A partir de 1950, avec l'apparition de produits chimiques de synthèse, la structure de la fabrication a été bouleversée. Cela a conduit à concentrer la production dans des usines conçues dès le début pour ce type de fabrication donnant naissance à l'industrie pharmaceutique que nous connaissons aujourd'hui. Entre 1950 et 1960, 3 800 nouveaux produits ont été introduits sur le marché américain par exemple, et entre 1960 et 1970, la cadence d'apparition de nouveaux produits sur le marché s'est accélérée. Dans de nombreux pays plus de 10 000 présentations sont en circulation,

Sri Lanka, que l'OMS s'est engagée à œuvrer pour une approche de « médicaments de base » ou « médicaments essentiels » afin d'améliorer l'accès des populations aux médicaments appropriés. Pour ce faire, un comité d'experts de l'OMS a été chargé en 1977, d'étudier la question suivante : combien de médicaments sont vraiment nécessaires pour répondre à la majorité des problèmes de santé ?

La première liste modèle de médicaments essentiels, publiée en 1977, par l'OMS, déclenche une grande polémique internationale dans le milieu de la santé. Indignation, surprise, hostilité de la part du corps médical et même résistance de la part de l'industrie pharmaceutique. Pour preuve, le Syndicat national de l'Industrie pharmaceutique française, par exemple, a réagi très vivement au moment de la publication de la liste de médicaments essentiels⁸²². Depuis, tant dans les pays développés que dans les pays en développement, plus personne de sérieux dans les milieux scientifiques ou académiques ne conteste le principe de la liste des médicaments essentiels recommandée par l'OMS.

Fondamentalement, le principe de sélection et de limitation de médicaments n'est ni une nouveauté, ni une caractéristique d'une médecine de « deuxième classe pour les pays sous-développés ». Bien avant l'officialisation de cette recommandation par l'OMS, cette mesure était pratiquée dans les pays développés par les hôpitaux les plus renommés des Etats-Unis, de Suède, des Pays-Bas, de Suisse. Les hôpitaux de ces pays travaillent avec des listes comprenant entre trois cents et cinq cents médicaments, et démontrent la rationalité économique et thérapeutique de cette mesure.

La liste modèle de l'OMS comporte deux cent vingt médicaments, vaccins, agents de diagnostic et solutions, classés en vingt-six catégories, et constitue bien entendu une liste indicative. En raison des grandes différences qui existent d'un pays à l'autre, la préparation d'une liste de médicaments uniformément et universellement applicable et acceptable n'est ni

dans certains autres ce chiffre peut même aller jusqu'à plus de 30 000 spécialités pharmaceutiques en circulation sur le marché. Il a été vérifié que pour les 700 différents produits pharmaceutiques existants, il y a plus de 100 000 noms de marque sur le marché mondial et certains médicaments, tels que les antibiotiques, les tranquillisants et les analgésiques, sont vendus sous 200 noms différents dans certains pays. Sur l'ensemble des nouveaux produits lancés sur le marché mondial entre 1975- 1985, 70% n'offraient aucun nouvel avantage thérapeutique, 22% étaient des modifications sur des produits déjà existants, la plupart appartenant à la catégorie des médicaments qui font double emploi, et seulement 6% constituaient de nouvelles entités chimiques avec un apport thérapeutique, voir Velasquez (G), « Origine et évolution du concept du médicament essentiel promu par l'OMS », Tiers-Monde 1991, t. 32, n°127, p. 673-680

⁸²² Dans une lettre adressée au journal Le Monde, paru le 3 janvier 1979, l'industrie pharmaceutique s'interrogeait de la façon suivante : « Au nom de quel principe un organisme, même international, peut-il conseiller de limiter les armes existantes pour lutter contre la maladie tout en sachant qu'une partie de la population sera privée de soins correspondant à ses besoins ? »

réaliste ni possible. En pratique, chaque pays a donc la responsabilité d'adapter la liste modèle de médicaments essentiels de l'OMS en fonction de sa situation économique et sociale et en fonction de ses politiques dans le domaine de la santé. Par conséquent, la liste OMS constitue un modèle à partir duquel les pays peuvent déterminer leurs propres priorités et procéder à un choix raisonnable.

L'année 1981 constitue un tournant dans la définition de cette politique de médicaments essentiels avec la création par l'OMS du Programme d'Action pour les Médicaments essentiels. Ce dernier a été conçu comme un programme opérationnel qui aiderait les pays à élaborer des politiques nationales en matière de médicaments. L'objectif du Programme d'Action pour les Médicaments essentiels est de collaborer avec les pays en vue d'assurer un approvisionnement régulier, au coût le plus bas possible, et l'utilisation rationnelle d'un nombre déterminé de médicaments et vaccins de qualité acceptable, sûrs et efficaces. Pour atteindre cet objectif, le Programme soutient les pays dans l'élaboration et l'établissement de politiques pharmaceutiques nationales basées sur le concept de médicaments essentiels et sur une politique de SSP. Et c'est en 1983 que ce Programme a commencé ses activités pour satisfaire aux besoins des pays demandeurs avec la collaboration du FISE, de l'industrie pharmaceutique et d'autres établissements tant publics que privés.

Les avantages de la sélection des médicaments et des programmes de médicaments essentiels dans les pays en voie de développement sont nombreux, à savoir : la réduction du nombre de produits devant être achetés, analysés, stockés et distribués ; l'amélioration des normes au niveau, de l'utilisation des médicaments, la gestion et la surveillance des médicaments ; l'amélioration au plan de l'information sur les médicaments et la formation ; et enfin, l'identification plus facile des réactions adverses dans les populations consommant peu de médicaments. En définitive, tous ces avantages doivent contribuer à faciliter la voie vers une meilleure thérapeutique. Après sa mise en œuvre, quels enseignements peut-on tirer de l'application de l'Initiative de Bamako ?

A l'analyse du chemin parcouru depuis sa mise en œuvre, le succès varie entre pays ; il n'y a donc pas eu de remède miracle. Par ailleurs, la stratégie du district sanitaire a aussi révélé certaines faiblesses et n'a pas nécessairement pu relever tous les défis propres aux contextes, à la rareté des ressources ou à certaines faiblesses structurelles des Etats.

L'Initiative de Bamako a constitué une des stratégies de nombreux pays pour la réalisation des objectifs du développement sanitaire dans les pays en difficultés. Elle a apporté au développement des systèmes de santé une contribution majeure, faisant œuvre de pionnier

en matière de décentralisation et de participation communautaire. Par exemple, à partir de 1994, elle a été appliquée dans trente-trois pays dont vingt-huit en Afrique subsaharienne. Mais avant tout, une des premières faiblesses de la politique de districts réside dans le désaccord autour de sa délimitation géographique. Dans le cadre de la mise en place des districts de santé, plusieurs critères ont été élaborés. Il s'agit des critères de démographie, de l'accessibilité géographique, de l'affinité socio-culturelle des populations, de la disponibilité des structures sanitaires existantes, de la potentialité économique de la zone donnée et de la conformité avec le découpage administratif. Citant l'exemple du Cameroun, Eric Gauvrit et Raphaël Okalla, affirment que c'est dans l'application de ces critères que des distorsions vont apparaître. Pour eux, ces distorsions :

Résulteront pour partie, de la pluralité des acteurs qui ont été amenés à intervenir pour élaborer et exécuter la carte sanitaire camerounaise, chaque acteur venant avec sa philosophie en matière de santé, ses méthodes, ses approches, ses attentes. Ce manque de coordination proviendra également de l'absence d'un canevas précis de la politique sanitaire nationale⁸²³.

Le bilan de l'exécution de l'IB analysé ci-après se fait à partir des exemples pris dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique subsaharienne plus généralement. Et après plusieurs années d'expériences dans la pratique de l'IB, les motifs de satisfaction sont à nuancer. Cette synthèse porte sur les changements attendus dans l'application des SSP, notamment sur la couverture sanitaire, le financement et l'autofinancement du système de santé, l'équité et la décentralisation du fonctionnement du système dans son ensemble.

L'amélioration relative de la couverture sanitaire et des soins

Des expériences conduites dans les pays montrent que le recours aux services de santé augmente une fois que la qualité des soins s'améliore. Le succès le plus évident a été l'amélioration dans l'accès aux services de santé qui a conséquemment permis d'augmenter la couverture vaccinale. En Guinée, au cours de l'année 1994, sept ans après le lancement de l'IB, grâce à la participation communautaire, à la gestion et au financement, le nombre de centres de santé a été multiplié, atteignant deux-cent-quatre-vingt-quinze pour assurer une couverture des services d'environ 80% de la population, (et trois cent cinquante devant être

⁸²³ Gauvrit(E), Okalla (R), « La difficile mise en place des districts sanitaires urbains », *Bulletin de l'APAD*, n° 21, 2001 : Disponible sur <http://apad.revues.org/186>

opérationnels en 1995) avec une couverture vaccinale dans les zones touchées par l'Initiative de Bamako⁸²⁴.

S'agissant de la Mauritanie, outre la revitalisation des centres de santé et des postes médicaux déjà existants, l'IB a servi à financer l'extension d'Unités de santé de base délivrant leurs soins à des villages jusque-là hors d'atteinte des services de santé. L'Unité de santé de base (USB), élément le plus périphérique de la pyramide du système de santé, est constitué d'un agent de santé villageois et d'un comité de santé assurant les opérations de SSP et la mobilisation de la population. Les résultats obtenus, entre 1987 et 1991, de dix-neuf USB révèlent que le recours aux services de santé ont augmenté dans une proportion de 19%, pour les villages sans USB, et de 51%, dans le cas de villages disposant d'une USB, et jusqu'à 59%, dans le cas d'Unités employant des agents de santé féminins⁸²⁵.

Par ailleurs, avec la revitalisation des services de santé, un autre pays a vu ses prestations sanitaires s'améliorer : il s'agit du Bénin qui a nettement étendu la couverture vaccinale des nourrissons, passant de 16% en 1985 à 70% en 1992. La couverture des soins prénatals a augmenté elle aussi, passant de 30% en 1989 à 75% en 1993.

La politique nationale de santé du Bénin repose entièrement sur l'Initiative de Bamako et en 1994, trois-cent-soixante-six centres de santé fonctionnent selon ses principes, couvrant ainsi 90% des besoins du pays⁸²⁶. Mais le tableau presque reluisant de cette couverture sanitaire traîne une part d'ombre. Les inégalités de santé et d'accès aux soins demeurent toutefois encore considérables dans la région. Certains sont exclus des soins de manière permanente. D'autres, plus nombreux, sont en marge de façon temporaire, leurs capacités de payer, de se déplacer ou encore de se libérer pour aller se soigner ou soigner une personne à charge, variant au gré des saisons et du rythme d'activité. On observe que le fardeau de la santé tend à s'accroître avec la pauvreté et que la maladie est une des sources d'appauvrissement des ménages démunis.

Aussi, ces derniers sont plus fréquemment exposés à des soins ou des traitements de mauvaise qualité et à des pratiques non éthiques, notamment de surfacturation. L'Afrique de l'Ouest est incontestablement la région où les transformations des systèmes de soins inspirées de l'Initiative de Bamako (IB) ont été les plus rapides et les plus profondes. Ces réformes ont mis l'accent sur l'amélioration de l'efficacité, essentiellement allocative et secondairement

⁸²⁴ Koukpo (R), Op. Cit., p. 34

⁸²⁵ Ibid., p. 34

⁸²⁶ Ibid., p. 34-35

technique, et bien qu'elles comportent une dimension importante de décentralisation. Les bénéfices de l'IB s'observent aussi dans la disponibilité des ressources financières à des fins d'investissement dans le secteur.

La mobilisation des fonds pour le secteur de la santé

Dans les régions qui appliquent les principes de l'Initiative de Bamako, les médicaments de qualité et à prix abordable ont été rendus accessibles au plus grand nombre. Les services de santé gérés par les communautés ont réussi à mobiliser suffisamment de ressources pour couvrir dans leur totalité les coûts des médicaments essentiels et pallier partiellement les petites dépenses locales. Beaucoup ont pu recouvrir en totalité leur frais de fonctionnement locaux, et même faire des économies, qu'ils réinvestissent dans des actions de santé communautaires ou qu'ils mettent de côté pour l'avenir. Généralement, les communautés réinvestissent leurs revenus dans l'achat de médicaments, dans l'entretien des équipements et des infrastructures de santé et pour certaines, dans la distribution des primes de motivation aux agents de santé.

Au Bénin, plus de 80% des centres de santé sont capables de recouvrir les coûts opérationnels de leurs actions et réussissent à mettre en réserve approximativement 10% de leurs ressources pour un usage ultérieur. En Guinée et au Bénin, les communautés utilisent leur épargne pour acheter des cyclomoteurs dont se servent les agents de santé pour faire les tournées mensuelles de soins dans les zones isolées⁸²⁷.

En confrontant les objectifs des politiques publiques aux évolutions constatées ces dernières années, on est tenté de dresser un bilan contrasté de cette Initiative. Les financements dans le cadre de l'IB ont permis un rattrapage des pays les moins avancés en terme sanitaire. Ce rattrapage s'est effectué en termes de couverture vaccinale, d'accès aux médicaments, de réduction des disparités entre milieu rural et urbain et activités de soins. Les indicateurs de qualité (indicateurs d'accueil et de comportement, indicateurs de ressources, indicateurs techniques) se sont améliorés, même si beaucoup reste à faire. Les expériences positives semblent surtout concerner les centres de soins curatifs et préventifs associatifs privés, mis en place par la société civile. On y constate une augmentation du nombre de consultations, un professionnalisme accru, une meilleure qualité de soins et des prix qui ne sont pourtant pas plus élevés que dans les formations publiques.

⁸²⁷ Koukpo (R), Op. Cit., p. 36

Cependant, la plupart de problèmes ne sont pas résolus. En ce qui concerne les structures de santé, celles-ci bénéficient d'un budget autogéré par la communauté avec recouvrement des coûts. Mais, la seule rentrée d'argent est souvent constituée par la vente de médicaments dont le produit sert d'abord à reconstituer le stock, puis à rémunérer pharmaciens, gestionnaires, infirmiers et autres jusqu'à ce que le stock ne soit finalement plus renouvelé. En outre, la marge sur les médicaments est devenue de plus en plus élevée et nombreux sont les pays qui ont étendu le recouvrement des coûts à tous les services, y compris les services préventifs. Mais, comme les taux de fréquentation des centres ne s'améliorent pas et les charges s'accroissent, les taux de recouvrement baissent. De nombreux centres deviennent alors déficitaires et le système financier mis en place est appelé à s'effondrer lorsque les pharmacies privées disposeront de stocks de médicaments génériques.

Enfin, en ce qui concerne le statut de ces structures, les situations sont très diverses selon les pays. Du côté des populations, le principe de recouvrement des coûts a entraîné l'exclusion du système de soins les plus défavorisés, ce qui pose le problème de l'accès de tous aux services de base et aux services hospitaliers spécialisés. L'IB n'est donc pas une panacée pour résoudre tous les problèmes inhérents aux systèmes de santé et cette politique a été inefficace à certains égards.

L'Initiative de Bamako n'a pas été la panacée attendue : pourquoi ?

En revanche, les objectifs des politiques de santé, financement équitable et réactivité ont tous une valeur intrinsèque. Le fait de progresser dans la réalisation d'un objectif ou d'une combinaison d'objectifs sans régresser dans la réalisation d'un autre objectif représente une amélioration. Un bon système de santé est, avant tout, celui qui contribue à instaurer un bon niveau de santé. Toutefois, il ne suffit pas toujours de maintenir ou d'améliorer le niveau moyen de santé d'une population si, dans le même temps, les inégalités s'aggravent ou demeurent importantes parce que les progrès obtenus profitent surtout à des personnes déjà en bonne santé. Le système de santé a aussi pour mission d'essayer d'atténuer les inégalités en améliorant préférentiellement la santé des moins bien portants, lorsque la situation est justiciable d'une intervention.

L'objectif de la bonne santé est en fait double et se décompose comme suit : la qualité, qui est le meilleur niveau moyen réalisable, et l'équité, qui est la plus faible différence possible entre individus et entre groupes. Tout progrès réalisé dans l'une ou l'autre

de ces directions, exclusivement, constitue une amélioration, mais risque de créer un conflit entre les deux exigences. L'équité suppose que le système satisfait tout le monde et qu'il n'existe pas de discriminations ni de différences dans le traitement accordé à chacun.

Dans son ouvrage consacré à l'Initiative de Bamako après 15 ans de mise en œuvre⁸²⁸, Valery Ridde estime que dans l'analyse des effets de l'IB, l'équité peut s'entendre sous l'angle de l'utilisation des services ou sous celui des modes de financements. Ces deux concepts semblent indissociables tant le second est bien souvent un déterminant du premier. La définition de l'équité proposée n'est pas appliquée à celle concernant l'état de santé des populations, mais plutôt au système de santé. Concernant l'utilisation des services, l'accès aux services de santé doit exclusivement se fonder sur les besoins des individus et non sur des considérations ethniques, économiques, politiques ou sociales. Les déterminants de l'utilisation sont nombreux (géographique, culturel...) et les capacités économiques des ménages ne sont pas les seuls facteurs influençant l'accès aux soins. Les coûts d'opportunité et les coûts indirects sont parfois prépondérants. Mais, il n'en demeure pas moins que le paiement des soins constitue une barrière à l'accès aux soins. L'équité d'accès aux soins est un corollaire de l'équité du financement des services. Autrement dit, sans un financement équitable, l'iniquité dans la fréquentation des centres de santé va perdurer.

L'équité dans la fréquentation des centres de santé est loin d'être atteinte

Le rapport d'une étude de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) réalisée au Bénin⁸²⁹, couplé aux effets de l'Initiative de Bamako, dans l'optique d'une amélioration de la situation sanitaire des pays, ont souligné la nécessité pour les Etats d'opérer une décentralisation des systèmes de santé. Une décentralisation à la fois dans la gestion que dans le financement des structures de santé. Tous les pays de la zone subsaharienne qui ont intégré les recommandations de l'IB dans leur politique nationale de santé, ont mis en œuvre la politique de décentralisation.

La décentralisation a été une des idées forces qui ont sous-tendu les réformes des systèmes de santé menées dans les années 90. Dans un certain nombre de pays, la tendance est à déléguer la gestion du système et progressivement son financement, à des collectivités

⁸²⁸ Ridde (V), Op. Cit., 40 p

⁸²⁹ Ce rapport est un document cité par Koukpo Rachel dans son étude consacrée à la santé publique dans la CEDEAO, voir Koukpo (R), Op. Cit., p. 39

locales. Dans d'autres, il ne s'agit pas de décentralisation politique au sens strict, mais de délégations de responsabilités à des acteurs locaux. Dans tous les cas, ces initiatives de décentralisation ou de délégation sont vues comme des leviers pour améliorer l'efficacité et la réactivité du système, mieux adapter les réponses aux besoins en rapprochant les décisions des populations et favoriser l'implication et la participation citoyenne.

En droit public, on oppose décentralisation et déconcentration. En sciences sociales, la décentralisation a une définition plus large, qui renvoie à l'idée d'un accroissement de responsabilités et de l'autonomie d'acteurs périphériques par rapport au niveau central. Une typologie établie, en 1983, par la Banque mondiale et largement référencée ensuite distingue ainsi quatre formes de décentralisation : la décentralisation, la délégation, la dévolution et la privatisation⁸³⁰.

La décentralisation du secteur de la santé est devenue intéressante aux yeux de beaucoup de gens parce qu'elle offre plusieurs avantages théoriques. Ces avantages potentiels se mesurent au moyen : d'un service médical plus rationnel, plus unifié et qui satisfait les préférences locales ; d'une meilleure exécution des programmes de santé ; d'une diminution des services inutiles grâce à une définition plus précise des populations ciblées ; de la réduction d'inégalités entre régions rurales et urbaines ; de la maîtrise des coûts en adoptant des programmes rationalisés ; d'une participation (financière...) plus accrue des communautés locales ; d'une plus grande intégration des activités d'agences publiques et privées ; d'une meilleure coordination intersectorielle, surtout dans les activités de développement d'administration locale et de développement rural⁸³¹. Un regard sur les systèmes de santé dans les différents pays de la zone de l'Afrique subsaharienne laisse apparaître que la décentralisation, sans prendre des formes variées selon les pays, a suivi une même organisation mais, avec des niveaux d'engagement différents.

Ainsi, sur le plan organisationnel, la décentralisation a donné lieu à la mise en place d'un système de santé pyramidale, l'Etat central conférant aux autorités décentralisées que sont les départements, les communes, des parcelles de pouvoirs. Cette réorganisation du pouvoir et cette répartition de la responsabilité entre l'Etat central ont fait leurs preuves dans la mesure où ce modèle rendait les entités créées responsables de la politique générale de santé et des collectivités locales. Si, cette organisation contribuait de manière significative à

⁸³⁰ Koukpo (R), Op. Cit., p. 39

⁸³¹ Ibid., p. 39

instaurer la confiance des communautés locales et à les former à la gestion, en revanche, elle donnait naissance ou aggravait les problèmes d'inégalité et d'équité dans l'accès aux soins.

Dans une étude publiée au bulletin d'information Santé publique en 2004⁸³², la question de l'accès aux soins des plus démunis a été analysée, par Ridde et Girard, au niveau de quatre variables liés au recouvrement des coûts : l'aspect abordable des services, leur disponibilité, leur accessibilité et l'utilisation des services comme résultats du recouvrement des coûts. Cette étude met l'accent sur le fait que la communauté scientifique en santé publique a réagi de façon très critique à l'égard de l'Initiative de Bamako et a soulevé d'importantes préoccupations concernant divers enjeux, au nombre desquels : l'équité d'accès aux soins de santé ; les problèmes d'intégration, de gestion et de logistique sur les programmes existants ; l'importance accordée aux médicaments comme moyen de mobilisation en santé communautaire ; la pérennité des initiatives à l'échelon local avec la participation communautaire et les compressions importantes effectuées par les gouvernements dans les services publics. En faisant la synthèse des résultats obtenus dans deux pays - Mali et Ouganda -, c'est toute la question relative à la prise en considération des personnes les plus démunies qui est abordée face à la mise en place des processus de réforme socio-sanitaire en Afrique subsaharienne et dans le monde en développement.

La problématique de la décentralisation et l'équité du financement de la santé

Le financement de la santé dans les pays en développement a connu de notables évolutions au cours des 25 dernières années. Au début des années 1960, la préoccupation du financement de la santé était quasiment absente des grandes stratégies de santé mises en œuvre par des programmes verticaux. Avec l'Initiative de Bamako au milieu des années 1980, le financement est apparu au-devant de la scène, mais selon une vision différente : les usagers doivent contribuer au fonctionnement des services de santé, entre autres, pour pallier les insuffisances budgétaires du secteur. Et puis, dans la seconde moitié des années 1990, la participation financière des usagers s'inscrit dans un paradigme beaucoup plus large, celui du financement de la santé conçu comme un ensemble dont on souhaite intégrer les différentes composantes. Cette évolution résulte de facteurs majeurs comme ceux liés aux enjeux de la

⁸³² Ridde(V), Girard (J-E), « Douze ans après l'Initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains », Santé Publique, 2004, n°1, vol. 16, p. 37-51

lutte contre le sida et de la réduction de la pauvreté, mais aussi d'une évolution institutionnelle avec la décentralisation, les initiatives du tiers payants et l'augmentation du nombre de professionnels de santé.

Aujourd'hui, le financement est une composante majeure des politiques de santé autour de laquelle s'est établi un consensus : consensus sur la faiblesse globale du financement de la santé, la nécessaire participation des usagers mais aussi la subvention (biens publics), l'importance de la protection des personnes, la recherche d'une meilleure équité et d'une plus grande efficacité. La fonction de financement joue un rôle majeur pour la régulation du système par la prise en compte des effets potentiellement exercés sur l'offre et la demande de soins. Malgré des différences notoires, notamment sur la couverture maladie et l'offre de soins modernes, avec les pays développés, les pays à faible revenu se sont aussi engagés dans la troisième vague de la réforme des systèmes de santé. L'efficacité, le rôle du secteur privé, la place faite aux incitations, les politiques contractuelles, les mécanismes de marché, le rôle des institutions et de la gouvernance en sont des caractéristiques majeures.

En confrontant ces objectifs aux évolutions constatées ces dix dernières années, on peut dresser un bilan contrasté de cette politique. Les financements dans le cadre de l'Initiative de Bamako ont permis un rattrapage des pays les moins avancés en terme sanitaire. Ce rattrapage s'est effectué dans le cadre de la couverture vaccinale, de l'accès aux médicaments, de la réduction des disparités entre milieu rural et urbain et des activités de soins. Les indicateurs de qualité, à savoir indicateurs d'accueil et de comportement, indicateurs de ressources, indicateurs techniques se sont améliorés, même si beaucoup reste à faire. Les expériences positives semblent surtout concerner les centres de soins curatifs et préventifs associatifs privés, mis en place par la société civile. En conséquence, on y constate une augmentation du nombre de consultations, un professionnalisme accru, une meilleure qualité de soins et des prix qui ne sont pourtant pas plus élevés que dans les formations publiques.

Du côté des populations, le principe de recouvrement des coûts a un revers : il a entraîné l'exclusion du système de soins les plus défavorisés ; ce qui pose le problème de l'accès de tous aux services de base et aux services hospitaliers spécialisés, donc de l'équité. On constate ainsi que, plus un pays est pauvre, plus ses habitants sont obligés de payer eux-mêmes les soins de santé. En outre, l'amélioration de la qualité des services de santé, qui doit aller de pair avec le principe du paiement de ces services, n'est pas toujours au rendez-vous.

Les pays africains connaissent encore de nombreuses difficultés à concilier pour atteindre les objectifs d'efficacité, d'efficience, d'équité et de pérennité, afin d'améliorer les indicateurs de résultats en matière de mortalité et morbidité. En outre, la tarification des services, même avec la mise en place d'une grille de tarifs prenant en compte certaines priorités socio-sanitaires, reste particulièrement discriminante. Aussi, une partie des usagers évite-t-elle encore les services de santé communautaires dont la fréquentation reste limitée et, rien n'indique une amélioration notable de l'état de santé des populations. À cet égard, les obstacles économiques et financiers et les dysfonctionnements dans les formations sanitaires semblent plus importants que les obstacles culturels.

Ainsi, face à ces difficultés, le besoin d'un second souffle se fait sentir dans la plupart des pays. La situation des structures sanitaires revitalisées reste très fragile et celle-ci ne peut s'améliorer durablement que si les bailleurs de fonds maintiennent leur appui et sécurisent les systèmes en place tant du point de vue financier que de celui de la confiance des populations. Pour y parvenir, les décideurs cherchent à introduire des modes de financement alternatifs au paiement direct des soins par les usagers. Au final, les principaux objectifs restent la solvabilité de la demande, l'accroissement ou la stabilisation des ressources disponibles pour le secteur santé, l'amélioration de la qualité des soins et la recherche d'une plus grande équité dans l'accès aux soins. Pour l'instant, ces objectifs se font encore attendre pour partie.

L'initiative de Bamako (IB) est en soi, une innovation pour les différents acteurs des systèmes de santé. Cependant, les changements annoncés lors de ces conférences internationales n'ont pas été concrètement mis en œuvre par les États selon toutes les composantes initialement fixées. L'implantation de cette politique publique de santé, d'origine essentiellement exogène, n'a pas non plus produit tous les effets escomptés. Cette politique constitue une stratégie visant à améliorer durablement la situation sanitaire des pays en voie de développement, notamment par une meilleure diffusion, auprès des groupes sociaux les moins favorisés, des médicaments dit essentiels. Elle repose sur l'idée qu'il convient de mettre en place des circuits de distribution viables, impliquant les populations concernées tant sur le plan de la gestion que sur celui du financement.

L'Initiative de Bamako vise essentiellement, au travers d'une décentralisation effective des prises de décisions, au niveau des districts sanitaires, à renforcer les mécanismes de gestion et de financement des activités des SSP, à promouvoir la participation

communautaire et renforcer les capacités de gestion locale des activités de santé par les communautés elles-mêmes, renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation rationnelle des médicaments, et assurer les sources de financement permanentes. En définitive, les SSP et l'Initiative de Bamako constituent des programmes de santé élaborés dans les instances internationales et leur application dans les pays en voie de développement n'a pas été aisée. Comment cette situation se présente-t-elle dans le cas spécifique de la Côte d'Ivoire, un pays en voie de développement en quête de solutions pour faire aux difficultés de son système de santé ?

III. Les Soins de Santé Primaires et l'Initiative de Bamako : quelles réponses institutionnelles et quelles applications dans le système de santé ivoirien ?

Lancée en 1978, la stratégie des SSP entre vigueur en Côte d'Ivoire dès les premières années de la décennie 80. A la vérité, en lieu et place d'une décision formelle de lancement effectif, l'on a eu droit à des expériences tentées ici et là dont l'objectif, on s'en doute, est de mieux cerner les contours de cette stratégie, à travers des expériences concrètes et vécues, qui repose sur les réalités propres à chaque pays. Ainsi que le reconnaît, l'auteur d'un mémoire consacré aux SSP en Côte d'Ivoire, en 1986 :

Voilà bientôt neuf ans que ladite conférence s'est tenue avec toutes les résolutions que nous avons, neuf années pendant lesquelles tous les pays sont supposés avoir mis en œuvre ce système de santé... La réalité est tout autre pourtant. Dans notre pays (Côte d'Ivoire), pour ne prendre que cet exemple, il y a eu un peu partout des ébauches d'expériences⁸³³.

Dans leur conception, ces expériences doivent servir à définir une stratégie nationale des SSP. Les difficultés résultant de l'application des SSP ont amené les organisations internationales, l'OMS, en tête, à proposer une stratégie de correction, à savoir l'Initiative de Bamako, en 1978. Comment se déclinent ces deux politiques de santé dans le contexte ivoirien ?

⁸³³ Aka (B-T), *Les Soins de santé primaires en Côte d'Ivoire : approches des difficultés de la mise en place*, Mémoire de fin de stage, Rennes, Ecole Nationale de santé publique de Rennes, 1986, 35 p+ 39 p (annexes)

Pour les autorités ivoiriennes dont l'objectif est de garantir le bonheur des populations par l'accès de tous aux soins de santé, il convient de combler le fossé entre "nantis" et "démunis». Cela passe par à une distribution plus équitable des ressources sanitaires afin d'amener tous les habitants du pays à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. C'est pourquoi, la Côte d'Ivoire a souscrit à la nouvelle politique de développement sanitaire et a approuvé l'approche des SSP comme étant la clé de voute pour atteindre l'objectif de la santé pour tous à l'an 2000. Ce choix a été confirmé par la ratification de la Charte de Développement Sanitaire pour la Région africaine d'ici à l'an 2000, par le Président de la République, Houphouët Boigny, le 19 janvier 1981⁸³⁴. Cet engagement politique s'est aussi concrétisé en Conseil des Ministres, en mai 1981, par la création d'un Comité national des SSP⁸³⁵. Cette Charte marque le point de départ de la concrétisation des SSP sur le continent.

L'application des SSP dans le système de santé en Côte d'Ivoire : une volonté politique à l'épreuve de la réalité du terrain.

Dans la Charte de Développement Sanitaire de la Région Africaine⁸³⁶ d'ici à l'an 2000, adoptée à Maputo le 24 septembre 1979, les Etats membres de la Région Africaine de l'OMS ont réaffirmé solennellement leur détermination de faire accéder tous les peuples de la

⁸³⁴République de Côte d'Ivoire, ministère de la santé Publique, INSP, Commission des soins de santé primaires (SSP) en vue de l'objectif de santé pour tous d'ici à l'an 2000, Abidjan, INSP, 1984, p. 2

⁸³⁵ Ce comité qui comprend 16 ministères ayant déjà participé au séminaire sur les SSP de novembre 1982 doit promouvoir la mise en place des SSP sur l'ensemble du territoire national.

⁸³⁶ Les objectifs de la Charte du développement sanitaire de la Région africaine d'ici à l'an 2000, adoptée le 24 septembre 1979 à Maputo, sont : œuvrer pour atteindre les objectifs sanitaires de la Constitution de l'OMS et de la Charte de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) ; utiliser le développement sanitaire comme un outil pour satisfaire les besoins fondamentaux des collectivités des pays de la Région ; participer activement à la mise en place d'un nouvel ordre économique international pour plus de justice sociale, source de paix entre les peuples et de santé pour l'homme ; promouvoir un développement sanitaire harmonieux et intégrer dans tous les pays de la Région pour réduire les écarts dans le domaine de la santé entre les zones rurales et les zones urbaines, entre les riches et les pauvres, en vue d'une plus grande justice sociale ; obtenir l'élimination de l'apartheid et de toutes les formes de discrimination entre les hommes pour permettre un véritable développement socio-sanitaire juste et durable ; assurer l'efficacité de l'action sanitaire en Afrique en renforçant la solidarité régionale par la coopération technique entre pays, et en faisant coïncider la délimitation géographique de la Région africaine de l'OMS avec celle de l'OUA, conformément aux décisions des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA ; participer à la lutte contre l'exode rural et l'aggravation de la paupérisation des populations ; mettre en place des mécanismes nationaux et régionaux assurant la participation active des collectivités à la définition de leurs problèmes, à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions de développement sanitaire qui les concernent, voir Aka (B-T), *Les Soins de santé primaires en Côte d'Ivoire : approches des difficultés de la mise en place*, Mémoire de fin de stage, Rennes, Ecole Nationale de santé publique de Rennes, 1986, 35 p+ 39 p(annexes)

Région d'ici à l'an 2000, à un niveau de santé qui leur permette de mener une socialement et économiquement productive⁸³⁷. De ce point de vue, la Charte⁸³⁸ doit servir de cadre à la formulation et à la mise en œuvre des stratégies susceptibles de conduire les peuples africains à l'objectif social de la santé pour tous à l'an 2000⁸³⁹.

L'appropriation par les autorités ivoiriennes de la SSP repose certes, sur une volonté politique affichée. Mais, elle seule ne saurait suffire à faciliter la mise en œuvre. On doit compter aussi avec l'action directe et pratique de tous les membres de la communauté. Cette action s'appuie sur des systèmes ou organismes officiels sectoriels ou intersectoriels.

Plusieurs facteurs ont milité en faveur de l'acceptation par le Gouvernement ivoirien de la stratégie des SSP. Ainsi, à l'occasion d'un séminaire organisé, en novembre 1982, à l'INSP sur les SSP et la réunion régionale de Bamako en 1983⁸⁴⁰, les participants ont identifié les facteurs endogènes et exogènes favorables à la mise en œuvre des SSP⁸⁴¹.

Au plan local, il y a d'abord et avant tout l'engagement politique des pouvoirs publics: le préalable à toute application effective des SSP est une volonté politique affirmée. Comme souligné plus haut, cette volonté s'est traduite en Côte d'Ivoire par la ratification de la Charte du Développement Sanitaire de la Région africaine d'ici l'an 2000, par le président de la République d'une part et, d'autre part, par les différentes déclarations du ministre de la santé publique et de la population. Cet engagement politique à tous les niveaux de décision se nourrit des choix politiques du Président de la République. Ces choix politiques représentent, de ce point de vue, des atouts politiques spécifiques à la Côte d'Ivoire, et son Président en a fait une ligne de conduite : c'est « la politique du dialogue » instauré dans le cadre d'un parti unique – le Parti Démocratique de Côte d'Ivoire-Rassemblement Démocratique Africain (PDCI-RDA) - structuré et très ramifié jusqu'aux quartiers et villages. Les représentants du parti dans les contrées les plus reculées vont assurer le contact permanent avec la base, les

⁸³⁷ Ibid., p. 2

⁸³⁸ C'est lors de la 29^e session du Comité Régional de l'OMS, tenue à Maputo, du 19 au 26 septembre 1979, que la Charte de développement sanitaire de la Région africaine a été adoptée, voir République de Côte d'Ivoire, ministère de la santé Publique, INSP, Op. Cit., 1984, p. 2 (annexes)

⁸³⁹ Aka (B-T), Op. Cit., 1986, 35 p+ 39 p (annexes)

⁸⁴⁰ On dispose de peu d'informations sur cette réunion de Bamako cité par le document exploité et cité en référence. Cependant, on pourrait supposer qu'il s'agit d'une rencontre sur l'avenir de la politique de santé dans la région. A ce propos, il utile de préciser que le Mali a été un des laboratoires d'évaluation des coûts de la santé et de leur financement dans les débats relatifs à la politique de santé dans toute sa dimension.

⁸⁴¹ République de Côte d'Ivoire, ministère de la santé Publique, INSP, Op. Cit., 1984, p. 8

populations rurales, premières bénéficiaires des SSP. En plus, il existe d'autres mouvements associatifs ou syndicaux également bien structurés et dont l'apport ne peut être négligé, comme l'Association des femmes Ivoiriennes (AFI), les Syndicats des travailleurs, les mouvements de jeunesse et la Jeune Chambre Economique, pour ne citer que ces exemples.

Des facteurs institutionnels sont également déterminants dans cette prise de décision. C'est l'existence de Ministères techniques (Santé, Industrie et Plan) chargés d'élaborer et d'appliquer la politique sanitaire. Toute politique sanitaire, y compris celle basée sur les SSP, doit faire l'objet d'une planification. Le pays est ainsi doté, par le biais du Ministère du Plan et de l'Industrie, d'une Direction de la planification et de la programmation sanitaire ainsi que d'une cellule de planification santé⁸⁴². En pratique, le ministre de la Santé peut s'appuyer sur un organe créé dans le cadre de la promotion des SSP : la Commission nationale des SSP, structure interministérielle qui traduit le caractère intersectoriel et pluridisciplinaire des SSP. Cette Commission est chapeautée par un coordonnateur national et deux coordonnateurs régionaux : l'un pour le Sud du pays et l'autre, pour la partie Nord.

Aux côtés des Ministères se trouvent des organismes de recherche tournés vers la santé et la médecine. On en veut pour preuve l'existence de nombreux organismes et Instituts dont le soutien technique est important dans la phase de conception et d'application des SSP. Ce sont l'Institut national de santé publique (INSP) susceptible de devenir un centre de référence OMS (Epidémiologie, Nutrition, Santé Mentale...) et de servir de support à un Centre National de Surveillance Epidémiologique. Il y a aussi l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire, l'Institut d'Hygiène, l'Institut de Cardiologie. Des organismes de recherche fondamentale et appliquée comme l'Organisme de Recherche et des Sciences et Techniques d'Outre-Mer (ORSTOM), l'Institut de Recherche sur la Trypanosomiase et l'Onchocercose (IRTO), le Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire (CEMV), l'Institut de la lèpre. Des structures de formations universitaires comme les facultés de médecine, de pharmacie, des Sciences et de Sociologie, l'Institut de Floristique et l'Institut africain de développement économique et social (INADES) mais aussi, l'Office de sécurité routière (OSER). A tout ceci, s'ajoutent des recherches menées dans les domaines agro-alimentaires et des plantes médicinales.

⁸⁴² République de Côte d'Ivoire, ministère de la santé Publique, INSP, Op. Cit., 1984, p. 10

L'existence de nombreuses infrastructures sanitaires et les actions de santé publique entreprises vont également apporter leur concours : à titre d'exemple, la Côte d'Ivoire dispose d'un important réseau de formations sanitaires. On compte plusieurs dispensaires urbains, au nombre de vingt-sept, treize maternités, des hôpitaux de 2^{ème} catégorie, cinquante-quatre hôpitaux ruraux⁸⁴³ et un réseau dense et relativement bien structuré de centres de santé et de maternités rurales, confiées à vingt-six Bases de secteurs de santé rurale, réparties sur l'ensemble du pays. Les huit directeurs régionaux de santé dont dépendent les Bases de secteur de santé rural, sont chargés de coordonner et d'animer toutes les actions du Ministère dans leurs régions. Ces derniers peuvent s'appuyer, à leur tour, sur le corps médical et paramédical chargé de l'application effective des décisions et des actions de santé à mener sur le terrain. D'ailleurs, le Ministère n'a pas attendu le lancement des SSP pour entreprendre des actions à caractère médico-social, en particulier, en faveur des enfants abandonnés, des handicapés et des aveugles, pour respecter la prise en compte des populations les plus démunies.

Autres atouts importants facilitant la mise en œuvre des SSP, les facteurs socio-économique et culturel. Les expériences des SSP pourraient s'appuyer sur un système économique qui a fait globalement ses preuves, à travers la production, la commercialisation, la distribution, le contrôle et la stabilisation. Dans ce secteur, les Groupements à Vocation Coopérative (GVC), organisés par le ministère de l'Agriculture, ainsi que la campagne sur l'autosuffisance alimentaire et l'intensification des cultures vivrières, peuvent participer à la mobilisation des populations.

A ces avantages cités plus haut, s'ajoutent des éléments socio-culturels qui sont à prendre en compte : l'animation et la responsabilisation des populations et des collectivités peuvent s'inspirer des activités programmées et réalisées par certains ministères comme ceux de la Santé, du Développement rural, des Affaires sociales, de la Jeunesse et des Sports, de l'Education Nationale, de l'Information. Ces ministères possèdent une solide implantation en milieu rural et péri-urbain pour encadrer les populations.

Enfin, il faut mettre à l'actif des autorités ivoiriennes des programmes socio-sanitaires réalisés en direction des populations rurales. A ce propos, la Côte d'Ivoire possède une certaine avance en matière de réalisations socio-sanitaires telles que les programmes

⁸⁴³ Aka (B-T), Op. Cit., p. 20

d'hydraulique villageoise, d'assainissement en milieu rural, de lutte contre les endémies dominantes, de programme Elargi des Vaccinations, de développement de la protection maternelle et Infantile. Pour terminer sur cette question de l'engagement de tous les acteurs du secteur de la santé, il faut mentionner les Etats généraux de la santé réunis à Yamoussoukro, du 27 février au 3 mars 1984, qui ont permis d'affiner la réflexion sur le problème des SSP.

A cet environnement local favorable, à tout point de vue, s'ajoutent des facteurs exogènes marqués, principalement par l'aide extérieure et des leçons tirées des expériences des projets de SSP. Ici, la Côte d'Ivoire peut tirer profit des expériences des SSP conduites ailleurs dans des pays comme la Chine, comme ceux de l'Afrique de l'Est et surtout au Niger qui est exemple intéressant par sa proximité géographique avec la Côte d'Ivoire. Ces expériences peuvent permettre, après analyses des réussites et des échecs, de déterminer la politique de santé conforme à ses besoins. Tout ceci serait vain, sans l'assistance technique et matérielle d'organismes divers comme l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale⁸⁴⁴.

Pour mieux répondre à cette nouvelle politique, la Côte d'Ivoire a réorganisé son système de santé avec pour objectif de décentraliser les services de santé. Le système de santé va se développer davantage vers les populations rurales avec de nouvelles formes d'organisation qui vont favoriser l'émergence de services de santé de base. A chaque échelon de la population ivoirienne correspond une structure sanitaire. Des exemples de projets de réalisation de SSP ont été menés, depuis 1981, par des acteurs non étatiques qui relèvent du secteur privé⁸⁴⁵, mais aussi par le secteur public⁸⁴⁶, par le canal des Bases de secteur de santé rurale. Ces projets marquent le point de départ de la mise en place des SSP, qui se fait progressivement sur l'étendue du territoire. Cette stratégie repose sur la promotion des comités de santé villageois dont les actions portent sur l'éducation sanitaire, le développement

⁸⁴⁴ République de Côte d'Ivoire, ministère de la santé Publique, INSP, Op. Cit., p. 10

⁸⁴⁵ Concrètement, à Man, on note que l'animation rurale dans la ville de Biankouma a été assurée par des religieuses. Ces activités ont concerné la santé et l'agriculture. Dans le domaine de la santé, les actions ont porté sur la création des comités villageois de santé, la mise en place des caisses à pharmacie villageoise avec quelques trousseaux d'accouchement pour matrone, les activités de PMI, la formation des matrones et la construction de douches et de latrines, voir Aka (B-T), *Les Soins de santé primaires en Côte d'Ivoire* : approches des difficultés de la mise en place, Mémoire de fin de stage, Rennes, Ecole Nationale de santé publique de Rennes, 1986, p. 23.

⁸⁴⁶ Dans le secteur public, on peut citer l'exemple du Secteur de santé rural de Boundiali : dans ce secteur, il s'agit de mettre en place, depuis 1981, des caisses à pharmacie scolaire, mais aussi de s'appuyer sur des élèves du secondaire pour en faire des agents d'information des villageois pour l'éducation pour la santé et l'application de la méthode de réhydratation par voie orale en cas de diarrhée, voir Aka (B-T), *Les Soins de santé primaires en Côte d'Ivoire* : approches des difficultés de la mise en place, Mémoire de fin de stage, Rennes, Ecole Nationale de santé publique de Rennes, 1986, p. 24

des activités de protection maternelle et infantile, le programme élargi de vaccination, la diffusion des techniques de solution de réhydratation orale.

A la vérité, les SSP sont une composante du système sanitaire national qui peut s'articuler autour de trois niveaux : au premier niveau se trouvent les SSP qui produisent des activités sanitaires de base au profit des villages et des quartiers, puis à un niveau plus supérieur, des centres de santé situés au village-centre ou dans les sous-préfectures ; le second concerne les soins de santé secondaires qui sont assurés par l'hôpital départemental et le secteur de santé rurale, situé au niveau du département ; enfin, les soins tertiaires sont dispensés par des hôpitaux généraux ou nationaux et des établissements spécialisés comme l'Institut d'Hygiène, l'Institut Pasteur ou l'Institut national de santé publique (INSP)⁸⁴⁷. Le fonctionnement attendu des trois niveaux est la garantie de la réussite des SSP, à condition qu'ils soient en relation permanente tant au plan technique que administratif. Pour comprendre l'application de la politique de SSP en Côte d'Ivoire, on va s'appuyer sur une expérience de l'application des SSP dans le secteur de santé rurale de San-Pedro⁸⁴⁸.

Si les premières expériences de SSP ont commencé en Côte d'Ivoire, en 1981, c'est en 1983 que le projet de SSP entre dans sa phase active, à San-Pedro⁸⁴⁹. Ce projet est lancé, après qu'une réunion, la 5^e du genre, des médecins-chefs de secteurs, tenue à Abidjan, en octobre 1983, a souligné l'importance des SSP dans les pays en développement. Des instructions ont été données à toutes les formations sanitaires en général, et en particulier aux secteurs de santé rurale pour la mise en place effective dans tous les départements des SSP sous la conduite du comité départemental des SSP⁸⁵⁰.

⁸⁴⁷ Delolme (H-G), « Les soins de santé primaires en Côte d'Ivoire : problématique et possibilité d'action », dans République de Côte d'Ivoire, ministère de la Santé Publique, INSP, Commission des soins de santé primaires (*SSP*) en vue de l'objectif de santé pour tous d'ici à l'an 2000, Abidjan, INSP, 1984, 21 p+ 4p (biblio)+15 p(annexes), 21 p

⁸⁴⁸ Les informations sur l'expérience des SSP dans la région de San-Pedro ont été fournies lors de la 8^e réunion des médecins-chefs de secteur de Santé Rurale, tenue du 10 au 18 décembre 1985 à Abidjan, voir République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé Publique, 8^e Réunion Technique des médecins-Chefs de secteurs de Santé Rurale (10 au 18 décembre 1985) Santé Publique et endémies, Tome1 : Compte-rendu des débats, 1985, Abidjan, 373 p

⁸⁴⁹ Cette expérience a été présentée par le docteur Dougrou Sawouré, médecin-adjoint du SSR de San-Pedro, voir République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé Publique, 8^e Réunion Technique des médecins-Chefs de secteurs de Santé Rurale (10 au 18 décembre 1985) Santé Publique et endémies, Tome1 : Compte-rendu des débats, 1985, Abidjan, p. 322-330

⁸⁵⁰ Un exemple type de comité départemental des SSP se présente de la façon suivante : on y trouve les représentants de l'Etat avec le préfet de département qui préside le comité. Outre le préfet, il y a le Directeur

Dans le secteur de santé rurale de San-Pedro, l'implantation des SSP a été menée de concert avec les comités de santé villageois, créés à cet effet. Si on ignore les raisons officielles du choix de San-Pedro, on peut émettre l'hypothèse que le choix du secteur pourrait se justifier par l'insuffisance des formations sanitaires dans la région Sud-Ouest : on ne compte que cinq centres de santé dans le secteur. Dès lors, cette expérimentation dans la région pourrait contribuer au développement sanitaire de la région. Cette expérience dans l'application des SSP a été précédée d'une campagne de sensibilisation pour expliquer aux populations l'importance du projet : deux sous-préfectures, celles de Grabo et de Tabou sont choisies pour le démarrage des activités compte tenu de leur éloignement de la Base de secteur. La sensibilisation a porté sur la politique des SSP, la création des comités de santé et les caisses à pharmacie villageoises. De façon concrète, les villages retenus pour participer à la sensibilisation doivent disposer d'une ou deux personnes volontaires sachant lire et écrire, avec au moins le niveau de CM2 ; ces derniers doivent être mariés et sédentaires et la notion

régional de la Santé qui fait office de vice-président, les sous-préfets, les secrétaires généraux de département, les directeurs départementaux des départements ministériels ; l'équipe médicale proprement dite composée du médecin-chef de secteur de santé rurale, qui est le secrétaire du comité, le pharmacien-chef, le médecin-chef de l'hôpital ou le représentant de la Commission consultative de l'hôpital, le directeur de l'hôpital ; les élus que sont les députés et les maires ; les mouvements associatifs et les syndicats ; la représentante de l'Association des femmes ivoiriennes (AFI), le Mouvement des élèves et étudiants de Côte d'Ivoire (MECCI), le secrétaire général de l'Union générale des travailleurs de Côte d'Ivoire (UGTCI), les représentants des ONG, les représentants du syndicat des sages-femmes et du personnel technique de la santé et les responsables religieux. Au niveau périphérique incluant les mairies et les sous-préfectures, on a créé un comité sous-préfectoral ou comité communal de santé. Dans ce comité se trouve le représentant de l'Etat qui est le sous-préfet (président du comité) ; l'équipe médicale, composée du médecin-chef de secteur de santé rurale, le médecin-chef de l'hôpital, le pharmacien, le chirurgien-dentiste, le directeur de l'hôpital, le personnel de santé (infirmier et sage-femme) ; les représentants des mouvements associatifs : le secrétaire général de la sous-section du parti, la présidente de l'AFI, le MEECI, les représentants des ONG ; les groupes constitués (les représentants des cultes, les chefs de villages, les représentants des syndicats, les représentants des cadres de la sous-préfecture) et les élus (maire et député) . Au bas de la hiérarchie se trouve le comité villageois ou de quartier : il comprend la notabilité où on retrouve le chef de village (président) ou le chef du comité de quartier ; deux notables influents ; les leaders communautaires (une personne de grande influence dans le village, 2 personnes influentes du village ; l'équipe médicale (infirmier, sage-femme, l'agent de santé communautaire) ; les groupes constitués (les représentants de culte religieux, les représentants des cadres du village) et les mouvements associatifs (le délégué du parti, la présidente de l'AFI, les ONG), voir République de Côte d'Ivoire, ministère de la santé Publique, INSP, *Commission des soins de santé primaires (SSP) en vue de l'objectif de santé pour tous d'ici à l'an 2000*, Abidjan, INSP, 1984, 21 p+ 4p (biblio)+15 p(annexes)

du genre est déjà présente dans l'esprit des initiateurs, puisque la participation des femmes est obligatoire.

La formation pratique des agents de SSP et les activités ont démarré, dès 1984, avec l'arrivée dans le secteur de santé rurale d'un médecin-adjoint. Entre 1984 et 1985, trois sessions de formation de durée variable - entre trois et quatre jours -, ont été organisées pour instruire les villageois sur la notion et les contours des SSP dans un premier temps et procéder à leur recyclage après les premières activités de terrain, dans un second temps. Les thématiques développées au cours de ces formations portent, entre autres, sur le rôle d'un agent de SSP, le tableau des grandes endémies en Côte d'Ivoire et dans le Sud-Ouest, l'eau potable et l'assainissement, les vaccinations, l'allaitement maternel, la mise en place des comités de santé villageois, la tuberculose, les expériences locales en matière de gestion des caisses à pharmacie et l'organisation des comités de Santé. C'est l'équipe de formateur composée de médecins, de pharmaciens, d'assistants d'assainissement qui a dispensé les enseignements appuyés par des projections.

Les résultats de ces formations et du lancement des activités proprement dites n'ont pas tardé. Ils se sont concrétisés par la création des caisses à pharmacie villageoise, la création des comités de santé et les mesures d'assainissement ont connu un début d'application effective ; on note aussi la multiplication des villages intéressés par les SSP, l'augmentation du nombre de participants signe d'un engouement effectif, l'augmentation des comités de santé et les premières activités médicales des personnes ressources. Cette expérience menée dans la région Sud-Ouest permet de tirer plusieurs enseignements sur l'application des SSP : le premier enseignement tient au fait que les SSP peuvent effectivement se pratiquer au sein des communautés rurales avec l'exemple de la région étudiée, soutenue par une adhésion des communautés villageoises ; le second révèle les difficultés pratiques qui peuvent entraver le bon déroulement des expériences, lesquelles portent sur l'insuffisance des fonds en raison des difficultés liées aux cotisations, les problèmes de transports qui ne facilitent pas les évacuations des malades. Le troisième pose la question du soutien financier à apporter à ces initiatives communautaires pour les aider, l'appui technique et matériel aux équipes de formateurs (appareil photos, magnétophone, projecteur, moyens de mobilité) et le renforcement de l'équipe médicale local chargée d'assurer la formation aux agents de santé communautaire.

Mais, la compréhension des projets expérimentaux, lancés en plusieurs endroits de la Côte d'Ivoire, va au-delà du seul cas de San-Pedro. Pour une appréciation globale de la mise en œuvre des SSP, qui permettra de déterminer les forces et faiblesses de cette politique, entre 1981 et 1986, il faut procéder à une évaluation-bilan des projets réalisés et de leurs actions sur toute l'étendue du territoire depuis le début de la décennie 1980. Pour ce faire, on va faire une analyse croisée de trois documents portant sur cette question : le premier est la synthèse d'un questionnaire adressé aux médecins-chefs des secteurs de santé rurale avant la tenue de la 8^e réunion technique desdits médecin-chefs, à Abidjan en 1985⁸⁵¹. Ce document a servi à production d'une sorte de bilan de l'application des SSP sur trois ans ; le deuxième, est une communication non datée, mais qu'on pourrait situer autour de l'année 1985 dont la quintessence porte sur la problématique et les possibilités d'action des SSP en Côte d'Ivoire⁸⁵² et enfin, le dernier est une réunion du Comité interministériel des SSP, organisée les 4 et 5 septembre 1986, sur l'examen du niveau des SSP en Côte d'Ivoire et l'évaluation de leur mise en œuvre effective depuis 1981⁸⁵³.

Sur la base de ces documents, on note que les SSP ont effectivement démarré dans la plupart des secteurs de santé rurale par la création, dans la majorité des cas, des comités de santé villageois, prévu dans la Déclaration sur les SSP, à Alma-Ata. A côté de cela, des actions d'éducation sanitaire, des activités dans les domaines de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), du Programme Elargi de Vaccination (PEV), de la diffusion des techniques de solutions de réhydratation orale et des enquêtes préliminaires complètent ce tableau plus qu'encourageant.

⁸⁵¹ C'est lors de la 5^e réunion technique des Médecins-chefs de santé rurale que les SSP, en 1982, qu'il a été demandé à ces derniers de lancer à grande échelle les SSP dans leur zone. Avant la tenue de la 8^e réunion de 1985, un questionnaire leur a été adressé pour en faire le point. C'est l'analyse des réponses au questionnaire qui fonde ce bilan. Ce bilan est un condensé des situations locales exposées par les médecins chefs des secteurs de santé rurale chargé de la mise en application des SSP. La réunion technique des médecins-chefs de secteurs de santé rurale organisée, en décembre 1985, donne l'occasion de faire cette évaluation. Ce bilan souffre, toutefois, de quelques limites : c'est notamment l'absence des données des secteurs d'Abengourou, d'Abidjan et de Daloa ; mais aussi des projets pilotés par des organisations non gouvernementales, voir Dr Senellart, « SSP : analyse des rapports des médecins-chefs concernant la mise en place des SSP dans les secteurs de santé rurale », dans République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé Publique, 8^e Réunion Technique des médecins-Chefs de secteurs de Santé Rurale (10 au 18 décembre 1985) Santé Publique et endémies, Tome1 : Compte-rendu des débats, 1985, Abidjan, p. 344-355

⁸⁵² Delolme (H-G D'), « Les soins de santé primaires en Côte d'Ivoire : problématique et possibilité d'action », dans République de Côte d'Ivoire, ministère de la santé Publique, INSP, Op. Cit., 47 p+15 p(annexes).

⁸⁵³ Anonyme, recommandation du Comité interministériel des SSP, 4 et 5 septembre 1986, 3 p

Plus exactement, le recours à l'agent de santé communautaire ou l'accoucheuse peut permettre de faire baisser la mortalité et la morbidité de certaines affections. Cela peut se faire par des pratiques des accoucheuses, la chimiothérapie systématique par chloroquine des accès fébriles du petit enfant (réduction de la mortalité par paludisme), la réhydratation par voie orale (RVO) des diarrhées de l'enfant, le contrôle de l'observance des traitements au long cours (lèpre, tuberculose), la prophylaxie des rechutes, les activités de promotion de l'hygiène du milieu par la protection et l'entretien des puits, la construction et l'entretien des latrines et douchières. Par ailleurs, des activités ont été organisées pour intéresser la communauté éducative aux SSP. Par exemple, les élèves de l'enseignement secondaire de la ville de Boundiali ont été formés pour servir de vecteurs à l'introduction de la réhydratation par voie orale dans les familles. Cette initiative est une voie de recherche intéressante pour impliquer élèves et enseignants dans la mise en œuvre des SSP.

Au final, les activités réalisées, encore au stade de l'expérimentation, se caractérisent par leur côté ponctuel tant sur le plan de l'implantation géographique que sur le plan des objectifs. Ces actions sont activement menées sous la responsabilité des assistants d'assainissement et des agents de développement sanitaire qui jouent un rôle important au niveau de la mise en place et du suivi des comités de santé villageois. Quant aux infirmiers et sages-femmes, ils jouent le rôle de superviseurs dans le cadre des activités qui sont menées sur le terrain.

Un autre motif de satisfaction relative à la mise en œuvre de ces projets d'expérimentation provient de ce que la sensibilisation des villageois sur les thématiques prônées par les SSP a été plus ou moins efficace. Ce résultat est la conséquence de la création des comités de santé villageois dans la plupart des secteurs, dont le rôle consiste à veiller à l'hygiène au village, à sensibiliser les populations aux problèmes de prévention, à collaborer avec les équipes mobiles et à servir de lien entre les secteurs et les villageois. Une des manifestations de la vitalité des comités de santé villageois réside aussi dans la création des caisses à pharmacies villageoises qui se présentent sous plusieurs formes : elles vont de la simple caisse contenant nivaquine, aspirine, antihelminthique, objets de pansements à des caisses plus complètes où une quarantaine de produits peut être mis à la disposition de l'agent de santé communautaire.

Cette analyse croisée met également en lumière de nombreux problèmes relatifs à la mise en œuvre des SSP. Plusieurs insuffisances ont été relevées dans l'application des SSP en Côte d'Ivoire. A ce titre, le comité interministériel a regretté l'absence des ONG dans la mise en œuvre des SSP. Elles sont tenues à l'écart des projets alors que ce sont des acteurs présents au sein des communautés et sur lesquels les populations peuvent s'appuyer. On note aussi la faiblesse de la multisectorialité dans la mise en œuvre du programme des SSP et la faible formation des agents de santé communautaires de même que le manque de coordination effective dans la conception et l'exécution des SSP à tous les niveaux. Dans la pratique, on a constaté des divergences entre certains secteurs tant au niveau de la conception des SSP que de la démarche constatée à la lecture des rapports, de même qu'une inégalité dans le démarrage des activités et des actions de sensibilisation parfois inefficace. Enfin, les activités ont été menées de façon autonome sans coordination avec les autres secteurs de santé rurale.

La question de la formation des personnels à mobiliser pour la réussite des SSP se pose aussi avec acuité. Ainsi, tout programme de santé qui prévoit l'utilisation par les personnels de connaissances ou de comportements nouveaux nécessite un volet formation. Jusqu'à ces dernières années, le côté expérimental des SSP entraînait des actions de formation ponctuelles. Habituellement, un médecin et des personnels paramédicaux motivés forment des agents de santé communautaires et des accoucheuses en vue d'une tâche bien précise. Ces actions ponctuelles en phase de début ne sont plus suffisantes. Il est nécessaire d'utiliser l'effet multiplicateur de la structure sanitaire en s'adressant à tous ses niveaux pour obtenir le plus rapidement possible une couverture totale du pays par les SSP. Des solutions existent pour rectifier le tir.

Dans cette perspective, un groupe de formateurs pourrait être constitué et comprendre les intervenants suivants : les directeurs du ministère de la santé publique ; le coordonnateur national des SSP ; les responsables programmes intégrés ; l'INSP ; les médecins et directeurs régionaux de la santé ; des personnels ayant une expérience des SSP : Médecins des SSR, personnels d'encadrement de l'Ecole nationale des Infirmiers et sages-femmes (ENISF). Ce groupe définirait des objectifs d'enseignement, les programmes et assurerait la formation des médecins au niveau de chaque région. Il serait également chargé de l'évaluation des SSP à tous les niveaux. Le volet formation s'étend également à la formation initiale. A cet effet, le concept des SSP doit être introduit au plus tôt dans le cursus des études des médecins et des paramédicaux. Pour les personnels médicaux, un projet soutenu par la

Banque mondiale prévoit une adaptation de la formation aux conditions d'exercice en zone rurale et périurbaine. Ces objectifs doivent être réalisés par l'introduction des stages de terrain pour les élèves infirmiers.

Au final, la mise en œuvre de la politique des SSP en Côte d'Ivoire n'avait d'autre but que d'amener les populations à un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. Il s'agit précisément d'offrir à tous les Ivoiriens des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables. La finalité de cette mesure est de rendre les soins de santé universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles, avec la pleine participation de la communauté : fournir des soins de santé à un coût que la communauté et le pays peuvent assurer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. L'implantation des SSP dans toutes les communautés du pays, tant rurales qu'urbaines ou périurbaines, nécessite un changement radical des modes de pensées de certains personnels sanitaires qui raisonnent davantage en termes de monopole technique qu'en termes de couverture et d'accessibilité sanitaires des populations. Les communautés humaines de Côte d'Ivoire, qui bénéficient déjà d'acquis substantiels en matière d'accès à l'eau potable, de développement économique et d'alphabétisation, ont les moyens de prendre en charge la part qui leur échoit dans la mise en place d'un réseau national de SSP accessible à tous. L'application des SSP, premier niveau de recours au système de soins, repose sur un changement de mentalités des personnels de santé et sur un redéploiement des moyens affectés au Ministère de la Santé publique.

Les SSP ont été lancés au moment où les stratégies de lutte contre le paludisme connaissent une nouvelle impulsion avec des tentatives de régionalisation de lutte amorcée par les Bureaux régionaux – en l'occurrence celui de la Région Afrique – pour rendre conforme la lutte aux réalités locales. Il s'agit en réalité d'une nouvelle approche : laquelle veut que désormais des propositions portant sur des activités de lutte émanant des acteurs locaux permettent l'élaboration d'une politique mondiale qui se veut commune et non globale. Parallèlement, les SSP connaissent de sérieux revers et leur revitalisation par l'IB est dans tous les esprits.

A l'instar de plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne, la Côte d'Ivoire s'est engagée à appliquer l'Initiative de Bamako, dès son lancement. Trois axes majeurs permettent

d'apprécier la mise en application locale de cette autre politique dans les lignes qui suivent : il s'agit de la décentralisation qu'elle implique ; de la question de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et du recouvrement des coûts des actes de santé.

La difficile mise en place des districts sanitaires

Avec la mise en œuvre des SSP, on assiste à une révolution de la gestion du système sanitaire ivoirien qui connaît un début de déconcentration avec la création des directions régionales, en 1985, et la pratique du recouvrement des coûts des actes de santé par les établissements publics nationaux. En Côte d'Ivoire, comme nombre de pays, le système de financement et d'organisation du système de santé en vigueur s'inspire des principes de l'IB. Elle vient compléter l'approche des SSP qui a été adoptée comme stratégie de développement socio-sanitaire et comme priorité nationale et soutenue par l'ensemble des bailleurs de fonds multilatéraux et certaines coopérations bilatérales. L'application en Côte d'Ivoire de l'Initiative de Bamako, adoptée en septembre 1987 a entraîné : la généralisation du recouvrement des coûts des actes de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dès 1994 ; un effort de rationalisation des soins au niveau des centres de santé et une plus grande implication des communautés dans la gestion des soins, à travers des comités de gestion et les équipes de cadres de districts. Malheureusement, cette politique va faire long feu ; elle ne s'est pas accompagnée de mesures adéquates pour la prise en charge des indigents ni de système de partage des risques : elle s'est donc traduite par une réduction de l'accessibilité financière.

La mise en place des districts sanitaires, par l'arrêté n°137 du 1^e juin 1994⁸⁵⁴, a constitué une étape importante dans le processus de déconcentration. Elle implique aussi une décentralisation effective des prises de décisions au niveau des districts sanitaires, de sorte à renforcer les mécanismes de gestion et de financement des activités des SSP, promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale des activités de santé par les communautés elles-mêmes, renforcer les mécanisme de formation, de gestion et d'utilisation rationnelle des médicaments, et assurer es sources de financement permanentes. La gestion du système sanitaire a été améliorée avec l'accroissement du nombre de districts qui est passé de 28 en 1994, à 39 en 1998. Sous l'autorité de l'équipe cadre, le district sanitaire assure la planification opérationnelle, le système d'information sanitaire,

⁸⁵⁴ Anonyme, *Profil du système de santé de la Côte d'Ivoire*, Abidjan, juillet 2004, p. 13

l'intégration des programmes verticaux, les prestations des soins, le développement des capacités de gestion, la formation des personnels et la participation communautaire. Cependant, l'opérationnalisation des districts sanitaires accuse encore un retard. Et pour cause ? Une réelle harmonie entre la décentralisation sanitaire et la décentralisation administrative reste à assurer⁸⁵⁵.

L'arrêté de 1994 qui a mis en place les districts sanitaire a également fixé leur organisation et leur fonctionnement, avec une aire géographique qui correspond au département⁸⁵⁶. Un district sanitaire regroupe un certain nombre de formations sanitaires de base autour d'un hôpital général de référence et est dirigé par une équipe cadre du district sanitaire. La création des districts sanitaires a été renforcée par la réorganisation sanitaire de 1996 qui donné naissance à onze circonscriptions administratives régionales appelées directions régionales de la santé. Avec les Directions régionales, les districts sanitaires font partie des services extérieurs du Ministère de la santé publique.

En définitive, situé au niveau périphérique de l'organisation sanitaire dans son versant, offre de soins, le district sanitaire en Côte d'Ivoire⁸⁵⁷ correspond au département administratif et demeure l'unité opérationnelle de base de ce système. Il est chargé de la mise en œuvre des SSP et abrite un réseau de structures de premier niveau (Etablissements de soins de premier contact ou ESPC) et un ou plusieurs hôpitaux (hôpitaux généraux). L'application de la politique des districts s'est matérialisée par la politique de médicaments essentiels qui constitue un des fondements de l'IB. A la faveur de la politique de médicaments essentiels adoptée par le gouvernement, la Pharmacie de la Santé Publique a été érigée en Centrale d'Achat des médicaments et consommables médicaux pour toutes les structures publiques par le décret n°94-666 du 21 décembre 1994⁸⁵⁸.

⁸⁵⁵ Anonyme, op. cit., juillet 2004, p. 13

⁸⁵⁶ Généralement, le district sanitaire est une entité géographique délimitée en fonction des critères administratifs. Toutefois, des critères comme "l'attraction" et d'accessibilité des services de santé qui auront été négociés entre zone limitrophes sont également déterminants parfois dans la délimitation des zones. Mais, en termes de facilité, la non-correspondance avec le découpage administratif pose des problèmes de cohérence et de coordination en cas de décentralisation administrative.

⁸⁵⁷ Le district sanitaire est dirigé par un directeur département nommé par arrêté du Ministre de la Santé Publique. Il comprend les structures suivantes : un service administratif et financier, un service de contrôle et de suivi de l'action sanitaire et une pharmacie du district, voir Décret n°2003-194 du 3 juillet 2003 portant organisation du Ministère d'Etat, Ministère de la Santé et de la Population.

⁸⁵⁸ Anonyme, *Profil du système de santé de la Côte d'Ivoire*, Abidjan, juillet 2004, p. 17

C'est désormais une certitude que la conduite des activités de lutte contre le paludisme se fait dans le cadre des SSP. Leur application dans les systèmes de santé existant avec le volet décentralisation symbolisée par le district sanitaire entraîne une réorganisation des systèmes de santé pour les adapter à la nouvelle donne. Par conséquent, la structuration du système de santé en niveau central, intermédiaire et périphérique telle que voulue par l'OMS, a connu une application dans le contexte ivoirien. En procédant ainsi, on entend faciliter le transfert réel des compétences aux districts sanitaires, là où doit se réaliser le contact entre population et structures de santé. L'effectivité de la politique de district dans le contexte ivoirien, entraîne, en théorie, une réorganisation du système sanitaire avec une répartition des compétences et de l'offre de soins disponibles.

Cette nouvelle organisation est le reflet de l'offre de soins mise en place pour répondre à une demande de soins mieux structurés. De ce point de vue, le système de santé ivoirien est de type pyramidal avec deux versants : la gestion administrative et l'offre de soins. Chaque versant comprend trois niveaux et des composantes spécifiques à chaque niveau (Tableau n°14).

De façon concrète, au sommet de la pyramide se trouve le niveau central qui élabore les politiques, les normes et les stratégies nationales. Il conçoit et propose au gouvernement les textes réglementaires. Il coordonne, contrôle et ventile les ressources vers les niveaux opérationnels. La structure centrale est coiffée par le Ministère de la Santé, les directions générales et centrales, les services rattachés au cabinet, les établissements publics nationaux et les programmes nationaux. L'offre de soins qui correspond au niveau central est le niveau tertiaire de la pyramide des établissements sanitaires. Il comprend les CHU, les Instituts (Cardiologie, Raoul Follereau, Hygiène Publique, Santé Publique), et les établissements de sang, de laboratoire et d'urgence⁸⁵⁹. Le niveau intermédiaire correspond aux directions régionales chargées de coordonner les activités des services implantés dans leur ressort. Chacune suit les délimitations et la dénomination de sa région administrative. Elles ont pour rôle de décliner en programmes, la politique élaborée au niveau central et de coordonner les activités des services de santé implantés dans leur ressort territorial.

⁸⁵⁹ Il y a le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de la Santé Publique (LNSP) et le Service d'Aide Médicale et d'Urgence (SAMU)

Tableau n° 14 : L'organisation du système de santé en Côte d'Ivoire à partir de 1994

Niveaux	Organismes et personnels de gestion	Structures de soins	Compétences
Central	Cabinet du Ministère de la Santé Publique Directions générales Directions centrales Directeur exécutif du Programme national de Lutte contre le Paludisme Autres Programmes de santé	CHU Instituts spécialisés	Direction politique ; élaboration de la politique et des stratégies
Intermédiaire	Directeur régionaux médecins-chefs de district Médecins de Base de santé rurale Médecins des hôpitaux départementaux	CHU Hôpitaux généraux Base de santé rurale	Appui technique aux districts et programmes
Périphérique	Equipe cadre de district Conseil de Santé de district Comités de gestion villageois	Centres de santé Dispensaires Maternités PMI SSSU Centre de zone Centre social Case de santé	Mise en œuvre des programmes

Source : Tableau réalisé par l'auteur à partir de l'exploitation de plusieurs documents⁸⁶⁰

Ce niveau intermédiaire va de pair avec le niveau secondaire des établissements de santé. Il est représenté par les établissements sanitaires de premier recours ou de référence pour les malades venus du niveau primaire. Il est constitué par les hôpitaux généraux (HG), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et Centre Hospitaliers Spécialisé (CHS).

⁸⁶⁰ Ce tableau a pu être réalisé à travers l'analyse des documents suivants : Niangué (J), *Lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire : état d'avancement*, Abidjan, Direction de Coordination du Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme, 2001, 10 p ; Anonyme, *Profil du système de santé de la Côte d'Ivoire*, Abidjan, juillet 2004, 30 p ; Memain Srado (D), *Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide en Côte d'Ivoire : Etude de cas dans la Région sanitaire d'Abidjan (Janvier 2006)*, mémoire de fin d'études, cycle de mastère en Administration Sanitaire et Santé Publique (Management des Services de Santé), Institut d'Administration sanitaire, Rabat, juillet 2010, 76 p (+14 p annexes) ; République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé publique, *Plan national de développement sanitaire 1996-2005*, t.1 : Diagnostic, politique et stratégie, Abidjan, 1996, 50 p

Le niveau périphérique est composé de districts sanitaires, constituant le niveau opérationnel du système. Il correspond au département administratif et abrite un réseau de structures de premier niveau, appelé : Etablissements de Soins de Premier Contact (ESPC) et un ou plusieurs hôpitaux. Il correspond au niveau primaire de l'offre de soins avec les établissements de premier contact, porte d'entrée dans le système sanitaire que sont les centres de santé urbains et ruraux et les formations sanitaires urbaines.

Au terme de l'analyse ci-dessus, on retient que des solutions clés en main ont été proposées pour résoudre les difficultés du système de santé dans les pays en voie de développement. Ces solutions, élaborées par les experts de l'instance internationale en charge des questions de santé, se sont traduites par l'adoption de deux politiques majeures dont l'application doit aider à résoudre les nombreux problèmes identifiés : les Soins de Santé Primaires, lancés en 1978 et l'Initiative de Bamako, conçue, en 1987. La mise en œuvre effective de ces solutions au plan local par les pays concernés a connu des fortunes diverses. En même temps que les efforts sont faits pour une application effective des décisions pour un bon fonctionnement des systèmes de santé, surtout dans les pays en voie de développement, des initiatives sont également prises pour la réorientation de la lutte contre le paludisme conformément aux directives contenues dans la politique du contrôle du paludisme. Sous l'impulsion de l'OMS et de ses Bureaux régionaux, des réflexions pertinentes sont menées pour s'orienter vers une régionalisation de la lutte contre le paludisme, étape intermédiaire précédant l'élaboration d'une politique mondiale de lutte.

CHAPITRE VI

Des stratégies régionales à la stratégie mondiale de lutte antipaludique.

Au cours de la décennie 1970 se produit paradoxalement une série de faits qui va durablement marquer l'histoire de la lutte contre l'endémie. Dès l'année 1978, la tendance générale s'est orientée dans le sens d'une réduction du nombre de cas de paludisme dans le monde. On note à la fois la stabilité des niveaux d'endémicité dans des régions d'Afrique au sud du Sahara et la réapparition de la maladie dans d'autres parties du monde. Pire, la récurrence des difficultés financières que les pays éprouvent pour assurer des services de santé à leurs populations ainsi que des problèmes techniques tels que la résistance aux insecticides et aux médicaments sont légion. Cette situation exige qu'une action vigoureuse soit entreprise pour envisagée la mise en œuvre de la stratégie révisée de l'éradication du paludisme qui n'est d'autre que la stratégie du contrôle. Malgré les efforts accomplis suite à au lancement du programme d'éradication⁸⁶¹, la situation du paludisme s'est progressivement détériorée dans plusieurs pays.

La réapparition de la maladie a particulièrement touché la Turquie, plusieurs pays d'Asie méridionale et quelques pays d'Amérique latine. Ce sont donc ces difficultés d'application qui ont d'ailleurs conduit l'OMS à réorienter la stratégie de lutte antipaludique, qui a été approuvé par la 31^e Assemblée mondiale de la santé, dans sa résolution WHA31.45⁸⁶². Si ladite Assemblée mondiale de la santé a réaffirmé que l'éradication du

⁸⁶¹ En 1970, le programme d'éradication a libéré 727 millions de personnes du risque de paludisme. Ces progrès ont contribué à sauver un grand nombre de vies humaines et permis le développement économique de nombre de régions du monde, particulièrement en Asie, dans le Sud et le Sud-Est de l'Europe et dans les Amériques. Dans certains pays, les efforts d'éradication ont non seulement favorisé une amélioration générale de la santé mais contribué également à faire régresser la prévalence d'autres maladies transmissibles par les vecteurs, telles que la leishmaniose et la peste, et à assurer le succès des campagnes de masse (contre la variole notamment) qui ont beaucoup bénéficié de l'expérience acquise en matière d'organisation des opérations, voir OMS, Série de rapports techniques, n°640. Op. Cit. 1979, p. 8

⁸⁶² OMS, *Actes officiels de l'OMS, n°247. Trente et unième Assemblée mondiale de la santé (Partie I : Résolutions et Décisions, Annexes)*, Genève, 8-24 mai 1978, Genève, 1968, p. 32

paludisme constitue l'objectif final du programma, il appartient néanmoins à chaque pays de déterminer les modalités de sa réalisation en fonction des conditions épidémiologiques, socio-économique et autres qui conditionnent les chances de réussite des programmes antipaludiques nationaux.

La stratégie révisée prévoit donc l'application simple de mesures antipaludiques correspondantes au potentiel épidémiologique des pays ainsi qu'à leurs ressources financières et humaines : l'objectif étant de donner une nouvelle impulsion au programme antipaludique. A ce titre les comités régionaux ont été sollicités, dès 1975⁸⁶³, pour apporter leur contribution en vue d'enrichir les discussions futures. Désormais, l'OMS a choisi de partir des situations locales ou régionales pour déterminer une stratégie commune à l'échelle mondiale mais conforme et applicable à chaque situation particulière.

Dans ce chapitre, on va s'attacher à analyser la stratégie régionale définie par le Bureau Afrique de l'OMS, dès 1981, et leur adaptation à l'évolution de la lutte, de même que la stratégie mondiale élaborée, depuis 1992, encore d'actualité avec des variantes qui y ont été apportées. La stratégie mondiale, on le verra, est l'aboutissement de la mise en commun des politiques régionales de l'OMS. Dans l'intervalle, on discutera de l'application locale de ces stratégies dans la pratique médicale en Côte d'Ivoire.

⁸⁶³ La situation du paludisme a été examinée lors des sessions des comités régionaux en 1975. A l'exception du Comité de l'Europe, ceux-ci ont adopté une série de résolutions qui, tout en différant d'une Région à l'autre, peuvent se regrouper sur quelques points notamment sur les priorités et méthodes. A ce sujet notamment, les cinq comités régionaux ont accordé au paludisme un rang de priorité par rapport aux autres programmes de santé publique. ils ont également mis l'accent sur une amélioration de la planification et de la mise en œuvre du programme, compte tenu de la situation épidémiologique et sur développement ultérieur en fonction des ressources disponibles dans le pays considéré, voir OMS, *Etat d'avancement du programme antipaludique. Rapport du comité ad hoc du programme antipaludique du Conseil exécutif de l'OMS*, 57^e session, Genève, 1976, p. 3

I. Vers la recherche d'une stratégie africaine de lutte antipaludique

L'échec de l'éradication étant désormais une réalité, l'OMS est dans l'obligation de reconsidérer ses objectifs. Lors de la 22^e Assemblée mondiale en 1969, la stratégie de lutte a été repensée selon le principe d'adaptabilité de la lutte antipaludique à des situations particulières. Le « contrôle du paludisme » a été alors proposé comme une alternative à l'éradication et, dans les zones où l'échec a été patent, il est apparu nécessaire de développer en priorité les infrastructures permettant la mise en place des moyens de lutte. Il se pose alors la question de l'adaptabilité de lutte contre le paludisme aux réalités propres aux régions et pays d'endémie palustre. C'est ainsi que plusieurs rencontres sont organisées dans la Région africaine afin de définir une stratégie qui serait d'application facile dans les pays africains sous l'égide du Bureau OMS Afrique⁸⁶⁴, dont le siège est à Brazzaville.

Les rencontres organisées, au début de la décennie par le comité Afrique de l'OMS, s'orientent donc vers une régionalisation de la lutte antipaludique, entendu comme la recherche d'une solution endogène aux problèmes que pose l'endémie palustre sur le continent africain.

⁸⁶⁴ C'est sous l'égide du Bureau Régional de l'OMS, dont le siège est à Brazzaville, que la stratégie africaine de lutte contre le paludisme s'élabore. Le Bureau Afrique de l'OMS est un des services décentralisés de l'organisation. Sa création a été approuvée, en juin 1951, par le Conseil exécutif. Auparavant, un premier comité régional regroupant les Etats membres de la nouvelle région se tient à Genève : une sorte de bureau administratif qui gère les questions africaines. La Région Afrique couvre, à l'origine, une zone au sud du 20^e de latitude nord jusqu'à la frontière occidentale du Soudan anglo-égyptien et jusqu'à sa jonction avec la frontière septentrionale du Congo belge, pour s'orienter ensuite en direction est le long des frontières septentrionales de l'Ouganda et du Kenya, et se diriger vers le sud le long de la frontière orientale du Kenya jusqu'à l'Océan Indien. Les fonctions des comités régionaux sont nombreuses, à savoir : formuler des directives se rapportant à des questions d'un caractère exclusivement régional ; contrôler les activités du Bureau régional ; fournir des avis à l'OMS par l'intermédiaire du Directeur régional, sur des questions internationales de santé d'une importance débordante le cadre de la Région. Le transfert du Bureau en Afrique est décidé au cours de l'année 1952. C'est en effet, le 20 août 1952 que l'accord entre le Gouverneur CEDILE, secrétaire général de l'AEF et le docteur CAMBOURNAC, premier directeur général, est signé. Cet accord permet l'établissement du Bureau à Brazzaville, la même année. Aujourd'hui, le Bureau comprend 47 Etats membres et couvre une population supérieure à 585 millions de personnes, voir Mouhouelo (P), De la bibliothèque manuelle à la bibliothèque hybride : *cas du Centre de Documentation de l'OMS/AFRO*, Mémoire de maîtrise en Sciences et Techniques de la Communication (option Documentation), 2003 http://www.memoireonline.com/12/07/754/m_bibliotheque-manuelle-hybride; ANS : Lettre du Ministre de la France d'Outre-Mer à Monsieur le Haut-Commissaire de la République en AOF, au sujet de l'OMS, 15 novembre 1951 et OMS, *Les dix premières années de l'OMS*, Genève, OMS-Palais des Nations, 1958, 537 p

Ce n'est pas un repli sur soi, mais la formulation de solutions locales aux problèmes locaux. Cette initiative s'inscrit dans une vision plus large de développement sanitaire à l'échelle africaine dans la perspective de "la santé pour tous à l'an 2000", un slogan cher à l'OMS.

La stratégie régionale de développement sanitaire est la traduction « africaine » du projet de "La santé pour tous à l'an 2000" lancée par l'OMS, en 1977⁸⁶⁵, et dont le principal moyen d'action est l'adoption de la politique des SSP, à Alma-Ata en 1978. C'est un projet certes, ambitieux mais, qui reste en phase avec l'objectif de base de l'OMS qui est « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé... ». Sa mise en œuvre dans la Région africaine a amené le Bureau régional à engager une réflexion sur l'élaboration d'un cadre général qui doit servir de boussole à cette initiative. En pratique, cela doit passer par l'élaboration d'une stratégie endogène permettant de parvenir à cet objectif ultime. Pour les responsables de ce Bureau régional, il s'agit de définir une politique de santé en s'appuyant sur les choix politiques des Etats membres souverains. En clair, ce sont les choix politiques qui peuvent faciliter l'élaboration d'une véritable politique de santé.

La stratégie régionale, dans sa conception, doit être le résultat de la synthèse des stratégies nationales proposées par les pays membres de la Région africaine, à la demande du Bureau régional, et fondées essentiellement sur le développement des SSP⁸⁶⁶ : un choix de la plus haute importance. Cette stratégie africaine a pour but d'amener les pays de la Région à mobiliser au mieux leurs ressources en vue de faire accéder toutes les populations à un niveau de santé favorisant une vie socialement et économiquement productive. L'engagement politique des pays africains à l'égard de cette stratégie s'est traduit par la signature effective de la Charte de Développement sanitaire en Afrique, adoptée le 24 septembre 1974⁸⁶⁷ à Maputo.

Dans son fondement, la stratégie régionale de développement sanitaire entend corriger les imperfections du système de santé hérité de la colonisation. Et comme le souligne le directeur régional de l'OMS Afrique dans son allocution d'ouverture lors de la 31^e session

⁸⁶⁵ La politique de l'OMS "La santé pour tous à l'an 2000" a été adoptée par la 30^e Assemblée mondiale de la santé en 1977

⁸⁶⁶ Les stratégies ont été élaborées par 31 Etats Membres et tous ont choisi comme approche l'application des SSP pour atteindre tous les objectifs, voir OMS, *Trentième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*, (Brazzaville, République populaire du Congo du 17 au 24 septembre 1980). Rapport final, Brazzaville, Bureau régional Afrique de l'OMS, 1980, 146 p

⁸⁶⁷ Pour des informations sur cette question, voir Préambule de la Charte de Développement sanitaire de la Région Africaine d'ici à l'an 2000

du Bureau régional, tenue à Accra du 13 au 23 septembre 1981 : « Notre principale préoccupation sera désormais de veiller à transformer les pseudo-systèmes existants en de véritables systèmes nationaux de santé faits de structures cohérentes fondées sur les SSP et visant à répondre aux besoins de tous. C'est ce que nous imposent et notre stratégie régionale et notre Charte africaine de développement sanitaire »⁸⁶⁸.

L'objectif de "la santé pour tous à l'an 2000", dans son appropriation locale, a été traduit en stratégie régionale pour la Région africaine. Celle-ci a pour principale préoccupation le développement de l'infrastructure sanitaire basé sur les SSP afin que les prestations atteignent la totalité de la population. Ces prestations, pour être complètes et adéquates, doivent comprendre des actions promotionnelles, des mesures préventives, des soins curatifs et réadaptatifs⁸⁶⁹.

La 30^e session du comité Afrique en adoptant, en septembre 1980, la stratégie régionale de développement sanitaire pour atteindre l'objectif social de "la santé pour tous en l'an 2000", a invité les Etats membres à réorienter leurs systèmes de santé pour appuyer les SSP. A la date du 21 juillet 1981, 35 Etats membres sur 44 ont signé la Charte africaine de Développement sanitaire⁸⁷⁰. Ceci est un signe encourageant car la Charte est un outil essentiel et fondamental pour la réorientation des services existants et l'intégration des institutions nouvelles dans de véritables systèmes sanitaires nationaux. Elle doit permettre de préciser à nouveau les objectifs nécessaires à toute définition de politiques et de stratégies et servir de document de référence en cas de doute ou de non-respect du consensus collectif.

Par ailleurs, la stratégie régionale comporte les mesures à prendre par les collectivités ainsi que les types de services de santé à assurer au niveau primaire et aux échelons d'appui que constituent les niveaux secondaires et tertiaires. Elle met l'accent sur les actions des autres secteurs de développement. Elle signifie aussi le choix d'une technologie appropriée aux conditions des pays concernés en ce sens qu'elle est scientifiquement valable, adaptable aux différentes situations locales, acceptable culturellement par la collectivité et financièrement accessible. Elle comporte un mécanisme de contrôle social qui s'exerce sur l'infrastructure et la technologie de la santé grâce à une indispensable et nécessaire

⁸⁶⁸ OMS, Trente et unième session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique, (Accra, République du Ghana, 16-23 septembre 1981). Rapport final, Accra, Bureau Régional de l'Afrique, 1981, p. 71

⁸⁶⁹ Ibid., 71

⁸⁷⁰ Ibid., p. 67-68

participation de la collectivité. Enfin, elle intègre aussi l'action de la communauté internationale pour soutenir l'effort national grâce à l'échange d'informations, à la promotion de la recherche-développement, à l'appui technique, la formation des généralistes de la santé et la coordination intrasectorielle et intersectorielle⁸⁷¹.

Au plan sectoriel, les sillons de la stratégie africaine de lutte contre le paludisme ont été aussi tracés dès 1980, lors de cette même session du comité régional Afrique de l'OMS. Dans sa conception, la stratégie africaine de lutte contre le paludisme est calquée sur le modèle de la stratégie régionale de développement sanitaire. Pour sûr, la stratégie de lutte contre le paludisme en ce début de la décennie 80, s'intègre dans l'objectif social de "la santé pour tous à l'an 2000". Mais, pour rendre possible cette action, la mise en œuvre effective de la politique des SSP constitue un passage obligé. Dès lors, la réorientation de la stratégie de lutte antipaludique dans cette direction s'avère nécessaire. Les réflexions engagées par le Secrétariat du comité régional sur la base d'un document de travail ont permis de dégager cinq grands thèmes qui ont fait l'objet de discussion : ce sont la participation active des communautés, l'utilisation des mesures applicables à grande échelle compte tenu des ressources limitées des pays, la formation du personnel et la recherche sur les moyens de prévention et la lutte⁸⁷².

Les échanges ont abouti à l'élaboration de directives pour la définition d'une politique la lutte antipaludique. C'est une stratégie tournée vers les réalités africaines et s'appuyant sur des ressources propres à l'Afrique. En somme, c'est une politique élaborée par les Africains pour les Africains. A travers ces directives, il s'agit d'intégrer la lutte contre le paludisme dans les SSP, de renforcer les mécanismes de Coopération Technique entre Pays en Développement (CTPD), de mettre en place des mécanismes permettant de mobiliser des ressources appropriées, de renforcer et développer la formation au niveau sous régional en tenant compte des centres de Lagos et de Lomé, créés à l'origine pour la lutte antipaludique et de promouvoir la participation active des communautés dans le cadre des SSP et encourager la recherche sur la prophylaxie antipaludique⁸⁷³.

⁸⁷¹ OMS, *Trente et unième session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique*, Op., Cit., 1981, p. 72

⁸⁷² OMS, *Trentième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*, (Brazzaville, République populaire du Congo du 17 au 24 septembre 1980). Rapport final, Brazzaville, Bureau régional Afrique de l'OMS, 1980, p. 51

⁸⁷³ Ibid., p. 51

Pour sa réalisation, les Etats membres sont donc invités à formuler leurs stratégies nationales de lutte contre le paludisme en suivant, autant que possible, le canevas énoncé dans la stratégie du programme de lutte contre le paludisme. La stratégie régionale de lutte antipaludique va tirer sa substance des stratégies spécifiques à chaque pays et à chaque sous-région africaine. Elle sera ainsi une œuvre collective mais non globale, car variant selon les conditions épidémiologique de chaque pays. La résolution AFR/RC30/R17⁸⁷⁴, prise à l'issue du comité régional de 1980, invite les Etats membres à « rationaliser la lutte antipaludique en formulant des stratégies nationales compte tenu des critères d'ordre épidémiologique, écologique, des ressources disponibles, de l'approche des SSP et des mécanismes de la CTPD⁸⁷⁵ ». La formulation des stratégies nationales doit parvenir au Directeur régional avant le 15 janvier 1981 pour lui permettre de dégager une directive régionale réaliste. Il reste entendu que ces propositions doivent accorder une priorité élevée à la lutte antipaludique en insistant sur les méthodes de dépistage, de prévention et de lutte simples et peu coûteuses et en lui allouant dès maintenant les moyens financiers nécessaires. Dans le même temps, le comité prie le Directeur régional de « présenter à la 31^e session du comité régional une stratégie régionale revue et corrigée à la lumière des propositions diverses qui lui seront faites⁸⁷⁶ ».

C'est ainsi que les Etats membres, dans leur ferme volonté de parvenir à l'état de santé pour tous à l'an 2000, ont donc transmis, dès 1980, leurs stratégies nationales de lutte antipaludique en tenant compte de nouvelles orientations programmatiques, comme les SSP et la stratégie régionale de développement. Les principaux objectifs des stratégies nationales de lutte antipaludique proposées visent à réduire la létalité et la morbidité dues au paludisme, au plus niveau possible, minimiser l'effet néfaste du paludisme sur le développement socio-économique du pays, assurer le statut des régions indemnes de paludisme et éradiquer la maladie là où cela s'avère possible⁸⁷⁷.

Au total, la politique africaine de lutte antipaludique ne s'écarte pas des options nationales et correspond à la politique africaine de développement sanitaire. Elle met l'accent sur l'approche "soins de santé primaires". Dans son application, elle doit progresser au rythme de développement des SSP dans chaque pays, notamment pour le traitement des maladies et la

⁸⁷⁴ OMS, *Trentième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*, Op. Cit., 1980, p. 20

⁸⁷⁵ Ibid., p. 20-21

⁸⁷⁶ Ibid., p. 20-21

⁸⁷⁷ OMS, *Trente et unième session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique*, Op. Cit., 1981, p. 57

protection des groupes vulnérables. La formation des personnels de santé, l'information et l'éducation du public, ainsi que la participation des communautés, des travailleurs des autres secteurs et de la communauté internationale constituent la clé de voute de la stratégie de la lutte antipaludique⁸⁷⁸.

La réunion du comité Afrique de l'OMS, qui s'ouvre en septembre 1981, entend valider, à partir des expériences locales, une stratégie régionale de lutte antipaludique pour le continent. Au cours de la rencontre, des stratégies nationales, élaborées par plus de la moitié des Etats africains, ont servi de base à la définition d'une ligne directrice de lutte⁸⁷⁹. Un plan d'action pour sa mise en œuvre a été envisagé. Il repose sur un triptyque : des objectifs à atteindre, la méthode à suivre et des activités à mener sur le terrain. Les buts à atteindre sont au nombre de six, à savoir : évaluer la situation du paludisme et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie régionale de lutte ; planifier les programmes de lutte ; développer les services de laboratoires ; former le personnel ; promouvoir la recherche appliquée en matière de paludisme et renforcer la capacité de coopération technique de l'OMS. Pour y parvenir, une méthodologie spécifique a été retenue. On retient, entre autres, la promotion de la lutte antipaludique, l'amélioration de la connaissance de la situation dans les pays par les autorités nationales avec l'appui extérieur de l'OMS, autres organisation et mécanismes CTPD, l'introduction de la lutte antipaludique dans les activités des SSP et dans tous les plans, programmes et projets de développement socio-économique, le diagnostic correct du paludisme dans tous les laboratoires existants et à venir, introduction des activités de diagnostic entomologique dans les services nationaux de laboratoires, l'utilisation des structures et des personnels disponibles, l'échange de chercheurs, la formation de chercheurs et le renforcer de la capacité de coopération technique de l'OMS. Enfin, plusieurs activités ont également été envisagées pour accompagner ce plan d'action⁸⁸⁰.

Dans ses conclusions, le comité régional de l'Afrique, qui s'est réuni à Accra en septembre 1981, a adopté une politique régionale de lutte antipaludique. Les principaux objectifs de cette stratégie qui sont à traduire localement sont de trois ordres : diminuer la morbidité et la mortalité paludéenne, réduire l'impact négatif du paludisme sur le

⁸⁷⁸ OMS, Trente et unième session du *Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique*, Op., Cit, 1981, p. 57

⁸⁷⁹ Baudon (P) et al, «La lutte antipaludique en Afrique : de l'éradication du paludisme au contrôle des paludismes », *Revue d'Epidémiologie et de santé publique* », 1987, n°35, p. 401-415

⁸⁸⁰ Pour de plus amples informations sur ce plan d'action, voir OMS, Trente et unième session du *Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique*, Op. Cit., 1981, p. 142-145

développement socio-économique, diminuer la prévalence du paludisme en zone urbaine, protéger les zones indemnes et l'éradiquer là cela est possible. Quatre variantes tactiques ont été proposées : la première est un traitement des accès palustres, des accès fébriles présumés palustres par une amino-4-quinoléines ; la deuxième est une action sur la morbidité et la mortalité paludéenne par l'utilisation d'une chimioprophylaxie hebdomadaire dans les groupes à risques (enfants de moins de cinq ans, et femmes enceintes) ; la troisième porte sur l'utilisation de la lutte antivectorielle pour compléter la deuxième variante et la dernière veut atteindre l'éradication du paludisme qui est la finalité de toute action antipaludique. Ces quatre mesures sont à intégrer dans les SSP avec participation des populations. Ainsi donc, on note une évolution profonde dans la nouvelle stratégie qui met l'accent sur la lutte personnalisée, adaptée à chaque pays suivant l'aspect épidémiologique de son ou ses paludismes et sur l'indispensable participation des communautés⁸⁸¹.

Si la priorité, depuis les années 1960-1970, a été donnée à la chimioprophylaxie de masse par la chloroquine, la donne a changé dès 1981. En effet, pratiquée au cours de la première décennie des indépendances, la chimioprophylaxie a l'avantage de lutter contre la morbidité et la mortalité paludéennes. Mais, une telle stratégie présente des inconvénients majeurs difficiles à surmonter. On peut relever, entre autres, la définition exacte d'une population cible, la chute de l'immunité collective antipalustre et l'entrave à l'acquisition de l'immunité chez les plus jeunes, le coût important et la difficulté de réalisation de la stratégie de masse et surtout, l'apparition d'une pression sélective médicamenteuse importante. Cette dernière provoque l'apparition des souches de plasmodium résistantes à l'antimalarique utilisé. Par ailleurs, les expériences ont montré que l'éradication du paludisme en Afrique subsaharienne n'est pas envisageable et qu'un réel contrôle de la morbidité paludéenne est impossible par manque de moyens.

Pour autant, le choix d'une stratégie de contrôle n'est pas aisé. Il doit respecter plusieurs paramètres. De ce point de vue, il importe notamment de connaître son efficacité

⁸⁸¹ Pour une étude approfondie sur cette question voir, Baudon (P) et al, «La lutte antipaludique en Afrique : de l'éradication du paludisme au contrôle des paludismes », *Revue d'Epidémiologie et de santé publique* », n°35, 1987, p. 401-415 ; Baudon (D) et al, « Aspects actuels de la lutte antipaludique en Afrique subsaharienne », *Médecine d'Afrique Noire*, octobre 1987, t. XXXIV, n°10, p. 221-223 ; Baudon (D) et al, « Stratégies de contrôle des paludismes », *Etudes Médicales*, sept 1984, n°3, , p. 167-176

mais, aussi sa « faisabilité » réelle sur le terrain. De plus, on doit tenir compte aussi des multiples facteurs connus qui interviennent, parfois naturellement, dans la régression du paludisme. Parmi eux, les facteurs géographiques conditionnent, en partie, des aspects épidémiologiques différents et peuvent permettre la régression du paludisme. L'on peut obtenir une diminution de l'endémie d'une manière directe, grâce aux moyens de lutte spécifique bien connus et efficace comme la lutte antivectorielle, la lutte antiplasmodiale médicamenteuse et l'éducation sanitaire. Mais, le développement socio-économique participe aussi presque naturellement à la régression du paludisme et, plus ce développement est important, meilleure est la possibilité d'utilisation des moyens spécifiques directs.

C'est d'ailleurs ce qu'on observe en milieu urbain où la prévalence paludique est toujours plus faible qu'en milieu rural, même s'il n'est pratiqué aucun moyen de lutte antipaludique. Plus grave, c'est surtout en milieu rural que se pose le problème de contrôle du paludisme, puisque 75 à 95% des populations vivent dans ce cadre, où le développement socio-économique n'est pas encore suffisant et où les moyens spécifiques de lutte sont seuls utilisables pour envisager le contrôle de l'endémie. Des expérimentations réalisées dans des zones bien contrôlées d'Afrique intertropicale ont montré l'efficacité de la lutte antivectorielle et antiplasmodiale. Or, le paludisme représente toujours un problème de santé publique en milieu rural. Ceci est dû essentiellement à la non-« faisabilité » de certaines des stratégies de lutte utilisées.

Pour qu'une stratégie de lutte soit réellement efficace, il faut qu'elle soit réalisable sur le terrain, à l'échelle du pays. Il est donc nécessaire d'envisager sa « faisabilité », en fonction des moyens logistiques et techniques dont on dispose, et de son acceptabilité par les populations concernées. Dès lors, l'objectif principal sur lequel une convergence de vue semble se dégager est de lutter contre la mortalité liée au paludisme en traitant rapidement tout accès palustre. Toutefois, compte tenu de l'infrastructure sanitaire des pays africains, il est peu réaliste d'espérer un diagnostic de tous les accès fébriles. C'est pourquoi, la stratégie préconisée est celle du « traitement systématique de tous les accès fébriles »⁸⁸², sans préjuger de leur étiologie. Cette stratégie présente de nombreux avantages :

- Elle est efficace car, par le traitement précoce de l'accès fébrile, elle réalise une prophylaxie de l'accès pernicieux à *plasmodium falciparum* et donc de la létalité paludéenne ;

⁸⁸² Baudon (D) et al, Art. Cit., 1987, p. 221-223.

- Immunologiquement, elle préserve l'état de prémunition ou l'acquisition de l'immunité chez l'enfant ;
- Elle pourrait moins favoriser le développement de la résistance aux antipaludiques car, la pression sélective médicamenteuse y est plus faible que celle engendrée par une chimioprophylaxie régulière ;
- Elle est à la fois bien perçue et bien acceptée par les populations puisqu'on répond à une symptomatologie bien connue, la fièvre, par une action thérapeutique simple. Cette stratégie est d'ailleurs déjà spontanément adoptée par les populations dans la mesure où elles disposent d'antipaludéens de synthèse ; elle est plus facilement réalisable et la participation des populations et des services de santé primaires est plus aisément acquise. S'agissant, de son coût, elle demeure plus compatible avec les moyens financiers dont disposent des Etats⁸⁸³.

Dans la pratique médicale, le choix et la posologie de l'antimalarique dépendent du niveau de sensibilité des souches à *plasmodium falciparum* aux différents produits. Il n'y a pas de schéma unique, mais un canevas flexible. En Afrique, on utilise essentiellement pour le traitement des cas fébriles une amino-4-quinoléines : soit la chloroquine soit l'amodiaquine, à la dose de 10mg/kg per os en une dose unique. A l'échelle sous régionale, des différences sont constatées : ainsi, en Afrique de l'Ouest, on prescrit habituellement chez les sujets semi immuns, une dose de 10mg/kg de chloroquine en une seule prise, alors qu'en Afrique Centrale et de l'Est, suivant le niveau de sensibilité des souches locales de *plasmodium falciparum*, on doit augmenter les doses de chloroquine ou utiliser un autre antimalarique. En cas d'accès simple résistant à la chloroquine, on peut prévoir l'association quinine-sulfadoxypyriméthamine ou l'un des deux produits⁸⁸⁴.

Il est désormais admis que la chimiothérapie systématique de tous les accès fébriles est la stratégie de choix, en général, pour l'Afrique intertropicale. Pour la promouvoir, il est nécessaire d'assurer la distribution de l'antimalarique à travers toutes les zones concernées et, donc, d'améliorer les connaissances quant aux circuits d'acheminement des médicaments jusque dans les zones les plus reculées. Pour sa mise en œuvre, l'établissement d'une véritable « chaîne » de l'antimalarique est une priorité. Ainsi, la distribution finale du produit peut se faire suivant plusieurs modalités : par l'achat à un distributeur villageois de médicaments

⁸⁸³ Baudon (D) et al, Art. Cit., 1987, p. 221-223

⁸⁸⁴ Ibid., et Baudon (D) et al, Art. Cit., 1984, p. 167-176

habilité à ne vendre que certains produits de base ; par l'achat à un agent de santé primaire ; par la distribution de lots de médicaments à chaque famille pour une période déterminée, surtout si les familles vivent isolément en dehors d'un village. La stratégie doit s'appuyer sur une éducation sanitaire pour préciser la posologie et, sur avis des populations, pour choisir le mode de distribution de l'antimalarique ; à ce titre, le produit choisi est la chloroquine, bien connue des populations africaines⁸⁸⁵.

Sans surprise, dès 1983, la chimiothérapie présomptive des accès fébriles dévient le protocole thérapeutique officiel en matière de lutte contre le paludisme sur tout le continent africain. Sous l'égide de l'OMS, des experts paludologues réunis, à Nairobi, ont arrêté une importante décision : la principale stratégie de contrôle du paludisme en Afrique est la chimiothérapie présomptive des accès fébriles avec l'emploi de la chloroquine comme antipaludique de premier choix. Elle est censée s'inscrire dans les SSP et sur la disponibilité d'un médicament efficace au coût abordable⁸⁸⁶.

Mais dans son application, la stratégie antipaludique adoptée lors de la 31^e session du comité régional fait apparaître plusieurs difficultés. Au nombre de celles-ci, il y a la pénurie des personnels clés nécessaires à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes de lutte antipaludique ainsi que pour la recherche opérationnelle sur le paludisme ; les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'action antipaludique comme partie du système de soins de santé primaires ; l'insuffisance des ressources financières pour supporter les charges de la lutte ; l'inadéquation de la gestion des programmes d'actions et enfin l'apparition et la propagation de *plasmodium falciparum* résistant aux médicaments. Ces difficultés ont amené le comité régional, lors de sa 35^e session, organisée à Lusaka, du 11 au 18 septembre 1985⁸⁸⁷, à recommander une série d'actions en vue d'apporter des corrections nécessaires.

⁸⁸⁵ Baudon (D) et al, Art. Cit., n°3, 1984, p. 167-176

⁸⁸⁶ Gbary (A.R) et al, « Le traitement des accès palustres : connaissances et attitudes pratiques des personnels de santé en zone urbaine (Bobo Dioulasso, Burkina Faso). Enquête sur l'approvisionnement en antipaludéens », *Médecine d'Afrique Noire*, t. XXXV, n°12, décembre 1988, p. 239-242

⁸⁸⁷ OMS, *Trente-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Rapport du comité régional*, Lusaka, 11 au 18 septembre 1985, Brazzaville, Bureau régional Afrique de l'OMS, 1985, p. 13-15

Ainsi, dans sa résolution AFR/RC35/R5⁸⁸⁸, le Bureau Afrique de l’OMS, invite les Etats membres à se mobiliser pour améliorer les conditions et les pratiques de mise en œuvre de la lutte antipaludique entamée depuis la réunion de 1983. A ce titre, ils doivent proposer des modifications dans les stratégies en cours d’application en réfléchissant à l’intégration de l’action antipaludique aux systèmes nationaux des SSP, à formuler et appliquer des politiques et mesures pour le contrôle de l’utilisation des antipaludiques ainsi que des directives pour le traitement standard du paludisme en fonction du degré de sensibilité des parasites du paludisme aux antipaludiques. Pour toutes ces raisons, le directeur de l’OMS de la région africaine a été investi d’une nouvelle mission : celle de réfléchir pour la session de 1986, à une stratégie révisée pour garantir le succès de la stratégie régionale de lutte contre l’endémie⁸⁸⁹.

La 36^e session⁸⁹⁰ du Bureau Afrique se tient en 1986, à Brazzaville. Au terme des assises de cette rencontre, une stratégie révisée de la lutte antipaludique voit le jour. Celle-ci s’inscrit dans la droite ligne de la résolution adoptée un an auparavant. Mais, comment en est-on arrivé à cette décision qui va déterminer l’avenir des stratégies d’attaque contre l’endémie ? La rencontre de 1986 a, d’abord, procédé à l’analyse de la situation épidémiologique du continent et, ensuite, proposé une classification des zones impaludées en fonction des objectifs opérationnels et des enseignements tirés des activités antipaludiques menées.

Ce travail conduit à la délimitation de cinq zones épidémiologiques, à savoir : des zones où le paludisme n’a jamais existé ou a disparu et où il n’y a pas aucun risque d’infection et qui ne sont pas réceptives ; des zones où l’éradication du paludisme a été obtenue mais qui sont réceptives ; deux exemples illustrent ce cas de figure : La Réunion où il n’y a pas eu de rétablissement de la transmission et l’Île Maurice où il y a eu un rétablissement ; des zones où la transmission a été ramenée à un faible niveau du fait de mesures de lutte antivectorielle prises pendant une longue période ; des zones où la transmission est saisonnière avec des niveaux d’endémicité allant de hypo à mésoendémique,

⁸⁸⁸ Ibid., p. 13

⁸⁸⁹ OMS, *Trente-cinquième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique*, Op. Cit., 1985, p. 13-15

⁸⁹⁰ C’est Brazzaville la capitale de la République du Congo, qui abrite le siège du Bureau régional, qui a accueilli cette rencontre. Elle s’est tenue du 10 au 17 septembre 1986, voir OMS, *Trente-sixième session du Comité régional de l’OMS pour l’Afrique. Rapport du comité régional, Brazzaville, 10 au 17 septembre 1986*, Brazzaville, Bureau régional Afrique de l’OMS, 1986, 191 p

avec des potentiels épidémiques et enfin des zones le paludisme est stable avec une endémicité de niveau hyper à holoendémique. Dans celles-ci, la situation n'a pas changé de façon marquée depuis des générations et on n'y mène aucune activité antipaludique organisée. La plupart des pays de la Région Afrique de l'OMS tombent dans ce groupe⁸⁹¹.

Ensuite, la question du paludisme évoquée au cours des travaux de ladite session ne s'est pas résumée à la définition des strates épidémiologiques ; elle a discuté aussi des difficultés qui sont de nature à compromettre l'avenir de la lutte : celles-ci portent, d'une part, sur les conséquences de la poursuite du schéma thérapeutique à dose unique avec de la chloroquine adopté au cours de la 31^e session, et d'autre part, sur les conséquences possibles de ce schéma thérapeutique avec l'apparition et la propagation d'une résistance de *plasmodium falciparum* à la chloroquine dans la Région.

Cette situation exige donc un changement dans le schéma thérapeutique normalisé. Toutefois, les objectifs de la stratégie antipaludique régionale révisée restent inchangés, si bien qu'elle confirme les quatre variantes tactiques de la lutte antipaludique adoptée par la 31^e Assemblée mondiale de la santé en 1978, et détaillées dans le 17^e rapport du comité d'experts en 1979⁸⁹². Par ailleurs, les conditions de la mise en œuvre et de la poursuite d'un programme antipaludique ont été précisées par les experts africains : celles-ci se résument à la reconnaissance du paludisme en tant que problème et à un ferme engagement à tous les niveaux pour prendre les mesures contre cette maladie, à l'aptitude à poursuivre un programme après sa mise en œuvre et enfin à la mise en œuvre d'une action antipaludique dans le cadre des SSP.

Lors des discussions qui ont suivi la présentation de la stratégie révisée, les participants se sont inquiétés de la stagnation des progrès de la lutte antipaludique et de la détérioration de la situation épidémiologique. Le peu d'intérêt accordé jusque-là à la lutte antivectorielle dans les campagnes a été discuté et le comité a instamment demandé que le Bureau s'investisse dans la promotion des mesures de lutte antivectorielle et à leur intégration dans les programmes de lutte. Dans cette perspective, il est nécessaire de commencer par des projets expérimentaux de lutte antivectorielle, d'évaluer leur efficacité avant de lancer des programmes de grande envergure. Le retour de la lutte antivectorielle dans les programmes de lutte antipaludique amène aux conclusions suivantes : il est la preuve de l'inefficacité des

⁸⁹¹ OMS, *Trente-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique*, Op. Cit., 1986, p. 57

⁸⁹² Pour des détails sur cette question, voir le chapitre IV -II

actions menées et fondées uniquement sur la chimiothérapie, d'une part ; et d'autre part, il révèle la nécessité de combiner à la fois la chimiothérapie et la lutte antivectorielle pour prendre en compte l'hétérogénéité des situations épidémiologiques des paludismes en Afrique. Cette combinaison des actions visent en réalité, une plus grande efficacité dans les résultats attendus⁸⁹³.

Cette tendance vers la régionalisation des stratégies de lutte se précise lors d'une consultation d'un groupe d'experts de l'OMS, tenue du 17 au 21 juin 1991, à Brazzaville⁸⁹⁴. Cette rencontre entend définir un protocole de prise en charge dont l'objectif est de poser un diagnostic approprié et de traiter convenablement le paludisme en faisant en sorte que ledit traitement soit accessible à la population tout entière. Plus exactement, le but de la réunion est d'élaborer les principes directeurs pour le diagnostic et le traitement du paludisme aux trois niveaux du système de prestations des soins de santé de la Région africaine de l'OMS⁸⁹⁵. Les principes et directives relatifs au diagnostic et au traitement du paludisme, à des niveaux spécifiques bien définis du système de prestations de soins de santé⁸⁹⁶, doivent contribuer de façon marquée au traitement efficace du paludisme en tant que maladie dans le cadre des services de santé. Quelles sont alors les grandes lignes des principes directeurs de la lutte antipaludique et quelles sont les innovations les plus importantes introduites? L'essentiel des informations est extrait de « principes directeurs pour le diagnostic et le traitement du paludisme en Afrique⁸⁹⁷ » qui précise les grandes lignes de même que les détails pour chaque niveau⁸⁹⁸.

⁸⁹³ OMS, Trente-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Op. Cit., 1986, p. 57-58

⁸⁹⁴ En réalité, cette réunion porte sur la révision des principes directeurs pour le diagnostic et le traitement du paludisme en Afrique, déjà élaborés du 7 au 14 décembre 1987, à Brazzaville. Cette révision doit être faite à l'aune des développements sur la question du paludisme, notamment l'adoption de la politique des SSP et le développement de la pharmacorésistance à la chloroquine qui a posé de sérieux problèmes pour l'organisation et l'orientation de pratiques de traitement au niveau de la périphérie, voir OMS, « Principes directeurs pour le diagnostic traitement du paludisme en Afrique », Cahiers Techniques AFRO, n° 22, Rev. 1, Brazzaville, OMS, Bureau régional de l'Afrique, 1992, p. 1

⁸⁹⁵ OMS, Art. Cit., 1992, p. 3

⁸⁹⁶ Il s'agit du poste de santé communautaire sans services de laboratoire et doté d'un agent e santé communautaire/village possédant une formation élémentaire et une gamme limitée d'antipaludiques pour une administration par voie orale ; de la formation sanitaire dotée d'un assistant médical ou de tout autre agent de santé formé, capable d'administrer des médicaments antipaludiques en sous-cutané et en intramusculaire en plus de la voie orale ; d'un hôpital de district où l'hôpital de district ou l'hôpital de niveau supérieur là où ils existent doté d'un médecin, capable d'établir un diagnostic du paludisme au microscope et équipé pour administrer es médicaments par voir intraveineuse et soigner les cas graves, voir OMS, Art. Cit., 1992, p. 3

⁸⁹⁷ OMS, Art. Cit., 1992, p. 4-6

⁸⁹⁸ Des détails sont fournis dans le document cité en référence, voir OMS, Art. Cit., 1992, p. 31-57

Un diagnostic rapide et un traitement correct de la maladie, telles sont les activités les importantes de la lutte contre le paludisme. Bien qu'une confirmation du diagnostic clinique, au microscope soit souhaitable, dans la plupart des zones impaludées, la prestation d'un traitement repose sur le diagnostic clinique uniquement. Outre la fièvre, ce dernier devrait tenir compte d'autres signes et symptômes pour éliminer les autres maladies qui pourraient occasionner une poussée de fièvre. Cette approche permet aux pays de restreindre l'utilisation des antipaludiques aux personnes qui en ont besoin. Ceci est particulièrement important pour des cas qui nécessitent des médicaments autres que la chloroquine mais qui sont plus chers et ont des effets secondaires indésirables.

La capacité de mener des activités de diagnostic et de traitement aux différents niveaux varie d'un pays à un autre, selon le développement des systèmes de santé et les ressources disponibles. De ce fait, les principes et directives suivants doivent être adaptés aux conditions locales. Le diagnostic clinique appelle bien évidemment un traitement clinique des malades. Dans un tel cas de figure, le traitement vise principalement à soigner la maladie, à circonscrire son évolution, à empêcher son aggravation et à éviter la mort. A cette fin, un traitement rapide aux antipaludiques s'impose. Il convient aussi d'envisager une thérapie pour les autres syndromes tels que la fièvre, la diarrhée, l'infection respiratoire, l'anémie.

Ainsi, lorsque des malades présentent de la fièvre, ils peuvent obtenir les premiers soins à n'importe quel niveau. Le paludisme peut être une maladie très grave qui entraîne des complications sérieuses et la mort lorsqu'elle n'est pas soignée correctement. Il est donc recommandé que chaque épisode fébrile soit traité par une personne au fait des signes et des symptômes du paludisme ; laquelle personne doit être formée à soigner correctement la fièvre afin de reconnaître les cas graves et les cas éventuels d'échec de traitement à référer à l'échelon supérieur. La dimension communautaire est également à prendre en compte. C'est pourquoi, bien qu'il soit hautement souhaitable que les malades soient traités par un personnel qualifié, il est toutefois reconnu que la participation du malade et de la collectivité aux décisions relatives à la santé constituent une composante essentielle des SSP. Il est donc important d'approfondir la connaissance du paludisme et de son traitement aux niveaux familial et notamment dans les zones où les malades peuvent être très éloignés des formations médicales.

D'où l'importance de l'éducation sanitaire. Dans cette perspective, il faut voir dans l'éducation pour la santé toute activité favorisant une sensibilisation générale à la fois vis-à-vis des problèmes de paludisme et de la nécessité d'agir. Dans sa mise en œuvre, l'éducation pour la santé englobe toutes les activités qui visent à sensibiliser le grand public aux problèmes et aux mesures possibles sur le plan individuel comme sur le plan collectif, ainsi que des efforts tendant à obtenir le soutien de responsables de haut niveau dans d'autres secteurs que celui de la santé. Par ailleurs, des précisions sont faites pour les zones où une chloroquinorésistance a été observée.

Ainsi, bien que la propagation de *plasmodium falciparum* chloroquinorésistant soit réelle, aucune décision n'est prise pour remplacer la chloroquine par un autre médicament de première ligne pour les cas simples, parce que la résistance n'est pas encore alarmante d'autant plus qu'elle est jugée moins intense. Dans la continuité du traitement, on obtient un nombre nettement réduit de parasites qui s'accompagne d'une baisse de température et d'une amélioration des autres signes de symptômes. Par ailleurs, de nombreux patients présentent des infections paludéennes qui sont tout à fait sensible à la chloroquine. Etant donné que l'objectif du programme de traitement est de soigner la maladie, prévenir son aggravation et empêcher la mort, l'usage de la chloroquine comme médicament de première ligne semble justifié dans les circonstances actuelles de ce contexte précis. Toutefois, cela n'empêche pas l'observation du principe de précaution qui impose d'identifier les défaillances d'un traitement de façon à pouvoir administrer rapidement d'autres médicaments.

Rétrospectivement, un des faits marquants de la lutte contre le paludisme dans la Région africaine est la tenue de la conférence interrégionale sur le paludisme, à Brazzaville en octobre 1991⁸⁹⁹. Cette conférence s'est terminée par l'adoption d'une nouvelle stratégie régionale de lutte antipaludique⁹⁰⁰. Les composantes de celle-ci sont résumées ci-après : un diagnostic précoce et un traitement rapide du paludisme ; des activités antivectionnelles partout où elles peuvent être durables et rentables ; la prévision, un dépistage précoce, une prévention ou maîtrise des épidémies et une intégration des activités de lutte antipaludique dans les soins de santé primaires. En pratique, il faut recommander la prise en charge de la maladie et la protection individuelle comme stratégie de lutte antipaludique dans les zones de la Région

⁸⁹⁹ OMS, *La lutte antipaludique dans la Région africaine de l'OMS*, OMS (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique), Brazzaville, 1995, 8 p

⁹⁰⁰ Cette conférence interrégionale est en fait la réunion préparatoire à la conférence interministérielle d'octobre 1992 à Amsterdam, aux Pays-Bas.

africaine où le paludisme est stable et hautement endémique. Dans les zones de moindre stabilité et exposées aux épidémies de paludisme, la lutte antivectorielle, si elle est durable, et la prévention et la maîtrise des épidémies constituent les principales composantes de la stratégie⁹⁰¹.

Dans la foulée, le processus d'adaptabilité de la lutte antipaludique aux conditions locales - à l'échelle des pays et à l'échelle de la Région OMS Afrique - va être confirmé lors de la 42^e session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique, organisée à Brazzaville du 2 au 9 septembre 1992. Dans la résolution AFR/RC42/R8⁹⁰², le comité régional invite, entre autres, les Etats membres à,

Adopter des politiques et des stratégies de lutte adaptées à leurs réalités socio-économiques et élaborer des plans de mise en œuvre des programmes de lutte... ; créer des unités de lutte contre le paludisme au sein des divisions de lutte contre la maladie des Ministères de la Santé, et renforcer les unités existantes..., et assurer le succès de la prochaine conférence ministérielle mondiale d'Amsterdam par l'élaboration de propositions concrètes visant le renforcement de la lutte contre le paludisme⁹⁰³.

C'est le début de la grande offensive africaine contre le paludisme et, un pas de plus est franchi vers une standardisation des protocoles de lutte applicable dans chaque pays à travers des plans de lutte annuels. Désormais, le continent dispose d'une ligne directrice de lutte contre le paludisme. Dans les pages qui suivent, la question essentielle est de voir comment la politique de contrôle du paludisme est appliquée dans la pratique médicale en Côte d'Ivoire ? Comment les acteurs - pouvoirs publics, professionnels de santé - en charge de la lutte contre cette endémie ont-ils mis en œuvre les directives de lutte élaborées par l'OMS et avec quels moyens ?

⁹⁰¹ OMS, *La lutte antipaludique dans la Région africaine de l'OMS*, Op. Cit., 1995, p. 1

⁹⁰² OMS, Rapport final de la quarante-deuxième session du comité de l'OMS pour l'Afrique (Brazzaville, 2 au 9 septembre 1992), Brazzaville, OMS, 1992, 144 p

⁹⁰³ Ibid., p. 15

II. Comment la politique de contrôle se décline-t-elle dans la pratique médicale en Côte d'Ivoire après son lancement ?

On est tenté de le dire : la politique de contrôle en cours d'application en Côte d'Ivoire est fortement tributaire des directives internationales de lutte contre le paludisme. En effet, au lendemain de la définition de cette nouvelle politique qui fait suite à la remise en cause de l' « éradication du paludisme », des politiques de substitution ont été élaborées au profit des pays dans lesquels un programme d'éradication du paludisme n'est pas réalisable dans l'immédiat. Avant de décliner les actions thérapeutiques entreprises en Côte d'Ivoire, un état des lieux des directives de lutte formulées par l'OMS – siège et Bureau régional – est nécessaire pour comprendre les options locales en matière de lutte contre le paludisme.

Pour donner corps à la lutte contre le paludisme excluant tout projet d'éradication, une réunion interrégionale de l'OMS s'est tenue au Bureau régional de l'OMS pour la région africaine, à Brazzaville, du 30 octobre au 10 novembre 1972. Il s'est agi au cours de cette réunion de débattre de la question de « la lutte contre le paludisme dans les pays où un programme d'éradication limité dans le temps n'est pas réalisable actuellement ». Les participants à la rencontre se sont nourris de l'état des programmes antipaludiques et de la situation du paludisme dans les pays concernés. Elle a mobilisé trente et un pays et territoires des Régions OMS de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, auxquels se sont joints des observateurs du Programme des Nations Unie pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (FISE) et d'un certain nombre d'organisations intergouvernementales et d'autres institutions⁹⁰⁴.

De toutes les régions concernées par cette réunion, la situation du paludisme dans la région OMS de l'Afrique est particulièrement préoccupante : en dépit des données

⁹⁰⁴ Au nombre de ces organisations intergouvernementales et d'institutions, on compte la Commission des Communautés européennes (CEE), la Communauté de l'Afrique Orientale (CAO), l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE), l'Organisation de coordination pour la lutte contre les grandes endémies en Afrique centrale (OCEAC), Centre for Disease control (CDC), Office de recherche scientifique et technique Outre-mer (ORSTOM), Agency for International development des Etats Unis d'Amérique (USAID), voir OMS, série de rapports techniques, n°537. *Lutte contre le paludisme dans les pays où un programme d'éradication limité dans le temps n'est pas réalisable actuellement*, Genève, OMS, 1974, p. 66

incomplètes et fragmentaires⁹⁰⁵, les chiffres sont révélateurs du drame que constitue le paludisme au cours des années précédant ladite rencontre⁹⁰⁶. La situation de l'Afrique apparaît particulièrement dramatique, même si les chiffres confirmant cette réalité s'appuient sur des indices débouchant sur une sous-estimation de la situation réelle⁹⁰⁷. Toutefois, une tendance se dessine depuis l'échec de l'éradication : il devient de plus en plus évident que le seul moyen d'éliminer progressivement le paludisme des zones tropicales où le degré de transmission est très élevée, soit d'associer la chimiothérapie et les insecticides à effet rémanent. Mais, la prudence doit être de mise parce que les connaissances acquises et les expériences éprouvées ne permettent pas de trancher la question quant au succès ou à l'échec de cette méthode combinée. Dès lors, la lutte antipaludique en Afrique se trouve dans une sorte d'impasse. Que faire ?

Pour envisager un programme de lutte dans un tel contexte, les experts ont énuméré des éléments à prendre en compte ; ils ne diffèrent en rien de ce qui est connu habituellement dans la préparation des projets de lutte, à savoir : le tableau épidémiologique du paludisme, la faisabilité technique d'un programme de lutte et les moyens opérationnels indispensables, le profil socio-économique du pays et les ressources humaines et financières disponibles et enfin la structure sanitaire du pays. A la lumière de ce qui précède, il n'existe pas de méthodologie standard de lutte contre le paludisme applicable à tous les pays mais, des principes et des directives dont il faut tenir compte quand on veut élaborer une stratégie adaptée à un pays donné et permettant d'obtenir les meilleurs résultats dans des situations diverses. Par ailleurs, les participants à cette réunion ont acté la définition des programmes de lutte antipaludique formulée lors de la rencontre du comité d'experts de l'OMS, de 1971. Selon eux, le

⁹⁰⁵ Le nombre de cas de paludisme déclarés représente surtout ceux qui ont été enregistrés et traités dans les hôpitaux ou d'autres établissements sanitaires et n'indique pas la véritable prévalence du paludisme. Par ailleurs, le diagnostic clinique de la maladie laisse beaucoup de place à différentes variations. Ce qui peut fausser les chiffres.

⁹⁰⁶ Sur les 250 209 000 habitants que compte au total la Région africaine de l'OMS, 230 340 000 habitants vivent dans des régions initialement impaludées. Il n'y a que 4 427 000 personnes qui vivent dans des zones où l'éradication aurait été réalisée (et qui serait en phase d'entretien) ; en outre, 19 661 000 personnes sont protégées par certaines mesures visant à combattre soit le vecteur, soit le parasite. Toutefois, il y a 206 251 000 personnes dans des zones où aucune mesure antipaludique spécifique n'est appliquée. La population totale des pays de la Région africaine qui participent à la Conférence est évaluée à 201 424 000 habitants et, selon les rapports présentés à la Conférence environ 180 millions de personnes, soit à peu près 90% de la population totale, restent exposées à l'infection paludéenne et ne bénéficient d'aucune protection organisée, voir OMS, Série de rapports techniques, n°537. Op. Cit., 1974, p. 6

⁹⁰⁷ La mortalité néonatale varie de 50 pour 1000 naissances ; la mortalité chez les enfants de moins d'un an, 100-200 pour 1000 ; la mortalité cumulative pour le groupe d'âge 0-5 ans, 300-500 pour 1000, voir OMS, Série de rapports techniques, n°537. Op. Cit., 1974, p.7

programme de lutte doit s'entendre comme les : « Efforts systématiques pour appliquer des mesures de lutte antipaludique qui seront compatibles avec les ressources disponibles et adaptées à la situation épidémiologique, en vue de réduire le plus possible la mortalité et la morbidité »⁹⁰⁸.

Comment le gouvernement ivoirien entend-il appliquer les directives nouvelles concernant la lutte contre l'endémie palustre ? Pour le savoir, il est important de revisiter les grandes lignes de la politique de santé en Côte d'Ivoire. Cela permet de comprendre les options stratégiques locales de même que l'engagement politique nationale pour faire face aux nombreuses pathologies notamment le paludisme.

Le chapitre sanitaire du projet de Plan quinquennal de développement économique, social et culture qui couvre les années 1976 à 1980⁹⁰⁹ accorde une place importante à la lutte contre les maladies. Les premières lignes du chapitre consacré à la santé sont évocatrices : « Le but de toute politique de santé est l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Cette amélioration sera obtenue d'une part grâce à des actions sur l'environnement économique, culturel et social de la population concernée afin de réduire sa vulnérabilité à la maladie, d'autre part grâce à des actions préventives et curatives du système de santé proprement dit »⁹¹⁰. La politique de santé au cours de cette décennie vise six objectifs : la réduction des effectifs atteints par les principales maladies et de la gravité de ces atteintes ; la réduction de la mortalité et de la morbidité périnatales et infantiles ; la réduction du nombre d'accidents de travail et de la route et de la gravité de ces accidents et une meilleure répartition de leurs conséquences ; la réduction de la vulnérabilité à la maladie de l'ensemble de population ; l'amélioration de la connaissance de l'état sanitaire de la population, de la coordination et de l'efficacité du système de santé et la recherche d'une réduction des coûts du système de santé et de nouvelles modalités concernant son financement⁹¹¹.

Pour faciliter la compréhension de cette analyse, on va s'attarder sur le premier objectif qui semble répondre aux problématiques exposées dans la présente analyse. En effet,

⁹⁰⁸ OMS, *Lutte contre le paludisme dans les pays où un programme d'éradication limitée dans le temps n'est pas réalisable actuellement : rapport d'une conférence interrégionale de l'OMS*, Genève, OMS, 1974, p. 13

⁹⁰⁹ Ministère du Plan, *Projet de Plan quinquennal de développement économique, social et culturel, 1976-1980*, t.2, la stratégie de développement, Abidjan, Ministère du Plan, 1976, 263 p

⁹¹⁰ *Ibid.*, p. 151

⁹¹¹ *Ibid.*, 151-154

si la variole et la fièvre jaune ont été totalement éradiqués, d'autres maladies atteignent d'importantes parties de la population, les principales d'entre elles sont le paludisme, la rougeole, la tuberculose, la lèpre, la trypanosomiase, les bilharzioses, l'onchocercose, la diphtérie, pour ne citer que ces quelques-unes. En l'absence de données fiables, il n'a pas été possible d'évaluer avec une précision raisonnable ni la fréquence et la gravité de ces maladies, ni les effectifs atteints et leur répartition géographique. Par conséquent, il est impossible de préciser les objectifs aux moyens d'indicateurs précis. Cela conduit à adopter une stratégie " tous azimuts" dont les principes sont les suivants :

- *la couverture prioritaire à échéance rapprochée de l'ensemble de la population de telle façon que l'accès au diagnostic et aux soins n'excède pas un moi.* Cela signifie que tout Ivoirien devra avoir la possibilité d'accéder au système de soins au moins une fois par mois. Cette couverture sera recherchée principalement par des actions d'équipes médicales mobiles opérant à partir de bases secteurs et par des actions menées dans les centres de santé.

- la couverture des risques nécessitant une hospitalisation par la mise en place de réseaux hospitaliers régionaux hiérarchisés et par la généralisation des évacuations sanitaires. Celle-ci sera assurée par la mise en place de réseaux hospitaliers régionaux hiérarchisés. Chacun de ces réseaux régionaux comprendra un Centre Hospitalier Régional (CHR), des hôpitaux départementaux et des formations hospitalières dans les sous-préfectures. Ces réseaux seront réalisés par la mise en place des CHR nécessaire par extension d'établissement existants, l'extension et/ ou la rénovation des autres établissements et formations hospitalières existantes dans les préfectures et sous-préfectures et la construction d'établissements ou de formations hospitalières dans les zones qui en sont totalement dépourvues. Enfin, l'accès à ces réseaux régionaux sera assuré par un système d'évacuations sanitaires s'appuyant principalement sur les moyens aériens militaires de transports.

- la régionalisation du système de santé sera réalisée par la concentration au niveau régional des responsabilités de tous types d'intervention par la création de directions régionales de la santé, la mise en place des réseaux régionaux précités concernant les bases de secteurs et les centres de santé d'une part, les établissements hospitaliers d'autre part, et enfin par la mise en œuvre de moyens d'action adaptés aux spécificités de chaque région.

- la couverture de risques particuliers et localisés sera réalisée par des actions spécifiques appropriées menées par des moyens spécialisés opérant soit à partir des bases de secteur soit à

partir des directions régionales de la santé⁹¹². Comment les variantes, élaborées depuis 1970 et actualisées en 1986, peuvent être appliquées dans le contexte local des pays endémiques ? Que proposent les experts des questions du paludisme sur ce sujet?

Dans la mise en œuvre des stratégies envisageables, il convient d'élaborer des objectifs dans le cadre d'un processus de planification en rapport avec chaque situation telle qu'elle a été identifiée. Toutefois, il faut admettre que les méthodes utilisables pour s'opposer à l'endémie peuvent être classées par ordre de complexité et qu'elles exigent le recours à toute une série de ressources et d'activités de développement différentes si l'on veut maintenir durablement les résultats obtenus. S'il ne faut pas voir dans ses variantes tactiques un enchaînement absolument obligatoire, elles comportent, à tout le moins, des objectifs hiérarchisés ; ce qui suppose qu'on doit s'abstenir d'adopter un plan plus complexe de lutte antipaludique tant qu'on n'a pas l'assurance d'avoir atteint les objectifs précédents. Au demeurant, si ces variantes illustrent la diversité des situations possibles, elles ont l'avantage de proposer des objectifs allant de la diminution de la mortalité spécifique et de la diminution de la gravité de la maladie (variante 1) à l'éradication complète (variante 4)⁹¹³. Si ce choix des objectifs s'effectue selon les critères épidémiologiques, on ne doit pas négliger non plus des limites éventuelles imposées par l'importance des ressources disponibles et la capacité de l'infrastructure.

L'expérience de la mise en œuvre de ces approches ou variantes a été revue au cours du comité d'experts de 1985, au regard des difficultés d'application. Ce faisant, les variantes ne doivent pas être considérées comme des compartiments qui s'excluent mutuellement mais, plutôt comme des séries flexibles d'étapes compatibles avec une ou plusieurs méthodes qui dépendent des besoins locaux révélés par la stratification épidémiologique.

Alors que les variantes servent à mettre en lumière la nécessité d'appréhender le paludisme plus comme un problème de maladie que comme une infection parasitaire, elles n'avaient pas suggéré aux pays le développement d'approches flexibles adaptées à leurs besoins individuels. C'est ce que les experts du paludisme ont tenté de corriger, en 1985, en proposant une approche stratégique alternative basée sur l'idée que les méthodes d'attaque du problème peuvent être classées selon leur complexité, les ressources exigées et le

⁹¹² Ministère du Plan, Op. Cit., 1976, p. 153-154

⁹¹³ Najera (J.A), Le paludisme et l'action de l'OMS, *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1989, vol.67, n°4, p. 347-363

développement d'activités spécifiques pour consolider à long terme tout résultat obtenu. Ainsi, au lieu de considérer quatre scénarios comme le fait la théorie des « quatre variantes tactiques », il y a lieu de proposer un éventail d'objectifs potentiels, compte tenu des limitations possibles imposées par la disponibilité des ressources et la capacité des infrastructures⁹¹⁴.

Deux approches sensiblement différentes ont été définies intégrant des variantes⁹¹⁵ tactiques correspondantes, selon qu'on se trouve à l'un ou l'autre des deux extrêmes de situations possibles : pour la première approche, il faut assurer l'amélioration des services de santé généraux de façon à assurer un diagnostic correct du paludisme, l'accès aux soins de santé et le traitement des cas de paludisme tout en conférant à la population exposée une protection suffisante et en favorisant la protection au niveau individuel et au niveau communautaire. Cette méthode implique des objectifs tels qu'une baisse de mortalité, un recul de la morbidité palustre générale et le raccourcissement des épisodes morbides. La seconde approche, qui rassemble les variantes n°3 et 4, suppose la mise en place de moyens permettant de limiter durablement la transmission du paludisme ; elle exige la planification d'actions antipaludiques spécifiques visant à modifier l'équilibre épidémiologique. Les objectifs à moyen terme sont donc de prévenir les épidémies, de réduire les foyers de paludisme à falciparum et de lutter contre la transmission dans certaines régions particulières ou dans l'ensemble du pays⁹¹⁶. Au-delà de toutes ces considérations, il est remarquable de constater que « pour la première fois depuis la formulation de la stratégie d'éradication, un choix concret est offert pour lutte contre le paludisme en Afrique », dira d'ailleurs Najera J.A⁹¹⁷, au sujet de la formulation des variantes qui proposent des exemples d'interventions possibles⁹¹⁸. Entre ces deux extrêmes, on trouve une série d'objectifs qui vont progressivement exiger le renforcement du système de référence et le développement de systèmes solides d'information ainsi que la surveillance épidémiologique capable d'identifier les situation anormales, la détermination des zones à problèmes et la mise à disposition d'une réponse adéquate. Il ne faudra pas oublier le suivi de problèmes tels que la résistance médicamenteuse et l'évaluation de la réponse aux mesures de lutte.

⁹¹⁴ OMS, Série de rapports techniques, n°735. *Comité OMS d'experts du paludisme, 18^e rapport*, Genève, OMS, 1986, p. 54

⁹¹⁵ Ces variantes ont fait l'objet d'une analyse détaillées dans le (II) du chapitre IV

⁹¹⁶ Ibid., p. 55

⁹¹⁷ Il était à l'époque directrice du Programme d'action antipaludique de l'OMS

⁹¹⁸ Najera (J.A), Art. Cit., 1989, p. 347-363

De ces deux approches, il ne fait aucun doute que c'est dans la première, celle dans laquelle se trouvent les variantes tactiques n° 1 et 2, qui est applicable en Côte d'Ivoire. Dans ce cas de figure, le strict minimum recherché est qu'on puisse assurer le diagnostic et un traitement convenable des malades, un traitement curatif et une prophylaxie tout au long de la grossesse et une éducation plus poussée de la population sur trois points : meilleure utilisation des services de santé, refus de la maladie et application des mesures de protection individuelles. Cependant, comme objectifs intermédiaires, il faudra renforcer progressivement le système d'orientation / recours et mettre sur pied un réel système d'information, parallèlement à l'organisation d'une surveillance épidémiologique permettant de reconnaître correctement les situations anormales, de délimiter les régions à problème et de mettre en place les moyens grâce auxquels on pourra réagir en conséquence⁹¹⁹.

Progressivement, on peut ainsi passer de la lutte contre les épidémies à leur prévention puis aux opérations visant à endiguer la maladie dans ses foyers les plus préoccupants. Selon le développement relatif des services d'action antipaludique et de l'infrastructure sanitaire, trois catégories de pays ou régions impaludées ont été constituées. Le groupe 1, dans lequel on peut classer la Côte d'Ivoire, englobe les pays ou régions où le paludisme constitue un grave problème mais où l'infrastructure sanitaire laisse beaucoup à désirer et où il n'existe pas de service antipaludique organisé. Ce groupe englobe, selon les experts, la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara où il faut que la stratégie antipaludique se concentre au départ sur le traitement des malades, en particulier de ceux qui risquent de mourir⁹²⁰.

Par ailleurs, la maîtrise du paludisme dans le cadre de la stratégie des SSP exige une couverture complète de la population par un réseau d'établissements de soins périphérique, solidement appuyés par des systèmes d'orientation/recours et de conseil technique. La nature et l'ampleur de chaque système dépend du degré de développement des SSP, du stade atteint

⁹¹⁹ OMS, Série de rapports techniques, n°735, Op. Cit, p. 55

⁹²⁰ Le groupe 2 réunit les pays ou les régions dans lesquels le système de soins de santé primaires est relativement bien développé mais où il est indispensable, au moins dans certaines régions, que les SSP comportent des mesures antipaludiques ; tandis que le groupe 3 réunit les pays ou régions où l'organisation de services antipaludiques a précédé la mise en place de soins de santé primaires au niveau périphérique. Le développement des SSP exige qu'ils puissent s'appuyer sur une réorganisation de l'ensemble du système de santé. Les services antipaludiques doivent contribuer à cette évolution et, dans certaines cas, ils peuvent très bien constituer la base du développement des SSP, en particulier à la périphérie où ces services constituent fréquemment le seul service de santé qui soit accessible à l'ensemble de la population, voir OMS, Série de rapports techniques, n°735. *Comité OMS d'experts du paludisme, 18^e rapport*, Genève, OMS, 1986, 120 p.

dans la mise en œuvre de la stratégie de lutte et de ses rapports avec d'autres problèmes sanitaires courants, des objectifs fixés à court, moyen et long terme et, enfin, des ressources disponibles. Dans son application, il faut une structure organisationnelle associée à la mise en œuvre des activités antipaludiques dans le cadre des SSP.

Une structure organisationnelle efficace et bien conçue est essentielle pour assurer une prestation efficace des soins de santé. Pour les pays du groupe 1, elle peut ressembler à peu de chose près à ceci : on doit avoir nécessairement au niveau communautaire un réseau de centres de diagnostic et de traitement capables d'assurer une chimiothérapie curative complète à tous les malades ainsi qu'une chimioprophylaxie aux femmes enceintes⁹²¹. Ce réseau de centres peut être considéré comme le point d'entrée dans le système de SSP et permettre de reconnaître la présence d'autres problèmes sanitaires afin de contribuer à leur résolution⁹²².

Comment la lutte doit-elle s'organiser dans le cadre des SSP ?

Quelles sont les activités antipaludiques prioritaires à mettre en œuvre dans le cadre des SSP ? Le comité des experts a proposé une série d'actions prioritaires, et ciblé des groupes de populations qu'on peut considérer comme à risque qu'il faut absolument prendre en charge. Aussi, recommandent-ils de privilégier le diagnostic et le traitement qui constituent les deux activités antipaludiques essentielles. Ce qui suppose de poser le diagnostic en temps voulu et de traiter correctement le malade.

Dans la plupart des régions impaludées, le traitement doit être instauré sur la base d'un diagnostic clinique. Il importe que ce diagnostic ne se limite pas à la reconnaissance d'un état fébrile (subjectif ou objectivé par la prise de température) ; mais, que des protocoles simples soient établis et qui permettent d'identifier, parmi les cas fébriles, ceux qui sont imputables à une autre origine comme une infection respiratoire aiguë, une infection localisée ou une maladie épidémique particulière. Une telle précaution permet de procéder par

⁹²¹ Pour les pays du groupe 2, les activités de lutte sont conduites dans le cadre des activités générales du système de santé. Avec ce type d'organisation, le premier contact avec la communauté se fait au niveau des villages où des agents sanitaires de villages sont chargés des activités antipaludiques. Ces agents sont encadrés et appuyés par des agents sanitaires de seconde ligne qui font partie d'un groupe de prévention des épidémies au niveau des bourgades. Pour ceux du groupe 3, il est important que le paludisme doit être maintenu à un niveau tolérable dans les régions où il existe un fort potentiel de transmission, voir OMS, Série de rapports techniques, n°735, Op. Cit., 1986, p. 55-56

⁹²² Ibid., p. 56

élimination et d'administrer des antipaludéens aux cas fébriles confirmés. Les directives précisent toutefois qu'il faut, dans les régions d'endémicité, administrer des antipaludiques à tous les jeunes enfants atteints de fièvre car une infection palustre constitue un facteur de complication.

Un tel traitement, prescrit sur la base d'un diagnostic tout à fait imprécis, doit s'effectuer au moyen de médicaments extrêmement sûrs d'emploi et dans des circonstances où le traitement des cas graves et des échecs thérapeutiques nécessiteront le recours à des médicaments de seconde ligne ou une administration par voie parentale. L'emploi de ces médicaments de seconde ligne doit être fondé sur un diagnostic spécifique, lequel est actuellement possible avec un microscope optique⁹²³. Mais, il n'est pas sûr que dans les centres de santé des pays endémiques situés en Afrique, cette condition soit satisfaite. Cela pose des difficultés dans l'application de cette directive quand on sait que celui-ci repose, faute de structures adéquates, sur les signes cliniques.

Une autre directive importante issue de la réunion du comité d'experts est la volonté affichée de protéger des populations à risque telles que les femmes enceintes, les nourrissons et les enfants. Pourquoi particulièrement ces populations-cibles ?

Les femmes enceintes sont particulièrement exposées parce que la grossesse constitue fréquemment un grave danger pour la mère et le fœtus dans le cas du paludisme à falciparum. Avec elles, le paludisme à falciparum risque tout particulièrement de s'accompagner de manifestations graves et de complications. La grossesse accroît le risque de paludisme chez la femme. Dans les régions impaludées où cette parasitose est stable, les femmes autochtones sont, en général, plus ou moins immunisées. La grossesse s'accompagne d'une augmentation de la sensibilité aux infections graves. Par contre, dans les régions où le paludisme est instable, les femmes enceintes présentent une parasitémie intense qui entraîne des taux d'avortements élevés et la mort du fœtus quand la maladie est contractée en début de grossesse. Les cas de mortinaissance, de travail prématuré et de décès maternel semblent plus probables quand la femme enceinte a été victime d'un épisode de paludisme aigu au cours du troisième trimestre⁹²⁴.

⁹²³ OMS, Série de rapports techniques, n°735, Op. Cit., 1986, p. 63

⁹²⁴ Ibid., p. 64-65

Comment se fait la protection thérapeutique des femmes enceintes ? Dans les régions impaludées, il faut administrer aux femmes enceintes des antipaludiques à titre préventif. L'administration régulière de médicaments efficaces et sûrs empêche la survenue d'attaques palustres mettant la vie en danger chez des femmes enceintes faiblement immunes et elle protège le fœtus des conséquences de la fièvre, de l'anémie et du dysfonctionnement placentaire chez la mère. La première consultation de la femme enceinte est déterminante : au cours de la première visite, on peut administrer une dose curative d'antipaludique car la parasitémie est fréquente chez de nombreuses femmes enceintes lors de la première visite dans un centre de consultation prénatale. Dans certaines régions impaludées, il est impossible en pratique de faire bénéficier les femmes enceintes d'un traitement chimioprophylactique. Toutefois, pour la pratiquer, il est impératif de garantir l'accès à des services capables de poser rapidement le diagnostic et d'instaurer le traitement approprié⁹²⁵.

Le deuxième groupe à protéger est composé des nourrissons et des jeunes enfants. De fait, dans la population autochtone, une infection à falciparum risque de déterminer chez les enfants de moins de cinq ans une maladie grave, voire mortelle, en particulier dans les régions à forte endémicité. Au cours des premiers mois de la vie, les manifestations sont généralement bénignes, la parasitémie étant peu intense, probablement grâce à une immunité passive acquise de la mère. L'indice plasmodique augmente avec l'âge, de trois mois à un an, et il reste à un niveau élevé au cours de la petite enfance. Puis, l'immunité se développe et atteint un degré très important à l'âge scolaire, de sorte qu'on peut observer une parasitémie asymptomatique chez pas moins de 75% des enfants en âge d'entrer dans le primaire⁹²⁶. Enfin, il n'est plus recommandé de procéder chez les enfants de moins de cinq ans à une prophylaxie de masse, pour les raisons suivantes : impossibilité d'obtenir durablement un effet supérieur chez une proportion importante de la population ; possibilité de gêner l'établissement d'une immunité protectrice ; accélération du développement de la pharmacorésistance ; consommation de ressources rares susceptibles d'être mieux utilisées pour le traitement ; risque accru de rétinopathie au cours de l'existence du sujet concerné. En pareilles circonstances, il vaut mieux assurer un traitement curatif chaque fois qu'il est

⁹²⁵ Ibid., p. 66

⁹²⁶ Ibid., p. 67

nécessaire, de préférence dans le cadre d'un système de SSP garantissant un diagnostic rapide et un traitement convenable⁹²⁷.

Les experts ont, au cours de leur rencontre, donné des indications relatives à l'emploi des médicaments dans la lutte antipaludique. Ainsi, les médicaments utilisés dans la lutte antipaludique sont destinés au traitement des cas individuels et à la chimioprophylaxie du paludisme clinique. Les deux méthodes précitées sont applicables au niveau des SSP, l'objectif étant de couvrir une proportion aussi importante que possible de la population visée. Le protocole thérapeutique proposé se limite au traitement et à la chimioprophylaxie. Une revue des propositions formulées est indispensable pour comprendre comment les professionnels de santé vont se positionner face à ces indications.

Pour le traitement, les experts proposent une gamme de produits qui ont montré leur efficacité. Ainsi, l'emploi des médicaments disponibles pour le traitement des cas soupçonnés ou confirmés est le suivant :

-La chloroquine : elle constitue le médicament de choix pour le traitement du paludisme soupçonné ou confirmé, là où il n'existe pas de résistance connue ou même dans les régions où la résistance est du type RI⁹²⁸. On a coutume d'utiliser, pour le traitement des sujets semi-immuns, une seule dose de 10mg de chloroquine base par kg de poids corporel, pourtant, si cette dose suffit à éliminer du sang les parasites les plus sensibles, d'autres, plus résistants, peuvent y demeurer. Pour éviter l'apparition de la résistance et assurer un traitement satisfaisant des patients chez qui il est impossible de suivre la réponse parasitologique, il est souhaitable de pratiquer une cure complète en administrant 25 mg de chloroquine par kg, sur une durée de trois jours.

D'autres médicaments de la classe des amino-4-quinoléines peuvent remplacer la chloroquine. Le plus connu est l'amodiaquine. Il s'est montré légèrement plus actif que la

⁹²⁷OMS, Série de rapports techniques, n°735, Op. Cit., p. 66

⁹²⁸ C'est en 1980 que la chloroquinorésistance s'est signalée en Afrique où elle touche la totalité des zones d'endémicité palustre. La chloroquinorésistance s'est caractérisée par la persistance de parasites asexués dans les hématies du patient, sept jours après le début d'un traitement bien conduit par la chloroquine (25 mg/kg pendant 3 jours). L'évaluation de la résistance en fonction de la parasitémie permet de définir trois sels de résistance : la résistance de stade RI=disparition des parasites au 7^e jour, suivie d'une réapparition ; résistance de stade RII= diminution de la parasitémie ; résistance de stade RIII : aucune diminution de la parasitémie. Les résistances de stade RI, RII et RIII permettent de séparer les pays infectés en 3 groupes : 1, 2 et 3 ou groupe A, B et C selon l'OMS. Tous les pays africains sont du groupe 3

chloroquine contre les souches sensibles de *plasmodium falciparum*, et il conserve par ailleurs son activité contre certains parasites présentant une chloroquinorésistance de type RI ou RII.

- La sulfadoxine/pyriméthamine : dans les régions où la chloroquinorésistance est importante, la sulfadoxine/pyriméthamine constitue l'association médicamenteuse de choix pour le traitement de seconde ligne des cas de paludisme soupçonnés ou confirmés lorsqu'il n'existe pas de résistance établie vis-à-vis de cette association ou que la résistance est faible ou peu fréquente. Malheureusement, l'utilisation de cette association en seconde ligne pour la chimiothérapie dans les régions marquée par une résistance généralisée de *plasmodium falciparum* de la chloroquine, a aggravé et même renforcé la résistance à cette association. Avant de généraliser l'emploi de cette association, il est donc souhaitable de déterminer la sensibilité des souches locales.

-*L'association méfloquine et méfloquine accompagnée de sulfadoxine/pyriméthamine* : l'existence d'une résistance constituée à la fois de la chloroquine et de la sulfadoxine/pyriméthamine est possible. Dans ce cas de figure, on peut avoir recours à la méfloquine. Des essais cliniques poussés conduits dans de nombreuses parties du monde ont montré que ce médicament est sûr et efficace contre les souches chloroquine-résistantes de *plasmodium falciparum*. Toutefois, la prudence doit être de mise dans l'application de cette association. Et pour cause ? Les essais de la méfloquine sur le terrain ont montré quelques cas de résistance ou d'affaiblissement de la sensibilité à ce médicament. Dans certains cas, la résistance, pourrait être intrinsèque et sans rapport avec l'exposition à la méfloquine.

-La quinine : le traitement des cas présumés ou confirmés de paludisme constitue un grave problème pour les autorités sanitaires dans les régions où *plasmodium falciparum* est résistant aux amino-4quinoléines ainsi qu'à l'association sulfadoxine/pyriméthamine. Dans les pays où la méfloquine n'a pas encore été homologuée, le médicament de remplacement qu'on utilise couramment est la quinine. Malheureusement, outre qu'il s'agit d'une thérapeutique coûteuse, le produit n'est pas toujours disponible et il est relativement toxique. Plus grave, il est généralement impossible de distribuer de la quinine au niveau le plus périphérique du service de santé. Pour les infestations non compliquées, on administre la quinine par voie orale en trois doses quotidiennes égales pendant sept jours. Une autre solution consiste à associer la quinine à la tétracycline pendant trois jours : ce dernier médicament étant administré pendant au moins sept jours de suite.

-La primaquine : la primaquine est un schizontocide tissulaire et un gamétocytocide. Les gamétocytes de plasmodium qui sont résistants à d'autres médicaments conservent leur sensibilité vis-à-vis de la primaquine. Ce médicament est utilisé de façon séquentielle avec un schizontocide sanguin pour le traitement des infections à plasmodium falciparum dans les régions où il importe de diminuer les risques de transmission. Son administration par le malade le rend immédiatement imperméable aux piqûres de moustiques : le malade cesse d'être infectant pour les moustiques. Ce type de traitement des infections à plasmodium falciparum peut être nécessaire dans les régions où l'infection est saisonnière, pendant les épidémies ou encore pour prévenir le rétablissement de l'infection dans des régions d'où elle avait été éliminée. Dans tous les cas, on associe généralement à la chimiothérapie des opérations de lutte antivectorielle. A côté de cette dimension chimiothérapique, il y a aussi l'apport de la chimioprophylaxie⁹²⁹.

Concernant la chimioprophylaxie, l'expérience montre que l'utilisation massive d'antipaludéens, à titre préventif, dans une région d'endémicité élevée peut avoir un effet durable sur le niveau d'endémicité ou sur le taux de transmission. Mais, des difficultés peuvent aussi apparaître dans l'application de ce moyen de lutte. En effet, la pratique de la chimioprophylaxie diminue souvent la sensibilité du parasite au médicament administré et entraîne l'apparition d'une pharmacorésistance, ce qui n'est pas un moindre problème. En outre, dans la plupart des régions impaludées, la couverture totale de la population soulève des problèmes de logistique insolubles. Par suite, l'utilisation de cette chimioprophylaxie dans la stratégie de lutte doit se limiter à réduire la morbidité dans des groupes fortement exposés à des formes graves ou compliquées de paludisme, notamment les femmes enceintes et les groupes de passage non immuns. Il existe d'autres groupes à risque élevé pour lesquels la chimioprophylaxie peut être souhaitable, à savoir le personnel non immun ou semi-immun qui vit provisoirement en collectivité fermée dans des régions d'endémie, par exemple des camps de travail, des unités de la police ou de l'armée et des camps de réfugiés.

Il est toujours souhaitable d'associer la chimioprophylaxie à des mesures de lutte antivectorielle de façon à réduire la transmission de ces collectivités et à retarder l'établissement d'une pharmacorésistance. Les antipaludiques indiqués à titre prophylactique sont les suivants : la chloroquine ou l'amodiaquine sont à choisir dans les régions où les amino-4-quinoléines ont encore conservé leur efficacité ; la sulfadoxine/pyriméthamine qu'on

⁹²⁹ OMS, Série de rapports techniques, n°735, Op. Cit, p. 71-74

doit employer avec beaucoup de précaution et enfin le proguanil⁹³⁰, médicament de nouveau autorisé, après une longue période pendant laquelle on a estimé qu'il ne présente pas grand intérêt par suite de la résistance de *Plasmodium falciparum*. Quelle est la place de la lutte antivectorielle dans le cadre des SSP ?

La lutte antivectorielle reste, et restera encore l'une des armes essentielles contre le paludisme dans de nombreux pays d'endémie. Le changement de stratégie de la lutte antipaludique, maintenant conduite par l'intermédiaire des SSP, a inévitablement entraîné certaines modifications dans la mise en œuvre de la lutte antivectorielle. Si les mesures écologiques et biologiques sont les méthodes idéales, l'utilisation d'insecticides est encore la méthode la plus pratique et la plus largement utilisée contre les vecteurs du paludisme. Cependant, on a de plus en plus tendance à employer des dispositifs de protection individuelle et à faire appel à la participation communautaire et aux méthodes intégrées de lutte antivectorielle. Les problèmes de plus en plus aigus provoqués par l'apparition d'une résistance aux insecticides et du changement de comportement observé chez certains anophèles ont incité à utiliser, encore que de façon restreinte, les méthodes biologiques et écologiques afin de s'affranchir davantage des insecticides chimiques⁹³¹.

Cependant, l'application des SSP plus généralement nécessite des précautions importantes à prendre. Aussi, avec la souplesse méthodologique qu'exigent les SSP, faut-il intensifier les études sur l'épidémiologie palustre en général et l'écologie des vecteurs, en particulier pour utiliser ou mettre au point des méthodes efficaces de lutte intégrée. Cela, sous la conduite des experts de l'OMS pour appuyer les agents des SSP. Par ailleurs, avant de se lancer dans des activités souvent complexes et coûteuses de lutte antivectorielle, les pays concernés définissent les régions prioritaires pour ces activités, étudient la situation épidémiologique locale, y compris ses caractéristiques sociales et économiques, et choisissent les mesures précises à mettre en œuvre à la fois scientifiquement adaptées aux problèmes à résoudre et applicables au niveau des SSP. Il reste entendu que certaines des activités de lutte

⁹³⁰ Des observations récentes montrent que l'administration de proguanil seul, à la dose de 200 mg par jour associé à la chloroquine à raison de 300 mg de chloroquine base 1 fois par semaine (il s'agit de doses pour adultes, à réduire au prorata pour les enfants), assure la protection d'une proportion élevée des sujets non immunisés résidant dans une région impaludée. Le proguanil est peu actif contre les schizontes sanguins de toutes les espèces de plasmodies mais son action prophylactique contre *Plasmodium falciparum* s'explique peut-être principalement par son activité contre le parasite au stade pré-érythrocytaire, voir OMS, Série de rapports techniques, n°73, Op. Cit., 1986, p. 75

⁹³¹ OMS, Série de rapports techniques, n°735, Op. Cit., p. 75

antivectorielle qui reposent sur les techniques actuellement disponibles peuvent être converties et mises en œuvre dans le cadre des SSP. Quelques indications sont données par les experts dans les lignes qui suivent et détaillées dans le (Tableau n° 15) pour aider les agents et les populations à les mettre en œuvre sans trop de difficultés. De plus, les conditions de leur application sont également précisées⁹³² : il s'agit de

a) Mesures visant à réduire les contacts homme-moustique : la réduction des contacts entre l'homme et les moustiques est importante au niveau des ménages et de la collectivité. Elle l'est davantage et particulièrement dans les régions où il est impossible de combattre le vecteur par d'autres moyens. Ces mesures se déclinent en protection individuelle contre les moustiques. Dans ce cas de figure, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'un insecticide sans danger de préférence, d'effet durable et du type répulsif peut être envisagée. Ce choix se fait parallèlement à l'emploi de divers répulsifs du type serpentins, pour assurer une protection dans toutes les situations, notamment dans les quartiers ou zones les plus pauvres. Par contre, la pose de grillage aux ouvertures et le colmatage des fissures murales ne sont possibles que dans les habitations en dur. L'imprégnation des moustiquaires au moyen d'un insecticide à effet rémanent exerçant un effet de choc, par exemple un concentré émulsionnable de perméthrine, assure une protection individuelle mais peut, en outre, réduire la transmission du paludisme dans le village. La promotion de ces méthodes est indispensable, parallèlement à l'éducation pour la santé, spécialement par le biais de l'action communautaire. C'est une mesure qui se révèle très intéressante car, le traitement des moustiquaires par des pyréthrinoïdes qui conserve leur efficacité pendant plusieurs mois, peut être pratiqué par la communauté dans de bonnes conditions de sécurité et d'économie ;

b) *Pulvérisation d'insecticides* : les méthodes utilisées consistent dans la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent dans des logements de façon à réduire la longévité des vecteurs à l'extérieur afin d'entraîner rapidement une baisse d'effectif des populations des vecteurs.

⁹³² Pour des détails sur cette question, voir OMS, Série de rapports techniques, n°735, Op. Cit., 120 p

Tableau n°15: Exemples de mesures de lutte contre les vecteurs du paludisme utilisables au niveau individuel ou communautaire

Type d'activité	Action individuelle	Action communautaire
Réduction des contacts homme/vecteur	Utilisation de moustiquaires et de teintures murales, imprégnées ou non d'insecticide ; Pose de grillage aux ouvertures des maison/chambres ; Port de vêtements protecteurs contre les piqûres de moustiques ; Utilisation de répulsifs pour empêcher les moustiquaires ; Emploi de serpentins antimoustiques	Choix de l'implantation des villages ; Déboisement et débroussaillages à proximité des villages et des habitations (mesures spécifiques contre Anophèles balabacens s.l. et Anophèles nuneztovari) ; Détournement des vecteurs en implantant des habitations humaines à l'écart des abris pour le bétail (mesures particulières aux anophèles zoophiles)
Destruction des moustiques adultes	Utilisation d'un petit pulvérisateur manuel ou d'une bombe aérosol	Pulvérisations intradomiciliaires d'un insecticide chimique à effet rémanent sous surveillance convenable
Destructions des larves	Destruction ou élimination des petits gîtes larvaires	Epannage de larvicides ; Elevage et lâcher de poissons larvivores ; Curage des fossés d'écoulement, notamment par chasse ; Elimination de la végétation, algues et autres, dans les mares
Réduction du nombre et modification des sources	Pose de couvercle sur les récipients d'eau ; Remblayage des gîtes larvaires	Campagne de nettoyage communautaire en vue d'éliminer les déchets et débris retenant l'eau ; Irrigation intermittente des rizières ; Remblayage des parcelles non utilisées et pompage de l'eau ; Mise en valeur des terres

Source : OMS, Série de rapports techniques, n°735 ; *Comité OMS d'experts du paludisme, 18^e rapport*, Genève, OMS, 1986, 120 p

Cette activité requiert la prise de certaines dispositions pratiques pouvant garantir la réussite des opérations, comme : la sécurité des mesures appliquées, compte tenu des risques pour les populations et l'environnement, l'acceptabilité de ces mesures dans le contexte local et le coût à long terme du programme et les possibilités de le poursuivre. Les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticides à effet rémanent constituent une méthode envisageable par les autorités sanitaires nationales lorsque l'infrastructure sanitaire est relativement bien développée et que l'on dispose des ressources nécessaires. La pulvérisation d'insecticides à effet rémanent est en général à proscrire dans les régions urbaines où d'autres méthodes sont mieux adaptées ;

c) Lutte antilarvaire : cette méthode n'est utile et efficace que dans certains cas, par exemple dans des zones urbaines, des projets d'irrigations et certaines zones arides. Ici, les mesures appliquées comportent la destruction des larves au moyen de produits chimiques, l'utilisation d'agents biologiques et la mise en œuvre d'aménagements et de transformations de l'environnement au moyen de méthodes appropriées de génie civil ; mais, le choix de la méthode dépend de la nature, du mode et de l'étendue des gîtes larvaires. En règle générale, la lutte antilarvaire exige des ressources considérables et des compétences techniques poussées, mais cela n'est pas le cas s'agissant de mesures relativement simples telles que l'assainissement péri-domestique, le remblayage des petites collections d'eau et des fossés à l'intérieur et autour des villages, l'élimination des nappes d'eau indésirables au moyen de travaux simples de drainage et la bonne gestion de petits réseaux d'irrigation. Mais, ces mesures ne sont efficaces qu'à une seule condition : si elles sont conduites en permanence grâce aux efforts coordonnés des membres de communauté, ces activités peuvent réduire de façon durable la transmission du paludisme et faciliter l'engagement actif de la collectivité dans les autres actions dirigées contre le paludisme ;

d) Mesures intégrées de lutte antivectorielle : la lutte antivectorielle intégrée tient une place importante dans la stratégie des SSP. Elle implique le recours à toutes les techniques scientifiques et gestionnaires appropriées en vue d'obtenir une réduction efficace des populations vectrices dans de bonnes conditions de rentabilité. L'introduction de la lutte antivectorielle intégrée dans l'arsenal des mesures contre le vecteur a fait l'objet d'une réunion du Comité d'experts de la biologie des vecteurs et de la lutte antivectorielle : celle-ci

s'est tenue à Genève du 7 au 13 décembre 1982⁹³³ et s'inscrit dans un contexte marqué par une évolution de la lutte qui se traduit par l'abandon progressif de l'administration de type « vertical » au profit d'un type d'administration plus souple, faisant intervenir la participation d'une communauté réellement motivée.

Parallèlement, l'approche de lutte antivectorielle selon une méthode unique, à savoir l'emploi de pesticides, a fait place au concept de lutte antivectorielle intégrée, dans laquelle le recours à des méthodes de lutte biologique et d'aménagement de l'environnement permet de réduire l'importance accordée aux pesticides. Alors que dans plusieurs régions du monde, la lutte antivectorielle repose en grande partie sur l'utilisation des pesticides chimiques parmi lesquels les organochlorés jouent un rôle important. Mais, certains programmes de lutte, impliquant l'usage d'insecticides à effet rémanent à pulvériser à l'intérieur des logements, rencontrent des difficultés par suite de l'opposition des habitants et, dans certaines régions, du relâchement de la surveillance des opérations de pulvérisation.

De plus, le nombre croissant des cas de résistance aux insecticides ou d'un comportement réfractaire de la part des vecteurs, le coût élevé et la plus grande toxicité de nombreux insecticides de remplacement et l'opposition des écologistes, constituent autant de problèmes supplémentaires qui font obstacle aux programmes fondés sur l'emploi des pesticides. Par conséquent, on assiste donc à une évolution progressive dans le sens d'une révision de la politique générale de la lutte antivectorielle, avec l'octroi d'un rôle plus important à l'aménagement de l'environnement et aux méthodes intégrées de la lutte et la participation, plus ou moins poussée des collectivités. Mais, cela n'implique pas pour autant l'abandon des produits chimiques qui vont continuer d'être un élément essentiel dans la plupart des programmes de lutte antivectorielle.

La lutte antivectorielle intégrée peut être considérée comme l'emploi de toutes les méthodes appropriées tant sur le plan technique que sur celui de la gestion pour obtenir une réduction efficace des populations des vecteurs dans de bonnes conditions de rentabilité⁹³⁴. Ainsi conçue, la lutte antivectorielle intégrée n'est pas une notion nouvelle dans le domaine de la lutte contre les maladies par le biais d'une action sur les vecteurs : c'est une méthode qui

⁹³³ OMS, Série de rapports techniques, n°688 ; *Comité OMS d'experts de la biologie des vecteurs et de lutte antivectorielle : Lutte antivectorielle intégrée*, Genève, OMS, 1983, p. 7

⁹³⁴ *Ibid.*, p. 26

s'est forgée depuis le 19^e siècle⁹³⁵. Ce concept exige qu'on dispose de plusieurs méthodes de lutte ou qu'on puisse en utiliser une qui favorise l'action d'une autre : par exemple employer un pesticide sélectif dépourvu d'effets nocifs sur les agents de lutte biologique présents à l'état naturel. Cette lutte intégrée suppose qu'on soit à même d'identifier le vecteur et d'en définir le rôle dans la transmission d'une maladie, d'analyser sa distribution géographique et saisonnière et de connaître son cycle biologique. Le progrès de la lutte antivectorielle intégrée sera parallèle à celui des connaissances sur ladite méthode. Au total, pour la plupart des vecteurs, l'assainissement, l'aménagement des étendues d'eau et des biotopes, la gestion des déchets, la réduction des sources d'insectes et l'emploi des pesticides constituent toujours les principaux éléments des programmes de lutte antivectorielle intégrée⁹³⁶.

Pour sûr, les SSP offrent des possibilités nouvelles de lutte contre le paludisme avec plusieurs moyens qui exigent une participation des populations, lesquelles constituent les premières bénéficiaires des retombées des actions menées⁹³⁷. La participation communautaire est essentielle pour le succès durable des programmes de lutte antivectorielle. Pour montrer la place centrale des populations dans la lutte antivectorielle intégrée, le comité d'experts ne manque pas d'arguments. Pour lui, la participation communautaire est un,

Processus dans lequel les particuliers, les familles et les membres de la communauté sont impliqués, dès le début, dans la planification de l'exécution du programme de lutte antivectorielle et des activités locales de lutte de façon à faire en sorte que programme et activités répondant aux nécessités et aux priorités locales, soient conçus en fonction du type et

⁹³⁵ Les informations disponibles font état de ce que vers la fin du 19^e siècle et le début du 20^e siècle, la preuve a été faite que les vecteurs sont responsables de la transmission des maladies. Par conséquent, les mesures recommandées contre ces agents, au niveau de la lutte et de la gestion, étaient les suivantes : protection individuelle, par l'emploi de grillages et moustiquaires et par l'utilisation de produits répulsifs ; aménagement des écotypes et réduction des sources de vecteurs, par le drainage des points d'eau et la destruction des gîtes larvaires artificiels ; emploi d'insecticides, aussi bien contre les larves que contre les insectes parfaits ; prise de conscience des possibilités de lutte biologique, grâce à la reconnaissance du rôle que les poissons peuvent jouer dans la limitation du nombre de larves et formation et éducation. De plus, la mise au point d'insecticides à effet rémanent au cours des années 40 a fourni une méthode de lutte antivectorielle au rapport avantage/coût extrêmement élevé, encore qu'il soit impossible à calculer, et qui est devenue l'élément essentiel de nombreuses activités de lutte antivectorielle, voir OMS, Série de rapports techniques, n°688 ; *Comité OMS d'experts de la biologie des vecteurs et de lutte antivectorielle : Lutte antivectorielle intégrée*, Genève, OMS, 1983, p. 26

⁹³⁶ OMS, Série de rapports techniques, n°688, Op. Cit., p. 27

⁹³⁷ La réunion de Genève a révélé que plusieurs projets de lutte antivectorielle intégrée sont au stade exploratoire, mais aucun n'est encore suffisamment avancé pour fournir des conclusions précises sur les résultats opérationnelles qui sont finalement atteints. Ainsi du projet qui s'étend à la ville de Pondichéry en Inde et qui vise la destruction d'un moustique vecteur de la filariose de Bancroft ; un autre est un projet destiné à démontrer l'intérêt des méthodes de lutte antivectorielle intégrée dans un système de SSP dans la province d'Adana, en Turquie ; enfin, le dernier est un projet sanitaire du Nil Bleu au Soudan, voir OMS, Série de rapports techniques, n°688, Op. Cit., 1983, p. 37

du mode de vie de la population et contribuent à promouvoir l'autoresponsabilité de la communauté en matière de développement⁹³⁸.

Cette exigence suppose la promotion de la mobilisation de la participation communautaire. Et celle-ci repose sur des méthodes interdépendantes à savoir : la coopération intra et intersectorielle, la prise en compte des aspects socio-économique et culturels de ladite communauté, l'éducation pour la santé et l'organisation communautaire proprement dite⁹³⁹.

Or, dans un chapitre précédent, on a montré que les SSP n'ont pas été d'une application simple en Côte d'Ivoire comme dans la plupart des pays d'Afrique Subsaharienne. Leur mise en œuvre n'a pas connu le succès attendu. Pourtant, la volonté politique n'a pas manqué et des efforts pour adapter le système sanitaire sont palpables au cours des années 80.

En effet, durant la décennie 1980, on assiste à une réorganisation administrative du Ministère de la santé publique, à l'adoption des résolutions d'Alma-Ata sur les SSP, en 1983, et à l'extension rapide du secteur privé. Sur cette période caractérisée par la récession économique qui va grever les revenus de l'Etat, les réalisations sont plutôt timides. Et ce, malgré l'adhésion du pays aux recommandations internationales de nature à entraîner une véritable révolution de la gestion du système sanitaire ainsi que celle des « états généraux de la santé » en 1984 qui ont fait l'analyse critique du système⁹⁴⁰. On retient donc, les expériences de décentralisation de l'administration sanitaire à travers la création de dix directions régionales et d'établissements publics nationaux dotés d'une personnalité juridique et d'une certaine autonomie financière (CHU, ICA, INSP). Ces établissements vont pratiquer le recouvrement des coûts de leurs actes de santé et réutiliser le produit de leurs recettes pour leur propre fonctionnement. Les effets de la crise économique se sont manifestés dans ce secteur par la dégradation des infrastructures et la pénurie des médicaments, des équipements et des matériels dans l'ensemble des formations sanitaires.

Dans le même ordre idée, l'organisation du Ministère est marquée par une déconcentration des services extérieurs. A ce propos, la place des directions régionales de la

⁹³⁸ Ibid., p. 43

⁹³⁹ Des informations plus détaillées concernant la promotion de la mobilisation communautaire, voir OMS, Série de rapports techniques, n°688, Op. Cit., 1983, p. 43-45

⁹⁴⁰ République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé publique, Plan national de développement sanitaire 1996-2005, t.1 : diagnostic, politique et stratégie, Abidjan, Ministère de la Santé Publique, 1996, 50 p

santé publique et des districts sanitaires (ou directions départementales de la santé Publique) est renforcée par une forte délégation de compétence relative à l'élaboration d'une planification locale des activités, à la préparation et à la gestion des budgets et des ressources humaines et à la supervision des activités des services périphériques⁹⁴¹.

Dans la mesure où la situation du paludisme n'est ni homogène, ni uniforme, plusieurs approches et modèles ont été élaborés aux fins de planification et de la mise en œuvre des stratégies de lutte : c'est la politique de « stratification » définie par l'OMS en 1991. La stratification consiste à « identifier, caractériser et délimiter les différents types de situations paludéennes pour lesquelles différentes stratégies de lutte pourront être appliquées. Une strate peut se référer à une zone géographique et/ou à un groupe de population. Il s'agit d'un processus destiné à réduire, simplifier et mieux comprendre un problème complexe en constituant des strates ». La stratification doit tenir compte des facteurs épidémiologiques mais aussi des données économiques, socio-culturelles de l'environnement en général ; il est important d'étudier les facteurs susceptibles d'influencer la nature et l'importance des stratégies de lutte préconisées la stratification doit aussi prendre en compte l'opérationnalité des services de santé pour apprécier les chances réelles d'efficacité des actions de lutte⁹⁴². Dans la perspective de l'application de la politique de contrôle, les strates épidémiologiques sont désormais déterminantes dans l'organisation effective des activités antipaludiques, particulièrement dans les zones endémiques. La définition des facteurs épidémiologiques préalable à la détermination du type d'activités antipaludiques a été menée en Côte d'Ivoire aussi bien à l'époque coloniale que postcoloniale. Elle a permis de dresser un tableau épidémiologique du territoire afin de faciliter le travail des équipes médicales⁹⁴³.

⁹⁴¹ République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé publique, Op .Cit., 1996, p. 10-11

⁹⁴² Baudon (D), « Les paludisme en Afrique subsaharienne », Afrique contemporaine, 2000, n° spécial, p. 36-45

⁹⁴³ Plusieurs paragraphes ont été consacrés aux études sur le paludisme qui prennent en compte les périodes coloniales et postcoloniales, p. 142 et suivantes

Les réalités de la pratique médicale dans le cadre du contrôle du paludisme

La présente analyse porte sur comment le contrôle du paludisme s'opère dans la pratique médicale en Côte d'Ivoire dans les années 70-80. C'est un exercice qui n'a pas été aisé en raison de la rareté des documents médicaux disponibles sur le sujet. Faute d'avoir eu accès à des registres médicaux dans les structures sanitaires qui auraient pu permettre une analyse plus affinée et objective, on s'est appuyé sur la littérature grise existante sur la question, notamment des études médicales sur le paludisme en Côte d'Ivoire réalisées par des équipes de chercheurs de l'Université Nationale de Côte d'Ivoire – actuelle Université Felix Houphouët Boigny d'Abidjan -, des services médicaux des centres hospitaliers et des Instituts de recherche universitaires, auxquels s'ajoutent des thèses de médecine compilées sur la période indiquée. Enfin, des entretiens ont été réalisés auprès des professionnels de santé de cette période qui ont fourni quantité d'informations sur ce sujet. A ce propos, de nombreux professionnels de santé ont accepté de témoigner de leurs expériences en matière de lutte contre le paludisme au cours de la période considérée. Il s'agit principalement d'anciens coopérants français ayant exercé dans les hôpitaux de Côte d'Ivoire et de médecins ivoiriens.

Lancée à mi-parcours de la campagne d'éradication du paludisme au profit des pays exclus du programme d'éradication, la chimioprophylaxie antipaludique et ses variantes deviennent la principale arme de lutte contre les pays dans lesquels les conditions techniques et administratives ne peuvent permettre de lancer des programmes d'éradication tels que voulus par l'OMS. La lutte contre les vecteurs qui a, certes prouvé son efficacité, reste problématique dans ces pays en développement en raison des raisons techniques, administratives et financières déjà évoquées dans un précédent chapitre. A défaut de s'engager dans les campagnes d'éradication du paludisme, il faut procéder par petites touches. Cela conduit à assurer le traitement de la plupart des cas cliniques ou confirmés en milieu rural par des schémas de traitement standards et de réaliser la prévention clinique de la maladie au bénéfice de la majorité de la population.

Les objectifs de cette chimioprophylaxie, à court et moyen terme, sont de réduire la mortalité et les périodes de souffrance et d'incapacité en administrant un traitement par les amino-4-quinoléines à tous les cas suspects et confirmés ; d'abaisser les taux de mortalité et de morbidité et d'améliorer la productivité en protégeant les populations urbaines, celles des

régions d'importance économique et les enfants de zéro à quatorze ans ; d'abaisser les taux de mortalité fœtale et néo-natale et augmenter le poids moyen à la naissance en protégeant les femmes enceintes par la chimioprophylaxie : en somme, elle permet à la fois de lutter contre la mortalité et la morbidité paludéennes.

La traduction en acte de cette indication a consisté en l'utilisation de la chimioprophylaxie individuelle et de masse à grande échelle en Côte d'Ivoire : le pays a donc fait le choix de la chimioprophylaxie médicamenteuse. Pour les concepteurs, les programmes de lutte antipaludique classique notamment, le traitement médicamenteux de masse doit être utilisé pour protéger soit toute la population d'une région, soit seulement certains groupes vulnérables. Ceci, en attendant que des mesures antipaludiques plus efficaces puissent éliminer l'infection de la collectivité.

D'ailleurs, dans les zones où le paludisme est hautement endémique, la priorité absolue doit être accordée à la protection des populations cibles comme les nourrissons, les enfants, les femmes enceintes et les travailleurs provenant de régions exemptes de paludisme. Quant au choix de l'antipaludique à utiliser, il est recommandé que dans les zones où le parasite est normalement sensible, la chloroquine est le médicament de premier choix pour la chimiothérapie de masse car elle est efficace, sûre, peu onéreuse et facile à administrer. Dans certains programmes de santé maternelle et infantile, des doses hebdomadaires de pyriméthamine sont préconisées. Par contre, si le parasite est résistant à la chloroquine, l'association de sulfamides ou de sulfones avec des inhibiteurs de la dihydrofolate doit être privilégiée⁹⁴⁴.

En Côte d'Ivoire, la chimioprophylaxie individuelle et collective (ou de masse) doublée du dépistage et du traitement systématique des paludéens a été introduite dans la pratique médicale même avant l'heure⁹⁴⁵. La preuve en est fournie à travers une enquête réalisée en Côte d'Ivoire au lendemain des indépendances⁹⁴⁶. La mise en œuvre de cette

⁹⁴⁴ OMS, Série de rapports techniques, n°549, Op. Cit., 1974, p. 43

⁹⁴⁵ C'est en 1971 que la décision a été prise par les experts OMS du paludisme de préciser les spécificités de la lutte antipaludique après l'échec de « l'éradication du paludisme ». Cette lutte s'entend désormais comme un programme de santé publique dont l'objectif est d'éliminer les cas infectieux et d'empêcher la réapparition de l'endémie paludique, voir OMS, Série de rapports techniques, n°467, Op. Cit., 1971, p. 33-34

⁹⁴⁶ C'est en 1965, alors en pleine campagne d' « éradication du paludisme » que la Division de l'Eradication du Paludisme de l'OMS, a sollicité et financé une enquête simultanément en Côte d'Ivoire et au Sénégal. C'est une enquête comparative pour apprécier l'utilisation des antipaludiques dans le cadre de la pratique de la chimioprophylaxie et le traitement du paludisme. Pour information, c'est en 1969-1970 que la politique de

recommandation de l’OMS est à replacer dans la droite ligne des directives de cette instance internationale, après l’échec de « l’éradication du paludisme », à l’endroit des pays endémiques dans lesquels la politique globale d’éradication du paludisme n’est pas réalisable. L’organisation de cette chimioprophylaxie médicamenteuse est fondée sur la mise à disposition des antipaludiques à la portée de tous dans les campagnes comme dans les villes.

L’utilisation des antipaludiques à des fins prophylactiques et de traitement des paludéens se fait donc dans les formations sanitaires publiques comme les hôpitaux, les dispensaires publics, les formations sanitaires de brousse et par des organismes de l’Etat chargé de la campagne de prophylaxie médicamenteuse, notamment le Service national des grandes endémies⁹⁴⁷. Celui-ci, créé par le décret n°59-196 du 14 octobre 1959⁹⁴⁸ fait suite à la disparition, en avril 1959, du Service commun de la lutte contre les grandes endémies, organisme fédéral dont le siège est à Dakar. Le Service national des grandes va couvrir le pays à travers un maillage du territoire par le biais de ses démembrements dont la plus petite entité est le sous-secteur des grandes endémies au-dessus desquels se trouvent le secteur départemental et le Service national⁹⁴⁹. C’est grâce à sa mobilité que ledit service va réaliser les campagnes de chimioprophylaxie dans les zones rurales en collaboration étroite avec l’Institut d’Hygiène et l’OMS⁹⁵⁰.

La date d’application de la chimioprophylaxie n’est pas clairement indiquée dans le document exploité, mais la référence à l’année 1965, qui marque le début de l’enquête indique au moins que la pratique de cette chimioprophylaxie pourrait se situer à cette date, à tout le moins, avant celle-ci, mais pas après. Une comparaison avec le Sénégal peut suffire à confirmer cette tendance. En effet, dans un article paru dans *Médecine d’Afrique Noire*, en 1967, Woné I et Michel R, dressent un bilan de la chimioprophylaxie systématique par chloroquine au Sénégal entre 1963 et 1966. Cette contribution a, au moins, le mérite de situer chronologiquement le début de la chimioprophylaxie dans un pays qui a partagé avec la Côte

contrôle du paludisme a été lancée avec comme stratégie de lutte recommandée la chimioprophylaxie et la chimiothérapie antipaludique, voir Attisso (M), Art. Cit., p. 375-380

⁹⁴⁷ Ibid., p. 375-380

⁹⁴⁸ Archives de l’OCCGE : République de Côte d’Ivoire, Ministère de la Santé, Le service des grandes endémies de Côte d’Ivoire : doctrine, organisation, fonctionnement, Abidjan, sd, 16 p+ 5 p (annexes)

⁹⁴⁹ En 1963, le service national des grandes endémies s’articule autour de secteurs départementaux au nombre de quatre (Abidjan-Grand-Bassam, Bouaké, Daloa et Korhogo) et de sous-secteurs au nombre de onze auxquels sont rattachés les sous-préfectures

⁹⁵⁰ Ibid, p. 16

d'Ivoire, à un moment donné, des liens historiques et une communauté de destin⁹⁵¹. Par ailleurs, d'après les statistiques indiquées dans l'étude, les produits antipaludiques utilisés au cours de cette campagne, en Côte d'Ivoire, sont nombreux : il y a d'abord la quinine, utilisée dans le traitement de l'infection aigue simple (comprimés, suppositoires et ampoules injectables) et dans la chimioprophylaxie individuelle (comprimés, sirop).⁹⁵²

La quinine reste donc le médicament de l'urgence paludéenne, de l'accès pernicieux, du paludisme qui tue. Ensuite, il y a les antipaludiques de synthèse qui conservent également leur place dans le choix des praticiens. Mais, la tendance n'est plus à l'emploi des associations de diverses spécialités qui ont connu, jadis, un grand succès. Parmi ces antipaludiques de synthèse, la chloroquine (comprimés, sirop, poudre, ampoules et suppositoires) représente le médicament le plus utilisé dans la prophylaxie médicamenteuse individuelle et collective. A côté, de la chloroquine, l'amodiaquine présente une action prolongée dans la prophylaxie générale antipalustre, ce qui explique qu'elle soit aussi utilisée par les praticiens mais, à une proportion moins importante que la chloroquine. Les autres antipaludiques disponibles sur le marché de la pharmacopée sont la mépacrine, le proguanil et la pyriméthamine qui complètent l'action clinoprophylactique⁹⁵³ des deux premiers antipaludiques.

La pratique de la chimioprophylaxie individuelle et collective dans la médecine en Côte d'Ivoire est abondamment documentée. On en veut preuve un extrait du Rapport de *Mission Médicale dans les Etats de l'Entente du 11 au 27 juin 1969* consacré à la Côte d'Ivoire, rédigé par le Directeur de l'Institut d'Hygiène⁹⁵⁴. Dans ce rapport, celui-ci évoque justement l'utilisation de la chloroquine (nivaquine) et de l'amodiaquine (flavoquine) à des fins de prophylaxie collective. Puis, il s'interroge quant au choix définitif à faire entre ces deux antipaludiques sur la base d'une évaluation chiffrée de leur coût ou plus exactement sur le rapport qualité/prix de la « chloroquinisation » ou de l'« amodiaquinisation ». Ce rapport renseigne également sur la poursuite, dans la même période, de la lutte antivectorielle avec la prospection et la destruction des gîtes larvaires, l'application des pulvérisations intradomiciliaires et surtout le déploiement de nouveaux moyens logistiques comme l'utilisation des avions dans les grandes villes comme Abidjan, Daloa, Bouaké et

⁹⁵¹ Woné (I), Michel (R) « Bilan de la chimioprophylaxie systématique par chloroquine au Sénégal 1963-1966 », *Médecine d'Afrique Noire*, juin 1967, t. XIV, n°6, p. 50-51

⁹⁵² Attisso (M), art.cit, p. 375-380

⁹⁵³ Ce mot s'entend comme la prévention de l'apparition des signes cliniques d'une affection

⁹⁵⁴ OCCGE, *Lutte contre le paludisme et la tuberculose dans les Etats membres de l'OCCGE*, sl, sd

Yamoussoukro. Comme on le voit, tous les moyens de lutte sont associés dans le cadre de la lutte antipaludique en Côte d'Ivoire.

La présente analyse, si elle porte sur l'application de la chimioprophylaxie, n'exclut pas pour autant la place importante accordée au traitement des cas cliniques au cours de la période indiquée. Ainsi, une enquête a été réalisée, en 1974, auprès de trente-trois infirmiers responsables de centres de santé d'une zone forestière dépendant du Service des Grandes Endémies d'Abidjan pour évaluer l'utilisation des antipaludiques dans les centres de santé⁹⁵⁵. Ces centres de santé sont situés en zone rurale dans les régions d'Agnibilékrou, Abengourou, Aboisso et Anyama. Le questionnaire destiné aux infirmiers est relatif aux indications des produits antipalustres et à la façon d'utiliser la quinine. Que révèle cette étude sur la chimiothérapie du paludisme?

Elle donne des indications très intéressantes sur le diagnostic du paludisme en zone rurale. Celui-ci repose en grande partie sur le diagnostic clinique évoqué dans la plupart des cas en présence d'un état fébrile constaté sur le malade. L'absence de possibilités d'examen parasitologique dans les centres de santé explique en grande partie l'évocation du diagnostic du paludisme dans les consultations rurales surtout chez l'adulte. Le traitement curatif qui en résulte repose essentiellement sur l'emploi de la quinine. Un tel traitement peut être préconisé pour un simple état fébrile de l'adulte et de l'enfant. Il semble y avoir là plus qu'un manque de moyens de laboratoire : le paludisme est une maladie redoutée et cette hypothèse étiologique est retenue devant tout état fébrile lorsque manquent les symptômes évidents d'une localisation infectieuse quelconque évoquant la toux, la diarrhée, l'écoulement urétral et bien d'autres.

Signe de la prédominance de la quinine et d'une utilisation désordonnée, on y apprend aussi que cet antimalarique peut être même administrée en injection intramusculaire à titre préventif au cours d'une autre maladie. De ce point de vue, la quinine apparaît comme le traitement majeure de la fièvre par l'intermédiaire de la double équation fièvre=paludisme=quinine. Elle n'est jamais administrée par voie orale, exceptionnellement par voie intraveineuse. La voie d'administration coutumière est la voie intramusculaire à

⁹⁵⁵ Cette étude a été réalisée par le Service des Maladies Infectieuses de l'Hôpital de Treichville avec le Professeur agrégé A. Bourgeade, le secteur d'Abidjan avec le docteur J. Rive et celui d'Abengourou avec le docteur BOPPE du Service des Grandes Endémies de Côte d'Ivoire, Bourgeade (A) et al, « Le paludisme, la fièvre et la quinine », *Médecine d'Afrique Noire*, décembre 1975, t. XXII, n°12, , p. 141-143

raison d'une injonction par jour pendant trois jours en moyenne. Or, on sait que sa durée d'action dans l'organisme ne dépasse pas six heures. Le traitement du paludisme par la quinine exige que les doses en soient répétées quatre fois par jour. Tout traitement reposant sur une injection quotidienne unique a donc toutes chances d'être inefficace et par là inutile, cette dose fut-elle répétée trois fois de suite. Quant à la chloroquine, elle, est considérée comme un antipalustre mineur réservé aux états fébriles « peu sévère »⁹⁵⁶, d'après cette enquête, alors qu'elle doit être le médicament utilisée en première ligne. Comment expliquer cette tendance ?

Par la confusion qui tend à s'établir entre paludisme et fièvre, et par le réflexe paludisme=quinine, la quinine injectable en arrive à être considérée comme le médicament de la fièvre. L'administration du produit se fait par voie intramusculaire à raison d'une seule injection par jour, rendant du coup celle-ci insuffisante pour constituer le traitement efficace d'un paludisme. C'est donc un traitement routinier réalisé à l'occasion d'un état fébrile qui semble surtout avoir une valeur symbolique. Il y a donc un écart entre la norme édictée, celle du traitement du paludisme simple, par la chloroquine et la pratique thérapeutique sur le terrain. Pour tenter d'y remédier, une sensibilisation pourrait s'organiser auprès des praticiens sur la symptomatologie et le traitement du paludisme pour que la chloroquine reprenne à la quinine la première place dans le traitement du paludisme non pernicieux. Quant aux professionnels de santé interrogés dans le cadre de cette étude, leurs témoignages illustrent les difficultés de mise en œuvre des directives autant qu'ils soulignent l'application différenciée de la chimioprophylaxie et de la chimiothérapie en Côte d'Ivoire dans la période étudiée.

La difficulté de soigner le paludisme selon les normes édictées par l'OMS est réelle et les décisions sont parfois prises en fonction de chaque situation comme le révèle cet autre informateur dans un entretien accordé en 2007 :

Moi, je soignais les malades qu'on nous envoyait à l'hôpital, qu'il soit grave ou autre selon des schémas thérapeutiques classiques. Il y avait, et c'est dans le cas des grandes endémies, une chimioprophylaxie à la nivaquine... On diluait un sachet de nivaquine dans un ou deux litres d'eau à doses indiquées et deux fois par semaine, on allait dans les écoles faire absorber une cuillerée de cette solution à chaque enfant⁹⁵⁷.

⁹⁵⁶ Bourgeade (A) et al, Art. Cit., p.141-143

⁹⁵⁷ Pierre Barabé, médecin-militaire coopérant ayant exercé en Côte d'Ivoire à partir 1966. Entretien réalisé le 20 mai 2007 à Marseille

D'autre part, la question de la prophylaxie individuelle a dominé les problématiques de la prévention du paludisme. Pour lui, il y a eu :

Une réflexion sur la prophylaxie individuelle du paludisme. A cette époque, et cela se passe en 1960, la chimioprophylaxie n'était pas indiquée chez les résidents, les autochtones. Pour les autochtones et les résidents en pays d'endémie- ceux qui devaient y rester toute leur vie-, la chimioprophylaxie n'était envisagée que chez les gens qui étaient susceptibles de développer des accès graves et de mourir : ce sont les enfants et les femmes enceintes essentiellement. La raison, c'est qu'on avait un médicament à l'époque particulièrement efficace et non toxique aux doses thérapeutiques (il insiste), qui était : la nivaquine⁹⁵⁸.

S'agissant du traitement des cas de paludisme déclarés, il donne les précisions suivantes :

Devant ces situations, on essaie de traiter par la voie orale. Il y avait et on avait eu toujours eu des médicaments efficaces par voie orale. Ou bien dans un 2^e temps, c'est un cas manifestement grave. La gravité se justifie parce que généralement le malade est dans le coma. Les signes cliniques de cette gravité sont : des signes neurologiques, une forte fièvre et des troubles digestifs importants. Dans ce cas de figure, le malade nécessite une réanimation. Il ne s'agit pas de réanimation respiratoire. Mais plutôt d'une réanimation par perfusion contenant un médicament antipaludique par voie intraveineuse. Le diagnostic clinique est privilégié et est posé à partir d'un ensemble de signes comme des sensations fébriles, des maux de têtes, des troubles digestifs, des douleurs articulaires, des myalgies. Et puis, il faut en faire la preuve par la goutte épaisse et elle était systématique à cette époque. Il y avait des règles dans chaque service de médecine publique⁹⁵⁹. La différence se faisait au niveau clinique. Ou il y a des signes de gravité, ou il n'y a en pas. Et cela figurait dans les documents sur le paludisme⁹⁶⁰.

⁹⁵⁸ Pierre Barabé, médecin-militaire coopérant ayant exercé en Côte d'Ivoire à partir 1966. Entretien réalisé le 20 mai 2007 à Marseille

⁹⁵⁹ Cette affirmation est confirmée par une publication de Charmot G, médecin à l'Hôpital Claude Bernard, à Paris, sur le traitement de l'accès palustre en milieu rural. C'était lors de la XVI^e Conférence Technique de l'OCEAC à Yaoundé du 20 au 23 avril 1983. Dans celle-ci, Charmot affirme « que la Chloroquine orale reste le traitement de base de l'accès palustre. Elle permet d'obtenir aisément et rapidement la guérison sous réserve que l'administration soit précoce. D'autres traitements sont souvent nécessaires dans les cas vus tardivement, graves ou compliqués. Les protocoles thérapeutiques sont établis en fonction du lieu de traitement, de l'aspect clinique et de la tranche d'âge ». Pour ne prendre que le « lieu de traitement », il peut être : une formation sanitaire avec un médecin, avec possibilité d'hospitalisation et d'examens de laboratoire permettant un diagnostic parasitologique ; un dispensaire avec un infirmier, le diagnostic sera présomptif ; un village éventuellement, ce sera un diagnostic présomptif et un traitement par un volontaire préalablement formé, voir Charmot (G), « Le traitement de l'accès palustre en milieu rural » (extrait de la XVI^e Conférence Technique de l'OCEAC, Yaoundé, 20-23 avril 1983), *Médecine d'Afrique Noire*, t. XXX, n°8/9, aout-septembre 1983, p. 172

⁹⁶⁰ Pierre Barabé, médecin-militaire coopérant ayant exercé en Côte d'Ivoire à partir 1966. Entretien réalisé le 20 mai 2007 à Marseille

Un autre professionnel de santé interrogé, lui, en Côte d'Ivoire, abonde dans le même sens après avoir rappelé les activités de lutte dont il a été un des acteurs : « Mais, il existait d'autres types de politiques qui s'articulaient autour de la prophylaxie de masse où on donnait de la chloroquine. C'était dans les années 60. Cette politique est accompagnée par les campagnes de désinsectisation avec les épandages »⁹⁶¹ a-t-il, précisé répondant à une question sur les modalités de la lutte avant son arrivée au ministère de la santé en 1991. On termine ce point sur les réalités de la lutte contre le paludisme dans la décennie 70-80 par l'analyse que fait docteur Memain Srado⁹⁶², dans une étude consacrée au paludisme en Côte d'Ivoire, en forme de conclusion :

La politique de contrôle en Côte d'Ivoire se caractérise par des actions prioritaires : au niveau curatif, c'est la mise en œuvre de la "chloroquinisation" de la population en particulier des enfants et des femmes enceintes (prévention systématique du paludisme auprès de cette population par l'administration de la chloroquine). Tous les traitements sont gratuits pour tous les malades qui se rendent dans les formations sanitaires. Au niveau de la prévention, la lutte s'organise par des pulvérisations d'insecticides au niveau des gîtes larvaires de moustiques par voie aérienne et terrestre. Elles sont complétées par des mesures en faveur de l'assainissement du milieu de vie. Ainsi, des équipes d'hygiène sillonnent les quartiers des villes et des villages pour sensibiliser les populations à ce mode de vie, mais aussi pour verbaliser tout contrevenant à la règle d'hygiène⁹⁶³.

Désormais, en matière de paludisme, l'objectif principal que visent les praticiens est d'agir contre la mortalité liée à la maladie en traitant rapidement tout accès palustre. Mais, compte-tenu de la faiblesse de l'infrastructure sanitaire des pays africains, il est peu réaliste d'espérer un diagnostic de tous les cas fébriles. C'est pourquoi, la stratégie du « traitement systématique de tous les accès fébriles » a été préconisée. Elle remplace, la prophylaxie de masse, expérimentée dans les années 60, puis généralisée jusqu'aux années 1980 et même après. Elle est bien perçue et bien acceptée par les populations puisqu'on répond à un symptôme facilement indentifiable, la fièvre, par une thérapeutique simple et connue ; ainsi, la participation active des populations est rapidement acquise, par exemple dans le cadre des SSP. Au sujet de la chimioprophylaxie des accès fébriles, elle garde une supériorité sur la chimioprophylaxie simple. Une étude réalisée de 1982 en 1984 a comparé les deux stratégies,

⁹⁶¹ Diawara Bassallia : titulaire d'un doctorat en médecine depuis 1989 ; il a occupé plusieurs fonctions au ministère de la Santé Publique. Il a notamment été coordonnateur adjoint du directeur du PNLP, en 1991, et intérimaire du Coordonnateur de 1996 à 1997. Entretien réalisé le 28 décembre 2001 à Abidjan.

⁹⁶² Il est docteur en médecine depuis 1995 et directeur coordonnateur du PNLP de 2003 à 2006 en remplacement du premier directeur qui est resté de 1991 à 2003

⁹⁶³ Memain Srado (Daniel Dr), Op. Cit., 2010, p. 17

que sont la chimioprophylaxie et la chimiothérapie des accès des fébriles. Elle a montré que la chimiothérapie des accès fébriles est bien acceptée par les populations, réalisable dans le cadre des SSP, d'un coût de revient acceptable puisque la consommation de chloroquine est trois fois plus faible qu'avec la chimioprophylaxie⁹⁶⁴.

La confirmation de cette suprématie de la chimiothérapie est attestée par deux exemples d'études réalisées en Côte d'Ivoire. La première date de 1985 : elle est l'œuvre de Rey J-L, chef du service d'épidémiologie de l'INSP⁹⁶⁵. Dans cette étude, on y apprend que, face à l'apparition des chimiorésistances aux antimalariques due à la chimioprophylaxie, le choix de la chimiothérapie des accès fébriles s'impose naturellement. De plus, elle s'intègre dans la politique des SSP, et donne de bons résultats sur le plan de la morbidité et de la mortalité et son application est mieux suivie par les populations. Ce faisant, dans la perspective de la mise en place de cette politique en Côte d'Ivoire, il est impératif pour les experts paludologues locaux de vérifier l'efficacité d'une dose unique de deux antimalariques que sont la chloroquine et l'amodiaquine. Au-delà, il s'agit de comparer chacun des deux antimalariques quant à l'efficacité de l'un par rapport à l'autre. Cette évaluation thérapeutique a concerné cinquante-six enfants dont trente-un traités par la chloroquine et vingt-cinq par l'amodiaquine.

Le test a montré qu'une dose de 10 mg/kg d'antimalarique est suffisante pour déparasiter des sujets présentant des plasmodiums dans le corps. En revanche, il ne permet pas d'établir une hiérarchie quant à l'efficacité d'un des produits, pas plus qu'il ne fournit de raisons suffisantes pour abandonner la chloroquine dans le traitement des accès palustres et/ou fébriles. En conclusion, ces résultats autorisent donc une application générale de lutte contre le paludisme basée sur la chimiothérapie systématique des accès fébriles par une dose unique d'antimalarique.

⁹⁶⁴ Baudon (P) et al, «La lutte antipaludique en Afrique : de l'éradication du paludisme au contrôle des paludismes », *Revue d'Epidémiologie et de santé publique* », n°35, 1987, p. 401-415

⁹⁶⁵ Rey (J-L), « Efficacité parasitologique d'une dose unique de deux antimalariques oraux chez des enfants de la Région d'Abidjan », dans République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé Publique, 8^e Réunion Technique des médecins-Chefs de secteurs de Santé Rurale (10 au 18 décembre 1985) Santé Publique et endémies, Tome2 : Compte-rendu des débats, 1985, Abidjan, p. 6-19

La seconde étude intervient, en 1990, et a encore démontré⁹⁶⁶, la primauté du traitement systématique de tous les accès fébriles par antimalarique. La conclusion de cette dernière étude est significative à cet effet,

... quatre mois de chimioprophylaxie n'ont pas apporté d'amélioration significative des constantes érythrocytaires ni de l'état de santé global des enfants suivis... comme la chimioprophylaxie est par ailleurs coûteuse financièrement et difficile à appliquer, le choix raisonnable est celui d'une stratégie basée sur la participation des populations pour la maîtrise de leur santé. Cette stratégie choisie par la Côte d'Ivoire et de nombreux autres pays consiste à traiter systématiquement tous les accès fébriles par antimalarique ; ce qui nécessite la disponibilité de cet antimalarique au niveau des familles et/ ou des villages et l'abandon de la prophylaxie sauf pour certaines groupes particuliers de population. Il est reconnu par ailleurs que cette stratégie est mieux suivie et moins coûteuse que la chimioprophylaxie systématique⁹⁶⁷.

C'est probablement au début des années 80 que « la chimiothérapie de tout accès fébrile » a été introduite dans la pratique médicale par les autorités sanitaires de Côte d'Ivoire. La thèse de médecine de Dieket P.P soutenue à Abidjan, en 1987, ne révèle pas autre chose quant au choix fait par lesdites autorités. Dans son argumentaire, il énumère les insuffisances de la chimioprophylaxie avant d'insister sur les avantages d'une chimiothérapie systématique des accès fébriles dans le contexte ivoirien :

La chimioprophylaxie collective, en raison des problèmes de résistance des plasmodies aux antipaludiques et notamment aux amino-4-quinoléines, de la baisse notable de l'immunité, des problèmes logistiques de réalisation et surtout de son coût, ne semble pas une solution réalisable dans nos pays. Ces contraintes de la chimioprophylaxie ont conduit les autorités sanitaires à choisir la chimiothérapie systématique de tout accès fébrile, comme la stratégie de lutte contre le paludisme. Cette chimiothérapie est avantageuse à plus d'un titre : elle est moins coûteuse ; elle n'entraîne pas la baisse de l'immunité, encore moins la résistance des plasmodiums aux antipaludiques⁹⁶⁸.

Mais, la pratique de chimiothérapie de tout accès fébriles ne se fait pas sans difficultés tant les schémas thérapeutiques, encore nombreux et multiformes, ne rendent pas la

⁹⁶⁶ Au cours de cette étude, trois groupes de 70 élèves d'une école située à 10 km d'Abidjan en Côte d'Ivoire ont bénéficié pendant quatre mois d'une chimioprophylaxie soigneusement contrôlée, voir Soro (B), « Avantages et inconvénients de la chimioprophylaxie antimalarique. Evaluation d'un essai de 4 mois en Côte d'Ivoire, *Médecine d'Afrique Noire*, mai 1990, n° XXXVII, n°5, p. 268-270

⁹⁶⁷ Ibid., p. 268-270

⁹⁶⁸ Dieket (P-P), Fièvre et paludisme au dispensaire de Cocody nord ; *efficacité et acceptabilité d'une dose unique orale de chloroquine*, Thèse médecine, Université d'Abidjan, Abidjan, 1987, 49 p

tâche facile aux professionnels de santé. A ce propos, une étude sur la chimiothérapie antipaludique réalisée à Abidjan, en 1989, dans le cadre de la préparation d'une thèse de médecine, a porté un regard critique sur l'attitude des soignants face aux paludéens quant à leur approche thérapeutique. Laquelle thérapeutique se trouve confrontée à l'apparition d'une résistance au principal antipaludique de synthèse alors recommandé dans le traitement du paludisme : la chloroquine. L'étude s'est aussi intéressée au diagnostic clinique du malade au moment où l'existence d'un état fébrile constaté chez un patient est synonyme d'accès palustre. Au sujet de la symptomatologie, la fièvre vient largement en tête des signes évoqués par les enquêtés, une tendance confirmée par l'auteur : « Nous avons étudié la chimiothérapie antipalustre chez trois cents dix-huit adultes enquêtés à l'Institut National de Santé Publique d'Abidjan (INSP) pendant une période de trois mois, du 1^e avril au 3 juillet 1988. Cette enquête montre que la symptomatologie du paludisme est très riche et dominée par la fièvre avec 76,10%, soit isolée soit associée à d'autres signes »⁹⁶⁹.

Toutefois, une autre enquête menée en milieu hospitalier, précisément au Service de Médecine Interne de l'Hôpital de Treichville, en 1982, a relativisé ce constat en révélant la fréquence du paludisme dans la survenue des fièvres aiguës observées en milieu hospitalier à Abidjan. Dans leur conclusion, les auteurs affirment : « Sous réserve d'une poursuite de notre enquête tenant compte de l'incidence climatérique, l'origine palustre des fièvres aiguës observées en milieu hospitalier paraît peu fréquente »⁹⁷⁰. De ce qui précède, ces professionnels de santé voudraient prévenir leurs collègues praticiens contre des diagnostics de paludisme portés probablement avec trop de fréquence et de facilité. En clair, le diagnostic de paludisme sans confirmation biologique posé à Abidjan n'est pas toujours sans conséquence.

Quant aux antipaludiques de synthèse prescrits dans le cadre de l'étude sur la chimiothérapie, l'auteur révèle que,

Quatre spécialités notamment la Nivaquine, la Flavoquine, le Fansidar et le Quinimax sont utilisées de façon massive et constituent plus de 90 % de la consommation d'antipaludéens. Sur ce chiffre, la Nivaquine représentant, à elle seule, près de la moitié soit 42,57% de la consommation totale. Les Amino-4-Quinoléines sont les produits les plus utilisés détenant 81,51% de la prescription totale. Ceux-ci sont surtout utilisés pour une chimiothérapie, soit

⁹⁶⁹ Kouakou (K.D), La chimiothérapie antipalustre à Abidjan : *analyses et réflexions à propos d'une enquête* auprès de 318 adultes, thèse de médecine, Université d'Abidjan, Abidjan, 1989, p.117-124

⁹⁷⁰ Assé (N) et al, « L'accès palustre en milieu hospitalier : mythe ou réalité ? », *Médecine d'Afrique Noire*, février 1982, t. XXIX, n°2, p. 170-172

3/4 totalisant 71,70 % contre 1/4 soit 28,29 % d'utilisation prophylactique. La prophylaxie permanente est faite par 11 % des sujets, tandis que la voie orale est la voie d'administration la plus utilisée⁹⁷¹.

Dans cette enquête, le praticien déplore cependant l'absence de schéma normatif dans le protocole thérapeutique qui fait le lit d'une anarchie qui ne dit pas son nom :

La conduite de la chimiothérapie est très variable, pour ne pas dire anarchique, tant dans les posologies que dans la durée du traitement. Mais dans 57,81 % des cas, la dose curative est atteinte. Elle est infracurative⁹⁷² dans 32,81 % des cas. On note une grande variété de schémas théoriques préconisés dans les doses unitaires, dans les doses totales, dans les répétitions des doses, dans la durée du traitement. Pour les quatre spécialités, il existe quatorze schémas théoriques dont les variantes sont innombrables chez les patients⁹⁷³.

L'application de la chimiothérapie à base de chloroquine n'obéit, cependant, pas une uniformité dans les formations sanitaires en Côte d'Ivoire. C'est ce que confirme un travail de recherche réalisé par une équipe de l'INSP⁹⁷⁴ dans trois régions de la Côte d'Ivoire qui correspondent aux trois principales régions géoclimatiques du pays : savane herbeuse, savane arborée et forêt⁹⁷⁵. Le recueil d'information s'est fait dans les formations sanitaires rurales tenues par un infirmier diplômé d'Etat et présentant un fonctionnement normal dans les activités de consultations, de soins et d'enregistrement. Il ressort des enseignements de cette étude que dans ces centres de santé, les examens parasitologiques étant rarement pratiqués, le cas de paludisme est défini comme tout état morbide constitué de céphalées, de fièvre, de nausées et/ou de vomissements dont la rémission a été obtenue par un antimalarique. Le diagnostic clinique est de loin le plus pratiqué dans les centres de santé⁹⁷⁶. Quant au traitement des diagnostics, il est et demeure encore à base de sels de quinine à raison d'une seule injection intramusculaire par jour pendant deux à trois jours, la deuxième dose journalière n'étant généralement pas effectuée. Ce protocole thérapeutique révèle un traitement inadapté du paludisme, alors que l'antimalarique recommandé est la chloroquine, à

⁹⁷¹ Kouakou (K.D), Op. Cit., p. 117-124

⁹⁷² Ce terme désigne des doses en dessous la norme prescrite, donc insuffisante.

⁹⁷³ Ibid., p. 117-124

⁹⁷⁴ Cette équipe fait partie du département Epidémiologie de l'INSP

⁹⁷⁵ Soro (N.B), Coulibaly (A), Rey (J.L), « Evolution clinique sous traitement ambulatoires des accès palustres (probables) en milieu rural de Côte d'Ivoire », *Médecine d'Afrique Noire*, t. XXXVI, n°11, décembre 1989, p. 262-263

⁹⁷⁶ A titre d'information, on apprend à travers cette étude que en 1987, sur 500.000 diagnostics de paludisme pour l'ensemble des formations sanitaires, 15.000 ont fait l'objet d'examens parasitologiques, voir Soro (N.B), Coulibaly (A), Rey (J.L), Art. Cit., p. 262-263

tout le moins l'amodiaquine. Il souligne aussi des insuffisances dans la capacité diagnostique et des méthodes de traitement des agents de santé, qui pourrait être renforcée par des formations et le recyclage.

Au terme de ce développement, on peut affirmer que les directives de l'OMS en matière de traitement du paludisme, si elles sont officiellement proclamées, elles sont loin d'être appliquées dans toutes les formations sanitaires en Côte d'Ivoire. Il existe une très variabilité dans le protocole thérapeutique d'une formation sanitaire à une autre. L'utilisation à géométrie variable des protocoles thérapeutiques est loin de produire des résultats escomptés tant les exemples présentés ci-dessus illustrent un traitement inadapté de l'endémie palustre dans les pays en voie de développement. Au-delà du cas de la Côte d'Ivoire, c'est la problématique générale de la lutte dans le monde qui se pose avec acuité. C'est dans ce contexte que des initiatives en vue de la réorganisation de la lutte à l'échelle régionale puis mondiale sont menées.

III. Du local au global : la Conférence ministérielle d'Amsterdam et la définition d'une stratégie mondiale révisée de lutte antipaludique : 1992

Depuis le début des années 90, le monde prête de plus en plus attention au décès honteux de plus d'un million de personnes par an des suites d'une maladie répandue qui peut être prévenue et guérie. La plupart des décès interviennent en Afrique. Pour ce faire, les dirigeants africains ont lancé un appel à l'action qui a conduit à l'organisation du Sommet d'Amsterdam sur le paludisme en 1992, et à la formulation de la stratégie mondiale de lutte contre le paludisme. Cette conférence ministérielle sur le paludisme a été convoquée sur proposition de la 85^e session du Conseil Exécutif de l'OMS en janvier 1990⁹⁷⁷. Elle s'impose alors comme l'occasion de la réorganisation de la lutte contre cette endémie tropicale, eu égard à la gravité et à la complexité croissantes du paludisme dans le monde, puis au constat d'une certaine négligence vis-à-vis de la maladie en cette période. Plus exactement, la conférence d'Amsterdam et la Déclaration qui l'a sanctionnée sont le résultat de l'échec de l'« éradication du paludisme » et de l'inefficacité des stratégies de substitution lancées depuis lors.

⁹⁷⁷ Elle s'est tenue à l'invitation du gouvernement des Pays-Bas, les 26 et 27 octobre 1992, voir OMS, Rapport de la conférence ministérielle sur le paludisme, Op. Cit., 1992, 52 p

Le constat de l'échec de l'éradication du paludisme et l'exclusion de l'Afrique tropicale de cette stratégie ont douché les espoirs des partisans de l'éradication. Le 9^e rapport du comité d'experts de l'OMS, qui s'est tenu à Genève, du 2 au 10 avril 1962, a passé en revue tous les obstacles qui empêchent la mise en œuvre de la politique d'éradication en proposant des solutions intermédiaires et en promouvant la politique de pré-éradication. A l'échelle africaine, les résolutions de la 3^e conférence africaine du paludisme organisée à Yaoundé, en juillet 1962, ont reconnu la nécessité pour l'Afrique tropicale de s'engager dans une autre voie que celle de l'éradication et d'appliquer sans tarder, la politique de pré-éradication : une sorte de politique transitoire fondée sur le développement des services de santé pour parvenir à terme à l'éradication. En attendant, la persistance de la transmission demeure un casse-tête chinois pour les paludologues, dans les pays de l'Afrique tropicale. Au nombre des causes qui expliquent la difficulté de lancer les activités concourant à l'éradication du paludisme, figure l'insuffisance des infrastructures sanitaires et administratives. Les autres causes de la persistance de la transmission et qui rendent impossible l'application de la stratégie de « l'éradication du paludisme » sont présentés par J. Mouchet J. Hamon comme : « Le résultat d'un ensemble de facteurs interférant les uns avec les autres, à savoir l'insuffisance d'activité du DDT, les problèmes écologiques et épidémiologiques, les problèmes humains et l'échec des tentatives de chimioprophylaxie »⁹⁷⁸. Si certains problèmes sont révolus, d'autres par contre sont plus récurrents en cette décennie 1990. Ce sont : l'arrêt des campagnes de chimioprophylaxie, des résistances aux antipaludiques et de l'échec de la mise au point d'un vaccin.

D'abord, l'arrêt des campagnes de chimioprophylaxie de masse pour prévenir les accès palustres est dû à plusieurs facteurs. Dans les régions hyperendémiques, les antipaludiques courants comme la nivaquine doivent être pris de façon hebdomadaire par la majorité de la population. Or, les distributions se sont avérées assez onéreuses pour les Etats. De plus, l'expérience a montré que la participation des populations aux premières distributions est un succès ; mais, très vite on constate une désaffection et un absentéisme.

Ensuite, les résistances aux antipaludiques jusque-là efficaces dans la prise en charge des accès palustres deviennent problématiques. Tel est le cas pour la nivaquine ou la chloroquine dont le phénomène de résistance a obligé les chercheurs à s'investir dans la recherche de nouvelles molécules, plus efficaces et plus chères, pour la prévention.

⁹⁷⁸ Mouchet (J) et Hamon (J), sd, « Les problèmes techniques de l'éradication du paludisme en Afrique », ORSTOM : Disponible sur http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/cahiers/entomo/pdf

Enfin, l'investissement dans la recherche d'un vaccin contre le paludisme avait déjà débuté dans les années 1970 et s'est poursuivi pendant de longues années. Les résultats sont prometteurs, même s'ils ne pas encore concluants⁹⁷⁹.

La définition de la stratégie mondiale repose sur une philosophie très simple qui tire son fondement des spécificités propres à chaque pays. En effet, comme le paludisme n'a pas les mêmes caractéristiques partout dans le monde, il n'est pas possible de préconiser une méthode de lutte qui soit applicable dans tous les pays. En clair, aucun plan mondial de lutte antipaludique d'application universelle ne saurait être réalisable ou même approprié en l'état. Sur cette base, chaque pays impaludé doit adapter les principes de la stratégie mondiale à ses circonstances propres et revoir constamment cette adaptation, à mesure que la situation évolue avec le temps ou que la pratique fasse apparaître des imperfections. C'est donc en fonction des spécificités nationales que doivent être organisés des programmes réalistes permettant d'identifier les priorités et les problèmes locaux, de concevoir et mettre en œuvre les interventions appropriées.

Dans la pratique, les programmes de lutte directifs et centralisés qui ont prévalu jusque-là doivent céder la place à des programmes plus durables, plus souples et d'un bon rapport coût/efficacité. Une des particularités de cette politique est qu'elle est désormais revêtue de la dimension communautaire. Ainsi, la lutte antipaludique n'est plus du ressort exclusif des agents de santé. C'est l'affaire de tout le monde et chacun doit y contribuer. Tous les membres de la communauté doivent être associés et elle exige la participation de tous ceux qui s'occupent d'éducation et d'environnement, et plus particulièrement d'adduction d'eau, d'assainissement et de développement communautaire.

La rencontre ministérielle d'Amsterdam est précédée de trois réunions⁹⁸⁰ interrégionales préparatoires. Elles ont réuni les représentants de quatre-vingt-quinze pays où

⁹⁷⁹ Mbozekou (R), Discours et représentations sociales dans la prévention du paludisme au Cameroun. Logiques des discours, perceptions de la maladie et pratiques des populations, thèse de doctorat en Sciences de l'Information et Communication (Direction : J.-F Tetu), Université Lumière Lyon 2, Lyon, 2010, 257 p

⁹⁸⁰ La première réunion s'est tenue à Brazzaville du 21 au 25 octobre 1991. Elle a mobilisé 130 participants appartenant à 53 pays. Ceux-ci se sont attachés principalement à étudier les approches pragmatiques de la lutte antipaludique dans les conditions qui règnent en Afrique tropicale, où l'on enregistre plus de 80% des cas mondiaux de paludisme. La deuxième réunion a eu lieu, à Delhi, du 3 au 7 février 1992, en présence d'environ 150 participants de 43 pays qui ont étudié la situation du paludisme en Asie et dans la Région du Pacifique occidental. Les participants ont axé leurs débats sur l'application des connaissances épidémiologiques actuelles à la prévention, au diagnostic et au traitement du paludisme dans l'optique de l'organisation et de la gestion des systèmes de prestations de soins de santé. La troisième réunion, organisée à Brasilia, du 26 au 30 avril 1992, a regroupé près de 100 participants de 29 pays. Elle avait pour thème le paludisme dans les Amériques sous l'angle du développement social et économique, des considérations écologiques et de la collaboration

le paludisme est endémique : ces pays font partie des trois grandes régions de l'OMS où le paludisme continue de poser de grands problèmes correspondant à des situations épidémiologiques différentes mais où la transmission du paludisme est encore permanente. C'est la synthèse des travaux de ces trois rencontres préparatoires qui a donné naissance à la stratégie mondiale de contrôle du paludisme, décidée au terme de la rencontre d'Amsterdam. Plus exactement, ce sont des expériences locales et nationales qui ont permis d'élaborer la stratégie mondiale révisée de lutte. Elles ont servi de fondements à partir desquels doivent se décliner les politiques locales dont la stratégie mondiale est la référence. Cette stratégie contient des voies d'approche essentielles, pratiques et viables de la maîtrise de la maladie et se prête à une bonne adaptation aux circonstances locales.

Si les rapports sur les expériences locales ont mis en évidence un très large éventail de problèmes, propres à tel ou tel pays ou groupe de pays, ils ont contribué aussi à identifier des obstacles communs à la lutte pour la grande majorité des pays endémiques. Ces obstacles ont pour noms : le développement insuffisant des services de santé périphériques (soins de santé primaires, service au niveau des districts, systèmes de santé locaux) ; la connaissance insuffisante, au niveau des communautés, sur les principaux antipaludiques et la distribution inadéquate de ces derniers à cet échelon ; le manque de fonds pour le secteur de la santé, accentué par la grave crise économique ; l'inexistence d'une volonté nationale de faire face au paludisme à l'aide d'instruments déjà disponibles, largement due aux doutes et aux déceptions causés par les échecs passés...

Quelles sont les conditions de la réussite de la stratégie mondiale dans leur déclinaison locale ? La première condition dépend de la volonté commune des pays d'endémie mais aussi et surtout des pays industrialisés. Ces derniers doivent contribuer au développement économique et social des pays touchés en soutenant leurs programmes de lutte antipaludique. La deuxième porte sur la coopération et la solidarité internationales nécessaires à la maîtrise du paludisme. En effet, le très long chemin qui mène à cet idéal, en partant de la situation catastrophique en matière de paludisme, comporte une série d'étapes progressives dont chacun exigerait une coopération et une solidarité de la part des pays plus nantis. Cela renvoie ici à la question du financement des programmes par les bailleurs et les organisations internationales. La troisième porte sur l'optimisation des ressources qui oblige à une mutualisation des moyens de lutte contre les maladies. Désormais, la lutte contre le paludisme

intersectorielle à la lutte contre cette maladie, voir OMS, Rapport de la conférence ministérielle sur le paludisme, Op. Cit., 1992, 52 p

ne doit pas être cloisonnée ; elle doit s'intégrer dans une vision globale de la lutte contre les maladies en général. A terme, on doit parvenir à une intégration des programmes de lutte contre les maladies spécifiques à ceux des services généraux de santé. La quatrième porte sur l'adaptabilité de la lutte aux conditions particulières aux pays. Dans cette optique, il faut se fixer un but plus modeste et commencer par axer les efforts sur le diagnostic, le traitement et la prophylaxie.

La Déclaration mondiale qui a sanctionné la conférence souligne : « La nécessité urgente d'un engagement de tous les gouvernements, de tous les agents de santé et autres acteurs du développement et de la communauté mondiale, en faveur de la lutte contre le paludisme »⁹⁸¹. Pour ce faire, la conférence endosse la stratégie mondiale de lutte antipaludique et approuve les quatre composantes de ladite stratégie, à savoir,

Le diagnostic précoce et le traitement rapide ; la planification et la mise en œuvre de mesures de prévention sélectives et durables, y compris la lutte antivectorielle ; la détection précoce, l'endiguement ou la prévention des épidémies ; et le renforcement des capacités locales en matière de recherche fondamentale et appliquée pour permettre et favoriser, une évaluation régulière de la situation du paludisme dans les pays, évaluation qui porte notamment sur les déterminants écologiques, sociaux et économiques de la maladie⁹⁸².

Les objectifs que l'on se fixe à travers cette stratégie sont, entre autres, de prévenir la mortalité, de réduire la morbidité et les pertes sociales et économiques imputables à la maladie grâce à une amélioration et à un renforcement progressifs des capacités locales et nationales. Dans les faits, la stratégie élaborée ne propose pas une solution unique mais trace les grandes lignes des approches à adopter localement pour atteindre un but commun.

Pour atteindre ces objectifs cités plus haut, il faut se doter de moyens de mise en œuvre. A ce propos, la conférence prévoit la constitution d'un groupe central de spécialistes nationaux dont le rôle dans la définition et l'élaboration de stratégies nationales, ainsi que dans la mise en place de systèmes efficaces de formation, d'encadrement et d'éducation sanitaire est essentiel. Ces systèmes sont indispensables pour que les nouvelles connaissances, notamment celles qui découlent de la recherche opérationnelle et des activités régulières de surveillance et d'évaluation soient régulièrement communiquées à ceux qui sont les mieux placés pour les utiliser. En plus de ce groupe d'experts locaux, il faut un engagement politique soutenu des pouvoirs publics à tous les niveaux et dans tous les secteurs, une intégration de la

⁹⁸¹ OMS, Rapport de la conférence ministérielle sur le paludisme, Op. Cit., 1992, p. 11

⁹⁸² Ibid., p. 12

lutte antipaludique dans les systèmes de santé nationaux et sa coordination avec les programmes de développement dans les autres secteurs ; une participation pleine et entière des communautés aux activités de lutte antipaludique et une mobilisation des ressources humaines et financières adéquates.

Les programmes nationaux de lutte contre le paludisme, émanation de la stratégie mondiale de lutte et appelés à traduire en acte les composantes de celle-ci, doivent répondre aux besoins spécifiques des pays qui ne sont pas logés à la même enseigne. Ainsi deux catégories de pays ont été identifiées en tenant compte de leur passé dans la lutte contre le paludisme et de leur capacité à traduire en acte les directives de l'OMS : les pays de la catégorie 1 (Tableau n°16) dont fait partie la Côte d'Ivoire et ceux de la catégorie 2⁹⁸³ avec pour chaque groupe, les principales considérations à prendre en compte pour renforcer les programmes de lutte antipaludique.

A la suite de la conférence interrégionale d'octobre 1991 à Brazzaville et de la conférence ministérielle sur le paludisme de 1992 susmentionnée, un groupe de travail régional sur la lutte antipaludique dans la Région africaine s'est réuni à Brazzaville, en mars 1993. Il a défini les objectifs généraux et particuliers concernant la prise en charge et la prévention de la maladie, ainsi que les indicateurs et instruments pour la surveillance et l'évaluation du plan d'action régional de lutte antipaludique. Ces projections ont été faites en tenant compte de la situation mondiale du paludisme. Au niveau mondial, deux objectifs ont été fixés à cette époque, à savoir : qu'au moins 90% des pays impaludés doivent avoir mis en œuvre des programmes appropriés de lutte antipaludique d'ici à 1997 et que la mortalité due

⁹⁸³ Du point de vue des priorités de la lutte antipaludique, on peut distinguer deux grandes catégories de pays impaludés : ceux qui n'ont pas participé au programme mondiale d'éradication du paludisme visant à mettre fin à la transmission de l'infection (Catégorie 1) et ceux qui y ont participé (principalement en Asie et dans les Amériques) et où de vastes programmes de traitement des habitations avec des insecticides sont exécutés depuis les années 50 ou 60 (Catégorie 2). La plupart des pays de la catégorie 1 sont situés en Afrique subsaharienne. Dans cette région, qui compte 500 millions d'habitants, 275 millions de personnes sont infectées, il y a plus de 100 millions de cas cliniques et plus d'un million de décès chaque année. C'est là que sont concentrés 80% des cas de paludisme observés dans le monde. Certaines des plus graves épidémies de ces dernières années ont éclaté dans les zones montagneuses d'Afrique, voir OMS, « La stratégie mondiale de lutte antipaludique », Bulletin de l'OMS, 1993, vol. 75, n°5, p. 491- 495

Tableau n°16 : Domaines d'actions prioritaires pour le renforcement des programmes de lutte antipaludique des pays de la catégorie 1.

<u>Composantes</u>	<u>Actions prioritaires du programme de lutte antipaludique</u>
Financement	Les financements devront être considérablement accrus, dans le cadre d'une planification d'ensemble des services de santé
Collaboration avec les services de santé généraux	L'exécution sera essentiellement confiée aux services de santé généraux ; il pourra être nécessaire d'étendre la prise en charge de la maladie au-delà du champ d'action actuel des services.
Système d'information épidémiologique	Le système doit être renforcé en utilisant pour commencer les données fournies par les hôpitaux et les postes sentinelles. Il est essentiel que les services de santé généraux analysent les données sur place.
Services spéciaux de lutte contre les vecteurs	Il sera peut-être nécessaire d'établir des services spéciaux dans certains pays menacés par les épidémies. Un appui technique, administratif et logistique sera nécessaire s'il est prévu d'utiliser des moustiquaires imprégnées.
Collaboration intersectorielle	Renforcement technique des programmes de lutte, participation de tous les secteurs concernés à la planification, sensibilisation des différents secteurs, engagement politique au plus haut niveau.
Personnel	Accroissement des effectifs. Formation à l'épidémiologie, à la gestion et à la recherche opérationnelle.

Source : OMS, « La stratégie mondiale de lutte antipaludique », *Bulletin de l'OMS*, vol. 75, n°5, 1992, p. 491-495

au paludisme devra avoir été réduite au minimum de 20% par rapport à 1995 dans au moins 75% des pays touchés d'ici à l'an 2000⁹⁸⁴.

A l'échelle du continent africain et particulièrement de la région au sud du Sahara, les objectifs, sont de,

Réduire de 30% par rapport à 1995 l'incidence de la mortalité due au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans en particulier, dans au moins 80% des pays de la région d'ici 2001 ; de réduire de 30% par rapport à 1995 l'incidence de la morbidité prononcée attribuée au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans d'ici à l'an 2000 et enfin réduire de 30% par rapport à 1995 l'incidence des formes graves et compliquées de paludisme chez les femmes enceintes d'ici à l'an 2000⁹⁸⁵.

Pour atteindre ses objectifs, les priorités ont été fixées et portent aussi bien sur les structures de lutte que sur les activités pratiques à déployer sur le terrain. Dès lors, il est impératif pour les gouvernements africains de procéder à la mise en place de programmes appropriés de lutte antipaludique, d'une part, et d'autre part, à la mise en œuvre de plans d'action conformément à la stratégie mondiale. Les plans doivent être désormais la cheville ouvrière des activités de lutte et leur architecture a été précisée.

Dans leur élaboration, ces plans doivent comporter plusieurs étapes. D'abord, la description du problème du paludisme, la définition des priorités et les objectifs essentiels du programme. Ensuite, l'établissement d'un calendrier de mise en œuvre pour les atteindre, l'identification des mécanismes de surveillance et d'évaluation et enfin préciser comment les activités programmatiques seront menées. Les plans nationaux doivent comporter aussi des mesures préventives sélectives et durables, en particulier dans les pays où se trouvent les groupes de population à risque (nourrissons et jeunes enfants, femmes enceintes, réfugiés, habitants de nouvelles zones de colonisation) et dans les zones urbaines impaludées. Sans moyens d'application, les plans ne sont que des promesses sans lendemain. Tous les pays africains doivent renforcer leur système de soins de santé à tous les niveaux pour permettre des mesures adéquates de diagnostic et de traitement. La création d'un groupe central de spécialistes nationaux est cruciale pour définir et élaborer les stratégies, pour former et

⁹⁸⁴ OMS, Programme OMS de lutte antipaludique en Afrique, Brazzaville, OMS (Division de la Lutte contre les Maladies tropicales), 1995, p. 4

⁹⁸⁵ Ibid., p. 5

encadrer, pour coordonner la coopération intersectorielle, pour promouvoir l'éducation sanitaire et la participation des communautés, et pour recenser les besoins critiques en matière de recherche opérationnelle. De même, le recrutement d'un personnel spécialisé est nécessaire pour orienter et appliquer les mesures préventives en faveur des populations visées et en vue de maîtriser les épidémies. Enfin, les programmes nationaux de lutte antipaludique doivent aussi être réorientés afin de fonctionner dans le cadre d'un système décentralisé de prestations sanitaires pour être en adéquation avec les SSP, dont c'est une des vocations.

A ce propos, dès novembre 1995, trente-huit des cinquante-trois pays et territoires d'Afrique où le paludisme est endémique et qui bénéficient déjà du soutien de l'OMS ont parachevé des plans de lutte antipaludiques conformes aux principes de la stratégie mondiale. Ces plans, dont la durée varie de trois à cinq ans, sont à divers stades d'exécution pour ce qui est de la prise en charge de la maladie, des mesures sélectives de prévention, y compris la protection individuelle grâce aux moustiquaires imprégnées d'insecticides et de préparation aux épidémies⁹⁸⁶.

En somme, sur une durée de deux ou trois ans, des actions sont engagées sur plusieurs fronts. Elles portent sur la prise en charge appropriée des cas au niveau des formations sanitaires périphériques et communautaires et la protection individuelle par l'emploi de moustiquaires et autres matériaux imprégnés d'insecticides. La mobilisation communautaire s'amorce aussi avec l'organisation de journées nationales sociales en faveur de la lutte antipaludique pour associer les populations à la cause du paludisme. Enfin, les pouvoirs publics sont plus actifs d'une part, avec le renforcement des moyens d'actions nationaux en particulier pour une prise en charge intégrée et appropriée des malades, l'utilisation de matériaux imprégnés d'insecticides et, d'autre part, la surveillance et l'évaluation permanentes des programmes nationaux, la surveillance et l'évolution de la résistance de *plasmodium falciparum* aux antipaludiques dans les pays de la Région, en particulier les plus touchés. De plus, la coordination des activités à tous les niveaux et la mobilisation des ressources figurent au nombre des activités prioritaires.

Les années 90 sont jalonnées par des actes qui vont donner une impulsion à la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire. Ceux-ci marquent véritablement la volonté des autorités

⁹⁸⁶ OMS, Op. Cit., 1995, p. 6

sanitaires locales d'inscrire le combat contre cette endémie au rang de priorités nationales. Quelles sont les nouvelles orientations de la lutte contre le paludisme dans ce pays au cours de cette décennie ?

IV. Les nouveaux fronts de la lutte antipaludique en Côte d'Ivoire : vers la promotion d'une lutte intégrée ?

C'est vers la fin des années 80 que des initiatives tendent à la définition d'un protocole thérapeutique de lutte contre le paludisme. Elles s'inscrivent dans un vaste programme de lutte contre les pathologies soutenues par des organisations internationales.

Ainsi, en 1986, le comité régional de l'OMS Afrique, dans sa résolution AFR/RC36/R6, a invité les bailleurs de fonds à appuyer concrètement les activités de lutte antipaludique au niveau des pays. La Côte d'Ivoire a fait partie des premiers bénéficiaires du programme qui est lancé dès 1987. Il est connu officiellement sous le nom de « Plan d'action de lutte secondaire contre le paludisme »⁹⁸⁷ et ses activités ont principalement pour cible les enfants, ceux-là mêmes qui sont les plus exposés et les plus vulnérables à l'endémie palustre. Docteur Imboua Bogui, directeur technique dudit projet explique dans un témoignage, le contexte du lancement de ce programme et les activités entreprises au cours de ces années :

La politique de lutte secondaire contre le paludisme est une politique initiée par le Center for Disease Control (CDC)⁹⁸⁸ en collaboration avec l'UNICEF et l'O.M.S. Le projet couvrait l'ensemble des pays africains, pas seulement la Côte d'Ivoire. C'était un programme global de lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance, lutte contre les maladies diarrhéiques, le paludisme et le programme élargi de vaccination. J'étais le directeur technique du projet ; et pour faire la recherche, nous avons bénéficié de l'équivalent de 3000 \$. La problématique essentielle pour nous était de voir la part du paludisme dans les fièvres des enfants de 0 à cinq ans : ici on parlait du paludisme simple ou du paludisme associé. Dans la mesure où le paludisme, je dirais le neuropaludisme, est à la base de la mortalité des enfants, il était nécessaire d'administrer un traitement à domicile précoce et efficace. La prise en charge prenait en compte principalement les enfants et les femmes enceintes. Les directives préconisaient que devant toute fièvre d'un enfant de zéro à cinq ans, il faut traiter de façon

⁹⁸⁷ Ce plan d'action a fait l'objet de publications introuvables dans les centres de documentation et bibliothèques dans lesquels le travail documentaire a été réalisé : Imboua Bogui (G), *Plan d'action du programme de lutte secondaire contre le paludisme*. Rapport du groupe scientifique de travail du projet de " lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance C.C.C.D", Abidjan, INSP, 2 mars 1987 ; et Ministère de la Santé Publique et de la Population, *Stratégie de lutte secondaire contre le paludisme*, 1998

⁹⁸⁸ C'est une agence du gouvernement américain chargée de la prévention, de l'étude et du contrôle des maladies.

efficace et précoce : précoce pour qu'il n'évolue pas vers le neuropaludisme et efficace parce qu'il faut donner la dose thérapeutique nécessaire⁹⁸⁹.

On peut affirmer sans risque de se tromper que ces actions sont les prémices de la marche vers une standardisation des protocoles thérapeutiques qui met du temps à se formaliser. Mais, le processus est désormais inéluctable.

Docteur Bassalia Diawara, autre acteur ayant fait partie de l'équipe d'experts chargée de la rédaction des directives nationales de lutte contre le paludisme apporte des précisions suivantes :

Pour avoir côtoyé l'INSP dans le cadre de la préparation de ma thèse de médecine, je sais que depuis 1987, il existait un programme de lutte secondaire contre le paludisme. Il a été élaboré dans un document qui dégagait les grands axes de la lutte contre le paludisme. Il s'agissait principalement des directives de traitement et des objectifs minimaux qui étaient de réduire la mortalité et la morbidité ; mais, surtout de rationaliser le traitement : traitement en première et en deuxième ligne. Voici la politique que j'ai connue... C'est véritablement en 1987 qu'il y a eu la politique de lutte secondaire. J'ai participé à quelques activités de ce programme qui était financé par l'USAID essentiellement. J'ai effectivement mené des enquêtes sur la chimiosensibilité au sein de la jeunesse dans les écoles et participé à des formations professionnelles, notamment en microscopie, en clinique pour faire les diagnostics. J'ai aussi contribué à la mise en place des systèmes de surveillance sentinelle des médicaments, particulièrement la résistance. Et c'est dans ce cadre-là que nous avons fait des enquêtes autour de six postes sentinelles qui devaient permettre la surveillance. C'est à partir de 1991 qu'un véritable programme a été élaboré et nous avons été responsabilisé⁹⁹⁰.

Ces propos sont confirmés par ceux d'un autre informateur, par ailleurs premier directeur coordonnateur du PNLN, qui a fait partie de cette équipe d'experts paludologues ivoiriens à avoir jeté les bases d'une structure formelle de lutte contre cette endémie :

A partir de 1991, nous avons essayé d'élaborer un véritable programme. Jusque-là, le paludisme était pris en charge dans toutes les structures sanitaires comme toute autre pathologie. Au regard de l'ampleur du problème, en termes de morbidité et de mortalité, et tant que Sous-directeur chargé des soins de santé primaires et des grandes endémies, j'ai estimé que le paludisme était une endémie majeure. Donc à partir de ce moment, c'est-à-dire en juin 1991, le Directeur de la santé communautaire et moi-même, avons estimé qu'il était

⁹⁸⁹ Docteur Imboua Bogui. G, est médecin de formation. Il a occupé plusieurs fonctions au sein du Ministère de la Santé publique de Côte d'Ivoire, avant de se mettre au service de l'OMS. A ce titre, il a exercé des responsabilités au sein des Bureaux locaux de l'OMS notamment au Mali, en Guinée, au Cameroun et Madagascar. Entretien réalisé à Abidjan, le 15 décembre 2001 à Abidjan.

⁹⁹⁰ Diawara Bassallia : titulaire d'un doctorat en médecine depuis 1989 ; il a occupé plusieurs fonctions au ministère de la Santé Publique. Il a notamment été coordonnateur adjoint du directeur du PNLN, en 1991, et intérimaire du Coordonnateur de 1996 à 1997. Entretien réalisé le 28 décembre 2001 à Abidjan.

important de mettre en place un véritable programme. Les premières rédactions sont produites et nous avons élaboré le premier plan quinquennal de 1996 à 2001 avec le démarrage effectif des activités. Pour revenir en arrière, il faut préciser qu'un embryon de programme existait depuis 1991 ; les activités que nous menions bénéficiaient de quelques petites subventions de l'USAID⁹⁹¹.

Il est permis de supposer que les premières initiatives de formalisation des directives avaient l'ambition de se conformer aux recommandations de l'OMS et d'être des éléments de base de la documentation nécessaire aux débats devant enrichir les discussions au cours de la conférence interministérielle d'Amsterdam de 1992.

La dite conférence a sollicité l'engagement politique des pays où le paludisme constitue une endémie en vue de donner une nouvelle dynamique aux efforts pour combattre l'endémie. Cette nouvelle orientation fait désormais de la lutte contre cette maladie un volet de la santé et du développement national : plus exactement, les efforts à déployer contre le paludisme doivent être érigés en priorité nationale. Pour ce faire, l'OMS encourage la mise en place des programmes nationaux contre le paludisme, pour une application plus efficiente de la stratégie mondiale de la lutte. La Côte d'Ivoire, signataire de la Déclaration d'Amsterdam, en 1992, s'est engagée à traduire en acte les décisions issues de cette rencontre mémorable.

A l'échelle africaine aussi, le comité régional entend accompagner ces initiatives et s'inscrire dans cette dynamique. Au cours de sa session organisée, du 1^{er} au 8 septembre 1993⁹⁹², à Gaborone au Botswana, le comité régional a encouragé les pays membres à maintenir leur engagement politique en faveur de la lutte. Il les invite par conséquent à,

Poursuivre la formulation/reformulation de leurs programmes nationaux de lutte contre le paludisme conformément à la stratégie régionale en mettant l'accent sur les éléments appropriés à savoir, la prise en charge des cas, la lutte antivectorielle et la chimioprophylaxie, en fonction de leur situation exoépidémiologique ; déterminer dans des plans d'action nationaux des cibles précises et des indicateurs spécifiques permettant de guider la mise en œuvre de leur programme⁹⁹³.

Concrètement, il s'agit pour les pays africains de se réappropriier ces directives mondiales et de les traduire localement en actions concrètes. Les échanges qui ont suivi la

⁹⁹¹ Docteur Niangué Joseph : Entretien réalisé le 15 décembre 2001 à Abidjan.

⁹⁹² OMS, Rapport final de la quarante-troisième session *du comité régional de l'OMS pour l'Afrique* (Gaborone, 1^{er} au 8 septembre 1993), Brazzaville, OMS, 1993, 156 p

⁹⁹³ Ibid., p. 13

réunion du comité ont nourri la réflexion autour de la question de la lutte et des orientations à lui donner. Ainsi, les experts ont vivement souhaité l'accélération de la formation de tous les personnels de santé, notamment de ceux des districts, au traitement du paludisme maladie : c'est une exigence de la lutte antipaludique dans le cadre de la décentralisation des systèmes de santé avec le rôle prépondérant accordé aux districts sanitaires. La diffusion des nouveaux protocoles thérapeutiques aux soignants et aux animateurs des districts doit en garantir le succès. La prise en charge thérapeutique des malades qui est donc une des pierres angulaires de cette stratégie, suppose la définition d'un protocole thérapeutique tenant compte des différentes situations qui se présenteront aux soignants. La mobilisation des autres moyens de lutte n'est pas en reste. Aussi, le comité a-t-il souhaité, le recours à la lutte antivectorielle, l'intensification de l'éducation pour la santé et la promotion des moustiquaires pour compléter les mesures de prise en charge⁹⁹⁴.

Au chapitre de la prévention du paludisme, la population cible que représente la femme enceinte doit bénéficier d'une chimioprophylaxie pour la protéger. Enfin, une innovation majeure a été introduite dans l'approche nouvelle de ce combat à mener sur plusieurs fronts : c'est la promotion d'une lutte antipaludique conjuguant le plus grand nombre possible de ces méthodes en un programme national de lutte antipaludique. C'est sans doute là, une volonté affichée de promouvoir une lutte antipaludique intégrée par le biais d'une structure de coordination à l'échelle nationale. Enfin, la population rurale très souvent exclue des programmes de lutte n'a pas été oubliée ; ainsi, la protection personnelle contre les piqûres de moustiques en milieu rural fait partie des actions à privilégier. A ce titre, le recours aux moustiquaires, aux rideaux et stores imprégnés est vivement recommandé pour assurer la protection⁹⁹⁵.

On est en droit de penser qu'avec l'élaboration du premier programme quinquennal de lutte contre le paludisme, qui part de 1991 à 1996, on pourrait disposer d'un protocole standard qui doit servir de boussole aux praticiens. Si les intentions sont perceptibles et louables, on ne peut pas en dire autant de la mise en œuvre de ce programme quinquennal qui n'a pas résisté à l'épreuve de la réalité du terrain, à cause des insuffisances du système de santé.

⁹⁹⁴ OMS, Rapport final de la quarante-troisième session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Op. Cit., p. 50

⁹⁹⁵ Ibid., p. 50

Même si, on peut se réjouir de l'introduction des nouveaux protocoles de traitement élaborés par le PNLP dans les modules de formations à la Faculté de médecine comme l'a précisé le professeur Bissagnéné⁹⁹⁶.

Pour docteur Diawara, des difficultés financières expliquent en partie l'impossibilité de diffuser suffisamment l'information auprès des soignants :

Le premier programme couvrait les années 1991 à 1996 et le deuxième celles de 1996 à 2001 : ce sont des plans quinquennaux. Pendant dix ans, je suis resté coordonnateur adjoint. Les grandes lignes du programme étaient les objectifs assignés au programme national de lutte secondaire : réduction de la mortalité et de la morbidité. Au niveau des axes stratégiques, nous avons institué la prise en charge des cas et avec le volet préventif. Pour la prise en charge des cas, il y avait deux champs d'action : la prise en charge dans les formations sanitaires et dans les îlots communautaires ou à domicile. Dans le volet préventif, on avait déjà envisagé la problématique des moustiquaires dans le premier programme avec tout ce qui se rapporte à l'hygiène du milieu, l'utilisation des insecticides dans le cadre familial et tout ce qui concerne les activités promotionnelles. Malheureusement, ce programme n'a pas été appliqué comme il se devait pour une raison essentielle : l'absence de moyens financiers. L'absence de budget alloué par l'Etat au programme était criante et ce sont les responsables qui devaient se battre pour trouver les financements. Nous étions soutenus par l'USAID et avons fait ce qui était possible. Ainsi, nous avons organisé des séances de formation avec les directeurs départementaux qu'on appelait médecin-chef d'hôpital général auxquels nous avons enseigné les directives de la prise en charge dans les formations sanitaires. Ceux-ci devaient à leur tour former leurs agents. Hélas, la formation est restée suspendue au niveau des Directeurs départementaux qui n'ont pas répercuté les informations à leurs collaborateurs faute de moyens peut-être. Mais, je tiens à préciser que ces directeurs avaient un budget qui pouvait leur permettre de faire ce travail qui ne nécessitait pas de grands moyens. La formation se réduisait uniquement à réunir les agents et à leur enseigner les directives et éventuellement assurer le suivi de celles-ci⁹⁹⁷.

Une anomalie que le Département des maladies infectieuses de la Faculté de Médecine d'Abidjan a tenu à corriger en intégrant dans les modules de formation les directives du programme, comme le précise le professeur Bissagnéné dans les propos ci-après :

...Les stratégies thérapeutiques, les schémas thérapeutiques sont enseignés aux étudiants avec leurs indications particulières, en fonction, non seulement des types de malades qu'on doit prendre en charge, mais aussi du tableau clinique qui se présente au médecin et bien sûr

⁹⁹⁶ Il est professeur de médecine et enseignant au département des maladies infectieuses à l'époque des faits.

⁹⁹⁷ Diawara Bassallia : Entretien réalisé le 28 décembre 2001 à Abidjan.

la prévention. Cela en tenant compte des schémas thérapeutiques et des schémas prophylactiques qui sont recommandés au niveau national. C'est pourquoi nous restons très collés au Programme national de lutte contre le paludisme qui propose des directives que nous dispensons aux étudiants. Nous tenons compte des directives nationales pour enseigner nos cours. Mais, nous allons un peu plus loin en indiquant aux étudiants des médicaments de substitution pour des cas d'échec : par exemple pour un traitement en première intention, les directives proposent la chloroquine ; et lorsque vous échouez, vous avez d'autres possibilités de traitement⁹⁹⁸.

Quant au docteur Diawara Bassalia, il résume dans les propos ci-après l'échec du premier programme de lutte antipaludique :

Pour nous résumer, pendant cette première phase, il faut dire que le programme était théoriquement bien. Mais, dans les faits, nous n'avons pas pu exécuter toutes nos actions. Le suivi n'a pas été fait correctement et les directives sont restées suspendues. Donc, leur application n'a pas été totalement effective. Au niveau des comportements, je pense qu'il n'y a pas eu de changements parce que les populations n'ont été que peu impliquées. Ainsi, le premier programme n'a pas donné de résultats encourageants et le deuxième a été lancé dans la foulée⁹⁹⁹.

Bien que des efforts soient entrepris pour définir un protocole thérapeutique standard applicable partout, les praticiens continuent toujours d'agir selon leur bon vouloir. C'est ce que révèle le contenu d'une thèse de médecine soutenue, en 1995, et consacrée à la prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires d'Abidjan¹⁰⁰⁰. D'après l'auteur, le choix du site géographique est représentatif de la situation du paludisme et offre un plateau technique de qualité : ainsi, Abidjan est située dans la région forestière où la transmission est continue. Elle abrite à cette époque cent douze établissements socio-sanitaire du pays, soit 12% du total du pays. Le constat qu'il fait avant d'exposer les résultats de sa recherche est révélateur du poids du paludisme en même temps qu'il révèle l'absence de protocole standard de traitement à la disposition des soignants.

Ainsi, on apprend avec lui que le paludisme était responsable de 20 à 30% de fièvre de l'enfant et de l'adulte, en 1990, avec une mortalité évaluée en moyenne à 3,8% en 1991. Il précise aussi que le diagnostic du paludisme demeure encore difficile et dans la majorité des cas, repose uniquement sur l'examen clinique : c'est en fait un diagnostic d'élimination en

⁹⁹⁸ Professeur Emmanuel Bissagné : Entretien réalisé le 17 juillet 2002 à Abidjan

⁹⁹⁹ Diawara Bassalia : Entretien réalisé le 28 décembre 2001 à Abidjan

¹⁰⁰⁰ Diomandé (A), Evaluation de la prise en charge du paludisme dans les établissements sanitaires publics de la ville d'Abidjan, thèse de médecine, Abidjan, Université de Cocody, 1995, 208 p

l'absence de signes évocateurs d'une affection précise, conclut-il. L'autre information majeure qu'il donne, est l'absence d'un schéma de traitement du paludisme : en clair, le traitement du paludisme n'est toujours pas standardisé par des algorithmes. Aussi, la chloroquine, l'amodiaquine, la double association pyriméthamine-sulfadoxine, l'halofantrine, la triple association pyriméthamine-sulfadoxine-méfloquine, les sels de quinine sont-ils différemment utilisés pour traiter un accès palustre, fût-il seulement probable. En conséquence, la prise en charge des cas du paludisme qui est l'une des quatre stratégies majeures préconisées par l'O.M.S, pour le contrôle du paludisme, en Afrique n'est pas convenablement exécutée. Ainsi se résume l'état de la prise en charge avant son étude.

Les enquêtes qu'il a réalisé, en 1995, livrent des résultats qui confirment les observations faites au départ. Cela prouve que les problématiques concernant le diagnostic et le traitement sont loin d'être résolues. Dans les détails et s'agissant du parcours du patient, cette étude révèle que celui-ci est d'abord consulté par le personnel paramédical ; puis, le malade, dont la prise en charge dépasse les compétences paramédicales, est examiné par le médecin. Alors que, le personnel paramédical n'a ni la formation requise ni la compétence nécessaire pour assurer de telles responsabilités. En cause, se trouve l'insuffisance numérique des médecins pour expliquer cette situation.

D'autre part, l'absence des équipements pour conduire la consultation a pour inconvénient la pratique d'un examen clinique très superficiel et peu fiable. Ainsi, 100% du personnel citent la fièvre comme un signe de l'accès palustre y compris les 35% qui n'ont pas de thermomètre. L'absence de laboratoires d'analyse contraint le personnel à demander de moins en moins d'examen parasitologiques pour confirmer leur diagnostic d'accès palustre.

Pour l'auteur et sur la base des données disponibles, le diagnostic présomptif des accès palustres est la règle pratiquée dans les établissements sanitaires publics à Abidjan, et cela pour plusieurs raisons :

- la première est l'adoption par le Bureau régional de l'O.M.S, en 1983 à Nairobi, de la chimiothérapie antipalustre des accès fébriles comme la stratégie de choix de contrôle des paludismes en Afrique intertropicale.
- la deuxième est liée au fait que le paludisme est essentiellement une maladie des pays en voie de développement qui disposent de moyens diagnostics parasitologiques très insuffisants pour la plupart. Ce diagnostic présomptif a certes, l'avantage d'être une mesure prophylactique de la mortalité palustre : ce qui n'est pas négligeable. Mais, plusieurs études

concordent pour dire que l'examen clinique est peu fiable car, le taux d'erreur est en moyenne de 30% et aucun signe n'est véritablement spécifique du paludisme. L'examen clinique seul ne suffit donc pas pour poser de façon certaine le diagnostic d'un accès palustre. En outre, par l'intermédiaire d'une consommation très importante et inappropriée de médicaments antipalustres qu'il entraîne, le diagnostic présomptif des accès palustres est la cause d'une pression médicamenteuse qui est le facteur essentiel à l'émergence et l'entretien d'une chimiorésistance que connaît le pays depuis 1987¹⁰⁰¹.

Sur quinze antipaludiques prescrits par le personnel de santé, six d'entre eux sont les plus fréquents. Parmi ces six spécialités, la nivaquine vient en première position car elle est prescrite par 97 % du personnel ; ensuite vient le quinoforme par 81 %, à égalité viennent le quinimax par 65 % et l'halfan par 63 %, la flavoquine par 60 % en 5^e position et le fansimef par 52 % en dernière position, mais avant le camoquin (48%), la résochine (48 %), l'arsiquinoforme (43 %) et le fansidar (30 %). La nivaquine est donc le médicament qui a la préférence du personnel de santé : parce qu'elle est efficace et ce malgré les risques de résistance. Elle est peu coûteuse et accessible aux couches sociales les plus défavorisées. Par conséquent, le personnel de santé, contrairement au choix du mode de traitement, tient compte de l'accessibilité financière dans la prescription des antipaludiques¹⁰⁰².

L'enquête de A. Diomandé met aussi en relief le caractère anarchique de la prescription des antipaludiques : ainsi, le quinoforme qui, selon le protocole O.M.S, est réservé aux accès perniciox et aux cas de chloroquinorésistance est utilisé en traitement ambulatoire pour traiter les accès simples en première intention. De même l'halfan et le fansidar qui sont de nouvelles spécialités parce que découvertes, en 1972 et en 1971, sont plus prescrits que le fansidar qui est un médicament de deuxième intention selon le protocole de l'O.M.S. Une telle absence de codification de la prescription des antipaludiques est favorable à l'apparition et à l'entretien d'une résistance aux antipaludiques anciens et nouveaux qui doivent intervenir en dernière position car, considérés comme la dernière arme thérapeutique devant un accès palustre. Par principe, la règle doit être la hiérarchisation dans la prescription des antipaludiques, basée sur le protocole O.M.S qui stipule que la nivaquine¹⁰⁰³ est le

¹⁰⁰¹ Diomandé(A), Op. Cit., 208 p

¹⁰⁰² Ibid

¹⁰⁰³ Toutefois, une étude réalisée, en 1995, par une équipe d'universitaires et de praticiens hospitaliers suggèrent que face aux échecs de traitement par la chloroquine (nivaquine), l'amodiaquine pourrait être utilisée en première intention pour le contrôle de la phase précoce de l'accès palustre simple de paludisme, chez l'adulte, en zone urbaine d'Abidjan, voir Adou-Bryn (K.D) et al, « Essai clinique de l'amodiaquine dans la commune

médicament de première intention, le fansidar celui de deuxième intention et la quinine réservée aux cas graves.

A l'analyse, on peut penser que les difficultés observées dans la mise en œuvre du protocole thérapeutique peuvent être imputables au système de santé dans son ensemble. C'est ce que Brunet-Jailly s'est évertué à révéler dans sa contribution dans un ouvrage sur la Côte d'Ivoire. Pour lui, les disparités régionales héritées de la colonisation n'ont jamais été résorbées. A l'insuffisance des personnels de santé se greffent d'autres insuffisances manifestes en termes d'infrastructures, malgré l'engagement de l'Etat à appliquer les SSP et de son pendant l'IB. Par exemple en 1996, on dispose de cinquante-cinq hôpitaux régionaux pour la plupart dépourvus de matériels médicaux ; vingt-un sur cinquante-cinq disposent d'un bloc chirurgical fonctionnel, trente-sept d'un laboratoire et onze d'un service de radiologie¹⁰⁰⁴.

On imagine donc le niveau technique de prestation qui peut être fourni à ce niveau de la pyramide sanitaire. On peut en déduire que l'Etat s'est très peu investi dans le développement d'un système périphérique¹⁰⁰⁵. D'ailleurs, voici le constat implacable qu'il dresse de ce système de santé :

Ce qui est fait en Côte d'Ivoire depuis une génération n'est pas une véritable politique de santé, en ce sens que ce n'est pas une politique qui se préoccupe du grand nombre des malades, mais une politique qui vise à édifier ici un système de santé conçu ailleurs, et comme il était là-bas il y a une ou deux générations, en oubliant et les réalités du pays et les évolutions qui se produisent au sein de ce système dans son pays d'origine. Ce faisant, sous la pression d'un corps médical formé pour l'essentiel en France, et qui y a notamment appris le mandarinat médical, on a édifié à Abidjan un étage quaternaire de niveau international... De ce fait, on a négligé le niveau secondaire et oublié le niveau primaire, dont le développement était volontiers considéré comme indigne d'un grand et riche pays¹⁰⁰⁶.

Toutefois, les engagements auxquels le pays a souscrit au début de la décennie 90 ont abouti à des actions porteuses d'espairs au regard des efforts déployés contre cette endémie. En Côte d'Ivoire, dans la suite de la conférence d'Amsterdam, un Plan National de

d'Attécoubé (Abidjan, Côte d'Ivoire, mai-décembre 1995), Bulletin de la société de pathologie exotique, 2000, vol. 93, n°2, p. 115-118

¹⁰⁰⁴ Brunet-Jailly (J), Hugon (P) « La santé », dans Photios Tapinos (G), Hugon (P) et Vimard (P), sd, *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXIe siècle. Défis démographique et développement durable*, Paris, Karthala, 2002, p. 342-343

¹⁰⁰⁵ Ibid., p. 342-343

¹⁰⁰⁶ Ibid., p. 350

Développement Sanitaire (PNDS) a été élaboré, en 1996, pour la période 1996-2005¹⁰⁰⁷. Pour atteindre les objectifs sanitaires fixés par le Gouvernement dans le cadre de ce plan, le Ministère de la Santé a créé dans la foulée treize programmes prioritaires de santé dont le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

Les bases juridiques du nouvel organisme ont été posées par l'arrêté n° 143 MSP/CAB du 10 mai 1996 qui crée le PNL¹⁰⁰⁸. Les objectifs du programme portent sur la réduction de la morbidité et la mortalité imputables au paludisme, et plus particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Ce groupe – enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes- constituent les populations cibles telles que définies dans le cadre des SSP en vue d'un développement économique socio-économique globale et durable en Côte d'Ivoire. Plus largement, le PNL est le centre de coordination de toutes les interventions de lutte contre cette maladie réalisées par tous les acteurs. Ce programme élabore des documents de politique, des directives de prise en charge (traitement et prévention) qu'il met à la disposition des professionnels de santé. Il édite des plans d'actions qui sont, en fait, des stratégies annuelles, des documents de plaidoyer et de recherche de fonds. En outre, le PNL organise des formations continues au profit des personnels de santé, conçoit des messages et confectionne des supports de sensibilisation en direction des populations et des acteurs¹⁰⁰⁹.

D'autres activités à mettre à son actif comme la diffusion de messages dans les mass médias audiovisuels nationaux et locaux. Il y a aussi l'évaluation tous les deux ans des taux de possession et d'utilisation des moustiquaires des groupes cibles, ainsi que leurs perceptions sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII). En outre, il fait la révision annuelle de la liste des antipaludiques et donne les quantités de moustiquaires imprégnées à importer pour la couverture des populations du pays. Dans sa feuille de route, le Programme organise chaque année les supervisions dans les districts sanitaires et les structures privées, les ONG et les Clubs service. Il réalise aussi l'évaluation du niveau de résistance des antipaludiques et des

¹⁰⁰⁷ Le Programme National de Développement Sanitaire 1996-2005 (PNDS) poursuit plusieurs objectifs. L'objectif général du plan est d'améliorer l'état de santé de la population pour une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population en santé. Cet objectif général se décline en trois objectifs spécifiques, à savoir réduire la morbidité et la mortalité liées aux pathologies les plus prévalentes, à travers les grands programmes de santé ; améliorer l'efficacité du système de santé et améliorer la qualité des prestations sanitaires

¹⁰⁰⁸ Niangué (J), Lutte contre le paludisme *en Côte d'Ivoire : état d'avancement*, Abidjan, Direction de Coordination du Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme, 2001, p. 3

¹⁰⁰⁹ Memain Srado (D), Op. Cit., 2010, p. 32

insecticides utilisés pour la réimprégnation des moustiquaires dans les sites sentinelles. Il conduit annuellement des ateliers bilans pour apprécier les niveaux d'atteinte des objectifs fixés. La mise en œuvre des actions décidées par le niveau central repose sur les professionnels de santé de terrain. Le PNLP veille ainsi à la mise à jour des données épidémiologiques sur le pays auprès de l'OMS et diffuse ces données aux producteurs et utilisateurs d'information.

En définitive, le PNLP a pour mission de coordonner toutes les interventions concernant la lutte contre cette maladie. C'est sous son impulsion que le premier plan quinquennal de lutte contre le paludisme a été élaboré avec pour caractéristiques trois interventions principales :

La première intervention concerne la prise en charge des cas vise à faire la détection précoce des cas de paludisme et d'assurer leur prise en charge ; la seconde a trait à la prévention qui se décline en la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées, l'assainissement du milieu et du cadre de vie, les pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide à effet rémanent ; la troisième intervention se définit comme des stratégies de soutien aux deux premières actions. Ces stratégies se déclinent en la formation des acteurs du système de santé et des agents communautaires, la sensibilisation et mobilisation sociale autour de la lutte contre le paludisme, évaluation des intervention avec la création de sept sites sentinelles de surveillance des antipaludiques et des insecticides utilisés pour la réimprégnation des moustiquaires¹⁰¹⁰.

Le PNLP¹⁰¹¹ est dirigé par un Directeur coordonnateur dont les missions sont d'élaborer le plan d'action du Programme conformément aux orientations du comité national. Il doit veiller à la validation du plan d'action du comité national, la mise en place des activités prévues et s'assurer de leur bonne intégration dans les plans des districts. Il doit le faire en organisant notamment la décentralisation des tâches aux différents niveaux opérationnels. Plus exactement, il doit déterminer les besoins du programme et veiller à leur satisfaction, suivre et

¹⁰¹⁰ Memain Srado (D), Op. Cit., p. 20

¹⁰¹¹ Le PNLP est organisé en quatre services que sont le service de l'Information Education et la Communication (IEC), celui de la surveillance épidémiologique, des études, de l'évaluation et de la recherche et enfin le service administratif et financier. Ces services sont tenus par des fonctionnaires. En plus de la Direction de coordination, il y a un comité national et des comités régionaux. Le comité national est de chargé de définir les orientations et les stratégies du programme, de valider le plan d'action du Directeur coordonnateur, évaluer périodiquement les activités du Programme et participer à la mobilisation des ressources nécessaires. Quant aux comités régionaux, ils sont chargés de suivre et d'évaluer l'exécution de l'ensemble du programme en œuvre dans la région, de veiller à la bonne intégration du programme dans les activités des services du sein du Paquet Minimum d'Activités et de proposer au Comité national les mesures aptes à améliorer le déroulement du programme, voir Niangué (J), Op. Cit., 2001, p. 4-5

évaluer, en liaison avec les échelons centraux, régionaux et départementaux, les activités du programme et élaborer un rapport trimestriel et annuel d'activités¹⁰¹². Pour faire face au problème de santé publique qu'est le paludisme, un programme quinquennal (1996-2001) de lutte contre le paludisme est élaboré, en juin 1996. Ce programme accorde une attention particulière à l'introduction des moustiquaires imprégnées d'insecticides, à la prise en charge des cas de paludisme grave et à la mobilisation sociale autour de ce fléau¹⁰¹³. Les déclinaisons du programme quinquennal ouvrent la voie à ce que les spécialistes en matière de paludologie qualifient de lutte intégrée. Que recouvre ce concept ?

C'est un nouveau concept forgé par l'OMS pour redynamiser la lutte contre le paludisme au cours de la décennie 90. Elle permet d'associer l'action préventive d'un insecticide, donc la lutte antivectorielle à l'action curative d'un traitement antipaludique. La nouveauté réside dans la promotion de la moustiquaire imprégnée. Celle-ci doit être intégrée dans une série de mesures visant à améliorer l'efficacité des systèmes de santé (nationaux, privés, caritatifs, laïcs, etc.), l'information des populations et le cadre et leurs conditions de vie. D'après Pierre Carnevale, ce concept de lutte dite intégrée, entendue comme intégrant les différentes techniques, abordée par la base et de façon concertée, montre que la lutte antipaludique ne peut pas être seulement l'affaire des entomologistes avec la moustiquaire (imprégnée) ou des médecins (avec les médicaments) ou des planificateurs (avec leur plan d'action) ou des « experts » avec leurs modèles. Elle reste bien au contraire l'affaire de tout le monde, biologistes et spécialistes en sciences sociales, décideurs politiques et économistes, communautés et députés. C'est la synergie des actions, coordonnées et adaptées qui permet aux populations de réduire le prix qu'elles ont à payer, notamment en vies humaines, aux paludismes¹⁰¹⁴.

Plus généralement, la stratégie, dite de lutte intégrée, repose donc désormais sur un trépied. En premier lieu, le traitement précoce des cas suppose un diagnostic et un recours rapide à des soins appropriés, notamment en utilisant des médicaments efficaces et bien tolérés. Dans les pays de forte endémie, la disponibilité des médicaments dits de « première ligne »¹⁰¹⁵ au niveau des ménages favorise un traitement rapide des fièvres avant leur aggravation. Ensuite, une chimioprophylaxie ciblée est proposée aux populations à haut risque

¹⁰¹² Niangué(J), Op. Cit., 2003, 14 p

¹⁰¹³ Doannio (J.M.C) et al, « Représentation sociale et pratiques liées à l'utilisation des moustiquaires dans la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest) », Médecine Tropicale, 2006, n°66, p. 45-52

¹⁰¹⁴ Carnevale (P), Moustiquaires imprégnées et paludisme, Médecine tropicale, 1998, n°58, p. 243-244

¹⁰¹⁵ Les médicaments de « première ligne » sont ceux de première intention destinés à traiter le paludisme simple

ou vulnérables comme les nourrissons, les femmes enceintes et les migrants. Enfin, la lutte antivectorielle doit rester accessible aux populations victimes du paludisme, dont on a déjà dit qu'elles étaient pauvres. Ces trois méthodes, en principe indissociables, sont modulées et adaptées en fonction de l'épidémiologie du paludisme et du contexte local, notamment de l'accès aux soins¹⁰¹⁶.

La protection individuelle ou collective contre le vecteur connaît donc un regain, mais à une échelle plus raisonnable afin de répartir les coûts et de réduire, autant que faire se peut, les nuisances engendrées par l'utilisation des insecticides. Dans ce contexte, le retour à la moustiquaire est devenu incontournable. Indiscutablement, elle protège efficacement des piqures de moustique ; accessoirement, la réduction de nuisance qu'elle entraîne est particulièrement appréciée par ses utilisateurs et constitue en soi un argument majeur. L'histoire de la moustiquaire imprégnée est particulière et intéressante et mérite qu'on s'y attarde un peu.

On va emprunter à Frédéric Darriet¹⁰¹⁷ l'intéressante contribution qu'il fait sur cette question des moustiquaires imprégnées pour avoir été un des acteurs de l'expérimentation de ce nouveau moyen de lutte. Selon lui, c'est à la fin des années 1970¹⁰¹⁸ que l'OMS, sous

¹⁰¹⁶ Darriet (F), Moustiquaires imprégnées et résistance des moustiques aux insecticides, Paris, IRD Editions, 2007, p. 13

¹⁰¹⁷ Frédéric Darriet est entomologiste et c'est l'un des tout premiers chercheurs à avoir étudié les matériaux imprégnés d'insecticides en collaboration avec Pierre Carnevale. Présent de longues années sur le terrain, il a travaillé au Burkina Faso (IRD-Centre Muraz, Bobo Dioulasso), en Côte d'Ivoire et au Cameroun, voir Fintz (M), Op. Cit., p. 470

¹⁰¹⁸ Si le mot n'est apparu qu'au XIX^e siècle, la moustiquaire est d'un usage très ancien. Elle était déjà connue des Egyptiens qui la fabriquaient à partir de filet de pêche et se protégeaient, grâce à elle des « mouches » ; cela peut paraître surprenant lorsque l'on sait qu'elles devaient leur efficacité davantage à l'odeur de poisson qu'à la taille de leurs mailles. Sans doute préfiguraient-elles les moustiquaires imprégnées d'aujourd'hui, du moins dans leur composante « répulsive »... Des récits chinois attestent de son utilisation régulière, du moins chez les riches, sous la dynastie Jin au III^e siècle apr. J.-C. Curieusement, cette moustiquaire devait connaître une destinée romantique. Appelée « cônôpeon » chez les Grecs (de « ônôps », moustique), elle devint conopeum chez les romains. Elle fut également le conopée, voile recouvrant le Tabernacle, pour symboliser la tente utilisée par les juifs lors de l'Exode. Au Moyen Age, le conopée, véritable rideau entourant le lit, protégeait davantage des regards indiscrets que des insectes. Au siècle des Lumières, il devint le « canapé », alcôve feutrée ou Cunégonde s'abandonna dans les bras de Candide, avant d'être le canapé de nos salons... En Afrique, probablement importée par les Arabes au XI^e siècle, elle semble également utilisée depuis longtemps, au moins par une élite. Dans le rituel songhaï du XVI^e siècle, l'intronisation du roi, qui durait huit jours, se déroulait sous une moustiquaire. Le cœur de ce royaume se situait dans le Delta intérieur du Niger, justement réputé pour l'agressivité de ses insectes.

Les moustiquaires imprégnées d'une substance toxique pour les insectes ont été essayées dès 1930 avec, semble-t-il, un succès partiel. Des moustiquaires imprégnées de DDT furent utilisées sur une relativement grande échelle par les troupes de la marine américaine pendant la guerre du Pacifique, à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Les Chinois reproduisirent cette tentative au cours des années 1960, toujours avec du DDT, ce qui explique peut-être un relatif échec et l'interruption des essais, voir Darriet (F), Op. Cit., 2007, p. 14

l'impulsion de deux chercheurs de l'Orstom, Jacques Hamon et Guy Quelennec, qui y étaient en poste, recommande de remplacer le DDT par un pyréthrianoïde de synthèse, groupe de substances nouvellement découvertes comme insecticide utilisable en santé publique. A l'inverse du DDT, les pyréthrianoïdes présentent l'avantage d'être peu toxiques pour les mammifères ; ce qui favorise leur emploi à l'intérieur des maisons tout en conservant une grande efficacité contre les arthropodes et une bonne rémanence. Dès 1975, des essais expérimentaux d'imprégnation de tissus entrant dans la confection des moustiquaires ont été effectués, d'abord avec des organophosphorés et un carbamate puis avec des pyréthrianoïdes. Avec l'appui financier de l'OMS, plusieurs essais de terrain ont été réalisés en Afrique, en Amérique latine et en Asie. Les tout premiers résultats entomologiques après imprégnation par trempage de moustiquaires intactes et trouées, d'emblée probants, furent obtenus dans une station expérimentale du Centre Muraz de l'OCCGE, en 1983, au Burkina Faso. Cette étude est menée par une équipe de l'Orstom à laquelle appartenait Frederic Darriet et dirigée par Pierre Carnevale dont le nom reste incontestablement lié à la découverte de l'efficacité des moustiquaires imprégnées. Simultanément, des résultats cliniques positifs ont été obtenus au Mali. Quant aux premiers résultats parasitologiques positifs, ils ont été obtenus peu après en Gambie, Chine, Tanzanie, au Burkina Faso...

La moustiquaire est une protection mécanique simple, limitant de façon très efficace le contact homme-vecteur, donc la transmission au moment où elle est maximale au cours du nyctémère (la nuit). Malgré le désagrément qu'elle peut représenter dans des régions chaudes et humides, son efficacité est reconnue depuis longtemps. Même si elle n'empêche pas tout contact entre le moustique et le dormeur, notamment en cas de mauvaise utilisation ou de déchirure. Cependant, une moustiquaire intacte oblige le moustique à aller chercher son repas sanguin ailleurs, le plus souvent hors de la maison et parfois sur un hôte différent.

Les nombreuses études de terrain effectuées depuis la fin des années 1980 ont permis de comprendre l'apport décisif de l'imprégnation des moustiquaires par un pyréthrianoïde. Elles ont clairement montré une double action, individuelle et collective, encore appelée « effet de masse »¹⁰¹⁹. La première action est facilement mise en évidence et permet de repousser les limites naturelles de l'efficacité des moustiquaires : déchirures fréquentes et inévitables ou bordage insuffisant, qui permettent la pénétration du moustique, et contact du dormeur avec le tulle qui favorise une piqure à travers la moustiquaire... En outre, le changement de comportement des moustiques observé avec une moustiquaire non imprégnée

¹⁰¹⁹ Darriet (F), Op. Cit., 2007, p. 15

intacte est décuplé par l'imprégnation. Celle-ci entraîne un effet à la fois répulsif, qui éloigne les moustiques et un effet choc ou « knock down », qui les tue immédiatement lorsqu'ils se posent sur le tissu; cela restreint les contraintes d'utilisation et augmente la protection. L'impact collectif a été découvert lors de l'installation de multiples moustiquaires, soit dans la même pièce, soit plus largement au sein d'une communauté. Il se produit une synergie entre les moustiquaires voisines, en fonction de leur proximité mais, surtout de la plus grande proportion de la communauté dormant sous moustiquaires et les effets de l'insecticide paraissent à la fois significativement augmenter et intéresser un espace élargi...¹⁰²⁰

Sans parler de la réduction du nombre de piqûres, directement appréciée par la population, l'efficacité des moustiquaires imprégnées a surtout été mesurée grâce à des critères épidémiologiques. La réduction de la mortalité – de l'ordre de 20 % toutes causes confondues lorsque les moustiquaires sont installées correctement et à une large échelle – ainsi que la baisse de la morbidité palustre – de moitié, y compris pour les formes cliniques sévères – ont été observées dans la plupart des études menées dans le monde, notamment en Afrique subsaharienne. Toutefois, ces résultats doivent être nuancés. De nombreux facteurs interviennent à commencer par les méthodes de mesure elles-mêmes : il est difficile d'évaluer la mortalité ou la morbidité palustre, a fortiori une différence qui peut être liée à divers biais ou facteurs de confusion, comme les mesures d'accompagnement nécessairement associées à ces études. D'ailleurs, les opposants aux moustiquaires imprégnées soulignent que ces résultats ont été obtenus au cours d'études de courte durée et que l'on manque singulièrement de recul pour apprécier leur efficacité à long terme¹⁰²¹.

L'avènement des moustiquaires imprégnées au milieu des années 1980 est particulièrement intéressant à comprendre car, elle constitue un moyen pour relancer la lutte antipaludique. Matthieu Finzt dans sa thèse consacrée au paludisme a retracé de fort belle manière ce contexte,

Devant le risque d'apparition en Afrique de l'Ouest d'une chimiorésistance des souches de *plasmodium falciparum* et avant la mise au point et la vulgarisation d'un vaccin antipaludique, il s'avère indispensable de mettre en place une nouvelle stratégie pour protéger les populations vivant en zone d'endémie. Les premières études sur les matériaux imprégnés d'insecticide s'inscrivent dans un contexte de morosité scientifique. Les signes d'une inquiétante chimiorésistance du parasite du paludisme se font sentir en Afrique de l'Est et centrale et, finalement, en Afrique de l'Ouest. En même temps, la disponibilité d'un vaccin

¹⁰²⁰ Ibid., p. 16

¹⁰²¹ Ibid., p. 13-16

contre le paludisme n'est pas perçue avant un moyen terme, pour les plus optimistes. Au niveau de l'OMS, la stratégie des SSP peine à effacer le sentiment d'échec consécutif à l'abandon des tentatives d'éradication du paludisme. Les matériaux d'insecticide apparaissent alors comme un moyen de relance de la lutte antipaludique¹⁰²².

Le succès attendu dans la mise en œuvre de la lutte intégrée est cependant confrontée, au cours des années 1994-1995 à la résurgence de la maladie notamment par l'aggravation de la situation épidémiologique du paludisme dans certains pays. Cette résurgence est marquée par l'augmentation du nombre de cas, la survenue d'épidémies meurtrières et l'apparition de hauts niveaux de résistance aux médicaments antipaludiques, notamment en Afrique australe et de l'Est. D'autres difficultés plus graves sont plus préoccupantes et les experts africains de l'OMS en ont dénombré plusieurs : à savoir la faiblesse de l'engagement des pouvoirs publics en termes de ressources humaines et financières, l'implication insuffisante des communautés, le faible niveau de performance des personnels de santé, la pénurie de médicaments pour la prise en charge des malades et l'insuffisance des moyens de prévention ainsi que le déplacement de populations. Toutes ces difficultés ont un dénominateur commun : la faible mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme, concluent les experts¹⁰²³. C'est pourquoi, le comité OMS de l'Afrique,

Décide qu'il soit organisé à partir de 1996 dans tous les pays où le paludisme est endémique des journées nationales de mobilisation sociale en faveur de la lutte antipaludique » et « lance un appel aux Etats membres, aux organisations internationales, aux institutions multilatérales et bilatérales, aux institutions techniques et scientifiques, aux organisations non gouvernementales, pour qu'ils mobilisent les ressources techniques, matérielles et financières additionnelles pour appuyer l'organisation des journées nationales de mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le paludisme, l'amélioration de la prise en charge des cas et la promotion de l'utilisation des matériaux imprégnés d'insecticides¹⁰²⁴.

Pour avoir de bons résultats avec la mise en œuvre de la lutte antipaludique intégrée, le PNLP doit relever plusieurs défis et non des moindres. Cela passe par le développement d'une politique de formation à tous les niveaux et au profit de tous les acteurs que sont les médecins, les infirmiers des formations sanitaires publics et privés et des agents de santé communautaire de même que les leaders communautaires et les mères. D'autres acteurs non

¹⁰²² Fintz (M), Op. Cit., p .439

¹⁰²³ Ces informations sont contenues dans la Résolution AFR/RC45/R4, voir OMS, Rapport final de la quarante-cinquième session du comité de l'OMS pour l'Afrique (Libreville, 6-17 septembre 1995), OMS, Brazzaville, 1995, p. 8

¹⁰²⁴ Résolution AFR/RC45/R4, voir OMS, Op. Cit., p. 9

moins importants comme les agents municipaux, les membres des ONG sont aussi concernés par ces formations. De façon précise, aux personnels de santé et aux enseignants des écoles de formation et de la Faculté, les formations doivent porter sur la prise en charge du paludisme, les stratégies et directives du programme, la collection d'information, les techniques d'imprégnation des moustiquaires et la lutte antivectorielle. C'est d'ailleurs ce que laisse entrevoir le professeur Emmanuel Bissagnéné dans son témoignage sur l'intégration des directives de lutte dans les modules de formation au sein de la Faculté de médecine¹⁰²⁵.

Quant aux leaders communautaires au nombre desquels les chefs de villages, les responsables religieux, responsables et membres d'associations féminines, d'association de jeunesse, responsables et membres de coopératives agricoles, opérateur agricoles, économiques, enseignants du primaire), ils ont été sensibilisés et formés à la transmission du paludisme, la reconnaissance des signes et à ses différents méthodes de prévention, notamment l'assainissement, la moustiquaire imprégnée et l'imprégnation des moustiquaires. Par ailleurs, une des clés de la réussite consiste à mettre en place un système de supervision et de suivi des activités. Cela permet d'assurer un approvisionnement permanent en médicaments, en fournitures essentielles et en équipement standard, d'assurer une gestion concertée des activités à tous les niveaux avec la participation des principaux intervenants. Ces actions sont nécessaires pour la mise en oeuvre des orientations du programme. Il importe aussi de mobiliser de manière permanente les ressources suffisantes pour l'accomplissement des activités. Les actions de soutien sont développées dans le cadre d'un partenariat instauré sur l'ensemble du territoire national et impliquant tous les acteurs de l'initiative faire reculer le Paludisme.

Au niveau national et en collaboration avec les autres programmes, le PNLP a mis en place un plan de coordination portant sur des rencontres périodiques d'échange d'informations. A ce titre, les programmes qui développent des activités contribuant de façon directe ou indirecte à la réduction de la morbidité et de la mortalité palustres sont présentés et discutés au cours des réunions du comité de pilotage, lors des activités de supervision sur le terrain, d'évaluation et de restitution des résultats. A ce titre, plusieurs structures sont associées à la déclinaison des programmes. Ainsi, des services comme l'éducation pour la santé, la santé de la reproduction, le service national de l'hygiène, les soins de santé primaires,

¹⁰²⁵ Ce témoignage est cité en page 437

la division des cabinets privés et de la médecine traditionnelle, la division des statistiques sont cooptés au niveau du comité de pilotage en tant que membres actifs du comité.

Au niveau intermédiaire et du district, le programme accentue sa collaboration avec les régions et districts. Le calendrier d'exécution des activités au niveau de chaque région est porté à la connaissance de la coordination avec la possibilité de participation et d'appui du comité de pilotage. Le programme participe aussi aux réunions de coordination régionales ; et inversement les régions sont invitées périodiquement aux réunions de restitution des activités menées au niveau central, intermédiaire et périphérique. De façon à ce que les informations soient le plus largement partagées.

Concernant les comités de santé, village et quartier, le PNLP a mené un plaidoyer en direction des agents de santé et des comités de santé pour les convaincre d'adhérer à la stratégie et accepter de transférer des compétences aux populations (à des acteurs non professionnels de la santé) ; ceci, dans le but de favoriser le travail d'équipe. Dans le cadre de la collaboration intersectorielle, l'identification des partenaires actuels et potentiels est suivie de la mise en place d'un mécanisme d'information, de sensibilisation et d'implication effective à tous les niveaux et avec des partenaires différents comme les ministères et services de l'Etat, les donateurs, les ONG, les agences de développement multilatérales et bilatérales, la société civile, les industries de fabrication des médicaments antipaludiques et des insecticides. Le cadre de coordination qui est mis en place prend en compte les particularités de chaque partenaire. L'importance est de mieux faire circuler l'information pour faciliter la mise en œuvre des activités.

L'un des points importants de l'action gouvernementale réside dans l'engagement politique. La traduction de ces engagements en actions nécessite des conditions financières et organisationnelles d'accompagnement et surtout la capitalisation des acquis de la lutte antipaludique antérieure pour renforcer les actions à envisager. Les éléments de base issus de la mise en œuvre nationale des grandes orientations mondiales de lutte contre le paludisme sont des outils à capitaliser. On peut citer, entre autres, la Pharmacie de la Santé Publique, les administrations déconcentrées (régions et districts sanitaires), les comités de gestion (COGES) dont les membres sont issus de la communauté – chefs et fils de villages- et les agents de santé communautaire.

Depuis, les moustiquaires imprégnées sont gratuitement données à la population. Cette gratuité améliore certes, leur possession mais ne garantit pas leur utilisation domiciliaire effective. La sensibilisation et l'implication de ce potentiel social humain peut donner des

résultats au-delà de nos attentes et induire la pérennisation de l'utilisation des moustiquaires au niveau communautaire. Les «Journées Africaines de lutte contre le paludisme» célébrées le 25 avril¹⁰²⁶ de chaque année devrait être une occasion de relancer véritablement la lutte contre cette maladie. Ces journées sont précédées d'une évaluation de la situation du paludisme au niveau de tous les districts afin d'identifier les déterminants de l'utilisation des moustiquaires imprégnées. Aussi, les activités conduites sur le site de la célébration des journées sont suivies, évaluées et redynamisées. Elles ne doivent pas se limiter à un seul district et à une semaine, voire une journée de sensibilisation des populations. En outre, elles doivent mobiliser les professionnels de santé intervenant à tous les échelons du système sanitaire. Mais les médecins chefs et, à un niveau moindre, les autres professionnels de santé des districts sanitaires sont faiblement impliqués dans la mise en œuvre des activités se réalisant au niveau de leur aire sanitaire. L'atteinte des objectifs nécessite une véritable concentration des responsabilités, des moyens et des résultats. Cette action pourrait redynamiser la promotion et l'utilisation des moustiquaires imprégnées par les communautés. Il est nécessaire de responsabiliser pleinement les médecins-chefs de districts concernant toutes les activités se déroulant dans leur district.

A ce propos, les multiples réunions et séminaires qu'organisent séparément les programmes de santé et les partenaires sont contre-productifs. Ils réduisent le temps que consacrent les médecins chefs de district à leurs propres activités. Cela implique que les responsables du niveau central et des districts se penchent sur les pathologies majeures qui minent la santé de la population, déterminent ensemble les priorités et les objectifs nationaux, régionaux et départementaux ainsi que le cadre de la mise en œuvre des activités et en fixer les indicateurs et les échéances. Plus grave encore, des éléments s'associent pour maintenir les autres professionnels de terrain dans une situation de routine qui entrave l'atteinte des objectifs : absence d'objectifs consensuels nationaux, régionaux et départementaux, insuffisance de supervisions et d'évaluation des activités, faiblesse d'implication en tant que formateurs dans les formations réalisées au niveau des districts et insuffisance d'information sanitaire réciproque sur leurs activités.

Ce faisant, correctement et régulièrement effectuées, les supervisions doivent permettre d'apporter des solutions aux difficultés que rencontrent les professionnels de santé dans la réalisation de leurs tâches quotidiennes, comme la promotion de l'utilisation des

¹⁰²⁶ La première journée du genre organisée en Côte d'Ivoire, par le PNL, a eu lieu à Brafedon dans le département de Grand-Lahou, en 1997

moustiquaires imprégnées d'insecticide. Le réflexe d'évaluation ou d'autoévaluation doit être cultivé chez ces représentants départementaux du Ministre de la Santé ainsi que dans la prise locale d'initiatives novatrices. Car, rendre les moustiquaires disponibles auprès des structures sanitaires de même que faire la sensibilisation des malades et leurs accompagnants ne nécessitent pas d'engagement financier. Loin de négliger leurs charges quotidiennes de travail, ces activités dépendent de la volonté des professionnels de santé qui sont les acteurs principaux de la santé au niveau de leurs aires sanitaires. Elles pourraient contribuer à réduire le nombre de consultants et de consultations et par conséquent la morbidité liée au paludisme et le fardeau des populations.

Si le rôle de la médecine moderne dans la lutte contre le paludisme a occupé l'essentiel des chapitres de cette thèse, force est de constater que les populations ivoiriennes n'ont pas toujours assisté sans réagir aux politiques de lutte exogènes. Appliquées le plus souvent sans prendre en compte les aspirations des populations bénéficiaires, les politiques de lutte antipaludique ont provoqué des réactions multiformes.

V. Quelles sont les réactions des populations ivoiriennes face aux politiques de lutte antipaludique ?

Avant de développer ces lignes sur les réactions des populations face aux mesures de lutte contre le paludisme, une précision méthodologique s'impose. L'essentiel des arguments présentés dans cette partie proviennent principalement de documents écrits -histoire et socio-anthropologie- et de quelques sources archivistiques car, il n'a pas été possible comme on l'aurait voulu de recueillir le témoignage des populations sur cette problématique. Dans ce point, sont présentés deux types de comportement des populations : il s'agit de partir de quelques exemples concrets, pour présenter des faits qui attestent du refus des populations de l'application des mesures antipaludiques considérées dans leurs sens le plus large incluant à la fois les moyens prophylactiques et thérapeutiques. Il s'agit aussi d'analyser les modalités de recours des populations vers des formes de thérapeutiques propres au milieu local, considérées à raison comme une forme de rejet des stratégies exogènes. Ces différentes attitudes représentent les réactions des populations, dans leur diversité face aux stratégies de lutte antipaludique dans la période considérée. Ce sont donc leurs positionnements qui sont présentés et discutés dans un univers médical ivoirien marqué par la coexistence de deux formes de médecine face à cette endémie : la médecine locale ou traditionnelle et la médecine moderne introduite par la colonisation.

Le positionnement des populations face aux stratégies de lutte contre l'endémie palustre ne recoupe pas avec exactitude les limites chronologiques propres à l'histoire de la lutte contre le paludisme telles qu'elles sont connues. Ce positionnement est à inscrire dans une dynamique au long cours, où le processus colonial en plein essor est secoué par des velléités nationalistes, d'une part ; et d'autre part, où même après l'indépendance les traces de la présence étrangère notamment française, restent encore visibles dans le pays et ce, dans tous les domaines, notamment celui de la santé. C'est pourquoi, le développement qui suit veut saisir la globalité des réactions des populations ivoiriennes. Celles-ci sont autant liées à la nature des politiques de lutte antipaludique qui se sont succédées qu'à la conception que les dites populations ont de la maladie, de la santé en général et du paludisme en particulier.

Depuis l'époque coloniale, la Côte d'Ivoire a été le théâtre du développement d'un pluralisme médical. Introduite par la colonisation, la biomédecine s'est ajoutée aux divers recours thérapeutiques traditionnels sans leur faire véritablement concurrence. Comment peut-on caractériser les médecines présentes en Côte d'Ivoire ?

La médecine traditionnelle africaine¹⁰²⁷ a deux caractéristiques ainsi que l'a démontré Memel-Foté : la première c'est d'être populaire. Pour lui :

Son site natal est le village et, la campagne son espace de floraison. Parce que son invention et sa transmission sont assurés par la parole et non par l'écrit, ses chefs-d'œuvre restent anonymes et appartiennent au peuple. Dans le long terme, la vision du monde qui justifie la représentation de la santé et de la maladie est à la portée de tous : hommes et femmes, vieux et jeunes »¹⁰²⁸. La médecine traditionnelle est portée par deux soignants : un personnage central gère la santé : c'est le guérisseur qui guérit à l'aide des médicaments. Il se distingue du divin-guérisseur qui, lui, s'interroge sur l'origine et le sens avant d'opérer matériellement.

La deuxième caractéristique de cette médecine, c'est sa globalité :

Celle-ci tient d'abord à sa conception large de la santé, de la maladie et de la guérison, elle-même liée à l'idée de vie. Comme la vie est universelle, selon la plupart des mythologies, la santé s'étend à tous les genres d'êtres, au niveau individuel du corps et de l'esprit, au niveau social des rapports internes aux communautés et entre communautés, et au niveau culturel des rapports entre la communauté humaine et l'environnement naturel et symbolique. Dans cette

¹⁰²⁷ Il faut préciser que dans une contribution sur « la modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire », Memel Foté qualifie cette médecine de médecine africaine animiste voir, Memel-Foté(H), « La modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire », Revue internationale des sciences sociales (Politiques de santé et valeurs sociales), n°161, sept 1999, p. 379-392

¹⁰²⁸ Memel-Foté (H), Art. Cit., p. 380

logique, les malades en quête de soins conjuguent deux préoccupations : celle de la santé individuelle et celle de l'harmonie avec la communauté¹⁰²⁹.

Ainsi, le savoir-faire de la médecine traditionnelle se transmettant de générations en générations, elle est plus ancrée dans les cultures, les habitudes et donc plus acceptée par les populations. Cette approche de la médecine traditionnelle est renforcée par d'autres dimensions propres à cette médecine, comme le montre remarquablement l'auteur d'une thèse¹⁰³⁰ et dont l'analyse permet de mieux saisir les motivations du recours des populations à cette forme de médecine qui leur est propre et qui semble correspondre à un aspect de la réalité qu'on veut décrire dans les paragraphes qui suivent. Selon Franckel A :

La médecine traditionnelle est le terme consacré pour désigner l'univers thérapeutique non occidental. Elle regroupe une diversité de pratiques n'appartenant pas à un champ conceptuel uni. Il est donc plus approprié de parler de médecines traditionnelles, partageant une même approche de la maladie, mais différenciées par des systèmes de représentations, des sources de savoirs et des techniques thérapeutiques hétérogènes. A la différence de la médecine occidentale, les médecines traditionnelles ne traitent pas exclusivement de la dimension biologique de la maladie : elles prennent également en charge sa dimension sociale¹⁰³¹.

On peut donc affirmer, que les médecines traditionnelles investissent des champs complètement extérieurs à la maladie et pénètrent le domaine plus général du malheur et de l'infortune. En conséquence, la pratique médicale des thérapeutes traditionnels s'inscrit toujours dans un environnement culturel spécifique et se fonde sur une connaissance directe du contexte social. Ce faisant, la maladie est liée aux événements antérieurs, aux histoires familiales non résolues, aux transgressions de règles de la communauté ou d'interdits sociaux, aux manquements aux mœurs traditionnelles¹⁰³². L'activité des thérapeutes traditionnels consiste à relier les manifestations organiques de la maladie à leur dimension sociale. Les formes des traitements sont variées et dépendent de la nature de la maladie, de la spécialité du thérapeute et des ressources du milieu local. A titre d'exemple, la prise en charge du paludisme s'appuie sur des incantations avec paroles magiques, des amulettes porteuses

¹⁰²⁹ Ibid., p. 380

¹⁰³⁰ Franckel (A), Les comportements des recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le cas des enfants fébriles à Niakhar, thèse de sociologie (Direction : M. A. COSIO-ZAVALA), Université de Nanterre Paris 10, 2004, 465 p : disponible sur <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00195109/document>

¹⁰³¹ Franckel (A), Op. Cit., p. 6

¹⁰³² Ibid., p. 7

d'inscriptions magiques, des massages, des potions ou des lavements élaborés à partir des ressources de la pharmacopée¹⁰³³.

Dans un autre registre, les religions monothéistes, définies comme des systèmes institutionnalisés de croyances, de symboles et de valeurs, proposent un cadre complet d'explication et de prise en charge des pathologies¹⁰³⁴. Les populations de l'Afrique de l'Ouest ont historiquement été soumises à l'influence de deux religions monothéistes : l'Islam et le Christianisme.

La première religion propose un mode d'interprétation de la maladie et de nombreuses modalités de prise en charge, relativement proche de celui des thérapies africaines traditionnelles. Le savoir des thérapeutes musulmans repose fondamentalement sur les enseignements de l'Islam, qui permet la maîtrise de formules permettant de soigner et de protéger, le plus souvent à partir d'amulettes. Historiquement, les populations ont démontré une grande capacité à assimiler les apports issus de différents horizons par l'ajout cumulatif de savoirs acquis par la tradition, l'enseignement coranique, les émissions radiophoniques, l'éducation sanitaire¹⁰³⁵.

Quant à la seconde, son offre de soins repose principalement sur des postes de santé privés tenus par des religieuses. L'offre de soins dans les centres de santé privés chrétiens se rapproche de la médecine biomédicale, même si la formation du personnel reste le plus souvent limitée. Venant en soutien aux services publics, les dispensaires confessionnels sont le plus souvent reconnus par les pouvoirs publics et bénéficient de meilleures conditions de fonctionnement, en termes de médicaments, de matériels¹⁰³⁶.

Au regard de ce qui précède, la médecine traditionnelle est opposée à la médecine biomédicale qui a des caractéristiques bien différentes de la première. Pour l'auteur de la thèse citée plus haut, la médecine biomédicale se fonde sur un paradigme empirique de nature scientifique,

Son savoir repose sur des connaissances anatomiques et physiologiques reliant les symptômes aux traitements. Emancipée des dimensions religieuses et régie par un code éthique spécifique, l'activité de la médecine scientifique se limite à la dimension biologique ; elle est impersonnelle et ne vise pas à prendre en charge les aspects sociaux et culturels de la maladie¹⁰³⁷.

¹⁰³³ Ibid., p.7

¹⁰³⁴ Ibid., p.7

¹⁰³⁵ Ibid., p. 7

¹⁰³⁶ Franckel (A), Op. Cit., p. 6

¹⁰³⁷ Ibid., p. 6

La pratique biomédicale repose sur un diagnostic, établi sur la base de l'examen d'une série de signes cliniques pouvant être confirmé par des examens biologiques. En règle générale, le système biomédical bénéficie d'une légitimité institutionnelle et d'un prestige important attaché aux conditions de son introduction. C'est donc la coexistence de ces deux médecines avec leurs spécificités dans un même univers qui est la source des réactions décrites ici.

L'avènement de la médecine moderne dans le sillage de la colonisation française ne s'est pas fait dans un climat de sérénité. Son introduction sur le territoire ivoirien et plus généralement en l'AOF, avec ses méthodes, ses moyens et ses hommes, s'est accompagnée d'une brutalité sans précédent, comme le témoignent plusieurs auteurs. Dans une publication sur l'œuvre de la médecine militaire coloniale française, Héraut Louis-Armand donne quelques exemples pour illustrer cet autoritarisme médical. Parlant des médecins militaires et des actions mises en œuvre, il révèle l'autorité avec laquelle cette médecine s'est déployée : « ... C'était aussi de leur intérêt de se protéger en instituant, autoritairement, s'il le fallait, des mesures d'hygiène dans des pays qui n'en avaient aucune notion¹⁰³⁸ ... » ; des propos qui laissent à penser que l'installation de la médecine moderne s'est le plus souvent accompagnée de mesures contraignantes. Dans la pratique, la médecine militaire et son mode de fonctionnement ont été aussi un moyen de déstabilisation des structures traditionnelles locales comme le confirment les lignes suivantes,

La médecine qui s'installait était révolutionnaire car elle était gratuite et accessible à tous, en avance sur les traditions libérales de la médecine métropolitaine. Mais elle avait l'inconvénient d'être directement liée aux ressources financières du territoire. Elle dépendait en grande partie des impôts perçus... Ces dispositions fiscales contraignantes appliquées aux indigènes entraînèrent un bouleversement des structures politiques traditionnelles locales. Elles aboutirent parfois à des rebellions souvent attisées par les "races nobles", qui voyaient leur position dominante diminuer par rapport aux "races captives" qui, elles, ne virent pas de changement par rapport à leur position¹⁰³⁹.

Cette situation traduit sans aucun doute les tensions fréquentes entre les acteurs de la médecine militaire coloniale et les populations colonisées. Ainsi, en est-il de l'application des mesures antipaludiques, où il n'est pas rare de voir les populations se rebeller ou rejeter

¹⁰³⁸ Héraut (L-A), Art. Cit., p. 386

¹⁰³⁹ Ibid., p. 386

l'application des pratiques et des décisions à l'efficacité douteuse selon les populations concernées.

C'est en amont de la chaîne des opérations de lutte que les signes de contestation contre la politique antipaludique sont signalés dans les sources consultées. Et c'est à la faveur du lancement des enquêtes préliminaires précédant la mise en œuvre des activités antipaludiques au début des années 50. Sous la direction du SGHMP, la section paludisme lancent, dès 1951, des enquêtes malariologiques en Côte d'Ivoire avec pour objectif de déterminer l'ensemble des caractéristiques du paludisme dans des conditions existantes, puis de proposer des mesures antipaludiques appropriées. Etendues à l'ensemble de la région, elles portent sur des tranches entières de la population et non pas sur des consultants en milieu sélectionnés et, se différencient par conséquent du milieu scolaire où se réalisent parfois les études paludologiques. Dans sa forme comme dans le fond, elles constituent des moments de tensions opposant le personnel médical et les populations concernées. En pratique, les rassemblements nécessités par ces examens répétés exigent beaucoup de patience et de nombreuses « palabres »¹⁰⁴⁰. En conséquence, il est donc parfois difficile dans les villages-témoins, d'obtenir des populations qu'elles se plient à des corvées répétées d'examens, dont l'utilité est de hors de portée de leur entendement¹⁰⁴¹. Autrement dit, les populations ne comprennent pas toujours les motivations de ces enquêtes qui ne leur sont pas expliquées, pas plus qu'elles ne constatent de changements positifs notables sur les incidences du paludisme, malgré les mesures antipaludiques appliquées conséquemment.

Cet exemple cité ci-dessus est symptomatique des pratiques utilisées par la médecine coloniale pour offrir aux populations des soins de santé. Ces mouvements d'humeur des populations lors des phases de lutte contre le paludisme s'inscrivent, donc, dans une longue tradition de révolte contre le colonisateur, dont une des figures principales est le médecin militaire détaché dans la colonie. De plus, ces mouvements d'humeur sont exacerbés par le contexte tendu des années 50 en Côte d'Ivoire. En effet, le contexte politique local est explosif et se traduit par des tensions entre l'administration coloniale et les populations ivoiriennes. Cette effervescence politique se conjugue comme le note Memel-Fotê avec le développement d'une politique de santé de masse, marquée par la recreation d'un service de la trypanosomiase et l'application d'un programme politique encadré par des plans

¹⁰⁴⁰ Sanner (L), Masseguin (A), Art. Cit., 1954, p. 30

¹⁰⁴¹ Ibid., p. 30

quadriennaux. Ceux-ci qui visent à améliorer les rendements de la médecine de soins, la médecine prophylactique et la recherche médicale peuvent également nourrir ces vives tensions¹⁰⁴². En effet, le bouillonnement politique qui a pris racine à la fin des années 40 se poursuit en 1950 : une agitation politique symbolisée par les incidents de Treichville en 1949, ceux de Dimbokro en 1950 et la marche des femmes du RDA sur la prison civile de Grand-Bassam, rendent compte de cette situation. L'opposition des populations contre l'administration coloniale portée par des élites locales et la répression qui s'en suit est symptomatique du climat délétère qui a cours en Côte d'Ivoire. La mobilisation des masses, à laquelle s'ajoute la répression intense contre les militants politiques, sont légion. On peut donc inscrire les réactions des populations dans cette même dynamique car la médecine coloniale symbolise aussi le pouvoir colonial.

Certains faits datant de l'année 1952 et figurant dans le rapport du service de santé¹⁰⁴³ montrent comment les relations entre le personnel de santé et les populations étaient tendues. En effet, la militarisation des prospections médicales, le paiement des amendes pour défaut de respect des mesures d'hygiène sont autant de facteurs suscitant le rejet de mesures antipaludiques. D'autres faits ci-après mentionnés dans le rapport du service de santé de la colonie sont révélateurs des relations tendues entre les équipes médicales et les populations. A titre d'exemples, l'inspection des voies publiques, des immeubles et de concessions¹⁰⁴⁴ et les opérations d'assainissement relèvent de la pratique de la lutte antilarvaire qui, elle-même, fait partie des moyens de prophylaxie visant à s'attaquer aux larves logés dans les gîtes. Dirigées par des agents sanitaires européens auxquels s'ajoutent des agents auxiliaires d'hygiène, de moustiquiers et de manœuvres, les équipes d'inspection sillonnent les quartiers indigènes de la colonie en opérant des visites musclées de concessions et le dépistage des gîtes larvaires. Le caractère à la fois contraignant et autoritaire de ces activités plutôt que la sensibilisation qui devrait accompagner ces campagnes sont l'occasion de fréquentes frictions avec les populations et témoignent de l'hostilité fréquente des habitants des quartiers indigènes face à ces mesures antilarvaires.

Par ailleurs, l'établissement des procès-verbaux pour non-respect des mesures d'hygiène de même que les avertissements adressés aux populations sont la preuve de

¹⁰⁴² ¹⁰⁴² Memel-Foté (H), Art. Cit., p. 382

¹⁰⁴³ ANCI : Rapport médical du service de santé, 1952

¹⁰⁴⁴ Le rapport du service de 1952 donne le chiffre de 493700 maisons visitées à l'occasion des missions d'inspection

l'autoritarisme avec laquelle le service d'hygiène mène ses activités¹⁰⁴⁵. A titre d'exemple, en 1952, 47 procès-verbaux et 90 avertissements ont été dressés aux populations¹⁰⁴⁶. D'autre part, si le house-spraying – traitement intradomiciliaire contre les moustiques adultes - est parfois réclamé par les populations africaines évoluées et les Européens, il existe toutefois des poches de résistance incarnées le plus souvent par quelques réfractaires qu'on retrouve au sein des Libano-syriens et des fonctionnaires européens.

Si les réactions analysées ci-dessus témoignent de l'opposition des populations ivoiriennes à la médecine moderne, il n'en reste pas moins que les populations n'ont pas attendu l'introduction de cette médecine pour faire face aux maladies, notamment le paludisme. Joseph Kerharo, pharmacien du corps de santé colonial, a démontré dans sa publication sur la médecine traditionnelle en Afrique Noire que les Africains ont développé depuis longtemps des remèdes naturels face à la maladie,

Il est certain que les premiers Africains et leurs descendants ont été longtemps dominés par l'implacable loi du *primum vivere* au même titre que les autres habitants du globe. Utilisant ce que l'environnement leur offrait, ils assurèrent donc leur subsistance par les produits de chasse, de pêche et surtout de cueillette, ainsi que le prouvent, là encore, les Pygmées de la forêt équatoriale. Ils exercèrent certainement très tôt leur sagacité sur des expériences alimentaires et thérapeutiques qui supposent connue la notion de toxique, car l'art de bien manger, comme celui de bien se soigner, a tout naturellement été précédé par l'art de ne pas s'empoisonner¹⁰⁴⁷.

Il s'appuie à cet effet sur les nombreuses sources laissées par les encyclopédistes, les chroniqueurs et les voyageurs et naturalistes pour révéler l'étendue des possibilités thérapeutiques qu'offre la médecine africaine traditionnelle face aux pathologies. Il s'appuie également sur la tradition orale recueillie auprès des populations autochtones, à l'instar de ce que lui confie, en 1946, le prince des Abrons de Côte d'Ivoire : « Le prince Adingra nous apprend en effet que son père, le roi des Abrons Kwadio Adiomané, qui régnait alors à Amanvi, avait été dans sa jeunesse un féticheur de très grande réputation pour le traitement de la

¹⁰⁴⁵ Pour des modèles d'imprimés utilisés pour les sanctions voir, annexe 11, p. 552

¹⁰⁴⁶ ANCI : rapport médical du service de santé, 1952

¹⁰⁴⁷ Kerharo (J) « La médecine traditionnelle en Afrique noire », dans Poulet (J), Sournia (J.-C), Martiny (M), *Histoire de la Médecine, de la Pharmacie, de l'Art Dentaire et de l'Art Vétérinaire*, Paris, Société française d'éditions professionnelles, médicales et scientifiques, t.6, 1979, p. 359-391

stérilité féminine. Raison pour laquelle on « l'avait donné » en mariage à une princesse royale »¹⁰⁴⁸.

En l'absence de l'écriture, le savoir des guérisseurs s'est perpétué et enrichi de génération en génération, tel une mémoire collective, par l'oralité. Des chercheurs ont donc utilisé cette autre démarche scientifique fondée sur l'oralité mais, propre à l'anthropologie pour connaître ce que les populations pensent de leur santé et de la maladie : d'où la notion de perception, entendue comme leur appréciation, leur point de vue. La perception se définit comme une manière de voir et de comprendre un phénomène au sens anthropologique du terme, qui est celle du groupe social auquel l'individu appartient. C'est donc cette manière de voir et de comprendre construite dans la durée par la communauté qui constitue les représentations sociales. S'appuyant sur Jodelet, Bah J.-P. Kouakou les définit comme :

Une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Les représentations sociales témoignent de la pratique des connaissances acquises à travers la culture. Elles sont l'expression du système gnoséologique de la communauté. Ce dernier représente l'univers des connaissances issues de la tradition. Ces connaissances sont empiriques et leur pérennité est assurée par la tradition au moyen de l'oralité. Celle-ci constitue la voie de transmission et de reproduction des valeurs traditionnelles... Ces connaissances ou valeurs traditionnelles forment un ensemble de savoir, de préceptes qu'il ne faut pas modifier ; il faut les accepter et les comprendre comme tels au risque d'offenser les ancêtres qui en sont les dépositaires¹⁰⁴⁹.

En définitive, les représentations sociales sont un ensemble d'opinions, d'informations, de valeurs et de croyances sur un objet particulier : cet objet particulier est ici la santé et la maladie. Selon une source consultée, les représentations sociales ont quatre fonctions essentielles utiles à plusieurs champs de recherche notamment l'histoire :

Une fonction de savoir car, « elles constituent une grille de lecture de l'environnement physique et social pour les individus. Elles permettent d'assimiler de l'information en l'intégrant à un cadre existant et en cohérence avec les valeurs partagées par le groupe auquel ces individus appartiennent. Elles facilitent ainsi la communication et le partage de l'information intra-groupe ». Elle a une fonction identitaire car, « elles aident à définir et à sauvegarder l'identité, la cohésion de l'individu ou du groupe et à garder une image positive de son groupe d'appartenance ». Elle a aussi une fonction d'orientation en ce qu'elles

¹⁰⁴⁸ Ibid., p. 359-391

¹⁰⁴⁹ Kouakou (B. J.-P), « Perception et prise en charge du paludisme en médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire », Paris, L'Harmattan, 2013, 116 p

permettent aux individus d'orienter leurs comportements et leurs pratiques, notamment face à l'étrangeté ou à la nouveauté. Elles déterminent a priori les conduites à tenir et jouent à ce titre un rôle prescriptif, car elles définissent ce qui est licite et tolérable de faire et de dire dans un contexte social déterminé. Enfin, la dernière est la fonction justificatrice parce qu'elles permettent aux individus d'expliquer et justifier leurs actions futures (rationalisation) ou passéee (a posteriori) pour cautionner et préserver leur vision du monde¹⁰⁵⁰.

Si à l'origine les représentations sociales ont abondamment été utilisées par les spécialistes des champs divers de la psychologie sociale, de la sociologie et de l'anthropologie, elles ont investi le domaine de l'histoire avec des précurseurs comme les animateurs de l'École des Annales. Elles constituent, dès lors, un concept transversal et interdisciplinaire. Dans son travail de recherche¹⁰⁵¹ sur *Le savoir historique à l'épreuve des représentations sociales : l'exemple de la préhistoire et de Cro-magnon* chez les élèves de cycle 3, De Carlos Philippe montre fort bien comment la représentation sociale est devenue un moyen de reconstitution de l'histoire qui privilégie le présent à partir de la mémoire des populations qui forme une collectivité. Avec lui, on apprend notamment que : « En Histoire, la notion de représentation est relayée par l'École des Annales fondée, en 1929, par Marc Bloch et Lucien Febvre, qui privilégie la longue durée et cherche à s'ouvrir aux autres sciences humaines en faisant de l'histoire des mentalités un axe majeur »¹⁰⁵². Ces pionniers de l'utilisation de représentation en Histoire en inspirent d'autres chercheurs qui vont, à leur tour, poursuivre les travaux précurseurs et les enrichir avec l'apport d'autres champs disciplinaires ouvrant la voie à un décloisonnement de ceux-ci. Ainsi :

Depuis les années 70, des historiens comme Georges Duby, Emmanuel Leroy-Ladurie, François Furet ou Jacques Le Goff, ont poursuivi le projet interdisciplinaire des fondateurs de l'École des Annales, en s'appuyant dans leurs travaux sur l'anthropologie et la sociologie à travers la « nouvelle histoire ». C'est en 1989, que le concept de représentation est proposé « pour en finir avec les mentalités ». Pour Paul Ricoeur, l'histoire des mentalités s'enferme dans un cadre trop stable et figé qu'il faut dépasser au profit de la notion de représentation¹⁰⁵³.

Désormais, l'histoire des représentations est un domaine de recherche à part entière et la décennie actuelle offre plusieurs pistes de recherche fécondes :

¹⁰⁵⁰ De Carlos (Ph), *Le savoir historique à l'épreuve des représentations sociales : l'exemple de la préhistoire et de Cro-magnon* chez les élèves de cycle 3, thèse de doctorat en sciences de l'éducation (Direction : Béatrice Mabilon-Bonfils), Paris, Université Cergy-Pontoise, 2015, 855 p : disponible sur (<http://biblioweb.u-cergy.fr/theses/2015CERG0750.pdf>)

¹⁰⁵¹ Ibid., p. 35

¹⁰⁵² De Carlos (Ph), Op. Cit., p. 35

¹⁰⁵³ Ibid., p. 35

Depuis les années 2000, l'histoire des représentations est caractérisée par un courant de recherche hétérogène et diversifié dont le dénominateur commun est de considérer que les représentations ont une histoire, et que l'Histoire en dépend. Certains historiens comme François Hartog introduisent la notion de « régime d'historicité » qu'il définit comme le rapport qu'une société a au passé, au présent et à l'avenir avec notamment le concept de « présentisme » pour caractériser une époque contemporaine qui privilégie dans le présent la mémoire c'est-à-dire les passés successifs plutôt que l'Histoire qui implique, elle, une mise à distance¹⁰⁵⁴.

Pour comprendre comment les populations ivoiriennes ont recours à la médecine traditionnelle afin de soigner le paludisme, on va s'appuyer principalement sur les résultats d'une recherche anthropologique réalisée par B. J.-P Kouakou. Ce socio-anthropologue s'est penché dans son étude sur la prise en charge du paludisme en médecine traditionnelle dans une région peuplée de Baoulé, précisément dans la région du Nzi-Comoé et dont les limites géographiques coïncident avec les départements de Dimbokro, Daoukro, M'Bahiakro, Bocanda et Ouellé et les sous-préfectures de Kouassi-Kouassikro et Ettokro. Comment les Ivoiriens se représentent-ils le paludisme et assurent son traitement ?

Comme expliqué plus haut, la société traditionnelle ivoirienne offre des schémas qui permettent de désigner la maladie. Elle propose une explication de grands phénomènes de la vie, de la nature et de la société quant à leur origine, leur fonctionnement et leur destinée. Sous ce rapport, le paludisme est désigné sous plusieurs appellations dans la société Baoulé agba singulièrement et Akan de façon générale. La maladie tout comme la mort en raison de leur emprise sur l'homme et de la polyvalence de leur manifestation sont représentées. Si la maladie apparaît comme une réalité objective au plan biologique, il reste établi pour tous les systèmes socioculturels que les symptômes qui l'accompagnent représentent un aspect subjectif. C'est à partir de ces symptômes que toutes les lectures interprétatives sont structurées¹⁰⁵⁵. Ainsi, l'auteur affirme dans sa publication que le paludisme est l'objet de plusieurs désignations par les populations interrogées. D'après lui, trois termes sont utilisés par les Baoulé-Agba pour désigner le paludisme : il s'agit de djékoidjo (Djékouadio), *d'ayakan* et de Djangouman. Le premier est le plus populaire et le plus usité par les populations¹⁰⁵⁶.

¹⁰⁵⁴ Ibid., p. 36

¹⁰⁵⁵ Kouakou (B.J-P), Op. Cit., p. 33

¹⁰⁵⁶ Ibid., p.65

Dans la société ivoirienne particulièrement et africaine en général, la survenue des maladies relève de causes spécifiques qui ne sont pas fondées sur une réalité objective. Et comme l'affirment Augé et Herzlich cités par Kouakou, les schémas étiologiques sont déterminés par l'environnement social et spirituel car la maladie est un évènement dont la dimension dépasse la sphère biologique¹⁰⁵⁷. De ce point de vue, à l'instar de toutes les maladies relevant du cadre traditionnel, les causes du paludisme sont diverses et transcendent la sphère biomédicale.

Contrairement à la biomédecine qui reconnaît l'anophèle comme vecteur transmetteur du paludisme, les Ivoiriens ont une autre perception des causes du paludisme. Deux études réalisées notamment celle de Doannio et ses collaborateurs et celle de Kouakou sont suffisamment éloquents sur cette question. Ces sources révèlent que le paludisme est provoqué par des raisons autres que le moustique. Même si d'après ces recherches, les enquêtés établissent un lien entre le moustique et les maladies, le discours populaire n'est pas en mesure d'expliquer exactement le rôle du moustique dans la transmission de la maladie. La capacité du moustique à transmettre des maladies est, en fait, reliée chez les populations, à la notion de « saleté » qui laisse penser que le moustique se promène dans les eaux usées, sur les tas d'ordures et peut transmettre des microbes par sa piqûre. Cette conclusion de l'équipe de Doannio est confirmée par les témoignages recueillis par Kouakou : « Toutes les personnes interrogées ont reconnu la présence des moustiques dans leur localité. Ils sont connus comme des insectes dangereux pour la santé des enfants au regard des nombreux boutons qu'ils provoquent sur leur corps. En revanche, le moustique ne représente qu'une nuisance pour le dormeur adulte »¹⁰⁵⁸. De ce point de vue, le discours populaire semble donner la priorité à des causes comme le soleil, la fatigue et la consommation d'aliments riches en matières grasses. En effet, le changement de temps qui fait se succéder le chaud et le froid, la fatigue due aux travaux champêtres et au manque de repos et les matières grasses sont prioritairement avancées pour expliquer la survenue du paludisme d'après les résultats des enquêtes réalisées par les études de Doannio et Kouakou¹⁰⁵⁹. Une fois les causes du paludisme identifiées, on peut s'interroger sur les éléments qui permettent de poser un diagnostic de la maladie.

¹⁰⁵⁷ Ibid., p. 35

¹⁰⁵⁸ Kouakou (B.J-P), Op. Cit., p. 82

¹⁰⁵⁹ Pour plus de détails, voir Kouakou (B.J-P), Op. Cit., p.86-102 et Doannio et al, Art. Cit., p. 45-52

Du point de vue biomédical, l'accès palustre est une affection dont le seul examen clinique ne permet pas de poser le diagnostic avec certitude ; il faut donc parfois le confirmer par un examen biologique qui permet en fonction du niveau du taux de parasites dans le sang de déclarer la présence ou non de la maladie. Dans le contexte biomédical, la symptomatologie du paludisme est variée et se manifeste par plusieurs signes comme les maux de têtes, l'hyperthermie et d'autres symptômes. Cette symptomatologie polymorphe se trouve aussi chez les populations ivoiriennes comme le prouvent les études suscitées. La symptomatologie qui est l'étude des symptômes d'une maladie n'est pas absente dans la société ivoirienne : elle y a toute sa place.

Divers signes du paludisme sont évoqués par les personnes interrogées pour décrire cette maladie et l'étude de Kouakou les classe en deux groupes : les symptômes liés à l'état physique du malade et ceux liés à la coloration de certaines parties du corps malade. En mettant ensemble ces symptômes de référence pour diagnostiquer le paludisme, les signes suivants reviennent invariablement dans le discours populaire : les céphalées, la fatigue générale, les douleurs articulaires, la fièvre (corps chaud), les frissons, la perte d'appétit, les troubles psychologiques, la coloration des téguments des yeux, des urines, des paumes et de la plante des pieds¹⁰⁶⁰.

La prise en charge des malades atteints de paludisme par la médecine traditionnelle est rendue possible grâce à la richesse des plantes médicinales dont regorge le territoire ivoirien. A ce propos, on peut s'appuyer sur une étude sur l'inventaire des plantes médicinales réalisées par Kerharo et Bouquet, en 1950, lorsqu'à la faveur d'un travail de recherche, ils ont mis en relief l'importance des potentialités floristiques ivoiriennes. Deux objectifs sont visés par cette étude. Le but scientifique de l'étude est de : « Désigner une fois pour toutes par leurs noms botaniques de drogues connues sous des vocables différentes, de les cataloguer, d'en situer géographiquement les peuplements, de mettre en évidence, dans la mesure du possible, celles qui paraissent les plus actives et d'apporter aux laboratoires métropolitains des matériaux nouveaux d'étude »¹⁰⁶¹. Cette étude de la pharmacopée indigène doit également : « Inventorier les végétaux entrant dans la matière médicale de la Côte d'Ivoire et du Burkina Faso et à étudier, en vue de l'industrialisation ultérieure les possibilités, ainsi que

¹⁰⁶⁰ Kouakou (B.J-P), Op. Cit., p. 78-82

¹⁰⁶¹ Kerharo (J), Bouquet (A), Op. Cit., 1950, p. 5

les conditions de création ou d'extension de culture des plantes déjà connues pour la valeur de leurs principes actifs »¹⁰⁶².

Une autre publication datant de 2002¹⁰⁶³ a porté sur un inventaire des plantes en pays malinké. Cette enquête a consisté à analyser et à comprendre les systèmes villageois de dénominations et de reconnaissance des espèces végétales. Les espèces concernées sont les plantes à usage médicinal dont l'importance pour le monde tropical est largement reconnue, parce que la médecine traditionnelle soulage plus de 70% des populations du tiers-monde et 80% des populations africaines¹⁰⁶⁴. Le travail réalisé à Kênêgbê, un village situé dans la ville de Séguéla, au nord de la Côte d'Ivoire, a permis de recenser une cinquantaine d'espèces végétales utilisées dans la médecine et la pharmacopée locale. Ces plantes sont efficaces contre certaines pathologies comme le paludisme dont les symptômes sont réellement mieux connus que les autres pathologies¹⁰⁶⁵.

Dans sa composition, la médication traditionnelle comprend les plantes médicinales, les parties d'animaux et des minéraux. Les thérapeutes traditionnels font appel à ces trois procédés pour la prise en charge des malades. De tous ces procédés, les plantes constituent le lot le plus important de l'arsenal thérapeutique traditionnel¹⁰⁶⁶. Pour B. Diaby et ses collaborateurs qui ont travaillé sur connaissances, attitudes et pratiques des tradipraticiens de *la santé de la ville d'Abidjan sur le paludisme*, les médicaments utilisés pour traiter le paludisme sont à base de plantes dans 95% des cas¹⁰⁶⁷. C'est pourquoi, les thérapies privilégiées dans cette analyse sont celles pratiquées à base de plantes médicinales.

En matière de traitement de paludisme, plusieurs étapes jalonnent le processus de soins. Ce traitement se fait par l'automédication traditionnelle qui repose sur la médecine de bonne mère¹⁰⁶⁸, d'une part, et d'autre part, par l'action des tradithérapeutes¹⁰⁶⁹.

¹⁰⁶² Ibid., p. 5

¹⁰⁶³ Ambé (G-A), Malaise (F), « Divinité des plantes médicinales et ethnotaxonomie en pays Malinké de Côte d'Ivoire », dans Fleurentin (J), Pelt (J-M), Mazars (G), dir, *Des sources du savoir aux médicaments du futur*, Paris, IRD Editions, Société Française d'ethnopharmacologie, 2002, 467 p. (p. 311-338)

¹⁰⁶⁴ Ambé (G-A), Malaise (F), Op. Cit., p. 311-338

¹⁰⁶⁵ Ibid., p. 311-338

¹⁰⁶⁶ Konan (A), *Place de la médecine traditionnelle dans les SSP à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, thèse de médecine, Université Toulouse III Paul Sabatier, Toulouse, 2012, p.42

¹⁰⁶⁷ Diaby (B) et al, « Connaissances, attitudes et pratiques des tradipraticiens de la santé de la ville d'Abidjan sur le paludisme », *Mali Médical*, 2011, t. XXVI, n°3, p. 8-12

¹⁰⁶⁸ La médecine de bonne mère s'entend comme la médecine appartenant au cercle de la famille et des voisins. C'est le premier recours dans le traitement du paludisme, voir Kouakou (B. J-P), Op. Cit., p. 87

L'automédication traditionnelle est l'usage de plantes médicinales sans l'avis d'un thérapeute traditionnel pour soigner une affection. Elle est du ressort de la médecine de bonne mère. Elle est pratiquée par 65,53% des personnes interrogées qui utilisent, en parlant de celle-ci, l'expression "essayer les remèdes disponibles à la maison"¹⁰⁷⁰. Définissant la médecine de bonne mère, l'auteur s'appuie sur la classification de Kleimann, selon laquelle, la dite médecine est une « médecine populaire », appartenant au cercle de la famille et des voisins. C'est le premier recours dans le traitement du paludisme. Elle est axée sur l'usage des plantes médicinales. Elle constitue les premiers soins apportés au malade de paludisme dès la reconnaissance des premiers symptômes de la maladie. Parce que « médecine populaire », les plantes médicinales utilisées dans ce cadre sont dites « populaires », entendues comme des plantes connues et utilisées de tous sans avoir recours aux services d'un praticien. L'auteur les classe en deux groupes : les extraits de plantes médicinales séchées, composés généralement de racines, d'écorces et de feuilles de plantes séchées, trouvables sur le marché ou confectionnés par les utilisateurs ; les extraits de plantes médicinales composés de feuilles, de racines et d'écorces non conservées.

On le rappelle encore, la médecine traditionnelle est le traitement des maladies ou des états pathologiques par l'usage des plantes. Les acteurs de cette médecine sont connus sous plusieurs appellations¹⁰⁷¹ : on choisit dans le cadre de ce développement celle de « tradithérapeute ». Ce dernier est par excellence celui à qui est confiée la prise en charge du malade. Il est en effet le dépositaire des connaissances médicinales ayant pour support thérapeutiques les plantes. Dans la plupart des cas, le tradithérapeute en milieu ivoirien n'est pas un généraliste. Il ne peut traiter que les maladies dont il a connaissance. C'est pourquoi dans le cas du paludisme, certains soignants sont spécialisés en une ou quelques formes. Dans les faits, la prise en charge obéit à un schéma proche de celui du professionnel de santé en médecine moderne. L'examen clinique du malade est la première étape qui permet au praticien de rechercher les causes réelles de la maladie et de proposer, par la suite, un protocole thérapeutique approprié. Le remède pour le traitement s'accompagne souvent de sacrifice car la maladie est considérée comme une offense aux divinités protectrices communautaires ou familiales.

¹⁰⁶⁹ Cette analyse s'appuie sur les conclusions du travail de Kouakou (B. J-P), Op. Cit., p. 86-102

¹⁰⁷⁰ Kouakou (B. J-P), Op. Cit., p. 85

¹⁰⁷¹ Ils sont connus comme guérisseurs, tradipraticiens, tradithérapeutes, naturothérapeute ou encore médecin traditionnel

La prévention du paludisme par les Ivoiriens se fait également suivant les méthodes propres à la communauté qui font appel à plusieurs techniques. C'est ainsi qu'au cours des enquêtes menées auprès des populations ivoiriennes concernées, J.M.C Doannio et ses collaborateurs¹⁰⁷² ont prouvé que les moyens les plus utilisés sont, dans l'ordre d'importance, les serpentins fumigènes avec 50%, les bombes aérosols avec 31% et les moustiquaires traditionnelles avec 25%. L'usage des moustiquaires imprégnées arrive plus loin avec 6%. Cette réalité fait écho à ce que démontre, par ailleurs, Félix Iroko¹⁰⁷³ dans son ouvrage portant sur les moustiques à la Côte des Esclaves. En effet, l'auteur a analysé, avec force détails, les méthodes défensives de protections contre les moustiques, en insistant sur l'utilisation des moustiquaires traditionnelles de toutes sortes par les populations de cette région durant la période précoloniale. Ces observations confirment que les populations africaines situées dans des aires géographiques plus ou moins proches partagent en commun des savoirs et des croyances en matière de santé. S'agissant spécifiquement des populations ivoiriennes, leur rapport avec l'usage des moustiquaires imprégnées montre une certaine désaffection liée aux facteurs socio-culturels. Plus exactement, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides est loin d'être une pratique courante pour les Ivoiriennes. Qu'est-ce qui justifie alors cette désaffection des populations pour ce moyen de lutte pourtant vanté par les organisations internationales au nombre desquelles l'OMS ?

L'usage de la moustiquaire imprégnée fait partie des stratégies de lutte antivectorielle les plus recommandées depuis la fin de la décennie 1980. Son utilisation est la conséquence de son efficacité prouvée à la suite des études menées, à titre expérimental, dans plusieurs pays d'Afrique, comme le Burkina Faso, Gambie, Cameroun, République Démocratique du Congo, Ghana et Côte d'Ivoire¹⁰⁷⁴. Mais il faut attendre l'année 1996 pour que l'utilisation de cette moustiquaire soit officialisée en Côte d'Ivoire. Toutefois, son usage par les populations ivoiriennes laisse encore à désirer en raison de facteurs multiples qui n'autorisent pas son extension et son acceptation à grande échelle. C'est ce que révèle une étude rétrospective menée en 2002-2003, par ce groupe de chercheurs.

L'objectif est de trouver des réponses à la désaffection de la population pour ces nouveaux moyens prophylactiques mis à leur disposition. La question que l'équipe de

¹⁰⁷² Doannio (J.M.C) et al, Art. Cit., p. 45-52

¹⁰⁷³ Iroko (F.A.), Op. Cit., p. 76-99

¹⁰⁷⁴ Doannio (J.M.C) et al, Art. Cit., 45-52

chercheurs veut résoudre est de savoir si les représentations sociales, les attitudes et les pratiques des communautés liées à l'utilisation des moustiquaires n'expliquent pas le refus des populations. Les résultats des enquêtes réalisées ont permis de répondre par l'affirmative. En effet, cette faible utilisation de la moustiquaire trouve son origine vraisemblablement dans les représentations que les populations ont du moustique ou tout simplement de la faible connaissance que ces populations ont du rôle du moustique dans la transmission du paludisme. Car peu d'entre eux savent décrire le rôle que joue le moustique dans la survenue de la maladie.

Il faut alors convoquer les représentations sociales de cette maladie pour trouver les causes de la faible utilisation des moustiquaires imprégnées. En effet, les populations ivoirienne attribuent au paludisme plusieurs causes qui n'ont rien avoir avec l'anophèle : le moustique est plutôt source de nuisance, de bruit et de gêne. C'est donc les perceptions que les populations ont du moustique et plus généralement du paludisme qui orientent la recherche de soins. Cette logique de raisonnement et ces représentations ne mettent pas en évidence le rôle du moustique dans l'apparition du paludisme et ne favorise pas l'utilisation correcte et régulière des moustiquaires imprégnées.

Conclusion de la deuxième partie

A la suite d'une révision de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme qui a été recommandée en 1967, l'Assemblée mondiale de la Santé a réaffirmé qu'une éradication totale était l'objectif ultime de la lutte antipaludique. Mais, elle a reconnu que, dans les régions où l'éradication n'apparaît pas encore possible, la lutte antipaludique à l'aide des moyens existants doit être encouragée et peut être considérée comme représentant une étape nécessaire et valable sur la voie de cet objectif. Après la formulation, en 1978, de la stratégie des SPP pour le développement de l'infrastructure sanitaire, la détermination de la lutte antipaludique en fonction de cette infrastructure reste de mise

En conséquence, la 31^e Assemblée mondiale de la Santé, réunie en 1978, a adopté une stratégie de lutte antipaludique visant au moins à réduire la mortalité et les conséquences sociales et économiques négatives de la maladie, à prévenir ou maîtriser les épidémies et à protéger les zones exemptes de paludisme : l'objectif ultime étant de parvenir à l'éradication de la maladie dans tous les cas où cela était possible. Les méthodes de lutte applicables sont choisies en fonction de l'approche dite épidémiologique dans le sens le plus large du terme,

prenant en considération aussi pleinement que possible les facteurs biologiques, écologiques, sociaux et économiques du problème du paludisme ainsi que les facteurs qui pourraient influencer sur l'applicabilité ou l'efficacité de mesures de lutte spécifiques et de leurs associations possibles.

Les concepteurs de la stratégie reconnaissent notamment, au départ, qu'il existe des situations épidémiologiques différentes, qu'elles peuvent se modifier, que certaines ressources sont disponibles et qu'il est donc nécessaire d'adapter la planification de la lutte antipaludique aux conditions locales. Pour illustrer cette diversité de situations, la politique de lutte se décline en quatre variantes tactiques dont les objectifs sont de plus en plus complexes, et vont de la diminution de la mortalité spécifique et de la diminution de la gravité de la maladie à l'éradication complète.

En somme, en matière de lutte contre le paludisme, on est passé du concept de l'éradication du paludisme à celui de lutte contre les paludismes. La lutte ne doit plus s'inscrire dans une optique mondiale et le choix des stratégies doit être défini localement en fonction de la situation épidémiologique, de l'écologie des vecteurs, du niveau de sensibilité des souches plasmodiales aux antimalariques, des ressources matérielles et humaines, de la faisabilité réelle de la stratégie à l'échelle du pays, de la région. Ce choix doit s'appuyer sur des objectifs précis : à l'échelon périphérique, les systèmes de santé primaire doivent prendre en charge la lutte avec la participation des communautés ; ceci oblige à réviser l'organisation de la lutte qui, jusque-là, est menée par les systèmes de santé des pays ou par des organismes spécialisés.

La chimiothérapie systématique des accès fébriles est la stratégie médicamenteuse de base à préconiser dans toutes les situations. Elle lutte contre la mortalité paludéenne ; elle est réalisable sur le terrain, sauvegarde l'immunité et exerce sur les souches plasmodiales résistantes aux antimalariques une pression sélective plus faible que celle produite par une chimioprophylaxie de masse. Ce peut être une stratégie de relais dans l'attente de nouveaux moyens de lutte. Au niveau du continent africain, la chimiothérapie systématique des accès fébrile est effective, dès 1983 et a dominé toute la décennie 80. Le Bureau OMS de la Région africaine demande donc aux Etats de traduire en acte les recommandations et directives de lutte.

Si la Côte d'Ivoire a souscrit à tous les engagements internationaux en matière de lutte contre le paludisme et des politiques de santé, elle a eu d'énormes difficultés à les

traduire en actes concrets : qu'il s'agisse des Soins de Santé Primaires, de l'Initiative de Bamako et de l'application des directives notamment dans la pratique médicale. Si bien que leur application a connu des fortunes diverses dans un contexte où les systèmes de santé sont travaillés par des difficultés de toute nature. C'est encore le cas dans la décennie 90.

Au cours de la décennie 90, l'OMS va lancer un programme mondial de lutte antipaludique après la conférence ministérielle d'Amsterdam, en 1992. Ce programme est l'aboutissement des réunions interrégionales organisées à Brazzaville en 1991, à New-Dehli et Brasilia en 1992. La stratégie mondiale de lutte approuvée par les ministres de la santé, les institutions sanitaires et les organismes s'occupant du développement sanitaire comporte les composantes suivantes : le diagnostic précoce et le traitement rapide ; la planification de la mise en œuvre de mesures préventives sélectives et durables, y compris la lutte antivectorielle ; la détection précoce, l'endiguement ou la prévention des épidémies et le renforcement des capacités locales pour favoriser une évaluation régulière de la situation du paludisme.

La diversité des situations et la complexité des problèmes ne doivent pas rendre impossible la lutte antipaludique. On connaît maintenant les actions préventives susceptibles d'éviter ou de contenir les épidémies et autres situations critiques. On dispose également d'un éventail de technologies pour la prévention, la surveillance, le diagnostic ou le traitement, pouvant être adaptée à chaque circonstance. La responsabilité de mettre en œuvre l'ensemble de ces mesures, dans le cadre d'une lutte intégrée, revient aux programmes nationaux de lutte contre le paludisme créés après la conférence ministérielle d'Amsterdam.

CONCLUSION GENERALE

La réflexion menée tout au long de cette thèse a consisté à fournir des éléments d'explication pour comprendre comment les directives de l'OMS sont appliquées sur le terrain à travers l'exemple de la Côte d'Ivoire. Pour mener à terme cette recherche, plusieurs sources ont été croisées : archives, documents écrits et témoignages ont été mobilisés pour tracer la trame du travail. Les modalités d'application des activités de lutte antipaludique ont ainsi été analysées, en parallèle avec les deux politiques « phares » que l'OMS a portées, depuis 1948, sur le paludisme : à savoir, la politique d'éradication, lancée, en 1955, à laquelle va succéder à partir de 1970, la politique du contrôle du paludisme. Que peut-on retenir au moment de conclure cette étude ?

D'abord, que le paludisme qu'on rencontre sur le territoire ivoirien est de type endémique bien que des particularités se présentent en fonction de facteurs naturels. Cette approche répond à la nécessité qui veut que pour combattre une maladie, il faut avant tout la connaître. Par y parvenir, on a essayé de revisiter les études consacrées aux savoirs sur le paludisme en Côte d'Ivoire. Les enquêtes sur les caractéristiques du paludisme en Côte d'Ivoire ont porté notamment sur l'endémicité, l'épidémiologie, l'étiologie et sur la biologie des vecteurs. Ces enquêtes sont réalisées dans le contexte colonial et après les indépendances. La synthèse de ces études a permis de dresser un tableau épidémiologique du paludisme en Côte d'Ivoire à partir duquel les stratégies et des actions spécifiques ont été élaborées puis engagées pour mener de front le combat contre le paludisme.

Le bilan de ces travaux révèle ainsi que les vecteurs en cause sont dans l'ordre d'importance anophèles gambiae, anophèles arabiensis, anophèles melas, anophèles funestus et anophèles nili. Par ailleurs, trois grandes zones épidémiologiques se partagent le territoire ivoirien : au nord du 9^e parallèle qui correspond à l'extrême nord du pays jusqu'à la frontière avec le Burkina Faso, avec des agglomérations comme Odienné et Korhogo, le climat fait alterner deux saisons contrastées : une longue saison et une courte de saison de pluies. Dans cette zone, la transmission du paludisme se fait toute l'année, avec une très nette recrudescence en saison des pluies durant les mois de mai à août. La transmission du paludisme reste cependant à un haut niveau toute l'année le long des cours d'eau. Au sud du 9^e parallèle, deux zones se distinguent : une zone de savanes, qui englobe les départements de Séguéla, Katiola et Bouaké où la transmission du paludisme est pérenne et généralisée et une

zone forestière, où la transmission du paludisme ne se fait que dans les clairières. Cette partie intègre aussi la zone maritime et lagunaire autour d'Abidjan qui constitue une particularité. En définitive, tous les faciès épidémiologiques – entendu comme un ensemble de lieux dans lesquels le paludisme présente les mêmes caractéristiques de transmission, de développement de l'immunité et de manifestations pathologiques - du paludisme se retrouvent dans le pays : on retrouve tour à tour un paludisme urbain autour d'Abidjan et de sa banlieue, un paludisme lagunaire le long de la côte, à l'ouest et à l'est d'Abidjan, un paludisme de zone forestière dans tout le sud de la Côte d'Ivoire, jusqu'à 7° de latitude Nord, un paludisme de savane humide arborée entre le 7° et le 9° parallèle et contiguë à la zone forestière, et enfin un paludisme de savane soudano-sahélienne ou sahéenne régnant au Nord de la Côte d'Ivoire. C'est au regard de ces éléments que la lutte s'est organisée. Elle commence timidement pour s'accélérer avec la fin de la Seconde guerre mondiale.

Ensuite, la seconde idée développée porte sur les déclinaisons de la lutte antipaludique. Celle-ci a pris une autre dimension à la fin de la grande guerre, avec un nouveau moyen de lutte qui est apparu : le dichlorodiphényltrichloréthane, mieux connu sous le nom de DDT, entraînant un changement radical de stratégie adoptée jusque-là. Avec les pulvérisations, divers essais ont fait apparaître une interruption de la transmission, avec une absence de retour du paludisme en cas d'arrêt de la pulvérisation. Ce succès a donné un nouvel élan au projet d'éradication du paludisme et donné lieu, en 1955, au lancement de la campagne mondiale d'« éradication du paludisme » de l'OMS. Pour procéder à une pulvérisation massive d'insecticide, une armée de « pulvérisateurs » a dû être formée et déployée.

La campagne mondiale d'« éradication du paludisme » a eu certains bienfaits : elle a modifié de façon importante la carte mondiale du paludisme ; elle a été le premier programme de santé publique à viser une « couverture totale » ; elle a établi un contact avec la communauté par le biais de collaborateurs bénévoles ; elle s'est efforcée d'utiliser des cartes tout au long de ses activités ; et elle a gardé en ligne de mire les problèmes restants plutôt que les résultats obtenus. Toutefois, d'importantes défaillances ont également été constatées.

La campagne a accordé une confiance exagérée aux connaissances existantes et a négligé la recherche. Elle s'est limitée à une seule mesure censée être « peu onéreuse, efficace et sûre ». Elle a privilégié la discipline et a brisé les liens avec le passé et les services de santé plus larges. Elle a présumé qu'une campagne mondiale pouvait être lancée sans savoir quoi

faire en Afrique et enfin, elle a cru que le risque d'épidémie ne réapparaîtrait pas après l'élimination de la maladie et a imposé un système de surveillance non testé.

Par ailleurs, l'échec de l'application du programme d'éradication du paludisme suivie de sa remise en cause et de son abandon, a confirmé la très grande variabilité du paludisme dans le monde. Car, la stratégie de l'éradication qui vise une disparition totale du paludisme dans les régions fortement atteintes a montré ses limites, en ce sens que cette politique s'est révélée plus difficile à mettre en œuvre. En effet, l'échec de cette politique a démontré que les conditions de transmission de la maladie ne sont pas identiques partout et, par conséquent, sont variables d'une région à une autre. De ce point de vue, le paludisme n'apparaît pas comme une entité homogène partout. Ce constat vaut également à l'échelle régionale et continentale. Les résultats très inégaux des campagnes menées durant la phase d'éradication ont fait ressortir la diversité épidémiologique du paludisme et la nécessité d'adapter les stratégies d'interventions aux diverses situations locales.

C'est au cours des années 1960, que l'Assemblée mondiale de la santé a commencé à s'inquiéter de l'absence de progrès. Et précisément, en 1968, l'ampleur de la résurgence de l'endémie a provoqué la stupeur, indiquant que le système de surveillance n'avait pas fonctionné. La stratégie mondiale de lutte antipaludique a donc été réexaminée, en 1970, avec le constat qu'un programme de lutte formant la première étape d'un processus visant l'éradication complète est nécessaire. Le concept de l'éradication limitée dans le temps a même été abandonné.

Malheureusement, la stratégie de lutte a servi de justification à un retrait des ressources. Les programmes ont eu beaucoup de mal à s'adapter à la stratégie de substitution en raison de plusieurs facteurs : surcharge de main-d'œuvre non qualifiée ; manque de cadres professionnels capables de mettre au point une nouvelle stratégie ; éloignement des instituts de recherche et difficultés de collaboration ; incapacité à s'intégrer dans les services de santé plus vastes ; stratégie défensive dérisoire avec des ressources inadaptées et sur-engagées et absence de moyens face aux nouveaux projets de développement, au dépistage précoce ou à la prévision du risque épidémique.

En 1970, une stratégie de lutte antipaludique est lancée dans le but de réduire la mortalité, la morbidité et les incidences du paludisme dans toute la communauté : le contrôle du paludisme vient ainsi d'être mise en œuvre. Les actions de lutte à déployer doivent être fonction de l'épidémiologie de la zone à étudier. En matière de lutte contre le paludisme, on

est passé du concept de l' « éradication du paludisme » à celui de lutte contre les paludismes. La lutte ne doit plus s'inscrire dans une optique mondiale et le choix des stratégies doit être défini localement. Celui doit tenir compte de la situation épidémiologique, de l'écologie des vecteurs, du niveau de sensibilité des souches plasmodiales aux antimalariques, des ressources matérielles et humaines, de la faisabilité réelle de la stratégie à l'échelle du pays, de la région. En outre, ce choix doit s'appuyer sur des objectifs définis depuis l'échelon périphérique, à partir duquel les Soins de Santé Primaires doivent prendre en charge la lutte avec la participation des communautés.

Pour ce faire, la chimiothérapie systématique des accès fébriles est choisie comme la stratégie médicamenteuse de base à préconiser dans toutes les situations. Elle lutte contre la mortalité paludéenne, sauvegarde l'immunité et exerce sur les souches plasmodiales résistantes aux antimalariques une pression sélective moins nocive que celle produite par une chimioprophylaxie de masse. Au niveau du continent africain, la chimiothérapie systématique des accès fébrile est effective, dès 1983, et a dominé toute la décennie 80. Le Bureau OMS de la Région africaine fera sienne cette politique et demande donc aux Etats de procéder sans tarder à une application effective des directives de lutte.

La Côte d'Ivoire a pris le parti de respecter tous les engagements internationaux, de l'OMS dont elle est devenue membre, le 4 mai 1960. Ces engagements vont de la lutte contre le paludisme à l'application de toutes les politiques de santé de l'OMS tendant à corriger les déséquilibres criants du système de santé, que sont les Soins de Santé Primaires et l'Initiative de Bamako. Au cours de la décennie 90, l'OMS va promouvoir un programme mondial de lutte antipaludique après la conférence ministérielle d'Amsterdam, organisée en 1992. La stratégie mondiale de lutte est approuvée par toutes les parties concernées par cette problématique de santé publique. Les composantes de cette stratégie sont variées, à savoir le diagnostic précoce et le traitement rapide, la planification de la mise en œuvre de mesures préventives sélectives et durables, y compris la lutte antivectorielle ; la détection précoce, l'endiguement ou la prévention des épidémies et le renforcement des capacités locales pour favoriser une évaluation régulière de la situation du paludisme.

Au demeurant, Les experts paludologues et les autorités sanitaires internationales ont longtemps considéré, et à tort, que la lutte contre le paludisme ne peut se faire qu'en élaborant des stratégies globales de type vertical, avant de se raviser. Ils ont donc réalisé tardivement l'effet que la diversité des situations du paludisme, dans le monde, peut avoir sur les

politiques menées jusque-là. Par ailleurs, l'application de ces stratégies ne s'est pas faite sans difficultés et a fait ressortir la complexité d'une opération conçue dans la précipitation et mal maîtrisée auxquels se sont ajoutés les problèmes de toute nature rencontrés sur le terrain. C'est pour éviter les erreurs du passé que la stratégie mondiale veut s'orienter vers une lutte intégrée dont la responsabilité revient aux acteurs et experts locaux, par le biais des programmes nationaux de lutte contre le paludisme, créés après la conférence ministérielle d'Amsterdam.

Enfin, traiter cette question de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire au regard des directives internationales, c'est aussi s'intéresser à l'histoire de la médecine dite moderne en Côte d'Ivoire. On s'est efforcé d'ébaucher une construction de cette histoire médicale à travers ses infrastructures, ses animateurs de même que tous les organismes créés pour accompagner cette œuvre sociale. Cette lucarne a permis de comprendre l'évolution du système de santé en Côte d'Ivoire, d'analyser sa structuration et les difficultés auxquelles il s'est trouvé confronté. La réflexion s'est étendue aux tentatives de solutions envisagées, par l'OMS, pour aider les pays en développement à édifier un système de santé plus efficace et plus conforme à leurs besoins. Ainsi, les politiques comme la « Santé pour tous à l'an 2000 », la politique de Soins de Santé Primaires et l'Initiative de Bamako ont été revisitées pour comprendre leur adaptation dans le contexte ivoirien.

Finalement, on retient que les politiques de santé mises en œuvre dans les pays en développement ne sont que la traduction locale des stratégies élaborées au sein de l'OMS. En tant que principal pourvoyeur de fonds à destination de ces pays forts démunis, on se doute certainement que les campagnes de lutte contre telle ou telle pathologie sont largement tributaire des intérêts en jeu au sein de l'OMS. Il n'existe donc pas à proprement parler de politiques de santé qui soit le produit des experts locaux, stricto sensu. Cette situation explique certainement le décalage constaté très souvent entre les directives internationales et la réalité du terrain, comme c'est le cas avec le paludisme. Les intérêts des financiers n'étant pas forcément les mêmes que ceux des pays demandeurs.

Cette étude sur le paludisme a révélé aussi que le paludisme ne revêt pas une réalité homogène ; et à chaque zone géographique correspond un type de paludisme. Cela constitue, sans doute, une réponse à l'échec des stratégies globales et même mondiales qui ont toujours été au cœur des actions de l'OMS. Pour autant, le choix de politiques locales conformes aux

spécificités des régions et des pays n'a pas résolu tous les problèmes et a mis à mal l'application des normes internationales.

Au total, les directives de l'OMS n'ont jamais été appliquées dans leur intégralité. Des facteurs comme la situation des pays, la faiblesse du système de santé, les intérêts en jeu et la gouvernance au sein de l'OMS ont été les variables d'ajustement des normes internationales dans le cadre de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire. Un autre fait n'est pas aussi à négliger dans les facteurs explicatifs de ce constat : c'est l'attitude des populations ivoiriennes relativement aux mesures de lutte élaborées par l'Organisation et portées par la médecine moderne. La mise en œuvre des directives de lutte dans un univers que cette médecine partage avec celle dite traditionnelle n'a pas toujours été facile. Les raisons sont liées au contexte conflictuel de l'avènement de la médecine moderne sur le territoire et surtout à la conception de la maladie et de la santé chez les Ivoiriens.

On veut terminer cette conclusion par un certain nombre de constats qui ont émergé de l'analyse et qui pourraient constituer des pistes de réflexion pour des études futures.

L'OMS et l'élaboration des politiques de santé publique

Ce travail a permis d'entrevoir les luttes d'influence qui entravent la bonne organisation des programmes de l'OMS et partant la gouvernance des programmes de santé. Ainsi, plusieurs faits illustrent les oppositions doctrinales entre les experts eux-mêmes (les médecins paludologues, les professionnels de la santé), et entre eux et les décideurs (les Etats contributeurs, les organes exécutifs de l'OMS) de cette organisation. C'est le cas lors de la mise en œuvre de la politique d'« éradication du paludisme » qui a révélé des incompréhensions entre les acteurs qui avaient la charge de porter le projet. Ces incompréhensions se sont manifestées par un conflit entre le comité d'experts, accusé ainsi de s'appuyer sur des considérations théoriques pour élaborer des directives concernant la surveillance du paludisme dans les dernières phases du processus d'éradication, là où justement les responsables de grands programmes demandaient des normes techniques simples et d'application facile. Le résultat est que ces directives, même si elles ne sont présentées que comme provisoires, ont rapidement un caractère de normes opérationnelles universelles déterminant l'organisation des services. Au final, les experts et les décideurs n'ont pas toujours tenu le même langage dans la conduite des grands programmes de l'OMS.

Le second exemple qui illustre le dysfonctionnement au sein de l'OMS est le concept de « Santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Dans sa phase d'exécution, la stratégie de la santé pour

tous, adoptée par l’OMS, devait se traduire par une mobilisation de l’action internationale en matière d’échanges d’informations, de promotion de la recherche et du développement, de soutien technique, de formation et de coordination au sein de chaque secteur ayant un lien direct ou même indirect avec la santé. Cette nouvelle orientation politique de l’OMS ne fait pas l’unanimité. Certains pays la voient d’ailleurs d’un mauvais œil. Ainsi, des voix se font entendre pour rappeler à l’OMS de s’en tenir qu’à sa dimension biomédicale de la santé publique, rappelant au passage que la dimension sociologique du concept de « la Santé pour tous » n’entre pas dans ses attributions.

Le dernier exemple symptomatique de la déconvenue de l’OMS dans la mise en œuvre de ses programmes, est le poids des groupes de pression, qui se révèle être un frein aux actions de l’institution. Pour preuve, à la fin des années 1970, l’OMS doit faire face à des groupes de pression, qui ne partagent pas, loin de là, son nouveau paradigme de santé publique : le programme des médicaments essentiels, élaboré en 1977, qui soulève le courroux des laboratoires pharmaceutiques, dont 11 sur 18 sont installées aux Etats-Unis. Cette politique a montré que la santé, les affaires et la politique ne font pas forcément bon ménage. Outre les combats qu’elle livre contre les lobbies, l’Organisation doit également batailler pour imposer une politique de santé publique à l’échelon mondial. Ce qui constitue un véritable tour de force si l’on tient compte des intérêts des uns et des autres. La conséquence est que les pays les plus puissants n’hésitent pas à faire pression auprès de l’instance internationale pour l’adoption des programmes qui les concernent plus directement. Au final, il s’agit pour l’OMS de gérer plus une multitude de politiques de santé, dont les priorités sont parfois contradictoires, qu’une politique de santé à proprement parler.

Au moment où l’inefficacité de l’OMS est pointée du doigt, on peut raisonnablement se tourner vers le Programme national de lutte contre le paludisme pour s’interroger sur sa contribution à cette lutte.

La question du rôle du PNLP la lutte en Côte d’Ivoire

L’intérêt d’une réflexion à mener serait de s’interroger sur le combat mené sur tous les fronts contre le paludisme, avec des partenaires aussi nombreux et les formes de lutte, diverses. En dehors de l’OMS et du système des Nations Unies qui proposent par exemple des moustiquaires conventionnelles, chaque partenaire possède son réseau de fourniture de moustiquaires et d’insecticides. De ce point de vue, il se pose alors le problème de la circulation de plusieurs types de moustiquaires et d’insecticides au niveau des districts

sanitaires, avec des messages parfois simplement différents de ceux du programme, s'ils ne lui sont pas contradictoires. Certains d'entre eux conduisent directement leurs actions au niveau des districts sanitaires. Comment alors le Programme national peut-il parvenir à maîtriser les méthodes de lutte contre cette maladie, à coordonner toutes les activités et à capitaliser les informations sanitaires résultant de leur mise en œuvre ? Cette action du Programme pourrait prendre la forme d'une capitalisation des intelligences collectives sur un même sujet, afin de retenir des objectifs prioritaires et d'identifier les indicateurs d'activités.

A ce sujet, le PNLP ne pourrait-elle pas éventuellement s'appuyer sur les acquis de la lutte antérieure pour renforcer ses actions ? Quel pourrait être le rôle des éléments de base issus de la mise en œuvre nationale des grandes orientations mondiales de lutte contre le paludisme que sont la Pharmacie de la Santé Publique, l'administration déconcentrée (régions et districts sanitaires), les comités de gestion (COGES) dont les membres sont issus de la communauté (chefs, fils de villages) et les agents de santé communautaire ?

Cette interrogation pourrait également s'étendre à la dimension financière de la lutte. En effet, les activités du Programme national de lutte contre le paludisme permettent de disposer des antipaludiques, des moustiquaires et des insecticides qui répondent aux recommandations de l'OMS. Seulement, l'insuffisance de ressources financières et les retards dans leurs décaissements limitent le nombre des professionnels de santé bénéficiant des formations continues, l'équipement des structures sanitaires en kits de réimprégnation des moustiquaires, la réalisation des supervisions des activités des districts et des centres de réimprégnation, et l'évaluation régulière des activités réalisées. Quel rôle pourrait jouer le PNLP aussi bien dans la formation des professionnels de santé pour combler le déficit en matière de formation continue de même que dans la mobilisation des ressources ?

Malgré la volonté affichée, l'analyse a suscité des interrogations qui sont malheureusement demeurées sans réponses. Cette analyse aurait été plus être affinée si certaines contraintes liées à la recherche avaient été résolues. Elles révèlent par conséquent les insuffisances de cette étude.

L'intérêt majeur de ce travail réside dans sa contribution à la compréhension d'une histoire médicale en Côte d'Ivoire sous le prisme d'une pathologie, aujourd'hui, banalisée : le paludisme. Tel qu'il est, cependant, avec certaines imperfections et ses acquis, il a permis de dégager des conclusions qui, pour toutes provisoires qu'elles puissent être, doivent permettre d'apporter quelques ajustements au combat qui est menée contre cette maladie meurtrière et offrir une ébauche de solutions aux problèmes que la lutte pose.

Il faut l'admettre donc, ce travail pêche par l'absence de l'analyse de la dimension économique pour soutenir les arguments développés dans cette thèse. Faute de documents disponibles, on n'a pas pu mettre en relief l'insuffisance des moyens financiers mobilisés pour soutenir les programmes de santé parce que les interventions de l'OMS obéissent à un schéma précis : en effet les interventions de l'instance s'inscrivent dans un schéma global auquel doivent participer certaines agences onusiennes. Ainsi, lorsqu'un besoin apparaît en matière de santé publique, l'OMS dépêche une équipe d'experts sur le terrain, dresse un état des lieux et détermine ce qu'il faut faire. L'Unicef se déplace à son tour et évalue le coût du programme proposé. C'est ensuite à la Banque Mondiale de trouver les moyens de le financer. Dans le cadre de cette étude, cette piste n'a pu être explorée, ce qui aurait pu donner du poids aux arguments développés.

S'agissant des enquêtes orales par exemple, le fait de n'avoir pu recueillir les témoignages des experts de l'OMS au cœur des programmes de lutte contre le paludisme et, plus largement ceux qui ont porté les deux politiques de lutte constituent une limite. Leur apport aurait pu éclairer davantage les idées développées ci-dessus. Ceci dans le but de comprendre le poids des lobbies et des groupes de pression dont les intérêts sont divergents. Dans le même ordre d'idée, faute d'avoir pu accéder aux sources de l'OMS sur les débats qui précèdent les grandes décisions de l'OMS, on est certain d'être passé à côté d'une mine d'information qui aurait permis d'appréhender les grands courants idéologiques qui ont traversé l'OMS et qui, d'une manière ou d'une autre, ont pu orienter et dicter les actions sur le terrain. Et les propos tenus par les auteurs de l'ouvrage « *l'OMS : bateau ivre de la santé publique* » en disent beaucoup sur les revers de l'OMS dans sa volonté d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible : « L'OMS souffre d'abord d'un système vicié à la base... La bureaucratie n'est pas la seule raison pour expliquer les dérives de l'Organisation. Il faut surtout compter sur la politisation qui y règne, découlant aussi des processus de décisions, dont ce fameux vote majoritaire »¹⁰⁷⁵. C'est un débat qui mériterait d'être mené.

¹⁰⁷⁵ Bertrand (D), Bertrand (L), *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique. Les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies*, Paris, L'Harmattan, 1997, 177 p

SOURCES

I. Entretiens

Les entretiens de 2001 ont été réalisés dans le cadre d'un projet de l'IRD dont le contenu a servi pendant rédaction la thèse.

1. Entretien réalisé avec docteur Niangué Joseph, directeur exécutif du Programme National de Lutte contre le Paludisme le samedi 15 décembre 2001, dans ses bureaux à Abidjan. Il est docteur en médecine depuis juin 1984 et titulaire d'une maîtrise en Santé Publique, en 1997. Il a exercé comme médecin-chef de PMI en 1984 et médecin-chef de secteur santé rurale en 1986. Il a été successivement sous-directeur des soins de santé primaires et des grandes endémies entre 1991 et 1993 et sous-directeur chargé de l'évaluation des programmes de 1993 à 1996.

2. Entretien avec docteur Bassalia DIAWARA, réalisé le vendredi 28 décembre 2001, dans ses bureaux à Abidjan. Il est médecin de santé publique et titulaire d'une thèse de doctorat en médecine depuis 1989. Il a également obtenu un master en science biomédicale tropicale à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers (option épidémiologie de 1993 à 1995 ; un Duel 2 en Sociologie et effectué plusieurs stages de formation pédagogique à Liège en 1999, sur la recherche des systèmes de santé pendant deux mois, en Belgique et sur la qualité des soins au Cameroun. Comme activités, il a exercé les fonctions de médecin généraliste au service d'épidémiologie à l'INSP, en 1990 ; puis, coordonnateur-adjoint du Programme national de lutte contre le paludisme, en 1991. Il devient sous-directeur des grandes endémies à la direction de la santé communautaire, en 1996 et intérimaire du coordonnateur national jusqu'en 1997. L'année 1999, il est nommé sous-directeur des Soins de Santé Primaires (nouvelle appellation de la sous-direction des grandes endémies) et enfin, sous-directeur des soins de santé primaires à la direction des Etablissements et de la formation avec les mêmes attributions, en 2001.

3. Entretien avec le professeur BISSAGNENE EMMANUE, le 17 juillet 2002, à la faculté de médecine d'Abidjan. Il est enseignant à la Faculté de médecine, au Département des maladies infectieuses et tropicales et en fonction au service des maladies infectieuses du C.H.U de Treichville.

4. Entretien réalisé avec docteur IMBOUA Bogui, le 15 décembre 2001, à Yopougon, à son domicile. Il a été sous-directeur des grandes endémies, directeur des grandes endémies et directeur des soins de santé primaires avant son départ de la Côte d'Ivoire pour à l'O.M.S, en 1988. Il a été enfin directeur technique de la politique de lutte secondaire contre le paludisme, une politique initié et appuyé par le Center for Disease Control. Il a ensuite été conseiller technique à l'O.M.S au Mali et, chef de mission diplomatique de l'O.M.S, en Guinée, au Cameroun et à Madagascar, avant son retour en 2001, en Côte d'Ivoire.

5. Entretien avec Le médecin général Pierre Barabé, à la bibliothèque du pharo à Marseille, le 20 mai 2007. Titulaire d'un baccalauréat scientifique, il entre à la Faculté de médecine de Bordeaux en tant que militaire, en 1955. Il y a passé les sept ans réglementaires à cette époque. Après la soutenance de sa thèse de médecine, il intègre l'Ecole d'Application à Marseille pour la spécialisation en médecine tropicale, en 1962. Son stage de six mois portera sur la théorique et la pratique. Il est affecté au Gabon où il reste de 1962 à 1965. Il revient ensuite en France pour passer l'assistantat de médecine pendant presque un an, à l'issue duquel il est affecté en Côte d'Ivoire comme médecin assistant à l'hôpital annexe de Treichville qui est devenu, plus tard, le CHU. Il va intégrer plus tard le corps enseignant expatrié pour participer à la formation des étudiants de la Faculté de médecine d'Abidjan aux côtés du doyen de cette Faculté, le professeur Pierre Pène.

6. Entretien avec le professeur Pierre Pène, à la Mairie de Carry-Le-Rouet, le 05 juillet 2007. Il a commencé ses études de médecine en pleine guerre qu'il a dû arrêter pendant deux ans, parce que mobilisé. Interne en 1947 et titulaire du doctorat en 1951. Il est devenu assistant des hôpitaux et chef de clinique en 1951-1952 à Bordeaux. Ensuite, il a passé l'agrégation, en 1952, et est reçu à l'admissibilité. En cette qualité, il a été nommé à l'Ecole de médecine de Dakar -qui était une école préparatoire de médecine- comme professeur suppléant des Ecoles de médecine. Il a connu une longue carrière : professeur, à Dakar, pendant douze ans où il a dirigé le service de médecine, avant d'être nommé doyen de la faculté de médecine d'Abidjan, qu'il va développer entre les années 1963 et 1971. Il a été professeur de clinique médicale (médecine générale) de l'hôpital de Treichville, à Abidjan, Il rentre en France, en 1972, pour devenir le directeur de l'UER de médecine et de santé tropicale de la Faculté de médecine de Marseille et occupe pendant longtemps la présidence du Conseil des Instituts français de médecine tropicale.

7. Entretien avec le professeur Sankalé Marc, à son domicile à Marseille, le 06 juillet 2007. Sénégalais d'origine né à Saint-Louis, il a fait l'école secondaire au Sénégal où il a obtenu son baccalauréat dans les années 1936-1937. Ensuite, il intègre l'Ecole de santé Naval de Bordeaux en 1937, qui est délocalisée, à Montpellier, en 1939-40 à cause de la guerre. Sa formation a duré sept ans, jusqu'en 1944 à Montpellier. Après, il rentre au Pharo pour faire la spécialisation en médecine tropicale, durant six mois et sera affecté, en novembre 1944, au Sénégal en tant que médecin-lieutenant.

8. Entretien réalisé avec le professeur Koffi Allangba Théodore, le 28 janvier 2008, à son domicile, à Abidjan. Formé à l'Ecole normale supérieure de Dakar, à William Ponty de 1942 et 1945, il est reçu à la section médecine 1945 à 1949 et sort avec le diplôme de médecin africain. Il est affecté au SGHMP à Bobo Dioulasso pour s'occuper de la trypanosomiase. Comme médecin africain, il devait suivre des cours pour passer le bac en vue de la préparation du doctorat en médecine en métropole. Il est reçu à l'examen, en 1954 pour suivre les cours du lycée de Cocody afin de préparer le baccalauréat, option « sciences expérimentales ». Il obtient ce diplôme, en 1956, et rentre à l'université de Bordeaux, la même année avant de présenter sa thèse, en 1960. A son retour, il est affecté au Chu de Treichville et ensuite est parti à Bouaké sur sa demande pour faire la chirurgie. Avec la création de l'école de médecine, il a accepté d'être aide assistant enseignant, en 1964. Professeur agrégé, en 1970, il est devenu le premier doyen ivoirien de la faculté de médecine en 1976 jusqu'en 1979.

9. Entretien réalisé avec le professeur Bohoussou Kouadio Marcellin, à son domicile, le 17 février 2008. Il né en 1943. Titulaire du bac « sciences expérimentales », en 1962, et sélectionné (ces propos sont de lui) pour faire partie de la première promotion des étudiants de l'Ecole de médecine d'Abidjan. Il devient docteur en médecine, en 1969 et passe l'internat en 1971. Il part en France pour un stage d'une durée d'un an pour passer l'agrégation, en 1976. Il est médecin gynéco-obstétrique.

10. Entretien réalisé avec le professeur Paul AHOLI, le 13 août 2008. Il né en 1941, à Bonoua et a fait partie, lui aussi, de la première promotion des étudiants de l'Ecole de médecine d'Abidjan. Titulaire d'un bac « sciences expérimentales », il débute les études de médecine en 1962. Il est agrégé de pédiatrie, de puériculture et de génétique médicale de Paris.

11. Entretien écrit avec docteur Jean-Pierre Ramiara, réalisé par mail le 16 décembre 2011. Il a servi en Côte d'Ivoire de 1972 à 1974 au service de gastro-entérologie du Chu de Cocody ; il s'est aussi occupé du service d'urgence de cet hôpital où il a rencontré des cas de paludisme.

12. Entretien écrit avec docteur Jean Ruas, réalisé par mail le 17 mai 2012. Il a exercé en Côte d'Ivoire de 1979 à 1989 en tant que coopérant dans le cadre de l'Assistance Technique Médicale française. Il était chargé du suivi des marins et de leur famille.

II. Sources d'archives

Archives de l'Institut de Médecine Tropicale du Service de Santé des Armées

Carton n° 172 : Direction centrale ; Affaires générales ; Instructions diverses ; Lutte antipaludique (1947-1949)

Révision annuelle des tarifs médicaux pratiqués dans les hôpitaux coloniaux (1950) ; manuel de technique de laboratoire (1950) ; diffusion de la notice de présentation de la deuxième édition du livre de Blanc et Séguier '*Guide clinique et thérapeutiques à l'usage des médecins des troupes coloniales d'Extrême-orient*' (1949) ; parution d'un manuel de pathologie exotique de Mathis et Pons (1948) ; rapport du médecin-Ct Trinquier sur la campagne antipalustre en Corse en 1948 (1948) ; revue de Médecine Tropicale (1947) ; réglementation intéressant la santé publique dans les TOM (1947) ; bulletins épidémiologiques (1947) ; création d'un cadre général des services de santé publique des territoires d'OM (1947) ; rapports médicaux annuels à toutes les colonies (1947) ; injections intramusculaire de quinine chez le nourrisson et le jeune enfant (1947) ; nomenclature des fiches de pratique médicale (1947) ; technique d'application du DDT (1947) + photos ; emploi d'aéronefs pour la lutte contre les insectes (1947) ; études documentaires sur l'œuvre sanitaire française réalisée dans les territoires (1947) ; essais de médicaments nouveaux dans les TOM (1947) ; notes bibliographique sur un ouvrage consacré aux grandes figures du service de santé militaire.

N°230 : Antipaludiques : réglementation, abandon de la gratuité : circulaires (1939) ; documentation généralités : articles (1949)

N°232 : Antipaludiques, flavoquine et quinine : rapports, correspondance (1944-1956) ; hématozoaires en Afrique Noire continentale : extraits des rapports annuels de l'Institut Pasteur de Dakar et des services de santé de l'AEF (1934-1948)

N° 232 : AOF et Togo : Enquêtes et renseignements : extraits de rapports annuels, rapports d'études (1942-1949) ; campagne antipalustre de 1954 par l'emploi des insecticides a action rémanente ; rapport d'ensemble n°4 (1954)

N°235 : OMS ; questionnaire sur les activités antipaludiques : questionnaires, correspondances (1957-1958) ; éradication du paludisme : résolution, correspondances (1959-1964)

N°241 : OMS ; conférence du paludisme du 10-12 janvier 1956 à Phnom Penh : rapports de l'OMS Coordination inter pays des programmes antipaludiques entrepris dans la péninsule indochinoise (1956)

N°278 : Lutte antipaludique ; appareils pulvérisateurs, demande de renseignements et documentation technique : circulaires administratives, brochures et imprimés publicitaires, catalogues, revues imprimés, correspondances (1946-1953)

N°330 : Ecole d'Application du service de santé des troupes coloniales ; enseignements : programmes et correspondances (1954 1959) ; laboratoire de recherche, organisation et fonctionnement ; rapports et correspondances des années 1941-1961 ; équipements et mise en fonctionnement

N°446 : Ecoles de médecine d'Outre-mer
Présentation historique des écoles de médecine (Dakar et autres)

Anonyme, le DDT et la prophylaxie des maladies transmises par les insectes, Insecticides Geigy, Paris, 1951, 61 p

Bablet (J), « La grande leçon de la vie et de l'œuvre de Pasteur », Revue coloniale de médecine et chirurgie, n°207, 1952, p. 204-210

Bellon (J.-G.-F.-L), Kerny (M.-M), « Les antimalariques synthétiques dans le traitement du paludisme », Revue du Service de santé militaire, t. CVII, n°2, 1937, p. 491-512

Bernet (A), « Utilisation des solutions de pyréthrinés dans la lutte contre les larves d'anophèles », Médecine Tropicale, n°3, 1950, p. 558-563

Bernet (A), « Réflexions sur l'endophilie et l'anthropophilie de A.Gambia en AOF », Médecine Tropicale, n°6, 1951, 903-910

Blanc (F), « La protection médicamenteuse contre le paludisme ; chimioprophylaxie individuelle », La Presse Médicale, 63, n°61, 1955, p. 1234-1236

De Marqueissac, « Les progrès en thérapeutique du paludisme par les produits chimiques de synthèse », Revue de médecine navale (Métropole et Outre-Mer), t. 2, n°3 ; 1947, p. 227-242

Farinaud (M.-E), « La lutte contre le paludisme dans les colonies françaises », Annales de médecine et de pharmacies coloniales, n°36, 1938, p. 919-977

Farinaud (M.-E), « La prophylaxie du paludisme dans les troupes en campagne », Annales de médecine et de pharmacies coloniales, n°36, 1938, p. 583-608

Grall (Ch), Marchoux (E), Paludisme, in Grall (Ch) & Clarac (A), Traité de pathologie exotique : clinique et thérapeutique, Paris, Librairie JB Baillière et Fils, 1911, 565 p

Joyeux (Ch), « Paludisme de l'enfant », Précis de médecine coloniale, 3^e édition, 1944, p. 1-2

Marchoux (E), Etiologie et prophylaxie spécifique ; historique du paludisme et cycle évolutif du parasite qui le cause ; in Grall (Ch) & Clarac (A), Traité de pathologie exotique : clinique et thérapeutique, Paris, Librairie JB Baillière et Fils, 1911, 565 p

Montpellier (J), Manceaux (A), Catane (J), « Paludisme », Encyclopédie médicochirurgicale (maladies infectieuses), 2^e éd ; 1939, p. 1-3

Nicolle (M), « Le paludisme chez le nourrisson », Encyclopédie médicochirurgicale (Pédiatrie), 1^e édition, 1934, p. 4012

Richoux (M), « Les techniques moderne dans la lutte contre le paludisme », Revue coloniale de médecine et chirurgie, n°207, 1952, p. 198-204

Schennberg (Médecin principal), « Rapport médical de fin de campagne » (Dakar 20 juin 1932 -15 juin 1934), Archives de médecine et de pharmacies navales, t. 125, 1935, p.168-183

The-Bao (N), Etat actuel de la chimioprophylaxie collective du paludisme, Ecole de médecine de Hanoi, Thèse de médecine, Hanoi, 1938, 70 p

Archives nationales de Côte d'Ivoire

Arrêté du 14 août 1944 portant organisation et réglant le fonctionnement de l'Ecole africaine de médecine et de pharmacie de Dakar

Décret du 14 janvier 1918 portant création de l'école de médecine de Dakar

Décret du 11 août 1944 instituant une Ecole africaine de Médecine et de Pharmacie

Décret du 11 août 1944 organisant le cadre des médecins, pharmaciens et sages-femmes

J.O.A.O.F : Arrêté du 1 novembre 1918 du Gouverneur général de LAOF portant organisation de l'Ecole de Médecine de l'AOF, 1918, p. 588

J.O.A.O.F : Arrêté du 1^e mai 1924 portant organisation de l'Ecole de Médecine de l'AOF (avec en annexe les programme d'école), 1924, p. 366

J.O.A.O.F : Arrêté du 20 décembre 1927 du Gouverneur général de l'AOF portant réorganisation de l'Ecole de Médecine de l'AOF, 1927, p. 910

J.O.A.O.F : Décision n° 1137 du 6 mai 1932 du Gouverneur général de l'AOF fixant les conditions de l'examen de sortie des sections préparatoires à l'Ecole de Médecine, 1932, p. 437

J.O.A.O.F : Arrêté du 5-4-1948 du Gouverneur générale de l'AOF organisant le concours d'entrée à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Dakar, 1948, p. 493

J.O O.A.F : Décret du 6 avril 1950 créant L'école préparatoire de médecine, 1950.

Archives de Organisation ouest-africaine de la Santé (Fonds Muraz / OCCGE, Bobo Dioulasso)

Alvaro (C. A), Le programme de pré-éradication, 3^e conférence africaine OMS/CCTA du paludisme, OMS, Yaoundé, 3-13 juillet 1962, 7 p

Anonyme, *Côte d'Ivoire*, s.d, 4 p

Anonyme, *De l'efficacité insecticide des produits DDT en suspension aqueuse*, 17 mai 1949, 5p

Anonyme, Enseignement et éducation sanitaire, s.l, s.d, p. 115-124.

Anonyme, « Prophylaxie », (Extrait du rapport médical 1948, Grand Bassam), 1948, 60 p

Anonyme, GYRON, un produit DDT Geigy pour la destruction des larves de moustiques, 23 juin 1949, 3 p

Anonyme, La zone pilote antipaludique de Bobo Dioulasso (H.V), s.l, s d, 16 p

Anonyme, Les insecticides Geigy, DDT, s.d, s.l ; 16 p

Anonyme, *Rapport d'enquête dans la région de Man*, s.d, s.l, 4 p

Anonyme, Stage des étudiants en médecine, sd, sl, 3 p

Aujoulat (L-P), Les centres de santé, sd, sl, 21 p

Baudon (D), Roux (J), Carnevale (P), Intégration de la lutte antipaludique dans le cadre des soins de santé primaires en milieu rural : réflexions générales, doc tech, OCCGE, 1984, p. 50-54

Bernard (P.M), La lutte contre le paludisme en Afrique tropicale ; conférence sur le paludisme en Afrique, Lagos, 28 nov- 6 décembre 1955, doc. Tech. OCCGE, 1955, 10 p

Bernet (A), Les conditions du paludisme à Grand-Bassam (*Cote d'Ivoire*) : le facteur *anophélien* d'après la mission antipalustre de mai 1948, s.l, 1948, 9 p

Bernet (A), *De quelques observations au sujet de la lutte contre l'anophèle par le DDT en AOF*, SGHMP, Section paludisme, Bobo Dioulasso, 1949, 22 p

Bernet (A), La réduction du facteur anophélien et le paludisme en AOF, Journées médicales de 1950, SGHMP, Section Paludisme, Bobo Dioulasso, 1950, 8 p

Bernet (A), *Rapport annuel 1948 du service d'hygiène, Service de Santé, Service d'hygiène*, Abidjan, 1948, 14 p + 4 p de tableaux

Bernet (A), *Rapport succinct sur l'activité de la section paludisme pendant l'année 1948 et le premier trimestre 1949*, Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, Section paludisme SGHMP, Bobo Dioulasso, 1949, 61 p

Bernet (A), *Rapport sur l'hygiène de la ville de Grand Bassam*, s.l, 1945, 16 p

Bertagna (P), *Nouveaux insecticides dans les programmes d'éradication du paludisme*, 3^e Conférence africaine sur le paludisme Yaoundé, 3-13 juillet 1962, AFRO/Mal/9/49, OMS, 1962, 14p+6p d'annexes

Bruce-Chwatt (L.J), Les médicaments antipaludiques dans les programmes de pré-éradication, 3^e Conférence africaine sur le paludisme, Yaoundé, 3-13 juillet 1962, 1962, 9 p

Bruce-Chwatt (L.J), La recherche scientifique au service de l'éradication du paludisme (2^e partie), *Médecine Tropicale*, 29, 3, 1969, p. 283-307

Bruce-Chwatt (L.J), *La chimiothérapie et les possibilités d'éradication du paludisme en Afrique tropicale* ; Doc. Tech. OCCGE, sd, 18 p

Carnevale (P), Quelques données historiques, 1983, OCCGE, p. 9-18

Choumara (R), Compléments de paludologie à l'usage des spécialistes en paludologie-entomologie (agents techniques et infirmiers), SGHMP d'AOF, Bobo Dioulasso, 1957, 50 p

D'Almeida (J), Asvall (J.E), *Organisation et gestion du service national d'éradication du paludisme Togo*, Direction du service de santé des troupes du Groupe de l'Afrique Occidentale française, Prophylaxie du paludisme, Dakar, Presse de l'Etat-Major, 1962, 13p

Demarchi (J), Ridet (J), Formation du personnel technique de laboratoire en Afrique francophone, sl, 1966, 39 p

Dowling (M.A.C), *Le programme antipaludique dans la région de l'Afrique*, OMS, 1960, 24 p

Escudie (A), Hamon (J), « Le paludisme en Afrique Occidentale d'expression française », *Médecine Tropicale*, n^o spécial, Vol 21, 1961, p. 661-687

Escudié (A), Hamon (J), *Possibilité d'application de la méthode de Pinotti en milieu rural d'Afrique Occidentale pour la lutte contre le paludisme*, OCCGE, doc tech, 1961, 18 p

Farid (M.A), *Organisation et du fonctionnement du service national d'éradication du paludisme*, 3^e conférence africaine sur le paludisme, OMS/CCTA, Yaoundé 3-13 juillet 1962, 1962, 14 p

Garret-Jones(C), *Le rôle de l'entomologie dans l'éradication du paludisme*, WHO/Mal/231, OMS, 1959, 9 p

Gouvernement général de l'AOF, *Compte rendu de la mission effectuée en Côte d'Ivoire et en Guinée du 13 février au 16 mars 1951*, Bobo Dioulasso, 1951, 4 p

Guiguemdé (T.R), *Etat actuel de la lutte contre le paludisme en Afrique*, Communications aux *Entretiens médicaux du centenaire de l'Ecole de santé navale*, 4-6 octobre 1990, Bordeaux, OCCGE, doc tech, 1990, 6 p

Guillot, *Rapport général d'enquête malariologique (saison humide 1950, saison sèche 1951)*, SGHMP, Secteur annexe n°26 Abengourou, Abengourou, juin 1951, 3 p

Hamon (J), Coz (J), *Contribution du laboratoire d'entomologie du centre Muraz et de la mission ORSTOM auprès de l'OCCGE à l'étude du paludisme humain en Afrique Occidentale pendant les années 1958-1970*, OCCGE-Centre Muraz (Laboratoire d'entomologie), Bobo Dioulasso, 1970, 44 p

Holstein (M), *Guide pratique de l'anophélisme en AOF*, Gouvernement général de l'AOF, Direction générale de la santé publique -Dakar-, Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, 1949, 55 p

Holstein (M), *Rapport sur l'enquête anophélienne effectuée à Abengourou en mars 1949*, SGHMP, Section Paludisme, 1949, 4 p+3 p tableau

Jonchère (H), *Note au directeur du SGHMP concernant la lutte antipaludique en AOF*, Bobo Dioulasso, 1952, 21p

Jonchère (H), *Rapport sur le paludisme en AOF et les travaux antipalustres de la section paludisme du service général d'hygiène mobile et de prophylaxie du SGHMP*, 1950, Bobo Dioulasso, 91p

Joncour (G), *Formation et rôle à Madagascar du personnel auxiliaire du service antipaludique : agent antipalustre*, Direction des services sanitaires et médicaux de Madagascar, Conférence sur la malaria en Afrique Lagos 28 nov- 6 déc 1955, OMS, doc tech, 1955, 3 p

Lacan (A), *Etat actuel de la recherche scientifique dans la "section paludisme" du service des grandes endémies*, colloque Abidjan Dakar, Dakar, 1959, 11p

Lotte (M), *L'hygiène mobile : création, moyens, doctrine, stratégie, technique, orientation*, Bobo Dioulasso, 1960, 35 p.

Louvet (F), La participation communautaire dans les soins de santé primaires : à propos d'une expérience à Mokah (République Arabe du Yémen), thèse de médecine, faculté de médecine de Dijon, 1989, 97 p

Médecin Lieutenant-Colonel Bernet, *Rapport annuel 1945 du service d'Hygiène de la commune mixte d'Abidjan*, service de santé de la colonie, avril 1945, 60 p

OCCGE, *Stages de spécialisation des infirmiers des Etats membres de l'OCCGE, Programmes d'enseignements*, Centre Muraz, Bobo Dioulasso, 1983, 7 p

OCCGE, Enseignement : école de laborantins, laboratoires de santé publique, XII^e Conférence ministérielle inter-états de l'OCCGE, Ouagadougou, 23-27 novembre 1965, 1965, 7 p

OCCGE, La chimioprophylaxie de masse du paludisme, Centre Muraz, Bobo Dioulasso, 1962, 10 p

OCCGE, La section paludisme du Centre Muraz, 1948-1961, Centre Muraz, s.d, 16 p

OCCGE, Les activités de la section paludisme depuis la Conférence de Nouakchott, Centre Muraz, s.d, 4 p

OCCGE, Rapport final de la 7^e Conférence technique de l'OCCGE (18-24 février 1967), Tome 2, Occge, Bobo Dioulasso, 1967, p. 481-983

OCCGE, Rapport final de la 7^e Conférence technique de l'OCCGE, Bobo Dioulasso, 1967, p. 481-936

OCCGE, *Rapports de l'OCCGE avec les universités et facultés*, Bobo Dioulasso, sd, 3 p

OMS, Classification des médicaments antipaludiques en fonction de leur action sur les diverses formes évolutives du parasite, 5 décembre 1961, 1961, 6 p

OCCGE, *La lutte contre le paludisme et la tuberculose dans les Etats membres de l'OCCGE*, 1970, 101 p

Pampana (E.J), Les grandes campagnes de lutte antipaludique par les insecticides à action rémanente, OMS, WHO/Mal/46, 1950, 63 p

Pene (P) et al, *Contribution à l'étude de l'épidémiologie du paludisme en zone forestière*, Abidjan, 9 p+4 p tableaux

République de Côte d'Ivoire, Compte rendu transmissif du chef de service de santé de la Côte d'Ivoire relatif au rapport annuel du médecin-chef du RTS C.I, sd, sl, 10 p

Ricossé (J.H), Les stages pratiques en santé publique, Rapport de la XV^e conférence ministérielle inter états de l'OCCGE, OCCGE, Dakar, 1968, 4 p

Ricossé (J.H), , Stage des étudiants en médecine de la *faculté de médecine d'Abidjan, Rapport de la XV^e conférence ministérielle inter états de l'OCCGE*, OCCGE, Dakar, 1968, p. 85-98.

Ricossé (J.H), Barbié (Y), Picq (J.J), Bilan des travaux effectués par la section parasitologie du centre Muraz sur le paludisme humain en Afrique Occidentale de 1958-1970, (extrait du rapport Conf. Techn OCCGE), 1970, p. 42-55

Ricossé (J.H), Charmot (G), Coz (J), Picq (J.J), Le paludisme et ses aspects particuliers en Afrique tropicale francophone, octobre 1969, 1969, OCCGE, 60 p

Ricossé (J.H), Ecole des techniciens de laboratoire, 14^e conférence interministérielle Niamey, 28 nov-3déc 1967, OCCGE, 1967, 8p+3p annexes

Ricossé (J.H), *Programme quadriennal du centre Muraz et plan d'investissement à long terme*, sd, sl, 14 p

Ricossé (J.H), *Stage des étudiants en médecine de la faculté d'Abidjan*, 8^e conférence technique de l'OCCGE, Bamako du 19-23 avril 1968, doc tech, 1968, 4 p

Ridet (J), *L'école de laborantins à Bobo Dioulasso*, 6^e Conférence technique de l'OCCGE, Bobo Dioulasso du 21-26 mars 1966, doc tech , n°VII/2, 1966, 3 p

Ridet (J), Projet de formation des techniciens de laboratoire, 5^e conférence technique de l'OCCGE, OCCGE, Bobo Dioulasso (1^e -7avril 1965), sl, 1965, 15 p

Roux (J.F), *Note sur l'enseignement-formation au centre Muraz*, OCCGE, Bobo Dioulasso, 1982, 13 p+ 3 p annexes

Sanner (L), Massequin (A), « Le service d'hygiène mobile et son œuvre », *Bulletin médical de l'Afrique Occidentale française*. Tâches problèmes de la santé publique en AOF, jan. 1954, n° spécial, Dakar, Direction général de la Santé publique, 60 p.

Schneider (J), « Progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme », *Produits pharmaceutiques*, vol 4, n°8, août 1949, 1949, p. 343-349

Schneider (J), Languillon (J), Delas (A), « Association chloroquine/pyriméthamine dans la chimioprophylaxie du paludisme », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, t 50, n°2, mars-avril 1957, 1957, p. 295-301

Schneider (J), Le paludisme et son traitement dans la pratique médicale en France, s.d, s.l, 4 p

SGHMP, Le problème du paludisme en AOF : activité de la section paludisme et travaux du *laboratoire d'entomologie du SGHMP*, SGHMP, Bobo Dioulasso, 1950, 14 p

Archives nationales du Sénégal

1H 29 (26) : Rapports préparés par le Comité d'Hygiène et d'Epidémiologie d'Alger

1H 49 (1963) : Rapports fournis à l'ONU sur la santé en AOF

Direction générale de la Santé Publique, Rapport sur l'hygiène et la Santé Publique en AOF, Dakar, 14 février 1949

Direction générale de la Santé Publique, Rapport sur la situation et l'évolution de la Santé publique en AOF pendant l'année 1949, Dakar, avril 1950

Direction générale de la Santé Publique, Document concernant la santé publique en AOF (1951), Dakar, février 1952.

Direction générale de la Santé Publique, Document concernant la santé publique en AOF (1952), Dakar, février 1953

Direction générale de la Santé Publique, Eléments de rédaction destinés à l'organisation des Nations Unies et relatif à la protection de la collectivité, de la famille et de l'enfant (Partie Santé Publique, 1953), Dakar, février 1953.

Direction générale de la santé publique, Document concernant la Santé en AOF (1953), Dakar, février 1954

Direction générale de la Santé Publique, document concernant la santé publique en AOF en 1954, Dakar, avril 1955

1H50 (163) : Correspondance entre l'OMS et la Santé en AOF (1948-1958)

1H 57 (163) : Notes de synthèse et textes généraux sur le fonctionnement de la santé en AOF (1924-1957)

- Eléments pour le discours de M. le Haut-Commissaire au Grand Conseil de l'AOF. En exécution de la note 3457 cab /DIR/ R du 18 juillet 1958
- Lettre du Ministre des Colonies à monsieur le Gouverneur général de l'AOF à Dakar au sujet du projet d'organisation sanitaire dans les colonies.
- Document sur la politique sanitaire en AOF
- L'Institut Pasteur de Dakar
- Extrait du Procès-Verbal de la séance du 19 juin 1956 de la Réunion du Grand Conseil de l'AOF relatif aux problèmes de la pratique médicale et d'enseignement médical
- Projet du décret portant modification des dispositions du décret du 14 avril 1904 relatif à la protection de la SP en AOF
- Lettre du Dr Aujoulat, Secrétaire d'état à la France d'Outre-Mer à monsieur le Haut-Commissaire de la République en AOF (le 13 août 1952) rendant compte de la Conférence des Directeurs des Services sanitaires de l'Afrique Noire et Madagascar.
- Circulaire n°13-4 /S du 14 mai 1935 sur l'orientation à donner à la politique sanitaire.
- Instructions sur le fonctionnement des services de l'Assistance Médicale Indigène et relatives à l'orientation et au développement des services de l'AMI, 15 février 1926.

- Décret n°52-953 du 7 août modifiant et fixant la liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la Loi du 15 février 1902 et du décret-Loi du 30 octobre 1935
- Notes complémentaires concernant l'activité, les projets et les préoccupations des services sanitaires en AOF, 31 décembre 1949.
- Eléments de pour les discours de monsieur le Haut-Commissaire du Grand Conseil de l'AOF
- Notes destinées à la composition du discours de Monsieur le Ministre de la France d'Outre-Mer (Direction générale de l'AOF, Direction générale de la santé Publique sans date)
- Circulaire n°27 4/S du 6 août au sujet de la mise en action du plan d'assistance médicale d'hygiène générale et prévoyance sociale dans nos colonies (adressée à messieurs les gouverneurs généraux, gouverneurs des colonies, commissaire de la république dans les Territoires sous mandat)

1H61 (163) : Notes sur les formations sanitaires de l'AOF

1H78 (163) : Lutte contre le paludisme : Projet sur une orientation nouvelle de la zone pilote de Haute-Volta et sur la création de villages d'expérience en Côte d'Ivoire, Sénégal et Soudan, 1954.

1H98 (163) : Ecole africaine et de pharmacie : fonctionnement : professeurs, conseils de perfectionnement et d'administration (1944-1953) ; texte de bas ; liquidation de l'Ecole, concours d'entrée ; programmes des cours.

1H 108 (163) : Service d'hygiène : Textes de base de 1897-1953

- Arrêté n°482/AG déterminant les mesures d'ordre général permanent et préventif destinés à prévenir l'écllosion du thyphus amaryl.
- Arrêté n°124 relatif à la création d'un service d'Hygiène de la Côte d'Ivoire, Paris le 14 avril 1904
- Arrêté n°683 S portant organisation d'une commission d'hygiène et de salubrité publique à Bouaké, Bingerville le 28 août 1915. (extrait du JOCI du 31-8-1915).
- Arrêté n°834/ SP du 5 février 1953 rendant obligatoire l'emploi de la méthode dite du "House-Spraying" en AOF (pulvérisation des insecticides à action rémanente).
- Décret réglementant l'emploi de l'acide cyanhydrique ou de ses dérivés pour la désinfection des locaux d'habitation
- Arrêté n°1354 relatif à l'hygiène et à la santé publique, [extrait du JOAOF du 1^e décembre 1928]
- Arrêté du Ministre des colonies fixant la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire aux colonies [extrait du JOAOF du 29 avril 1911, p237], 7 février 1911, modifiant l'arrêté du 7 janvier 1911.
- Lettre du médecin-colonel, directeur général de la Santé Publique à messieurs les directeurs locaux de la Santé Publique sur la nécessité d'une intensification de la médecine préventive et de l'hygiène en Afrique Noire, Dakar, le 15 mai 1952.
- Lettre du Directeur général de la santé publique de l'AOF au Directeur du service de santé de la France d'Outre-mer, présentant les différents services d'hygiène existant dans les territoires de la Fédération, le 24 juillet 1952.

- Notes concernant la Direction générale de la Santé Publique de l'AOF et les Directions locales de la santé. (arrêté n°3877 SP CP)
- Rapport annuel de présentation à l'Assemblée Territoriale pour la session budgétaire 1955 (période du 1^e juillet 1955 au 30 juin 1956, Santé Publique)

Direction locale de la Santé de Côte d'Ivoire, Rapport médical du Service de Santé de la colonie de Côte d'Ivoire pour les années 1924, 1935, 1940, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1954, 1956, 1957.

Direction générale de la Santé Publique de l'AOF, Rapport du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie pour les années 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956-1957, 1957-1958.

Direction générale de la Santé publique de l'AOF, Rapport annuel de la santé publique de l'AOF pour les années 1945, 1948, 1950.

Direction locale de la santé Publique de Côte d'Ivoire, Rapport d'inspection médicale scolaire de la colonie de Côte d'Ivoire pour les années 1948-1949, 1953-1954

Archives numérisées de l'OMS

Anonyme, Terminologie du *paludisme et de l'éradication du paludisme*, Genève, OMS, 1964, 164 p.

Bernard (Médecin-colonel P.M.) « La lutte contre le paludisme en Afrique tropicale », *Bulletin de l'OMS*, n°15, 1956, p. 627-634.

Bernard (médecin-général P.-M.), *Réflexions sur l'éradication du paludisme en Afrique intertropicale*, Genève, OMS, 1963, 11 p.

Cambournac (Dr F.J.C), Rapport sur le paludisme en Afrique équatoriale, OMS, Genève, 1950, 135 p.

Chronique de l'OMS, vol. 9, n°2-3, février-mars 1955, p. 33-108.

Hamon et al, « Observations sur la répartition et le comportement des anophèles de l'Afrique-Equatoriale française, du Cameroun et de l'Afrique Occidentale », *Bulletin de l'OMS*, n°15, 1956, p. 549-591.

Holstein (M.H), *Biologie d'anophèles gambiae* : recherches en Afrique Occidentale française ; série de monographies, n°9, Genève, OMS, 1952, 174 p.

Mansell Prothero (R), *Quelques aspects de l'écologie humaine en Afrique intéressant l'organisation des programmes d'éradication du paludisme*, Genève, OMS, 1961, 14 p.

Mansell Prothero (R), *Quelques aspects de l'écologie humaine en Afrique intéressant l'organisation des programmes d'éradication du paludisme*, Genève, OMS, 1961, 13 p.

Monekosso (Dr G.L), *L'Initiative de Bamako. Autofinancement communautaire des SSP par le biais d'un approvisionnement en médicaments essentiels et du recouvrement de leurs coûts. Quelques principes généraux*, Brazzaville, OMS/AFRO, sd, 10 p.

Najera(J.A), « Le paludisme et l'action de l'OMS », *Bulletin de l'OMS*, vol. 67, n°4, 1989, p.347-363

Office International d'Hygiène Publique, *Vingt-ans d'activités de l'Office International d'Hygiène Publique 1909-1933*, Paris, OIHP, 1933, 146 p.

OMS, « La stratégie mondiale de lutte antipaludique », *Bulletin de l'OMS*, vol. 75, n°5, 1993, p. 491-495.

OMS, « Principes directeurs pour le diagnostic traitement du paludisme en Afrique », *Cahiers Techniques AFRO*, n° 22, Rev. 1, Brazzaville, OMS, Bureau régional de l'Afrique, 1992, 57 p.

OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°13 (1^e Assemblée Mondiale de la Santé, Genève du 24 juin au 24 juillet 1948), OMS, Genève, déc. 1948, 399 p.

OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°10. *Rapport de la Commission intérimaire à la première Assemblée mondiale de la santé (partie II)*, Genève, OMS, 1948, 133 p

OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°184. *Vingt-troisième Assemblée mondiale de la santé*, Genève, 5-22 mai 1970, (Partie I : Résolutions et Décisions, Annexes), Genève, OMS, 1970, 96 p.

OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°11. *Rapports des comités d'experts et autres organes consultatifs à la commission intérimaire*, Genève, OMS, 1948, 66 p.

OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°11. *Rapports des comités d'experts et autres organes consultatifs à la commission intérimaire*, Genève, OMS, 1948, p. 46 (Comité d'experts, Rapport de la deuxième session).

OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°11. *Rapports des comités d'experts et autres organes consultatifs à la commission intérimaire*, Genève, OMS, 1948, p. 45.

OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°168. *Vingt et unième Assemblée mondiale de la santé*, (Partie I : Résolutions et Décisions, Annexes), Genève, 6-24 mai 1968, Genève, 1968, 82 p.

OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°176. *Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la santé*, Boston, 8-25 juillet 1969, (Partie 1 : Résolutions et Décisions, Annexes), Genève, 1969, 140 p.

OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°192. *Quatrième rapport sur la situation sanitaire dans le monde 1965-1968*, Genève, OMS, 1971, 408 p.

OMS, *Actes officiels de l'OMS*, n°226. *Vingt-huitième Assemblée mondiale de la santé*, Genève, 13-30 mai 1975, (Partie 1 : résolutions et décisions, annexes), OMS, Genève, 1975, 125 p.

OMS, *Actes officiels de l'OMS, n°247. Trente et unième Assemblée mondiale de la santé*, (Partie I : Résolutions et Décisions, Annexes), Genève, 8-24 mai 1978, Genève, 1968, 67 p.

OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°176. Vingt-Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé* (Boston, Massachusetts, 8-25 juillet 1969), (Partie I : Résolutions et décisions annexes), Genève, OMS, 1969, 140 p.

OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°4. Résumé des débats de la 2^e session de la Commission intérimaire* (4 au 13 novembre 1946), Genève, OMS, 1947, 177 p.

OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°6. Résumé des débats de la 4^e session de la Commission intérimaire* (30 août au 13 septembre 1947), Genève, OMS, 1948, 225 p.

OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n°63. Huitième Assemblée Mondiale de la Santé* (Mexico, 10-27 mai 1955), Genève, 1955, 471 p.

OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°7. Procès-verbaux et documents de la 5^e session de la Commission intérimaire* (22 janvier- 7 février 1948) Genève, OMS, 1948, 261 p.

OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°8. Rapport de la Commission intérimaire à la première assemblée mondiale de la santé*, Genève, OMS, 1948, 68 p.

OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, n°9. Rapport de la Commission intérimaire à la première assemblée mondiale de la santé*, Genève, 1948, 95 p.

OMS, Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. Rapport conjoint de *l'OMS et du FISE*, Genève, OMS, 1978, 88 p.

OMS, *Comité d'experts du paludisme 6^e rapport*, Athènes, 20-28 juin 1956, Genève, 1956, OMS (Who/Mal/180), 123 p.

OMS, *Comité d'experts sur le paludisme. Rapport de la deuxième session, dans Actes officiels de l'OMS, n°11. Rapports des comités d'experts et autres organes consultatifs à la commission intérimaire*, Genève, OMS, 1948, p. 43-61.

OMS, *Comité d'Experts du paludisme. Rapport sur la première session*, Genève, Palais des Nations, 22-25 avril 1947, 23 p.

OMS, *Eradication de la variole. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS. Série de rapports techniques, n°393*, OMS, Genève, 1968, 55 p.

OMS, Eradication du paludisme. Rapport sur la Troisième Conférence africaine du Paludisme organisée conjointement par le Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS et par la Commission de Coopération technique en Afrique au Sud du Sahara, Yaoundé, OMS, 1963, 156 p.

OMS, *Etat d'avancement du programme antipaludique. Rapport du comité ad hoc du programme antipaludique du Conseil exécutif de l'OMS, 57^e session*, Genève, 1976, 19 p.

OMS, *L'organisation mondiale de la santé et l'éradication du paludisme*, Genève, OMS, 1956, 19 p.

OMS, *La lutte antipaludique dans la Région africaine de l'OMS*, OMS (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique), Brazzaville, 1995, 8 p.

OMS, *Les dix premières années de l'OMS*, Genève, OMS-Palais des Nations, 1958, 537 p.

OMS, *Lutte contre le paludisme dans les pays où un programme d'éradication limité dans le temps n'est pas réalisable actuellement. Série de rapports techniques, n°537. Rapport d'une Conférence interrégionale de l'OMS*. Genève, 1974, 76 p.

OMS, « Principes directeurs pour le diagnostic traitement du paludisme en Afrique », Cahiers Techniques AFRO, n° 22, Rev. 1, Brazzaville, OMS, Bureau régional de l'Afrique, 1992, 57 p

OMS, Programme OMS de lutte antipaludique en Afrique, Brazzaville, OMS (Division de la Lutte contre les Maladies tropicales), 1995, 23 p.

OMS, Rapport de la conférence ministérielle sur le paludisme, Amsterdam, 26-27 octobre 1992, Genève, OMS, 1992, 52 p.

OMS, Rapport de la deuxième conférence *du* paludisme en Afrique (Lagos, Nigeria), Genève, OMS, 1956, 77 p

OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale (Brazzaville, 19-22 novembre 1957), OMS (Bureau Régionale de l'Afrique), Brazzaville, 1958, 75 p

OMS, Rapport de la réunion technique sur le paludisme en Afrique Occidentale (Bureau régional de l'Afrique, Brazzaville, 19-22 novembre 1957), Brazzaville, OMS, 1958, 75 p.

OMS, Rapport du comité régional. *Comité régional de l'Afrique, 37^e session*, Bamako, 9-16 septembre 1987, Brazzaville, OMS AFRIQUE, 1987, 192 p.

OMS, Rapport final de la quarante-cinquième session du comité de l'OMS pour l'Afrique (Libreville, 6-17 septembre 1995), OMS, Brazzaville, 1995, 129 p.

OMS, Rapport final de la quarante-deuxième session du comité de l'OMS pour l'Afrique (Brazzaville, 2 au 9 septembre 1992), Brazzaville, OMS, 1992, 144 p.

OMS, Rapport final de la quarante-troisième session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique (Gaborone, 1 au 8 septembre 1993), Brazzaville, OMS, 1993, 156 p.

OMS, *République de Côte d'Ivoire*, sd, sl, 8 p.

OMS, Série de rapports techniques. *Comité d'experts des insecticides. Rapport sur la première session*, Cagliari, 10-15 mai, 1949, 50 p.

OMS, Série de rapports techniques n° 744. *Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours*, Genève, OMS, 1987, 88 p.

OMS, Série de rapports techniques n°38. Rapport de la Conférence en Afrique équatoriale 1950 (Kampala, 27 novembre-9 décembre 1950), Genève, Palais de Genève, 1951, 82 p.

OMS, Série de rapports techniques n°39. Rapport sur la quatrième session (Kampala, Ouganda, 11-16 décembre 1950). Genève, Comité d'experts du paludisme (OMS), Palais de Genève, avril 1951, 34 p.

OMS, *Série de rapports techniques, n°123. Comité d'experts du paludisme, 6^e rapport* (Athènes 20-28 juin 1956), Genève, OMS, 1957, 86 p.

OMS, *Série de rapports techniques, n°205. Comité d'experts du paludisme, 8^e rapport* (Genève 25-30 juillet 1960), Genève, OMS, 1961, 54 p.

OMS, Série de rapports techniques, n°357. *Comité d'experts du paludisme, 13^e rapport* (Genève, 13-19 septembre 1966), Genève, OMS, 1967, 62 p.

OMS, Série de rapports techniques, n°39. *Comité d'Experts du paludisme. Rapport sur la quatrième session* (Kampala, Ouganda, 11-16 décembre 1950), Genève, OMS, 1951, 34 p.

OMS, Série de rapports techniques, n°467. *Comité d'experts du paludisme, 15^e rapport*, Genève, OMS, 1971, 62 p.

OMS, *Série de rapports techniques, n°467. Comité d'experts du paludisme, 15^e rapport* (Genève 19-30 juin 1970), Genève, OMS, 1971, 62 p.

OMS, Série de rapports techniques, n°537. *Lutte contre le paludisme dans les pays où un programme d'éradication limité dans le temps n'est pas réalisable actuellement*, Genève, OMS, 1974, 76 p.

OMS, Série de rapports techniques, n°549. *Comité d'experts du paludisme, 16^e rapport*, Genève, OMS, 1974, 96 p.

OMS, Série de rapports techniques, n°640. *Comité OMS d'experts du paludisme, 17^e rapport*, Genève, OMS, 1979, 80 p.

OMS, Série de rapports techniques, n°688. *Comité OMS d'experts de la biologie des vecteurs et de lutte antivectorielle : Lutte antivectorielle intégrée*, Genève, OMS, 1983, 83 p.

OMS, Série de rapports techniques, n°735. *Comité OMS d'experts du paludisme, 18^e rapport*, Genève, OMS, 1986, 120 p.

OMS, Série de rapports techniques, n°8. Rapport sur la troisième session (Genève, 10-17 août 1949). Genève, Comité d'experts du paludisme (OMS), 1949, 54 p.

OMS, *Terminologie du paludisme et de l'éradication du paludisme*, Genève, OMS, 1964, 176 p.

OMS, Trente et unième session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique, (Accra, République du Ghana, 16-23 septembre 1981). Rapport final, Accra, Bureau Régional de l'Afrique, 1981, 159 p.

OMS, Trente-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Rapport du comité régional, Lusaka, 11 au 18 septembre 1985, Brazzaville, Bureau régional Afrique de l'OMS, 1985, 248 p.

OMS, *Trente-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Rapport du comité régional*, Brazzaville, 10 au 17 septembre 1986, Brazzaville, Bureau régional Afrique de l'OMS, 1986, 191 p.

OMS, *Trentième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue à Brazzaville, République populaire du Congo du 17 au 24 septembre 1980. Rapport final*, Brazzaville, Bureau régional Afrique de l'OMS, 1980, 146 p.

Paillette (C), « De l'organisation d'hygiène de la SDN à l'OMS. Mondialisation et régionalisation dans le domaine de la santé, 1919-1954 », *Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin*, 2010, vol. 2, n°32, p. 193-198.

Pampana (Dr E.J.), *Lutte antipaludique par les insecticides à action rémanente. Résultats des grandes campagnes*, Série de monographie, Genève, OMS, 1951, 72 p.

Vaucel (M), Roubaud (E), Galliard (H), *Terminologie du paludisme. Rapport d'un groupe de rédaction nommé par l'OMS*, Genève, OMS, 1954, 96 p.

WHO, *A global strategy for malaria control*, Geneva, WHO, 1993, 30 p.

WHO, *Declaration on Strengthening District Health Systems Base on Primary Health Care: Harare Declaration (Interregional meeting on Strengthening district health systems)*, Harare, Zimbabwe, 3-7 august 1987, 3 p.

WHO, *Malaria Eradication. Report on the Third African Malaria Conference organized jointly by the Regional Office for Africa of the World Health Organization and the Commission for Technical Co-operation in Africa South of the Sahara, Third African malaria Conference (Yaoundé, Cameroun 3-13 july 1962)*, OMS, Geneva, 1962, 145 p.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages généraux

Aïach (P), Delanoë (D), dir, *L'ère de la médicalisation*, Paris, Economica, 1998, 251 p

Attia (Y), « Médecine moderne et médecine traditionnelle » *Kasa Bya Kasa*, Institut d'Ethnosociologie, 1975, n°6, déc, p. 5-16

Biancani (Dr), Wagnon (Dr), *Le guide missionnaire médical et pharmaceutique*, Paris, Guides missionnaires, 1951, 1100 p

Boultareau (D), *L'analyse de pratiques professionnelles en FLE : au cœur d'un dispositif institutionnel*, mémoire de Master 2 professionnel, Université Stendhal Grenoble 3-UFR des

sciences du Langage, 2011, 129 p : Disponible en ligne : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00606178/document>

Cadiou (F) et al, *Comment se fait l'histoire. Pratiques et enjeux*, Nouvelle Ed, Paris, La Découverte, 2011, 406 p.

Collignon (R), Becker (Ch), *Santé et population en Ségambie. Des origines à 1960*, Paris, INED, 1989, 554 p.

Gaschen (H), *Nos ennemis les moustiques. Petit guide pratique de la lutte antimoustique*, Lausanne, Lib rouge F, 1944, 61 p

Gourévitch (D), dir, *Histoire de la médecine. Leçons méthodologiques*, Paris, Ellipses, 1995, 199 p.

Lainé (A), dir, *La drépanocytose. Regards croisés sur une maladie orpheline*, Paris, Karthala, 2004, 331 p

Lopes (C), « La coopération technique, concept marqué par l'histoire », p. 69-82 : Disponible sur www.politique-africaine.com/numeros/pdf/062069.pdf

Ministère de l'Environnement et de la forêt, Programme des Nations Unies pour l'Environnement, *Diversité biologique de la Côte d'Ivoire : Rapport de synthèse*, Abidjan, 1999, 276 p: document disponible en ligne sur <http://bch-cbd.naturalsciences.be/civoire/contribution/monographie/monographie.pdf>

Reynes (V), *Précis d'épidémiologie et de prophylaxie des grandes endémies*, Paris, Masson, 1955, 419 p

Veyne (P), *Comment on écrit l'histoire, suivi de Foucault révolutionne l'histoire*, Paris, Ed. du Seuil, 1971, 242 p.

République de Côte d'Ivoire, *Etude de faisabilité des forages manuels. Identification des zones potentiellement favorables*, Unicef, Lomé, 2009, 73 p : disponible en ligne sur [http://unicef.org/french/wash/files/Cote_Ivoire_Rapport_final_des_zones_favorables_\(FINAL\).pdf](http://unicef.org/french/wash/files/Cote_Ivoire_Rapport_final_des_zones_favorables_(FINAL).pdf)

Sur l'histoire de la médecine moderne et coloniale

Anderson (W), «Where is post-colonial history of Medicine? », *Bulletin of the history of Medicine*, 1998, 72 (2), p. 522-530.

Anderson W, « Disease, race and empire », *Bull. Hist. Sci.*, 1996, 70, p. 62-67.

Bado (J.P), Eugène Jamot 1879-1937. *Le médecine de la maladie du sommeil ou trypanosomiase*, Paris, Karthala, 2011, 444 p

Beigbeder (Y), *L'Organisation Mondiale de la Santé*, Paris, Puf, 1995, 206 p

- Bertrand (D), Bertrand (L), *L'OMS : Bateau ivre de la santé publique. Les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies*, Paris, L'Harmattan, 1997, 177 p.
- Blanc (F), Siguier (F), *Guide clinique et thérapeutique à l'usage des médecins des troupes coloniales d'Extrême-Orient*, Paris, Société des imprimeries et librairies indochinoises, 2^e ed., 1948, 1062 p.
- Bourdelaïs (P) et al, *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles)*, Paris, Belin, 2011, 543 p
- Bynum (W.F), *Science and the practice of medicine in the 19th century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994, 283 p
- Cartwright (F.F), *A social history of medicine*, Londres, Longman, 1977, 209 p
- Chiffolleau (S), *Genèse de la santé publique internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes, IFPO-Presses Universitaires de Rennes, 2012, 287 p
- Cunningham (A), Williams (P), *The laboratory revolution in medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, 347 p
- Darmon (P), *La longue traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive*, Paris, Perrin, 1985, 503 p
- Delaporte (F), *Le savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, PUF, Bibliothèque d'histoire des sciences, 1990, 194 p
- Delaunay (A), *L'Institut Pasteur des origines à aujourd'hui*, Paris, France Empire, 1962, 367p
- Desaive (J-P), Goubert (J-P), Peter (J-P), *Médecins, climats et épidémies*, Paris, Mouton, 1972, 254 p
- Duguet (J), Robion (J), « Désinsectisation, désinfection et dératisation des avions », *La Médecine aéronautique*, 1946, t.1, n°4, p. 213-235.
- Faure (O), *Les Français et leur médecine au XIXe siècle*, Paris, Belin, coll. Histoire et société, 1993, 316 p
- Foucault (M), *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*, Paris PUF, 1963, 316 p
- Gourevitch (D) (sd), *Histoire de la médecine. Leçons méthodologiques*, Paris, Ellipses, 1995, 199 p.
- Grodos (D), *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*, Paris, Karthala-Ucl, 2004, 448 p
- Guillaume (P), *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris, Comité d'histoire de la sécurité sociale, 1996, 302 p
- Headrick (R), *Colonialism, health and illness in French Equatorial Africa, 1885-1935*, Atlanta, African Studies Association Press, 1994, 496 p.

Héraut (L-A), « La médecine militaire coloniale française. Une aventure médicale de trois quarts de siècle (1890-1968) », *Histoire des Sciences Médicales*, 2006, t. XL, n°4, p. 381-392

Herzlich (C) et al, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français 1930-1980*, Paris, Doin, INSERM, 1993, 274 p.

Herzlich (C), *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de la guérison*, Paris, Patot, 2^e ed., 1991, 313 p

Hours (B) « La santé publique entre soins de santé primaires et management », *Cahier des Sciences Humaines*, 1992, vol. 28, n°1, p. 123-140.

Howard-Jones (N), *La santé publique internationale entre les deux guerres, les problèmes d'organisation*, Genève, OMS, 1979, 96 p

Howard-Jones (N), *Les bases scientifiques des conférences sanitaires internationales 1851-1938*, Genève, OMS, 1979, 121 p

Iliffe (J), *East African doctors: a history of the modern profession*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988, 336 p.

Lyons (M), *The Colonial Disease. A social history of sleeping sickness in Northern Zaire, 1900-1940*, Cambridge-New York, Cambridge University Press, 1992, 335p.

Patterson (K.D), « Disease and medicine in African history: A bibliographical essay », *History in Africa*, 1974, I, p.141-148

Petitjean (P), Jami (C) & Moulin (A-M) (ed), *Science and Empires. Historical studies about scientific development and European expansion*, Dordrecht-London, Kluwer Academic Publishers, 1992, 411 p.

Picard (J-F), « Naissance de la biomédecine: le point de vue d'un historien », *Histoire de la médecine et des sciences*, jan 1996, n°1, vol. 12, p. 97-102

Van Dormael (M), *La médecine coloniale ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde*, Antwerp, Studies Health Organisation and Policy, 1997, 40 p.

Waast (R) (éd.), *Les sciences hors d'Occident au XXe siècle. Les sciences coloniales : figures et institutions*, vol.2, Paris, Orstom Ed., 1996, 353 p

Verdrager (J), *L'OMS et le paludisme. Mémoires d'un médecin spécialiste de la malaria*, Paris, L'Harmattan, 2005, 186 p.

Sur la santé en Côte d'Ivoire et en Afrique

Adjagbé (A), Konan Bla (C), « Objectifs et réalités des formations des soignants en Côte d'Ivoire » : dans Vidal(L), Fall(A.S) Gadou (D), Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques, Paris, l'Harmattan (Logiques sociales), 2005, p.151-169

Aka (B-T), *Les Soins de santé primaires en Côte d'Ivoire* : approches des difficultés de la mise en place, Mémoire de fin de stage, Rennes, Ecole Nationale de santé publique de Rennes, 1986, 35 p+ 39 p (annexes).

Amichia (F), *La santé publique et l'hygiène en Côte d'Ivoire de 1945 à 1958*, thèse de doctorat de 3^e cycle d'histoire (Direction A. Nouschi), Université de Nice (UER Lettres et sciences humaines), Nice, 1980, 236 p.

Anonyme, Argent et santé. Expériences de financement communautaire en Afrique. Actes du séminaire international, 24-27 septembre 1991, CIE, Paris, 1991, 321 p

Anonyme, *Profil du système de santé de la Côte d'Ivoire*, Abidjan, juillet 2004, 30 p.

Anonyme, recommandation du Comité interministériel des SSP, 4 et 5 septembre 1986, 3 p

Bado (J.P), *Origine du Service des Grandes endémies. Naissance de l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies*, OCCGE, Bobo-Dioulasso/ Université de Provence, 1993, 43 p.

Ben Salem (L.S), *Système et politiques de santé au Sénégal et dans certains Etats d'Afrique subsaharienne. Difficultés et échecs des réformes*, thèse pour le doctorat d'Etat en Droit et financement du Développement (Direction J. Basso), Faculté de Droit et des Sciences Economiques, Institut de Droit de la Paix et du Développement, Nice, Université de Nice-Sophia-Antipolis, 2003, 402 p.

Berche (Th), *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, Paris, Karthala, 1998, 232 p

Brisson (M), *Histoire et organisation de la médecine en République de Côte d'Ivoire*, thèse de médecine, Université Paris VII, Faculté de médecine de Lariboisière-Saint-Louis, 1979, 126 p.

Brunet-Jailly (J), Hugon (P) « La santé », dans Photios Tapinos (G), Hugon (P) et Vimard (P), sd, *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI^e siècle. Défis démographique et développement durable*, Paris, Karthala, 2002, p. 326-367.

Delolme (H-G D'), « Les soins de santé primaires en Côte d'Ivoire : problématique et possibilité d'action », dans République de Côte d'Ivoire, ministère de la santé Publique, INSP, *Commission des soins de santé primaires (SSP) en vue de l'objectif de santé pour tous d'ici à l'an 2000*, Abidjan, INSP, 1984, 47 p+15 p (annexes).

Domergue-Cloarec (D), *Politique coloniale française et réalités coloniales ; la santé en Côte d'Ivoire : 1905-1958*, Association des publications de l'Université de Toulouse, Le Mirail, Toulouse, 1986, 2 vol., 1319 p.

Dr Senellart, « SSP : analyse des rapports des médecins-chefs concernant la mise en place des SSP dans les secteurs de santé rurale », dans République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé Publique, 8^e Réunion Technique des médecins-Chefs de secteurs de Santé Rurale (10 au 18 décembre 1985) Santé Publique et endémies, t.1 : Compte-rendu des débats, 1985, Abidjan, p. 344-355.

Görge (H), Kirsch-Woik (T), Schmidt-Ehry (B), *Le système de santé de district. Expériences et perspectives en Afrique. Manuel à l'utilisation des professionnels de la santé publique*, Wiesbaden UniversumVerlag, 2^e éd., 2004, 290 p.

Grah-Bialé (T), *Le service public hospitalier dans l'organisation sanitaire en République de Côte d'Ivoire*, thèse de Droit médical et de santé publique (Direction : J. Moreau), Université de Rennes, Faculté des Sciences juridiques, Rennes, 1976, 394 p.

Grodos (Daniel), *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*, Paris, Karthala-Ucl, 2004, 446 p.

Hugon (P) « Rétrospective et perspectives économiques », dans Photios Tapinos (G), Hugon (P) et Vimard (P), sd, *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI^e siècle. Défis démographique et développement durable*, Paris, Karthala, 2002, p. 135-192.

Jaffré (Y), Olivier De Sardan (J.P), *Une médecine inhospitalière ; les difficultés de relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003, 462 p

Juhé-Beaulaton (D), Lainé (A), « Processus d'acquisition et de transmission des ressources thérapeutiques africaines dans les sources européennes du XVII au XIX^e siècle », *Outre-mer (revue d'Histoire)*, 2005, t. 93, n°346-347, p. 47-78.

Koukpo (R), *Santé publique au sein de la CEDEAO à la suite de l'Initiative de Bamako : évaluation et adaptation des politiques de santé. Rapport de stage*. Bordeaux, Université Montesquieu Bordeaux IV, 2007, 83 p.

Ngami Dja (E), *La politique de santé dans le processus de développement en Côte d'Ivoire*, mémoire de maîtrise, UER de Géographie et sciences de la société, Université Paris 7 Jussieu, 1980, 113 p

Photios Tapinos (G), Hugon (P) et Vimard (P), (dir), *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI^e siècle. Défis démographique et développement durable*, Paris, Karthala, 2002, 498 p.

République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé Publique et de la Population, Programme général des réalisations du Plan national de santé Publique (mise à jour 1965), Ministère des Finances, des Affaires Economiques et du Plan, s.d, Abidjan, 157 p.

République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé Publique, 8^e Réunion Technique des médecins-Chefs de secteurs de Santé Rurale (10 au 18 décembre 1985) Santé Publique et endémies, Tome1 : Compte-rendu des débats, 1985, Abidjan, 373 p.

République de Côte d'Ivoire, ministère de la santé Publique, INSP, Commission des soins de santé primaires (SSP) en vue de l'objectif de santé pour tous d'ici à l'an 2000, Abidjan, INSP, 1984, 47 p+15 p (annexes).

République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé publique, Plan national de développement sanitaire 1996-2005, t.1 : Diagnostic, politique et stratégie, Abidjan, 1996, 50 p.

Ridde (V), *L'Initiative de Bamako 15 ans après*. Un agenda inachevé, Washington, The World Bank, 2004, 40 p.

Ridde (V), Girard (J-E), « Douze ans après l'Initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains », *Santé Publique*, 2004, n°1, vol. 16, p. 37-51.

Velasquez (G), « Origine et évolution du concept du médicament essentiel promu par l'OMS », *Tiers-Monde*, 1991, t. 32, n°127, p. 673-680.

Vidal (L), Kuaban (C), dir, *Sida et tuberculose : la double peine ? Institutions, professionnels et sociétés face à la coinfection au Cameroun et au Sénégal*, Louvain-la-Neuve, Bruyant-Académie, 2010, 378 p

Vidal(L), Fall(A.S) Gadou (D), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest*. Entre savoirs et pratiques, Paris, L'Harmattan (Logiques sociales), 2005, 328 p.

Sur le paludisme en Côte d'Ivoire et en Afrique

Adou-Bryn (K.D) et al, « Essai clinique de l'amodiaquine dans la commune d'Attécoubé (Abidjan, Côte d'Ivoire, mai-décembre 1995), *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 2000, vol. 93, n°2, p. 115-118.

Amat-Roze (J.-M), Remy (G), « Paysage épidémiologique du paludisme dans l'espace ivoiro-voltaïque », *Médecine Tropicale*, juillet-aout 1982, vol. 42, n°4, p. 383-392.

Assé (N) et al, « L'accès palustre en milieu hospitalier : mythe ou réalité ? », *Médecine d'Afrique Noire*, février 1982, t. XXIX, n°2, p. 170-172.

Attisso (M), « Les antimalariques d'utilisation courante au Sénégal et en Côte d'Ivoire d'après les données statistiques », *Médecine d'Afrique noire*, 1968, n°10, t. XV, p. 375-380.

Baudon (D) et al, « Stratégies de contrôle des paludismes », *Etudes Médicales*, sept 1984, n°3, p. 167-176.

Baudon (D), « Les paludisme en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, 2000, n° spécial, p. 36-45.

Baudon (P) et al, «La lutte antipaludique en Afrique : de l'éradication du paludisme au contrôle des paludismes », *Revue d'Epidémiologie et de santé publique* », 1987, n°35, p. 401-415.

Boa (A. R), *Enquête sur l'observance de la chimioprophylaxie antipalustre chez le nourrisson de 0 à 12 mois dans la commune d'Abobo-Gare : à propos de 756 cas*, thèse de médecine, Université d'Abidjan, 1989, 93 p

Bourgeade (A), « Le paludisme, la fièvre et la quinine », *Médecine d'Afrique Noire*, décembre 1975, t. XXII, n°12, p. 141-143.

Bruce-Chwatt (L.J) « A longitudinal survey of natural malaria infection in a group of west african adults », West african medical journal, October 1963, p. 199-217.

Bruce-Chwatt (L.J), « Problems of malaria control in Tropical Africa », British Medical Journal, 1954, 1, p. 169-174.

Bruce-Chwatt (L.J) et al (dir.), Chimiothérapie du paludisme, 2^e éd., Genève, OMS, 1984, p. 9-10.

Bruce-Chwatt (L.J), « Resurgence of malaria and its control », Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 1974, 77(4) (suppl.), p. 62-66.

Candeau (M.G), Journée mondiale de la santé : *l'éradication du paludisme. Un défi au monde*, 7 avril 1960, sl, 1960, 6 p

Carnevale (P) et al, « Epidémiologie générale : faciès épidémiologiques des paludismes en Afrique subsaharienne », Etudes Médicales, septembre 1984, n°3, p.123-133.

Carnevale (P), Moustiquaires imprégnées et paludisme, Médecine tropicale, 1998, n°58, p. 243-244.

Carnevale (P), Robert (V) et al, Les anophèles : biologie, transmission du plasmodium et lutte antivectorielle, Marseille, IRD Ed., 2009, 391 p.

Cess (H-S.N), Le neuropaludisme à Abidjan : étude rétrospective en milieu hospitalier à propos de 60 observations colligées de 1981 à 1986 ; diagnostic, évolution et traitement, thèse de médecine, Université d'Abidjan, 1986, 169 p

Charmot (G), « Le traitement de l'accès palustre en milieu rural » : (extrait de la XVI^e Conférence Technique de l'OCEAC, Yaoundé, 20-23 avril 1983), *Médecine d'Afrique Noire*, aout-septembre 1983, t. XXX, n°8/9, p. 172.

Coz (J) et al, « Etudes entomologiques sur la transmission du paludisme humain dans une zone de forêt humide dense, la région de Sassandra, République de Sassandra », Cahiers Orstom. Série Entomologie Médicale et Parasitologique, 1966, t.4, vol.7, p. 13-42

Coz (J) et al, « La résistance des anophèles aux insecticides en Afrique tropicale et à Madagascar », Cahiers Orstom, série Entomologie médicale, 1968, vol. VI, n°3/4, p. 207-210

Coz (J), *Compléments d'information sur les vecteurs du paludisme*, Conférence technique de l'OCCGE, juillet 1967, Bobo-Dioulasso, p. 153-156

Coz (J), *Contribution à l'étude du complexe A. Gambiae, Rapport n°7*, OCCGE, Bobo-Dioulasso, 1969, 16 p

Coz (J), *Contribution à l'étude du complexe A. Gambiae, Rapport n°6*, OCCGE, Bobo-Dioulasso, 1968, 5 p

Coz (J), *Contribution à l'étude du complexe A. Gambiae, Rapport n°5*, OCCGE, Bobo-Dioulasso, 1968, 7 p

Coz (J), Hamon (J), « Importance pratique de la résistance aux insecticides en Afrique au Sud du Sahara pour l'éradication du paludisme dans ce continent », Cahiers Orstom ; série Entomologie Médicale et Parasitologie, 1963, n°1, p. 27-37

Coz(J), Hamon (J), « Recherche d'insecticides opérationnels en matière de lutte antipaludique », *Médecine d'Afrique Noire* », juin 1967, n°6, p.

Darriet (F), La lutte contre les moustiques nuisants et vecteurs de maladies, Paris, Karthala-Orstom, 1998, 110 p.

Darriet (F) et al, Présence et évolution de la résistance aux pyréthriinoïdes et au DDT chez deux populations d'anophèles *Gambiae* SS d'Afrique de l'Ouest, OMS, 1997, 15 p

Darriet (F), Moustiquaires imprégnées et résistance des moustiques aux insecticides, Paris, IRD Editions, 2007, 117 p.

Dieket (P-P), Fièvre et paludisme au dispensaire de Cocody Nord ; efficacité et acceptabilité d'une dose unique orale de chloroquine, thèse de médecine, Abidjan, 1987, 49 p

Diomandé (A), Evaluation de la prise en charge du paludisme dans les établissements sanitaires publics de la ville d'Abidjan, thèse de médecine, Université de Cocody, 1995, 208 p

Doannio (J.M.C) et al, « Représentation sociale et pratiques liées à l'utilisation des moustiquaires dans la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest) », *Médecine Tropicale*, 2006, n°66, p. 45-52.

Escudie (A), Hamon (J), « La zone antipaludique de Bobo-Dioulasso », Bulletin semestriel de l'OCCGE, décembre 1962, n°1, p. 47-65

Escudie (A), Hamon (J), Godin (J), « Le paludisme et l'importance de sa transmission dans la région de Man, République de Côte d'Ivoire », *Rivista di malarologia*, 1962, t.41, n°1-3, p. 3-22

Escudie (B) et Hamon (J), Le paludisme en Afrique Occidentale d'expression française, *Médecine Tropicale*, 1961, n°spécial, vol 21, p. 661-675

Farinaud (M. E), La lutte contre le paludisme dans les colonies françaises, *Annales de Médecine et pharmacie coloniales*, oct-déc 1935, t. XXXIII, n°4, p. 919-969.

Fintz (M), Moustiques et gouvernement du paludisme en Afrique. De la conservation de la nature à l'organisation du marché des biens de lutte, thèse de doctorat en science politique (Direction : J. B. Legavre), Institut d'Etudes politiques, Université Robert Schuman – Strasbourg III, 2004, 665 p.

Guiguemdé (T.R) et al, « Formation pour la lutte contre le paludisme : le cours international de paludologie de Bobo Dioulasso (Burkina Faso) », *Publications Médicales Africaines*, sept. 1991, n°116, p. 8- 10.

Guillon (P), « Le problème sanitaire dans les territoires africains », Revue de la communauté France-Eurafrique, jan 1960, n°107, p. 19-20

Hamon (J) et al, Résistance aux insecticides et contrôle des vecteurs de maladies en Afrique Occidentale et Centrale, OCCGE-Centre Muraz-Laboratoire d'entomologie, Bobo-Dioulasso, 1968, 27 p

Hamon (J), Adam (J.P), Grjebine (A), « Observation sur la répartition et le comportement des anophèles de l'Afrique Equatoriale française, du Cameroun et de l'Afrique Occidentale' », *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1956, n°15, p. 549-591

Hamon (J), Coz (J), « Epidémiologie générale du paludisme humain en Afrique occidentale. Répartition et fréquence des parasites et des vecteurs et observations récentes sur quelques-uns des facteurs gouvernant la transmission de cette maladie », *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, juillet-Aout 1966, t.59, n°4, p. 466-483

Hamon (J), Dedewanou (B), Eyraud (M), « Etudes entomologiques sur la transmission du paludisme humain dans une zone forestière africaine, la région de Man, République de Côte d'Ivoire », *Bulletin de l'IFAN*, 1962, t. XXIV, série A, n°3, p. 854-879

Hamon (J), Dufour (D^r G), « La lutte antipaludique à la Réunion », *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1954, 11, p. 525-556

Hamon (J), Garrett-Jones (C), « La résistance aux insecticides chez des vecteurs majeurs du paludisme et son importance opérationnelle », *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1963, n°28, p. 1-24

Hamon (J), *Laboratoire d'entomologie du centre Muraz : rapport annuel d'activité pour 1970*, OCCGE, Bobo-Dioulasso, 1971, 25 p

Hamon (J), Mouchet (J), Chauvet (G), Lumaret (R), « Bilan de quatorze années de lutte contre le paludisme dans les pays francophones d'Afrique tropicale et Madagascar. Considérations sur la persistance de la transmission et perspectives d'avenir », *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, Septembre-octobre 1963, t. 56, n°5, p. 933-971

Hamon (J), Schneider (J), « Résultats d'une chimioprophylaxie antipaludique de masse par l'association amino-4-quinoléine / Amino-8-quinoléine en milieu rural africain de la région de Bobo-Dioulasso (Haute-Volta, 1960) : Etude comparée en zone traitée au DDT et en dehors de cette zone », *Médecine Tropicale*, mars-avril 1962, vol. XXII, n°2, p. 269-288 +18 p (annexes)

Harrison (G), *Mosquito, malaria and man: a history of hostilities since 1880*, Londres, John Murray, 1978, 314 p.

Holstein (M), *Guide pratique de l'anophélisme en AOF*, Dakar, Direction générale de la Santé Publique, 1951, 58 p

Holstein (M.H), « Notes sur l'épidémiologie du paludisme en Afrique Occidentale française », *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1951, n° 4, 463-473

Jackson (J) « Cognition and the Global Malaria Eradication Programme », *Parassitologia*, 1998, 40(1-2), p. 193-216.

Koné A. (B), *Contribution à l'étude du paludisme dans la région de Taï (Guiglo R.C.I) : réponses thérapeutiques dans différents secteurs de santé*, Thèse de médecine, Abidjan, 1991, 236 p

Kouakou (K. D), *La chimiothérapie antipalustre à Abidjan : analyse et réflexion à propos d'une enquête auprès de 318 adultes*, thèse de médecine, Université d'Abidjan, 1989, 163 p

Kouamé M. B. (N), *Arthémether Versus quinine dans le traitement du paludisme grave à plasmodium falciparum chez l'adulte*, thèse de médecine, Université d'Abidjan, 1994, 80 p

Kouassi (D), *Contribution à l'étude de l'efficacité et de la tolérance in vivo de l'amodiaquine à la posologie de 35 mg/ kg / 72 heures dans le traitement du paludisme à plasmodium falciparum à Abidjan dans la commune d'Attécoubé*, thèse de médecine, Université d'Abidjan, 1996, 158 p

Le Gall (R), *Le paludisme en Afrique Occidentale, au Togo et à Madagascar en 1941*, *Bulletin de l'office international d'hygiène publique*, 1944, t. XXXVI, n°5-6, p. 203-224.

Le médecin-Capitaine E. Noel, « Le paludisme en Afrique Occidentale française », *AOF Magazine*, 1957, n° Spécial, 92 p

Le paludisme, *Marchés coloniaux*, 29 nov. 1947, n° 108, p. 1679-1684

Loh (M), *Contribution à l'étude clinique et évolution du neuropaludisme chez l'enfant au CHU de Cocody*, thèse de médecine, Université d'Abidjan, 1993, 110 p

Macdonald (G), *Fondements épidémiologiques de la lutte contre le paludisme*, Conférence sur le paludisme en Afrique (Lagos, Nigéria : 28 nov. – 6 déc. 1955), OMS, 1955, 22 p (+annexes)

Memain Srado (D), *Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide en Côte d'Ivoire : Etude de cas dans la Région sanitaire d'Abidjan (Janvier 2006)*, mémoire de fin d'études, cycle de mastère en Administration Sanitaire et Santé Publique (Management des Services de Santé), Institut d'Administration sanitaire, Rabat, juillet 2010, 76 p (+14 p annexes).

Mouchet (J), Coz (J), *Epidémiologie du paludisme*, Orstom, Bondy, 1971, 24 p

Mouchet (J), Hamon (J), « Echecs des campagnes d'éradication du paludisme dus au comportement des vecteurs », *Bulletin semestriel de l'OCCGE, Bobo-Dioulasso*, 1963, n°2, p. 13-22

Mouchet (Jean) et al, « Typologie du paludisme en Afrique », *Cahiers Santé*, 1993, n°3, p. 220-238.

Mouchet (J), « Le DDT en santé publique », *Cahiers Santé*, 1994, n°4, p. 257-262

Mouchet (J) et al, *Biodiversité du paludisme dans le monde*, John Libbey Eurotext, Paris, 2004, 428 p

Najera (J.A), « Le paludisme et l'action de l'OMS », *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 1989, vol.67, n°4, p.347-363.

Ndjéka K. (N), *Contribution à l'évaluation de l'efficacité parasitologique d'une dose unique de deux antimalariques dans une région d'Abidjan (M'pouto)*, thèse de médecine, Université d'Abidjan, 1987, 113 p

Niangué (J), *Lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire (août 1997- 22 décembre 2003)*, Abidjan, Direction de coordination du PNLP, 2003, 14 p.

Niangué (J), *Lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire : état d'avancement*, Abidjan, Direction de Coordination du Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme, Abidjan, 2001, 10 p.

Ouégnin (A-L. A.), *Enquête concernant la délivrance et l'utilisation des antipaludiques dans l'agglomération d'Abidjan*, thèse de médecine, Université d'Abidjan, 1988, 109 p.

Pène (P), Bertrand (Ed), (sd), « Pathologie médicale générale en Afrique », Médecine Tropicale, 1972, Dion, Paris, 80 p

Quenum (A), « Les vicissitudes des programmes d'éradication du paludisme en Afrique », *Médecine d'Afrique Noire*, juin 1967, t. XIV, n°6, p. 61-63.

Ramiandrasoa (P.M.M), *Evolution des notices sur l'épidémiologie du paludisme en Afrique de l'Ouest francophone de 1950-1980*, Thèse de médecine, Marseille, 1980, 79 p.

Rey (J-L), « Efficacité parasitologique d'une dose unique de deux antimalariques oraux chez des enfants de la Région d'Abidjan », dans République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé Publique, 8^e Réunion Technique des médecins-Chefs de secteurs de Santé Rurale (10 au 18 décembre 1985) Santé Publique et endémies, t. 2 : Compte-rendu des débats, 1985, Abidjan, p. 6-19.

Richet (P), « La lutte contre les grandes endémies en Afrique Noire et particulièrement en ex-AOF », *Tropiques*, 1960, n°429, p. 6-19.

Ricossé (J.H) et al, « Faits nouveaux relatifs à l'épidémiologie et au contrôle du paludisme en Afrique tropicale francophone », *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1969, vol. 63, n°4, p. 36-41

Ricossé (J.H) et al, « Le paludisme et ses aspects particuliers en Afrique tropicale francophone », *Etudes médicales*, mars 1970, n°1, Editions et Publications des Pères Jésuites, 75 p

Scott (H), « Le paludisme », *Médecine Tropicale*, jan-fev 1948, n°1, p. 60-100

Serie (F), « Histoire de la lutte contre les grandes endémies en Côte d'Ivoire », *Annales de la société belge de médecine tropicale*, Bruxelles, 1971, n° 51, 4-5, p. 433-442

Soro (B), « Avantages et inconvénients de la chimioprophylaxie antimalarique. Evaluation d'un essai de 4 mois en Côte d'Ivoire », *Médecine d'Afrique Noire*, mai 1990, n° XXXVII, n°5, p. 268-270.

Soro (N.B), Coulibaly (A), Rey (J.L), « Evolution clinique sous traitement ambulatoires des accès palustres (probables) en milieu rural de Côte d'Ivoire », *Médecine d'Afrique Noire*, décembre 1989, t. XXXVI, n°11, p. 262-263.

Taleb (I), *Contribution à l'étude des syndromes fébriles, à propos de 1301 observations aux urgences médicales du CHU de Treichville*, thèse de médecine, Université Abidjan, 1997, 256 p

Thiombiano S. (R), Aspects actuels du traitement curatif du paludisme, Mémoire de C.E.S de médecine, Maladies infectieuses et tropicales, Université d'Abidjan, 1992, 60 p

Traoré (S), « La lutte contre les grandes endémies en Afrique occidentale francophone », *Annales de la société belge de médecine tropicale*, 1971, n°51, 4-5, p. 523-540.

Vincke (I.H) « L'éradication du paludisme », *Annales de la Société belge de Médecine tropicale*, 1961, n°2, p. 233-248

Wognaih (P.N), Etude in vivo de la sensibilité de Plasmodium faciparum à la chloroquine dans la région de Bonoua, thèse de médecine, Université d'Abidjan, 1993, 134 p.

Woné (I), Michel (R) « Bilan de la chimioprophylaxie systématique par chloroquine au Sénégal 1963-1966 », *Médecine d'Afrique Noire*, juin 1967, t. XIV, n°6, p. 50-51.

Sur l'enseignement supérieur et la formation médicale

Akira (S), Manso (L), Adiko (A), « Inventaire de l'enseignement supérieur en Côte d'Ivoire », *Africa Research Series*, n°8, Institute of Developing Economies, Chiba(Japon), 2003, 251 p.

Anonyme, « Table ronde sur la médecine en Afrique noire », *Présence Africaine*, 1969, vol.1, n°69, 1^e trimestre, p. 28-141.

Aubry (P), Rakotobé (P) « La formation médicale à Madagascar de 1870 à nos jours », *Médecine Tropicale*, 2000, vol.60, t.4, p. 345-347

Barthélémy (P), « La formation des Africaines à l'École normale d'institutrices de l'AOF de 1938 à 1958. Instruction ou éducation ? » *Cahiers d'Études africaines*, 2003, t. XLIII, (1-2), n° 169-170, p. 371-388.

Bertrand (E) « Le C.H.U d'Abidjan et la formation médicale en Côte d'Ivoire », *Médecine d'Afrique Noire*, 1972, t. XIX, n°4, p. 267-271.

Bertrand(E), « La Faculté de Médecine d'Abidjan. Hier et aujourd'hui », *Médecine d'Afrique Noire*, 1976, t. 23, n° spécial, p. 13-17

Bonneuil (C), « Des savants pour l'Empire, les origines de l'Orstom », *Cahiers pour l'histoire du CNRS 1939-1989*, 1990, n°10, p. 83-102.

Bonneuil (Ch), Petitjean (P), « *Les chemins de la création de l'ORSTOM, du front populaire à la libération en passant par Vichy, 1936-1945. Recherche scientifique et politique coloniale* »,

dans Waast (R) (éd.), *Les sciences hors d'Occident au XXe siècle. Les sciences coloniales : figures et institutions*, 1996, vol. 2, Paris, Orstom Ed., p. 114-160.

Combes (R), « Office de la recherche scientifique Outre-mer. Exposé des activités pour les années 1948-1949- 1950 », Notes et études documentaires, n°1446, Paris, Ed. de la Documentation française, Orstom, 1951, 71 p.

Coury (C), *L'enseignement de la médecine en France, des origines à nos jours*, Paris, Expansion scientifique française, 1968, 200 p.

Désalmand (P), *Histoire de l'éducation en Côte d'Ivoire* ; t.2 ; De la Conférence de Brazzaville à nos jours, Abidjan, Ceda, 1983, p. 463-1222.

Diarrassouba (V.C), *L'université ivoirienne et le développement de la nation*, NEA, Abidjan, 1979, 214 p.

Djoman Diplo (I), «Structure de la médecine hospitalière en République de Côte d'Ivoire », *Médecine d'Afrique Noire*, fev.1970, n°2, p. 117-120.

Fenndal (N.R.E), *Le personnel auxiliaire de la santé publique ; programme dans les pays en voie de développement*, Paris, 1973, 279 p

Gamble (H) « La crise de l'enseignement en Afrique occidentale française (1944-1950), *Histoire de l'Education*, oct-déc. 2010, n°128, , p. 129-162.

Gleizes (M), *Un regard sur l'Orstom 1943-1983. Témoignage*, ed. de l'Orstom, Paris, 1985, 122 p.

Manière (L), « La politique française pour l'adaptation de l'enseignement en Afrique après les indépendances (1958-1964) », *Histoire de l'Education*, oct-déc 2010, n°28, p. 163-190.

Mbaye (E.M), *Etude d'une profession de santé : les infirmiers au Sénégal de 1889 à 1968*, mémoire de maîtrise d'histoire, Faculté des Lettres et Sciences Humaines -Département d'Histoire, Université Cheick Anta Diop de Dakar, 2002, 116 p

Ndiaye (A), « La formation du personnel africain de la santé en AOF » dans Becker (C), Mbaye (S), Thioub (I) (éds), 1997, *AOF : réalités et héritages. Sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Direction des Archives du Sénégal, 2 vol., 1273 p. (Tome II : 1193-1202), p.1193.

Pène (P), « La Faculté de médecine d'Abidjan », *Médecine d'Afrique Noire* (n° spécial), 1970, t. XVII, n°2, p. 141-152.

Pène (P), Arziari (A), « L'Ecole de médecine du Centre hospitalier et universitaire provisoire de Treichville à Abidjan », *Annales de l'Université d'Abidjan* (Médecine), 1968, n°2, p.6-24

Singaravélou (P), « L'enseignement supérieur colonial ». Un état des lieux, *Histoire de l'éducation*, 2009, n°122, p.71-92.

UNESCO, La formation de personnel sanitaire en Afrique de 1960 à 1970 (Conférence d'Etats africains sur le développement de l'éducation en Afrique, Addis-Abeba, 15-25 mai 1961), Paris, OMS, 1961, 14 p.

Yangni-Angaté (A), *La Faculté de Médecine d'Abidjan*, Abidjan, doc ronéotypé, sd, 16 p + 2 p (annexes).

Sur la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire et en Afrique

Ambé (G-A), Malaise (F), « Divinité des plantes médicinales et ethnotaxonomie en pays *Malinké de Côte d'Ivoire* », dans Fleurentin (J), Pelt (J-M), Mazars (G), dir, *Des sources du savoir aux médicaments du futur*, Paris, IRD Editions, Société Française d'ethnopharmacologie, 2002, 467 p. (p. 311-338).

Bonnet (D) « Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso », dans Fassin (D), Jaffré (Y), Sociétés, Développement et santé, Paris, Ellipses, 1990, 287 p. (p. 243-258).

Diaby (B) et al, « Connaissances, attitudes et pratiques des tradipraticiens de la santé de la ville d'Abidjan sur le paludisme », *Mali Médical*, 2011, t. XXVI, n°3, p. 8-12.

Doannio (J.M.C) et al, « Représentations sociales et pratiques liées à l'utilisation des moustiquaires dans la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest), *Médecine Tropicale*, 2006, n°66, p. 45-52.

Franckel (A), Les comportements des recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le cas des enfants fébriles à Niakhar : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00195109/document>.

Hérait (L-A), « La médecine militaire coloniale française. Une aventure médicale de trois quarts de siècles (1890-1968), *Histoire des sciences médicales*, t. XL, n°4, 2006, 381-392

Iroko (F.A.), *Une histoire des hommes et des moustiques en Afrique. Côte des esclaves (XVIe-XIXe siècles)*, Paris, Ed. L'Harmattan, 1994, 168 p.

Kerharo (J) « La médecine traditionnelle en Afrique noire », dans Poulet (J), Sournia (J.-C), Martiny (M), *Histoire de la Médecine, de la Pharmacie, de l'Art Dentaire et de l'Art Vétérinaire*, Paris, Société française d'éditions professionnelles, médicales et scientifiques, t.6, 1979, 399 p

Kerharo (J), Bouquet (A), *Plantes médicinales et toxiques de la Côte d'Ivoire-Haute-Volta ; mission d'Etude de la pharmacopée indigène en AOF*, Paris, Vigot Frères, 1950, 295 p.

Konan (A), *Place de la médecine traditionnelle dans les SSP à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, thèse de médecine, Université Toulouse III Paul Sabatier, Toulouse, 2012, 104 p

Kouakou (B. J.-P), « Perception et prise en charge du paludisme en médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire », Paris, L'Harmattan, 2013, 116 p.

Memel-Fotê (dir), Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens, Paris, L'Harmattan, 1998, 209 p.

Memel-Foté(H), « La modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire », Revue internationale des sciences sociales (Politiques de santé et valeurs sociales), sept 1999, n°161, p. 379-392.

Sirois (F), « Quelques aspects de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne en Afrique de l'Ouest et leurs rapports dans le développement », *Médecine d'Afrique Noire*, 1973, t. 20, n°2, p. 79-86.

ANNEXES

ANNEXE 1

La Constitution de l'OMS : Disponible sur http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr

Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006

Le texte ci-dessous remplace celui qui figurait aux pages 1 à 18 de la quarante-cinquième édition des *Documents fondamentaux*, suite à l'entrée en vigueur des amendements adoptés par la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

CONSTITUTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ¹

LES ETATS parties à cette Constitution déclarent, en accord avec la Charte des Nations Unies, que les principes suivants sont à la base du bonheur des peuples, de leurs relations harmonieuses et de leur sécurité:

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmiété.

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des Etats.

Les résultats atteints par chaque Etat dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.

L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.

L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.

Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.

Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

ACCEPTANT CES PRINCIPES, dans le but de coopérer entre elles et avec tous autres pour améliorer et protéger la santé de tous les peuples, les Parties contractantes acquiescent à ladite Constitution et établissent par

¹ La Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 Etats le 22 juillet 1946 (*Actes off. Org. mond. Santé*, 2, 100) et est entrée en vigueur le 7 avril 1948. Les amendements adoptés par la Vingt-Sixième, la Vingt-Neuvième, la Trente-Neuvième et la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé (résolutions WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 et WHA51.23) sont entrés en vigueur le 3 février 1977, le 20 janvier 1984, le 11 juillet 1994 et le 15 septembre 2005 respectivement; ils sont incorporés au présent texte.

les présentes l'Organisation mondiale de la Santé comme une institution spécialisée aux termes de l'article 57 de la Charte des Nations Unies.

CHAPITRE I – BUT

Article 1

Le but de l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'Organisation) est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

CHAPITRE II – FONCTIONS

Article 2

L'Organisation, pour atteindre son but, exerce les fonctions suivantes :

- a) agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international ;
- b) établir et maintenir une collaboration effective avec les Nations Unies, les institutions spécialisées, les administrations gouvernementales de la santé, les groupes professionnels, ainsi que telles autres organisations qui paraîtraient indiquées ;
- c) aider les gouvernements, sur leur demande, à renforcer leurs services de santé ;
- d) fournir l'assistance technique appropriée et, dans les cas d'urgence, l'aide nécessaire, à la requête des gouvernements ou sur leur acceptation ;
- e) fournir ou aider à fournir, à la requête des Nations Unies, des services sanitaires et des secours à des groupements spéciaux tels que les populations des territoires sous tutelle ;
- f) établir et entretenir tels services administratifs et techniques jugés nécessaires, y compris des services d'épidémiologie et de statistique ;
- g) stimuler et faire progresser l'action tendant à la suppression des maladies épidémiques, endémiques et autres ;
- h) stimuler, en coopérant au besoin avec d'autres institutions spécialisées, l'adoption de mesures propres à prévenir les dommages dus aux accidents ;
- i) favoriser, en coopérant au besoin avec d'autres institutions spécialisées, l'amélioration de la nutrition, du logement, de l'assainissement, des loisirs, des conditions économiques et de travail, ainsi que de tous autres facteurs de l'hygiène du milieu ;
- j) favoriser la coopération entre les groupes scientifiques et professionnels qui contribuent au progrès de la santé ;
- k) proposer des conventions, accords et règlements, faire des recommandations concernant les questions internationales de santé et exécuter

telles tâches pouvant être assignées de ce fait à l'Organisation et répondant à son but ;

- l)* faire progresser l'action en faveur de la santé et du bien-être de la mère et de l'enfant et favoriser leur aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation ;
- m)* favoriser toutes activités dans le domaine de l'hygiène mentale, notamment celles se rapportant à l'établissement de relations harmonieuses entre les hommes ;
- n)* stimuler et guider la recherche dans le domaine de la santé ;
- o)* favoriser l'amélioration des normes de l'enseignement et de celles de la formation du personnel sanitaire, médical et apparenté ;
- p)* étudier et faire connaître, en coopération au besoin avec d'autres institutions spécialisées, les techniques administratives et sociales concernant l'hygiène publique et les soins médicaux préventifs et curatifs, y compris les services hospitaliers et la sécurité sociale ;
- q)* fournir toutes informations, donner tous conseils et toute assistance dans le domaine de la santé ;
- r)* aider à former, parmi les peuples, une opinion publique éclairée en ce qui concerne la santé ;
- s)* établir et réviser, selon les besoins, la nomenclature internationale des maladies, des causes de décès et des méthodes d'hygiène publique ;
- t)* standardiser, dans la mesure où cela est nécessaire, les méthodes de diagnostic ;
- u)* développer, établir et encourager l'adoption de normes internationales en ce qui concerne les aliments, les produits biologiques, pharmaceutiques et similaires ;
- v)* d'une manière générale, prendre toute mesure nécessaire pour atteindre le but assigné à l'Organisation.

CHAPITRE III – MEMBRES ET MEMBRES ASSOCIÉS

Article 3

La qualité de Membre de l'Organisation est accessible à tous les Etats.

Article 4

Les Etats Membres des Nations Unies peuvent devenir Membres de l'Organisation en signant, ou en acceptant de toute autre manière, cette Constitution, conformément aux dispositions du chapitre XIX et conformément à leurs règles constitutionnelles.

Article 5

Les Etats dont les gouvernements ont été invités à envoyer des observateurs à la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York en 1946,

peuvent devenir Membres en signant, ou en acceptant de toute autre manière, cette Constitution, conformément aux dispositions du chapitre XIX et conformément à leurs règles constitutionnelles, pourvu que leur signature ou acceptation devienne définitive avant la première session de l'Assemblée de la Santé.

Article 6

Sous réserve des conditions de tout accord à intervenir entre les Nations Unies et l'Organisation et qui sera approuvé conformément au chapitre XVI, les Etats qui ne deviennent pas Membres conformément aux dispositions des articles 4 et 5 peuvent demander à devenir Membres et seront admis en cette qualité lorsque leur demande aura été approuvée à la majorité simple par l'Assemblée de la Santé.

Article 7¹

Lorsqu'un Etat Membre ne remplit pas ses obligations financières vis-à-vis de l'Organisation, ou dans d'autres circonstances exceptionnelles, l'Assemblée de la Santé peut, aux conditions jugées par elle opportunes, suspendre les privilèges attachés au droit de vote et les services dont bénéficie l'Etat Membre. L'Assemblée de la Santé aura pouvoir de rétablir ces privilèges afférents au droit de vote et ces services.

Article 8

Les territoires ou groupes de territoires n'ayant pas la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales peuvent être admis en qualité de Membres associés par l'Assemblée de la Santé, sur la demande faite pour le compte d'un tel territoire ou groupe de territoires par l'Etat Membre ou par une autre autorité ayant la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales. Les représentants des Membres associés à l'Assemblée de la Santé devraient être qualifiés par leur compétence technique dans le domaine de la santé et devraient être choisis dans la population indigène. La nature et l'étendue des droits et obligations des Membres associés seront déterminées par l'Assemblée de la Santé.

CHAPITRE IV – ORGANES

Article 9

Le fonctionnement de l'Organisation est assuré par :

- a) l'Assemblée mondiale de la Santé (ci-après dénommée l'Assemblée de la Santé) ;
- b) le Conseil exécutif (ci-après dénommé le Conseil) ;
- c) le Secrétariat.

¹ L'amendement à cet article adopté par la Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA18.48) n'est pas encore entré en vigueur.

CHAPITRE V – ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

Article 10

L'Assemblée de la Santé est composée de délégués représentant les Etats Membres.

Article 11

Chaque Etat Membre est représenté par trois délégués au plus, l'un d'eux étant désigné par l'Etat Membre comme chef de délégation. Ces délégués devraient être choisis parmi les personnalités les plus qualifiées par leur compétence technique dans le domaine de la santé et qui, de préférence, représenteraient l'administration nationale de la santé de l'Etat Membre.

Article 12

Des suppléants et des conseillers sont admis à accompagner les délégués.

Article 13

L'Assemblée de la Santé se réunit en session ordinaire annuelle et en autant de sessions extraordinaires que les circonstances peuvent l'exiger. Les sessions extraordinaires seront convoquées à la demande du Conseil ou d'une majorité des Etats Membres.

Article 14

L'Assemblée de la Santé, lors de chaque session annuelle, choisit le pays ou la Région dans lequel se tiendra sa prochaine session annuelle, le Conseil en fixant ultérieurement le lieu. Le Conseil détermine le lieu où se tiendra chaque session extraordinaire.

Article 15

Le Conseil, après consultation du Secrétaire général des Nations Unies, arrête la date de chaque session annuelle et de chaque session extraordinaire.

Article 16

L'Assemblée de la Santé élit son Président et les autres membres du bureau au début de chaque session annuelle. Ils demeurent en fonctions jusqu'à l'élection de leurs successeurs.

Article 17

L'Assemblée de la Santé adopte son propre règlement.

Article 18

Les fonctions de l'Assemblée de la Santé consistent à :

- a) arrêter la politique de l'Organisation ;
- b) élire les Etats appelés à désigner une personnalité au Conseil ;
- c) nommer le Directeur général ;
- d) étudier et approuver les rapports et les activités du Conseil et du Directeur général, donner au Conseil des instructions en des matières où certaines mesures, certaines études et recherches, ainsi que la présentation de rapports, pourraient être considérées comme désirables ;
- e) créer toute commission nécessaire aux activités de l'Organisation ;
- f) contrôler la politique financière de l'Organisation, examiner et approuver son budget ;
- g) donner des instructions au Conseil et au Directeur général pour appeler l'attention des Etats Membres et des organisations internationales, gouvernementales ou non gouvernementales, sur toute question concernant la santé que l'Assemblée de la Santé pourra juger digne d'être signalée ;
- h) inviter toute organisation internationale ou nationale, gouvernementale ou non gouvernementale, assumant des responsabilités apparentées à celles de l'Organisation, à nommer des représentants pour participer, sans droit de vote, à ses sessions ou à celles des commissions et conférences réunies sous son autorité, aux conditions prescrites par l'Assemblée de la Santé ; cependant, s'il s'agit d'organisations nationales, les invitations ne pourront être envoyées qu'avec le consentement du gouvernement intéressé ;
- i) étudier des recommandations ayant trait à la santé, émanant de l'Assemblée générale, du Conseil économique et social, des Conseils de Sécurité ou de Tutelle des Nations Unies et faire rapport à ceux-ci sur les mesures prises par l'Organisation en exécution de telles recommandations ;
- j) faire rapport au Conseil économique et social, conformément aux dispositions de tout accord intervenu entre l'Organisation et les Nations Unies ;
- k) encourager ou diriger tous travaux de recherches dans le domaine de la santé en utilisant le personnel de l'Organisation, ou en créant des institutions qui lui seront propres, ou en coopérant avec des institutions officielles ou non officielles de chaque Etat Membre, avec le consentement de son gouvernement ;
- l) créer telles autres institutions jugées souhaitables ;
- m) prendre toute autre mesure propre à réaliser le but de l'Organisation.

Article 19

L'Assemblée de la Santé a autorité pour adopter des conventions ou accords se rapportant à toute question entrant dans la compétence de l'Organisation. La majorité des deux tiers de l'Assemblée de la Santé sera nécessaire pour l'adoption de ces conventions ou accords, lesquels entreront en vigueur au regard de chaque Etat Membre lorsque ce dernier les aura acceptés conformément à ses règles constitutionnelles.

Article 20

Chaque Etat Membre s'engage à prendre, dans un délai de dix-huit mois après l'adoption d'une convention ou d'un accord par l'Assemblée de la Santé, les mesures en rapport avec l'acceptation de telle convention ou de tel accord. Chaque Etat Membre notifiera au Directeur général les mesures prises, et s'il n'accepte pas cette convention ou cet accord dans le délai prescrit, il adressera une déclaration motivant sa non-acceptation. En cas d'acceptation, chaque Etat Membre convient d'adresser un rapport annuel au Directeur général conformément au chapitre XIV.

Article 21

L'Assemblée de la Santé aura autorité pour adopter les règlements concernant :

- a) telle mesure sanitaire et de quarantaine ou toute autre procédure destinée à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre ;
- b) la nomenclature concernant les maladies, les causes de décès et les méthodes d'hygiène publique ;
- c) des standards sur les méthodes de diagnostic applicables dans le cadre international ;
- d) des normes relatives à l'innocuité, la pureté et l'activité des produits biologiques, pharmaceutiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international ;
- e) des conditions relatives à la publicité et à la désignation des produits biologiques, pharmaceutiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international.

Article 22

Les règlements adoptés en exécution de l'article 21 entreront en vigueur pour tous les Etats Membres, leur adoption par l'Assemblée de la Santé ayant été dûment notifiée, exception faite pour tels Membres qui pourraient faire connaître au Directeur général, dans les délais prescrits par la notification, qu'ils les refusent ou font des réserves à leur sujet.

Article 23

L'Assemblée de la Santé a autorité pour faire des recommandations aux Etats Membres en ce qui concerne toute question entrant dans la compétence de l'Organisation.

CHAPITRE VI – CONSEIL EXÉCUTIF

Article 24

Le Conseil est composé de trente-quatre personnes, désignées par autant d'Etats Membres. L'Assemblée de la Santé choisit, compte tenu d'une répartition géographique équitable, les Etats appelés à désigner un délégué au Conseil, étant entendu qu'au moins trois de ces Membres doivent être élus parmi chacune des organisations régionales établies en application de l'article 44. Chacun de ces Etats enverra au Conseil une personnalité, techniquement qualifiée dans le domaine de la santé, qui pourra être accompagnée de suppléants et de conseillers.

Article 25

Ces Membres sont élus pour trois ans et sont rééligibles ; cependant, parmi les Membres élus lors de la première session de l'Assemblée de la Santé qui suivra l'entrée en vigueur de l'amendement à la présente Constitution portant le nombre des membres du Conseil de trente-deux à trente-quatre, le mandat des Membres supplémentaires élus sera, s'il y a lieu, réduit d'autant qu'il le faudra pour faciliter l'élection d'au moins un Membre de chaque organisation régionale chaque année.

Article 26

Le Conseil se réunit au moins deux fois par an et détermine le lieu de chaque réunion.

Article 27

Le Conseil élit son président parmi ses membres et adopte son propre règlement.

Article 28

Les fonctions du Conseil sont les suivantes :

- a) appliquer les décisions et les directives de l'Assemblée de la Santé ;
- b) agir comme organe exécutif de l'Assemblée de la Santé ;

- c) exercer toute autre fonction à lui confiée par l'Assemblée de la Santé ;
- d) donner des consultations à l'Assemblée de la Santé sur les questions qui lui seraient soumises par cet organisme et sur celles qui seraient déferées à l'Organisation par des conventions, des accords et des règlements ;
- e) de sa propre initiative, soumettre à l'Assemblée de la Santé des consultations ou des propositions ;
- f) préparer les ordres du jour des sessions de l'Assemblée de la Santé ;
- g) soumettre à l'Assemblée de la Santé, pour examen et approbation, un programme général de travail s'étendant sur une période déterminée ;
- h) étudier toutes questions relevant de sa compétence ;
- i) dans le cadre des fonctions et des ressources financières de l'Organisation, prendre toute mesure d'urgence dans le cas d'événements exigeant une action immédiate. Il peut en particulier autoriser le Directeur général à prendre les moyens nécessaires pour combattre les épidémies, participer à la mise en œuvre des secours sanitaires à porter aux victimes d'une calamité et entreprendre telles études ou recherches sur l'urgence desquelles son attention aura été attirée par un Etat quelconque ou par le Directeur général.

Article 29

Le Conseil exerce, au nom de l'Assemblée de la Santé tout entière, les pouvoirs qui lui sont délégués par cet organisme.

CHAPITRE VII – SECRÉTARIAT

Article 30

Le Secrétariat comprend le Directeur général et tel personnel technique et administratif nécessaire à l'Organisation.

Article 31

Le Directeur général est nommé par l'Assemblée de la Santé, sur proposition du Conseil et suivant les conditions que l'Assemblée de la Santé pourra fixer. Le Directeur général, placé sous l'autorité du Conseil, est le plus haut fonctionnaire technique et administratif de l'Organisation.

Article 32

Le Directeur général est de droit Secrétaire de l'Assemblée de la Santé, du Conseil, de toute commission et de tout comité de l'Organisation, ainsi que des conférences qu'elle convoque. Il peut déléguer ces fonctions.

Article 33

Le Directeur général ou son représentant peut mettre en œuvre une procédure, en vertu d'un accord avec les Etats Membres, lui permettant, pour l'exercice de ses fonctions, d'entrer directement en rapport avec leurs divers départements ministériels, spécialement avec leurs administrations de la santé et avec les organisations sanitaires nationales, gouvernementales ou non. Il peut de même entrer en relations directes avec les organisations internationales dont les activités sont du ressort de l'Organisation. Il doit tenir les bureaux régionaux au courant de toutes questions intéressant leurs zones respectives d'activité.

Article 34

Le Directeur général doit préparer et soumettre au Conseil les rapports financiers et les prévisions budgétaires de l'Organisation.

Article 35

Le Directeur général nomme le personnel du Secrétariat conformément au règlement du personnel établi par l'Assemblée de la Santé. La considération primordiale qui devra dominer le recrutement du personnel sera de pourvoir à ce que l'efficacité, l'intégrité et la représentation de caractère international du Secrétariat soient assurées au plus haut degré. Il sera tenu compte également de l'importance qu'il y a à recruter le personnel sur une base géographique la plus large possible.

Article 36

Les conditions de service du personnel de l'Organisation seront, autant que possible, conformes à celles des autres organisations des Nations Unies.

Article 37

Dans l'exercice de leurs fonctions, le Directeur général et le personnel ne devront solliciter ou recevoir d'instructions d'aucun gouvernement ou d'aucune autorité étrangère à l'Organisation. Ils s'abstiendront de toute action qui puisse porter atteinte à leur situation de fonctionnaires internationaux. Chaque Etat Membre de l'Organisation s'engage, de son côté, à respecter le caractère exclusivement international du Directeur général et du personnel et à ne pas chercher à les influencer.

CHAPITRE VIII – COMMISSIONS

Article 38

Le Conseil crée telles commissions que l'Assemblée de la Santé peut prescrire et, sur sa propre initiative ou sur la proposition du Directeur général, peut créer toutes autres commissions jugées souhaitables pour des fins ressortissant à l'Organisation.

Article 39

Le Conseil examine de temps en temps, et en tout cas une fois par an, la nécessité de maintenir chaque commission.

Article 40

Le Conseil peut procéder à la création de commissions conjointes ou mixtes avec d'autres organisations ou y faire participer l'Organisation ; il peut assurer la représentation de l'Organisation dans des commissions instituées par d'autres organismes.

CHAPITRE IX – CONFÉRENCES

Article 41

L'Assemblée de la Santé ou le Conseil peut convoquer des conférences locales, générales, techniques ou toute autre d'un caractère spécial pour étudier telle question rentrant dans la compétence de l'Organisation et assurer la représentation, à ces conférences, d'organisations internationales et, avec le consentement des gouvernements intéressés, d'organisations nationales, les unes ou les autres pouvant être de caractère gouvernemental ou non. Les modalités de cette représentation sont fixées par l'Assemblée de la Santé ou le Conseil.

Article 42

Le Conseil pourvoit à la représentation de l'Organisation dans les conférences où il estime que celle-ci possède un intérêt.

CHAPITRE X – SIÈGE

Article 43

Le lieu du siège de l'Organisation sera fixé par l'Assemblée de la Santé, après consultation des Nations Unies.

CHAPITRE XI – ARRANGEMENTS RÉGIONAUX

Article 44

a) L'Assemblée de la Santé, de temps en temps, détermine les Régions géographiques où il est désirable d'établir une organisation régionale.

b) L'Assemblée de la Santé peut, avec le consentement de la majorité des Etats Membres situés dans chaque Région ainsi déterminée, établir une organisation régionale pour répondre aux besoins particuliers de cette Région. Il ne pourra y avoir plus d'une organisation régionale dans chaque Région.

Article 45

Chacune des organisations régionales sera partie intégrante de l'Organisation, en conformité avec la présente Constitution.

Article 46

Chacune des organisations régionales comporte un comité régional et un bureau régional.

Article 47

Les comités régionaux sont composés de représentants des Etats Membres et des Membres associés de la Région en question. Les territoires ou groupes de territoires d'une Région n'ayant pas la responsabilité de la conduite de leurs relations internationales et qui ne sont pas des Membres associés ont le droit d'être représentés à ces comités régionaux et d'y participer. La nature et l'étendue des droits et des obligations de ces territoires ou groupes de territoires vis-à-vis des comités régionaux seront fixées par l'Assemblée de la Santé, en consultation avec l'Etat Membre ou toute autre autorité ayant la responsabilité de la conduite des relations internationales de ces territoires et avec les Etats Membres de la Région.

Article 48

Les comités régionaux se réunissent aussi souvent qu'il est nécessaire et fixent le lieu de chaque réunion.

Article 49

Les comités régionaux adoptent leur propre règlement.

Article 50

Les fonctions du comité régional sont les suivantes :

- a) formuler des directives se rapportant à des questions d'un caractère exclusivement régional ;
- b) contrôler les activités du bureau régional ;
- c) proposer au bureau régional la réunion de conférences techniques ainsi que tout travail ou toute recherche additionnels sur des questions de santé qui, de l'avis du comité régional, seraient susceptibles d'atteindre le but poursuivi par l'Organisation dans la Région ;
- d) coopérer avec les comités régionaux respectifs des Nations Unies et avec ceux d'autres institutions spécialisées ainsi qu'avec d'autres organisations internationales régionales possédant avec l'Organisation des intérêts communs ;

- e) fournir des avis à l'Organisation, par l'intermédiaire du Directeur général, sur les questions internationales de santé d'une importance débordant le cadre de la Région ;
- f) recommander l'affectation de crédits régionaux supplémentaires par les gouvernements des Régions respectives si la part du budget central de l'Organisation allouée à cette Région est insuffisante pour l'accomplissement des fonctions régionales ;
- g) toutes autres fonctions pouvant être déléguées au comité régional par l'Assemblée de la Santé, le Conseil ou le Directeur général.

Article 51

Sous l'autorité générale du Directeur général de l'Organisation, le bureau régional est l'organe administratif du comité régional. Il doit en outre exécuter, dans les limites de la Région, les décisions de l'Assemblée de la Santé et du Conseil.

Article 52

Le chef du bureau régional est le directeur régional nommé par le Conseil en accord avec le comité régional.

Article 53

Le personnel du bureau régional est nommé conformément aux règles qui seront fixées dans un arrangement entre le Directeur général et le directeur régional.

Article 54

L'Organisation sanitaire panaméricaine,¹ représentée par le Bureau sanitaire panaméricain et les Conférences sanitaires panaméricaines, et toutes autres organisations régionales intergouvernementales de santé existant avant la date de la signature de cette Constitution, seront intégrées en temps voulu dans l'Organisation. Cette intégration s'effectuera dès que possible par une action commune, basée sur le consentement mutuel des autorités compétentes exprimé par les organisations intéressées.

CHAPITRE XII – BUDGET ET DÉPENSES

Article 55

Le Directeur général prépare et soumet au Conseil les prévisions budgétaires de l'Organisation. Le Conseil examine ces prévisions budgétaires et les soumet à l'Assemblée de la Santé, en les accompagnant de telles recommandations qu'il croit opportunes.

¹ Devenue l'Organisation panaméricaine de la Santé par décision de la Quinzième Conférence sanitaire panaméricaine, septembre-octobre 1958.

Article 56

Sous réserve de tel accord entre l'Organisation et les Nations Unies, l'Assemblée de la Santé examine et approuve les prévisions budgétaires et effectue la répartition des dépenses parmi les Etats Membres, conformément au barème qu'elle devra arrêter.

Article 57

L'Assemblée de la Santé, ou le Conseil agissant au nom de l'Assemblée de la Santé, a pouvoir d'accepter et d'administrer des dons et legs faits à l'Organisation, pourvu que les conditions attachées à ces dons ou legs paraissent acceptables à l'Assemblée de la Santé ou au Conseil et cadrent avec les buts et la politique de l'Organisation.

Article 58

Un fonds spécial, dont le Conseil disposera à sa discrétion, sera constitué pour parer aux cas d'urgence et à tous événements imprévus.

CHAPITRE XIII – VOTE

Article 59

Chaque Etat Membre aura droit à une voix dans l'Assemblée de la Santé.

Article 60

a) Les décisions de l'Assemblée de la Santé à prendre sur des questions importantes sont acquises à la majorité des deux tiers des Etats Membres présents et votants. Ces questions comprennent : l'adoption de conventions ou d'accords ; l'approbation d'accords liant l'Organisation aux Nations Unies, aux organisations et aux institutions intergouvernementales, en application des articles 69, 70 et 72 ; les modifications à la présente Constitution.

b) Les décisions sur d'autres questions, y compris la fixation de catégories additionnelles de questions devant être décidées par une majorité des deux tiers, sont prises à la simple majorité des Etats Membres présents et votants.

c) Le vote, au sein du Conseil et des commissions de l'Organisation, sur des questions de nature similaire s'effectuera conformément aux dispositions des paragraphes a) et b) du présent article.

CHAPITRE XIV – RAPPORTS SOUMIS PAR LES ETATS

Article 61

Chaque Etat Membre fait rapport annuellement à l'Organisation sur les mesures prises et les progrès réalisés pour améliorer la santé de sa population.

Article 62

Chaque Etat Membre fait rapport annuellement sur les mesures prises en exécution des recommandations que l'Organisation lui aura faites et en exécution des conventions, accords et règlements.

Article 63

Chaque Etat Membre communique rapidement à l'Organisation les lois, règlements, rapports officiels et statistiques importants concernant la santé et publiés dans cet Etat.

Article 64

Chaque Etat Membre fournit des rapports statistiques et épidémiologiques selon des modalités à déterminer par l'Assemblée de la Santé.

Article 65

Sur requête du Conseil, chaque Etat Membre doit transmettre, dans la mesure du possible, toutes informations supplémentaires se rapportant à la santé.

CHAPITRE XV – CAPACITÉ JURIDIQUE, PRIVILÈGES ET IMMUNITÉS

Article 66

L'Organisation jouira sur le territoire de chaque Etat Membre de la capacité juridique nécessaire pour atteindre son but et exercer ses fonctions.

Article 67

a) L'Organisation jouira sur le territoire de chaque Etat Membre des privilèges et immunités nécessaires pour atteindre son but et exercer ses fonctions.

b) Les représentants des Etats Membres, les personnes désignées pour faire partie du Conseil et le personnel technique et administratif de l'Organisation jouiront également des privilèges et immunités nécessaires au libre exercice de leurs fonctions se rapportant à l'Organisation.

Article 68

Cette capacité juridique, ces privilèges et immunités seront déterminés dans un arrangement séparé, lequel devra être préparé par l'Organisation, en consultation avec le Secrétaire général des Nations Unies, et sera conclu entre les Etats Membres.

CHAPITRE XVI – RELATIONS AVEC D’AUTRES ORGANISATIONS

Article 69

L’Organisation est rattachée aux Nations Unies comme une des institutions spécialisées prévues par l’article 57 de la Charte des Nations Unies. Le ou les accords établissant les rapports de l’Organisation avec les Nations Unies doivent être approuvés à la majorité des deux tiers de l’Assemblée de la Santé.

Article 70

L’Organisation doit établir des relations effectives et coopérer étroitement avec telles autres organisations intergouvernementales jugées souhaitables. Tout accord officiel conclu avec ces organisations doit être approuvé à la majorité des deux tiers de l’Assemblée de la Santé.

Article 71

L’Organisation peut, en ce qui concerne les questions de son ressort, prendre toutes dispositions convenables pour se concerter et coopérer avec des organisations internationales non gouvernementales et, avec l’approbation du gouvernement intéressé, avec des organisations nationales, gouvernementales ou non gouvernementales.

Article 72

Sous réserve de l’approbation des deux tiers de l’Assemblée de la Santé, l’Organisation peut reprendre à d’autres organisations ou institutions internationales, dont les buts et les activités entrent dans le domaine de la compétence de l’Organisation, telles fonctions, ressources et obligations dont ladite organisation serait chargée aux termes d’un accord international ou aux termes d’arrangements acceptables pour les deux parties et passés entre les autorités compétentes des organisations respectives.

CHAPITRE XVII – AMENDEMENTS

Article 73

Les textes des amendements proposés à cette Constitution seront communiqués par le Directeur général aux Etats Membres six mois au moins avant qu’ils ne soient examinés par l’Assemblée de la Santé. Les amendements entreront en vigueur à l’égard de tous les Etats Membres lorsqu’ils auront été adoptés par les deux tiers de l’Assemblée de la Santé et acceptés par les deux tiers des Etats Membres conformément à leurs règles constitutionnelles respectives.

CHAPITRE XVIII – INTERPRÉTATION

*Article 74*¹

Les textes anglais, chinois, espagnol, français et russe de cette Constitution sont considérés comme également authentiques.

Article 75

Toute question ou différend concernant l'interprétation ou l'application de cette Constitution, qui n'aura pas été réglé par voie de négociation ou par l'Assemblée de la Santé, sera déferé par les parties à la Cour internationale de Justice conformément au Statut de ladite Cour, à moins que les parties intéressées ne conviennent d'un autre mode de règlement.

Article 76

Sous le couvert de l'autorisation de l'Assemblée générale des Nations Unies ou sous le couvert de l'autorisation résultant de tout accord entre l'Organisation et les Nations Unies, l'Organisation pourra demander à la Cour internationale de Justice un avis consultatif sur toute question juridique éventuelle du ressort de l'Organisation.

Article 77

Le Directeur général peut représenter devant la Cour l'Organisation dans toute procédure se rapportant à toute demande d'avis consultatif. Il devra prendre les dispositions nécessaires pour soumettre l'affaire à la Cour, y compris celles nécessaires à l'exposé des arguments se rapportant aux vues différentes exprimées sur la question.

CHAPITRE XIX – ENTRÉE EN VIGUEUR

Article 78

Sous réserve des dispositions du chapitre III, cette Constitution demeurera ouverte à signature ou à acceptation à tous les Etats.

Article 79

- a) Les Etats pourront devenir parties à cette Constitution par :
- i) la signature, sans réserve d'approbation ;
 - ii) la signature sous réserve d'approbation, suivie de l'acceptation ;
 - iii) l'acceptation pure et simple.

¹ L'amendement à cet article adopté par la Trente et Unième Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA31.18) n'est pas encore entré en vigueur.

b) L'acceptation deviendra effective par le dépôt d'un instrument officiel entre les mains du Secrétaire général des Nations Unies.

Article 80

Cette Constitution entrera en vigueur lorsque vingt-six Etats Membres des Nations Unies en seront devenus parties, conformément aux dispositions de l'article 79.

Article 81

Conformément à l'article 102 de la Charte des Nations Unies, le Secrétaire général des Nations Unies enregistrera cette Constitution lorsqu'elle aura été signée sans réserve d'approbation par un Etat ou au moment du dépôt du premier instrument d'acceptation.

Article 82

Le Secrétaire général des Nations Unies informera les Etats parties à cette Constitution de la date de son entrée en vigueur. Il les informera également des dates auxquelles d'autres Etats deviendront parties à cette Constitution.

EN FOI DE QUOI les représentants soussignés, dûment autorisés à cet effet, signent la présente Constitution.

FAIT en la Ville de New York, ce vingt-deux juillet 1946, en un seul original établi en langues anglaise, chinoise, espagnole, française et russe, chaque texte étant également authentique.

Les textes originaux seront déposés dans les archives des Nations Unies. Le Secrétaire général des Nations Unies délivrera des copies certifiées conformes à chacun des gouvernements représentés à la Conférence.

ANNEXE 2

La résolution de la 8^e Assemblée Mondiale de l'OMS sur l'éradication du paludisme adoptée à Mexico en mai 1955 : OMS, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé*, n°63. Huitième Assemblée Mondiale de la Santé (Mexico, 10-27 mai 1955), Genève, 1955, 471 p

WHA8.30 Eradication du paludisme	
La Huitième Assemblée Mondiale de la Santé,	
Ayant étudié le rapport et la proposition détaillés qui ont été présentés par le Directeur général au sujet de l'éradication du paludisme ;	
Ayant examiné les recommandations formulées par la Quatorzième Conférence Sanitaire Panaméricaine, qui s'est tenue à Santiago (Chili) en octobre 1954, et par la Conférence du Paludisme pour les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est, qui a eu lieu à Baguio (Philippines) en novembre 1954, concernant le danger que représente l'apparition possible d'une résistance des anophèles aux insecticides et les mesures à prendre pour parer à ce danger ;	
Considérant la résolution EB15.R67 adoptée par le Conseil Exécutif, lors de sa quinzième session, après une étude des rapports dont on disposait à cette époque ;	
Estimant que le but final des campagnes dirigées contre le paludisme devrait être l'éradication de cette maladie,	
I.	<ol style="list-style-type: none">1. INVITE les gouvernements à intensifier leurs programmes nationaux de lutte antipaludique, afin que l'éradication du paludisme puisse être réalisée et que les campagnes régulières de pulvérisations d'insecticides puissent être arrêtées à coup sûr, avant que ne se manifeste le danger possible d'une résistance aux insecticides chez les espèces anophéliennes vectrices ;2. AUTORISE le Directeur général à prier les gouvernements des pays où sévit encore le paludisme d'accorder une priorité aux projets d'éradication de cette maladie dans les demandes d'assistance qu'ils adressent au titre du programme élargi d'assistance technique des Nations Unies et de mobiliser les ressources existant sur place qui sont nécessaires à l'éradication du paludisme ;
II.	<p>DÉCIDE que l'Organisation Mondiale de la Santé doit prendre l'initiative, fournir des conseils techniques et encourager les recherches et la coordination des ressources, dans la mise en œuvre d'un programme ayant pour objectif final l'éradication du paludisme dans le monde entier ;</p> <ol style="list-style-type: none">1. AUTORISE le Directeur général à obtenir, de sources gouvernementales et privées, des contributions financières en vue de l'éradication du paludisme ;2. ÉTABLIT, conformément aux dispositions des paragraphes 6.6 et 6.7 du Règlement financier, un compte spécial pour l'éradication du paludisme, qui sera soumis aux règles ci-après énoncées :<ol style="list-style-type: none">1) Les avoirs du compte spécial seront constitués par des contributions volontaires versées en toute monnaie utilisable et par la valeur des contributions en nature qui seront apportées sous forme de services ou de fournitures et de matériel.2) Les ressources du compte spécial permettront de contracter des obligations aux fins indiquées au paragraphe 3) ci-dessous, le solde non employé du compte étant, en fin d'année, reporté à l'exercice financier suivant.3) Le compte spécial sera utilisé pour faire face aux dépenses suivantes :<ol style="list-style-type: none">a) recherches ;b) achat des fournitures et du matériel qui — exception faite des besoins minimums qui seront financés au moyen des fonds ordinaires et des fonds de l'assistance technique — sont nécessaires à la mise en vigueur effective du programme dans chacun des pays ; etc) frais des services qui pourront se révéler nécessaires dans certains pays et qui ne pourront être assurés par les gouvernements de ces pays.4) Les opérations que l'on envisagera de financer au moyen du compte spécial seront présentées séparément dans le projet annuel de programme et de budget, où il y aura lieu d'indiquer si l'on sait que les ressources nécessaires seront disponibles dans le compte spécial ou proviendront d'autres sources.5) Conformément aux dispositions des paragraphes 6.6 et 11.3 du Règlement financier, le compte spécial fera l'objet d'une comptabilité distincte et ses opérations seront présentées à part dans le rapport financier annuel du Directeur général.
IV.	<p>AUTORISE le Conseil Exécutif, ou un comité du Conseil habilité par celui-ci à prendre les mesures nécessaires entre les sessions du Conseil, à exercer les fonctions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1) accepter les contributions au compte spécial, ainsi qu'il est prévu à l'article 57 de la Constitution ; et2) donner, de temps à autre, des avis au Directeur général sur toutes questions concernant la politique à suivre pour la gestion du compte spécial ou la mise en œuvre du programme.
Rec. Résol., 2 ^e éd., 1.3.10 ; 7.1.5	<i>Neuvième séance plénière, 26 mai 1955 (section 1 du troisième rapport de la Commission du Programme et du Budget)</i>

ANNEXE 3

Principes et pratiques de l'éradication du paludisme : OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°176. Vingt-Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé (Boston, Massachusetts, 8-25 juillet 1969), (Partie I : Résolutions et décisions annexes), Genève, OMS, 1969, 140 p.

Appendice

PRINCIPES ET PRATIQUES DE L'ÉRADICATION DU PALUDISME

Les principes et pratiques aujourd'hui en vigueur en matière d'éradication du paludisme tirent leur origine des recommandations énoncées dans le sixième rapport du Comité OMS d'experts du Paludisme.¹ Depuis lors, le Comité a réexaminé à plusieurs reprises les divers aspects du programme, et celui-ci a été modifié en fonction de l'expérience acquise. En principe, lorsque la transmission demeure interrompue pendant trois années consécutives, la guérison, naturelle ou thérapeutique, intervient durant cette période pour la grande majorité des cas de paludisme (*Plasmodium falciparum* et *P. vivax*) et les réservoirs subsistants peuvent être éliminés par une action de dépistage et de traitement. On trouvera ci-après un aperçu des caractéristiques actuelles de l'éradication du paludisme.

1. Pré-planification

Pour que l'on puisse lancer un programme d'éradication du paludisme, certaines conditions doivent être remplies. Le quatorzième rapport du Comité OMS d'experts du Paludisme² énumère ces conditions, qui touchent à l'administration et à l'organisation, aux ressources financières et aux moyens techniques, ainsi qu'à la coordination à l'intérieur du pays et avec les pays voisins.

2. Un plan d'opérations est établi avec l'assistance du bureau régional compétent de l'OMS et, le cas échéant en consultation avec d'autres organismes qui prêtent leur concours. Ce plan précise dans le détail l'organisation à mettre sur pied et l'action à accomplir dans les phases de préparation, d'attaque et de consolidation, ainsi que les responsabilités des parties contractantes.

3. Phase préparatoire

Les principales activités de cette phase sont les suivantes:

- 1) reconnaissance géographique et planification logistique détaillée;
- 2) formation de personnel;
- 3) mise en place de l'organisation et des moyens matériels;
- 4) collecte de données parasitologiques et entomologiques pour évaluer et vérifier les observations antérieures, ainsi

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1957, 123.

² *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1968, 382.

que des renseignements sur le milieu social qui puissent orienter les mesures d'attaque.

4. Phase d'attaque

4.1 Les méthodes d'attaque doivent répondre aux conditions locales. En règle générale, toutefois, c'est principalement par des pulvérisations d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations que l'on s'efforce d'interrompre la transmission, la situation épidémiologique locale déterminant les doses utilisées et la fréquence des applications. Cette action est complétée par la chimiothérapie, qui devient un élément essentiel, même au début de la phase d'attaque, si les pulvérisations ne suffisent pas à elles seules à faire cesser la transmission. On considère que, dans toute la mesure du possible, la chimiothérapie devrait être employée en vue de réduire le réservoir de parasites et d'abrèger ainsi la période d'attaque.

4.2 Lorsque l'indice plasmodique est inférieur à 5%, le dépistage et le traitement sont entrepris par des visites fréquentes de porte en porte, ainsi que dans certains établissements (hôpitaux, dispensaires, etc.). Des prélèvements de sang sont pratiqués pour tous les cas fébriles et les intéressés reçoivent un traitement présomptif administré en une seule fois. On s'assure la participation de la collectivité et l'on encourage les concours bénévoles pour le dépistage passif.

4.3 A mesure que le réservoir de parasites se résorbe, on organise une surveillance complète. Cela comporte, outre le dépistage, des enquêtes épidémiologiques visant à déterminer l'origine des cas positifs et l'extension de chaque foyer découvert, ainsi que l'application de mesures appropriées: traitement radical des cas positifs assorti, dans les limites du foyer, de pulvérisations et/ou d'un traitement médicamenteux de masse selon le besoin.

4.4 Le nombre des cas fébriles faisant l'objet d'un examen hématologique dans une zone donnée doit, pour chaque mois de transmission, représenter au moins 1% de la population. Il doit y avoir une répartition adéquate dans l'espace et dans le temps ainsi que selon l'âge et le sexe.

4.5 Lorsqu'une surveillance efficace montre que l'incidence parasitaire annuelle est inférieure à 0,1 pour 1000 habitants, on peut cesser les pulvérisations et passer à la phase de consolidation. Il faut, toutefois, tenir compte du degré de réceptivité et de

vulnérabilité de la zone en cause. Par exemple, si le nombre des cas importés risque de dépasser la limite au-delà de laquelle la surveillance deviendrait en partie inopérante, la zone doit rester dans la phase d'attaque.

4.6 La durée de la phase d'attaque dépend des résultats épidémiologiques obtenus; elle peut devoir s'étendre sur quatre ans ou plus.

4.7 Pour déterminer si une zone peut ou non entrer dans la phase de consolidation, il est recommandé de se fonder sur une évaluation indépendante de la situation du paludisme et de l'efficacité de la surveillance.

5. Phase de consolidation

5.1 Au cours de cette phase, la principale activité consiste à poursuivre la surveillance complète: examen de tous les cas fébriles, traitement présomptif, traitement radical des cas positifs, enquêtes épidémiologiques pour déterminer l'origine et l'étendue des foyers et action pratique pour les éliminer. Lorsqu'une surveillance efficace permet de conclure qu'il n'y a eu aucun cas indigène pendant trois années consécutives, la zone peut entrer dans la phase d'entretien, à condition que dans les deux dernières années de la période considérée on n'ait pas pratiqué d'opérations à grande échelle contre les anophélins ou de traitement de masse qui puissent masquer la présence de foyers résiduels. Cependant, l'existence d'un petit nombre de cas importés ou inclassables dans une zone restreinte ne doit pas forcément retarder le passage à la phase d'entretien si des dispositions convenables ont été prises pour le dépistage et l'élimination de tels cas. Cette remarque s'applique, en particulier, aux cas d'infection à *P. malariae*.

5.2 C'est durant la phase de consolidation que devra s'achever la préparation des agents du service d'éradication du paludisme à leurs fonctions futures dans un service sanitaire intégré, ainsi que l'orientation du personnel des services de santé généraux vers les activités de vigilance.

5.3 Même lorsque les conditions épidémiologiques susmentionnées sont remplies, aucune zone ne doit entrer dans la phase d'entretien s'il n'y a pas d'organisation capable d'exercer la vigilance voulue pour empêcher la réapparition de l'endémicité à la suite de cas importés.

5.4 Une évaluation indépendante de la situation du paludisme et du degré de préparation des services de santé généraux s'impose pour décider si une zone est prête à entrer dans la phase d'entretien.

6. Phase d'entretien

Les activités d'entretien relèvent maintenant des fonctions ordinaires des services de santé généraux en matière de lutte contre les maladies transmissibles. Les modalités de la vigilance requise dépendront du degré de vulnérabilité et de réceptivité

de la zone. Si le risque de réinstallation du paludisme est considérable, la branche des services de santé généraux qui s'occupe des maladies transmissibles devra compter assez d'agents rompus à l'emploi des méthodes antipaludiques pour faire face à cette menace.

7. Attestation et enregistrement de l'éradication du paludisme

L'Assemblée mondiale de la Santé a confié au Secrétariat de l'OMS le soin de procéder à l'attestation et à l'enregistrement de l'éradication. La procédure est la suivante:

- 1) demande du gouvernement intéressé;
- 2) inspection du programme par une équipe de l'OMS;
- 3) examen des constatations de l'équipe d'attestation par le bureau régional compétent et par le Siège de l'Organisation;
- 4) étude du dossier par le Comité OMS d'experts du Paludisme et recommandation au Directeur général;
- 5) inscription au registre officiel OMS des zones où l'éradication du paludisme a été réalisée.

Il ne doit être demandé d'attestation que pour des zones dont la superficie n'est pas inférieure à 50 000 km². Ce n'est que lorsqu'il s'agit, soit d'une île ou d'un archipel constituant un pays, soit d'un territoire national tout entier, qu'une zone de moindre superficie peut être inscrite au registre.

Observations générales

Bien que des méthodes types soient proposées dans les rapports du Comité OMS d'experts du Paludisme, les modalités d'organisation et les mesures particulières à appliquer dépendront toujours des conditions locales. En général, les programmes d'éradication ont été exécutés par des services spécialisés, mais si les circonstances s'y prêtent, les services de santé généraux peuvent être chargés des opérations voulues dans le cadre de leurs fonctions ordinaires.

Certaines activités sont communes à toutes les phases du programme à savoir: la reconnaissance géographique; la formation, l'éducation sanitaire et les relations avec le public; l'évaluation annuelle, en fonction de laquelle on modifie le plan d'action pour l'année suivante; la coordination technique et opérationnelle tant à l'intérieur du pays qu'avec les pays voisins. Dès la mise en route du programme, des médicaments doivent être disponibles pour le traitement des paludéens.

La participation des services de santé généraux et de la collectivité dans son ensemble, en particulier pour le dépistage, est essentielle à la réussite du programme.

Bien que l'éradication du paludisme ait été définie comme une opération limitée dans le temps, la durée des phases d'attaque et de consolidation doit être déterminée par les effets épidémiologiques des mesures appliquées et non par un calendrier établi arbitrairement; il convient donc que les prévisions budgétaires y relatives aient une souplesse suffisante.

ANNEXE 4 :

La résolution de la 22^e Assemblée mondiale de l'OMS sur le réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme adoptée à Boston en 1969 : OMS, *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°176. Vingt-Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé (Boston, Massachusetts, 8-25 juillet 1969), (Partie I : Résolutions et décisions annexes), Genève, OMS, 1969, 140 p.

WHA22.39 Réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme

La Vingt-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant pris connaissance du rapport ² du Directeur général sur le réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme;

Prenant note avec satisfaction des mesures adoptées par le Directeur général en conformité de la résolution WHA21.22 et des succès remportés par la campagne d'éradication du paludisme dans un certain nombre de pays;

Retenant l'incidence des facteurs socio-économiques, financiers, administratifs et opérationnels, ainsi que celle de l'insuffisance des services sanitaires de base, sur les échecs enregistrés dans le déroulement de la campagne d'éradication mondiale du paludisme;

Réaffirmant que l'éradication totale du paludisme dans le monde demeure une tâche primordiale des organismes nationaux de santé publique et que, même dans les régions où l'éradication n'apparaît pas encore possible, la lutte antipaludique à l'aide des moyens existants doit être encouragée et peut être considérée comme représentant une étape nécessaire et valable sur la voie de l'objectif ultime de l'éradication;

Considérant qu'il est fondamental d'adapter la stratégie aux situations épidémiologiques locales ainsi qu'aux ressources administratives et économiques des pays intéressés, et ceci en fonction d'un double impératif, celui de la réalisation de l'éradication et celui de son maintien;

¹ *Actes off. Org. mond. Santé*, 174, 13.

² Annexe 13.

RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS

Reconnaissant en outre que, pour affronter les difficultés financières qui constituent dans certains pays un obstacle majeur à l'exécution des programmes d'éradication du paludisme et pour obtenir que ces programmes bénéficient d'une priorité suffisante dans la répartition des fonds, il convient de les justifier par des raisons tout autant économiques que sanitaires en mettant en évidence la réalité des bienfaits rapides et durables liés à la poursuite d'une éradication qui semble désormais possible; et

Consciente de l'importance à accorder à l'ensemble des recherches entreprises sur tous les aspects du problème du paludisme pour élaborer des méthodes d'interruption de la transmission adaptées à des conditions écologiques variées et pour découvrir des moyens plus efficaces de prévention, de diagnostic et de traitement du paludisme,

1. APPROUVE les propositions contenues dans le rapport du Directeur général au sujet de la stratégie envisagée tant dans les pays où les programmes d'éradication sont déjà en cours d'exécution et dans ceux qui comportent des zones parvenues à la phase d'entretien, que dans les pays qui n'ont pas encore mis en œuvre leur programme d'éradication;

2. PRIE instamment les gouvernements des pays qui exécutent des programmes d'éradication et les institutions qui leur prêtent assistance d'accorder à cette action, dans l'affectation de leurs ressources, le rang de priorité nécessaire pour le succès des programmes;

3. INVITE le Directeur général à procéder aux consultations nécessaires avec les organismes intéressés d'assistance internationale et bilatérale en vue d'harmoniser l'action antipaludique conformément à la stratégie mondiale révisée;

4. RECOMMANDE:

a) que, pour assurer les meilleures perspectives de succès, l'Organisation continue à aider les pays intéressés à dresser des plans à long terme pour l'éradication du paludisme, en tenant compte non seulement des exigences techniques, financières et administratives de la phase d'attaque et de la phase de consolidation, mais également des besoins prolongés des services de santé de base pour la phase d'entretien, et qu'elle indique autant que possible, dans l'établissement des budgets, d'une part les crédits alloués au développement des services généraux de santé et, d'autre part, ceux affectés au programme même d'éradication;

b) que l'Organisation poursuive son assistance pour l'étude des incidences socio-économiques du paludisme et de son éradication, et qu'elle élabore une méthodologie pour l'évaluation socio-économique des programmes mis en œuvre;

c) que l'Organisation stimule et intensifie les recherches multidisciplinaires sur le paludisme qui associent aux sciences biologiques et épidémiologiques les sciences économiques, sociales et opérationnelles en vue de simplifier et d'améliorer à la fois les méthodes d'éradication et l'exécution des programmes; et

d) que les gouvernements des pays ayant des programmes en cours les révisent en collaboration avec l'Organisation et les autres institutions d'assistance, en vue de les adapter à une stratégie capable de donner les meilleurs résultats; et

5. PRIE le Directeur général de faire rapport à la Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur les mesures qui auront été prises dans le cadre de cette stratégie mondiale révisée de l'éradication du paludisme.

ANNEXE 5

Lettre du Secrétaire d'Etat à la Présidence du Conseil chargé du Ministère de la France d'Outre-Mer au sujet de la lutte contre le paludisme dans les Territoires d'Outre-Mer : AIMTSSA, Carton n° 230 : Lutte antipaludique, circulaires administratives et correspondances

PARIS le 30 Novembre 1947

N° 06713 D SS / 4

Le SECRETAIRE D'ETAT à la PRESIDENCE
du CONSEIL
chargé du Ministère de la France
d'Outre-Mer
(Direction du Service de Santé Colonial)

Messieurs les Hauts COMMISSAIRES,
GOUVERNEURS GENERAUX
GOUVERNEURS des COLONIES
COMMISSAIRES de la REPUBLIQUE,
PREFETS et CHEFS de TERRITOIRE

OBJET : Lutte contre le Paludisme dans les Territoires
d'Outre-Mer.

L'Organisation mondiale de la Santé a vu son attention attirée sur les possibilités nouvelles offertes, dans la lutte contre le paludisme, par les nouveaux médicaments antipaludéens et les insecticides du type D.D.T.

Si les premiers n'en sont encore qu'au stade de l'expérimentation, il n'en est pas de même du D.D.T. qui, singulièrement en ce qui concerne la lutte antipaludique, a été largement utilisé dans des campagnes de grande envergure comme celles menées en Grèce et en Italie au cours de ces dernières années.

Dans ces régions, où les circonstances de guerre avaient eu pour effet d'accroître considérablement la morbidité et la mortalité palustres, le D.D.T. s'est révélé une arme d'une grande valeur pratique, compatible avec les capacités économiques des populations de ces pays.

Si la situation épidémiologique en matière de paludisme ne s'est pas sensiblement aggravée dans nos territoires d'Outre-Mer par rapport à l'avant guerre, elle est loin d'être satisfaisante.

Le Comité d'épidémiologie et de quarantaine de la Commission intérimaire de l'O.M.S. a, en Novembre 1946, reconnu dans son premier rapport que "le problème du paludisme présentait assez d'urgence et d'importance pour justifier une action immédiate"

Or, qu'avons-nous entrepris dans le cadre des nouveaux procédés de lutte contre le Paludisme ? Bien peu de choses, à dire vrai. Nous en sommes aux premiers tâtonnements dans l'emploi

du D.D.T., le matériel est à peine à pied d'œuvre, un matériel certainement insuffisant. Dans la plupart de nos territoires, sinon dans tous, aucun programme d'action n'a été tracé.

Le problème est cependant, pour nos territoires d'Outre-Mer d'importance majeure, et il est grand temps que nous prenions conscience de nos obligations si nous voulons être à même de tenir convenablement notre place dans les réunions internationales et éviter de donner libre cours à des critiques acerbes et, reconnaissons-justifiées.

En conséquence, je vous prie de bien vouloir établir dès présent, à la lumière de la documentation ci-annexée, un programme de lutte contre le paludisme à l'aide du D.D.T. sur votre territoire.

Le financement des dépenses nécessaires est d'ailleurs prévu, pour les territoires dans lesquels la lutte antipaludique nécessite un effort budgétaire important, sur les crédits du Plan. Ceux-ci seront susceptibles d'aménagements en fonction des programmes qui auront été établis.

Pour le SECRÉTAIRE D'ÉTAT à la PRÉSIDENCE
du CONSEIL
chargé du Ministère de la France d'Outre-MER,

Le Médecin Général Inspecteur VAUCCEL
Directeur du Service de Santé Colonial

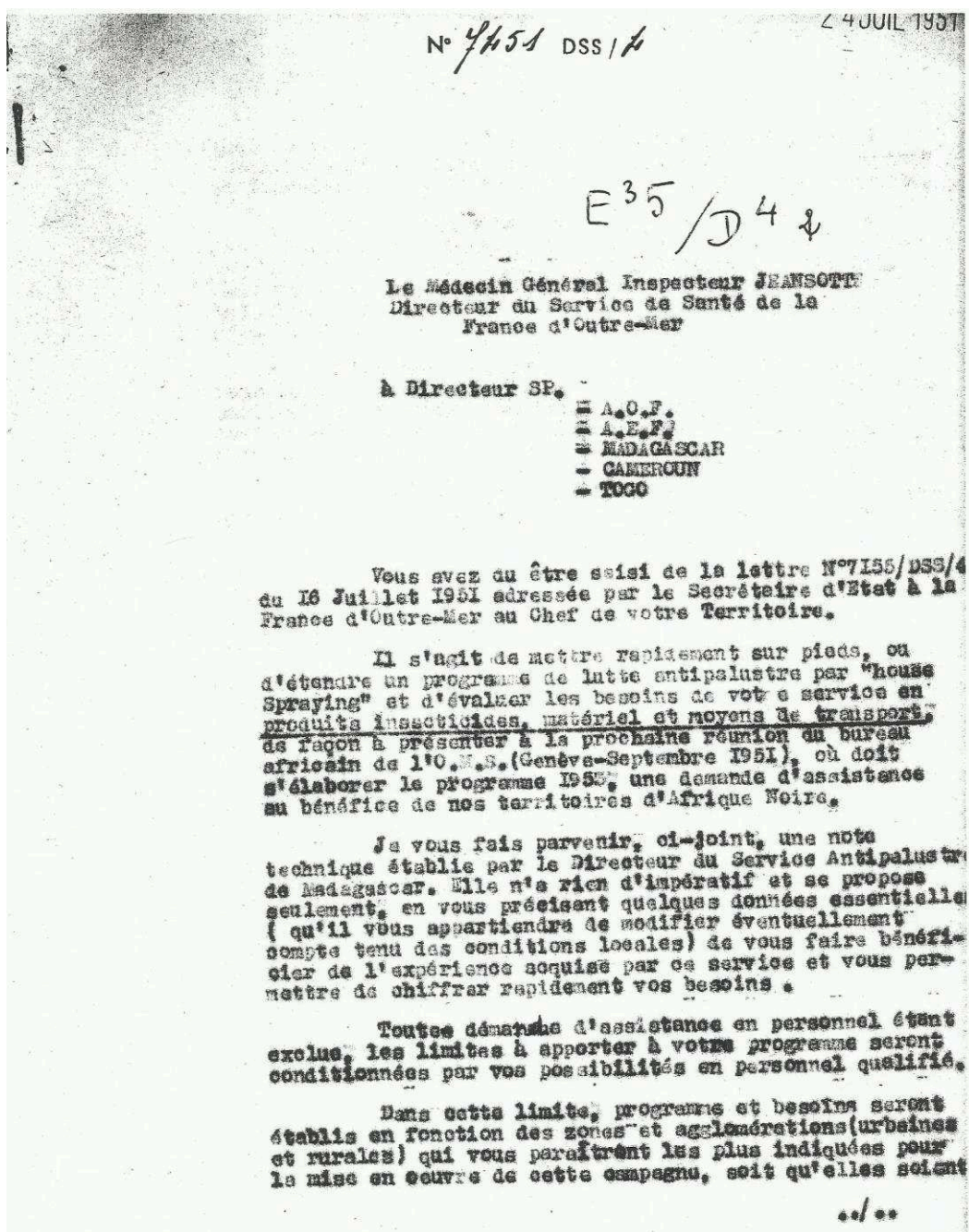
Vaucel

Signé : VAUCCEL



ANNEXE 6

Lettre du médecin-général Inspecteur JEANSOTTE, directeur du service de santé de la France d'Outre-Mer : AIMTSSA, n°278 Lutte antipaludique, circulaires administratives et correspondances



plus menacées, soit qu'elles présentent les meilleures conditions d'efficacité pour la méthode de "House Spraying" et favorisent ou font la propagande pour cette campagne.

Il ne vous échappera pas que l'assistance de l'O.N.S. en limitant la participation de votre territoire aux seuls frais de personnel et d'entretien du matériel, doit vous permettre de donner à votre action une ampleur qui n'aurait pu être atteinte dans les limites budgétaires actuelles.

J'attire votre attention sur la nécessité de fournir à l'appui de la demande d'assistance des programmes particulièrement bien étudiés et justifiés. Ces programmes devront s'inscrire dans un plan d'action à longue échéance avec possibilité d'extension au cours des années suivantes.

Il est de toute nécessité que programmes et états des besoins ne parviennent au plus tard pour le 31 Août 1951.

Signé: JEANSOTTE

ANNEXE 7

La résolution AFR/RC31/R11 du comité OMS Afrique sur l'élaboration d'un plan d'action régionale adoptée à Accra en septembre 1981 : OMS, *Trente et unième session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique, (Accra, République du Ghana, 16-23 septembre 1981)*. Rapport final, Accra, Bureau Régional de l'Afrique, 1981, 159 p.

AFR/RC31/R11 : Paludisme

Le Comité régional,

Considérant les résolutions WHA31.35 WHA32.35 et les paragraphes 2 ii) et 3 i) du dispositif de la résolution AFR/RC30/R17 ;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur la stratégie régionale de lutte antipaludique,

1. NOTE avec satisfaction que la majorité des pays de la Région ont fait parvenir au Directeur régional leurs stratégies nationales ;
2. FELICITE le Directeur régional pour la pertinence de son rapport ;
3. APPROUVE les recommandations et conclusions dudit rapport, notamment le rôle du développement des soins de santé primaires dans le traitement des malades et la protection des groupes vulnérables, la formation des personnels de santé, l'information et l'éducation du public et la participation de la communauté internationale comme clé de voûte de la stratégie régionale de développement ;
4. INVITE les Etats Membres à :
 - i) formuler des plans d'action de mise en œuvre de leur stratégie nationale ;
 - ii) faire parvenir au Directeur régional leur plan d'action avant le 15 janvier 1982 pour lui permettre de planifier la mise en œuvre de l'appui technique et financier ;
 - iii) intensifier leur collaboration dans la lutte antipaludique par le biais de la CTPD ;
5. PRIE le Directeur régional de :
 - i) mettre en œuvre le plan d'action régional ;
 - ii) faciliter la coopération entre les pays pour la lutte antipaludique ;
 - iii) stimuler et coordonner la participation financière des organisations internationales et bilatérales aux programmes nationaux de lutte antipaludique ;
 - iv) collaborer avec les Etats Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action nationaux de lutte antipaludique ;
 - v) poursuivre la collaboration avec les Etats Membres afin de former les personnels de santé de toutes catégories pour la lutte antipaludique en utilisant plus particulièrement les Centres interpays de Lomé et de Lagos ainsi que le Centre régional pour le Développement sanitaire de Cotonou ;
 - vi) renforcer progressivement les structures techniques de l'OMS chargées de la lutte antipaludique au niveau du Bureau régional et des pays afin d'assurer la mise en œuvre des stratégies nationales de lutte contre le paludisme de façon complète, dynamique et efficace ;
 - vii) faire connaître, en les diffusant, les résultats des travaux scientifiques réalisés dans ce domaine ;
 - viii) faire rapport périodiquement au Comité régional.

Septembre 1981, 31, 13

ANNEXE 8

La stratégie régionale révisée de la lutte antipaludique approuvée lors de la 36^e session du comité régional à Brazzaville en 1986 : OMS, *Trente-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Rapport du comité régional*, (Brazzaville, 10 au 17 septembre 1986), Brazzaville, Bureau régional Afrique de l'OMS, 1986, 191 p.

STRATEGIE REGIONALE REVISEE DE LA LUTTE ANTIPALUDIQUE

Remarques liminaires

146. Monsieur M. Mboumba (Gabon) a présenté le document AFR/RC36/22 intitulé "Stratégie régionale révisée de la lutte antipaludique". Le Comité régional avait adopté précédemment une stratégie antipaludique avec la résolution AFR/RC31/R11 lors de sa trente-et-unième session. Depuis lors, certains événements, dont l'apparition d'une résistance à la chloroquine, avaient rendu sa révision nécessaire. Il a tout d'abord expliqué que la révision de la stratégie antipaludique régionale était dans le droit fil de la résolution AFR/RC35/R5 qui a été adoptée par le Comité régional lors de sa trente-cinquième session en 1985. Le fonctionnaire régional a présenté ensuite chacun des sept chapitres du document.

147. L'analyse de la situation épidémiologique et le classement des zones impaludées, en fonction des objectifs opérationnels des activités antipaludiques, ont fait apparaître cinq zones :

- i) zones où le paludisme n'a jamais existé ou a disparu et où il n'y a aucun risque d'infection et qui ne sont pas réceptives;
- ii) zones où l'éradication du paludisme a été obtenue mais qui sont réceptives; on a fait état de deux pays : La Réunion où il n'y a pas eu de rétablissement de la transmission et Maurice où il y a eu un rétablissement de la transmission;
- iii) zones où la transmission a été ramenée à un faible niveau du fait de mesures de lutte antivectorielle prises pendant une longue période;
- iv) zones où la transmission est saisonnière avec des niveaux d'endémicité allant de hypo- à méso-endémique, avec des potentiels épidémiques;

- v) zones où le paludisme est stable avec une endémicité de niveau hyper- à holo-endémique; la situation n'a pas changé de façon marquée depuis des générations et on ne mène pas d'activités antipaludiques organisées; la plupart des pays de la Région tombent dans ce groupe.

148. Il a décrit les principales caractéristiques des principaux vecteurs du paludisme, à savoir Anophèles gambiae et Anophèles funestus qui sont les vecteurs les plus efficaces du monde et contre lesquels la lutte est la plus difficile.

149. Après avoir souligné les implications de cette maladie du point de vue de la santé publique et du point de vue socio-économique, il a attiré l'attention du Sous-Comité sur deux importantes questions, d'une part sur les conséquences de la poursuite du schéma thérapeutique à dose unique avec de la chloroquine adopté par le Comité régional lors de sa trente-et-unième session, au cours de laquelle la stratégie antipaludique régionale actuelle avait été adoptée, et d'autre part, sur les conséquences possibles de ce schéma thérapeutique étant donné l'apparition et la propagation d'une résistance de P. falciparum à la chloroquine dans la Région.

150. Ce phénomène exige un changement dans le schéma thérapeutique normalisé.

151. Les chapitres 2, 3 et 4 énumèrent les principaux objectifs de la stratégie antipaludique révisée qui sont demeurés inchangés, esquissent une stratégie de lutte antipaludique et décrivent les quatre variantes tactiques de la lutte antipaludique qui ont été adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé par sa résolution WHA31.45, lors de sa Trente et Unième session en 1978.

152. Le chapitre 5 décrit les conditions fondamentales qui doivent être remplies pour mettre en oeuvre et poursuivre un programme antipaludique. A cet égard, l'attention des participants a été attirée sur trois conditions importantes :

- reconnaissance du paludisme en tant que problème et ferme engagement à tous les niveaux pour prendre les mesures contre cette maladie;
- aptitude à poursuivre un programme après sa mise en oeuvre;
- mise en oeuvre d'une action antipaludique dans le cadre des soins de santé primaires.

153. Le chapitre 6 aborde les critères dont il faut tenir compte lors de la sélection de technologies appropriées de lutte, tandis que le chapitre 7 définit le rôle de l'OMS et décrit l'appui et la collaboration que les Etats Membres peuvent espérer de l'Organisation.

Discussion

154. Le Comité s'est dit préoccupé par la stagnation des progrès de la lutte antipaludique et par la détérioration concomitante de la situation épidémiologique dans certaines zones, bien que l'on soit conscient des répercussions négatives du paludisme sur la santé publique et la situation socio-économique.

155. Le Comité a noté que l'on n'accordait pas suffisamment d'attention aux mesures de lutte antivectorielle, qui doivent constituer l'épine dorsale de tout programme de lutte antipaludique.

156. Le Comité a donc instamment invité le Bureau régional à promouvoir activement les programmes de lutte antipaludique en appliquant autant que possible des mesures de lutte antivectorielle intégrées.

157. A cet égard, l'OMS a été priée de favoriser et d'intensifier les recherches visant à améliorer les approches existantes et à en mettre au point de nouvelles qui soient plus sûres et plus efficaces pour la lutte antivectorielle.

158. Le Comité s'est également inquiété de la menace que font peser l'apparition et l'extension de la pharmaco-résistance. Il a demandé à l'OMS d'accorder la priorité à la recherche sur l'épidémiologie de ce phénomène de façon à mettre au point des mesures appropriées pour prévenir ou retarder le plus longtemps possible l'apparition et l'extension de la pharmacorésistance.

159. Il a été demandé que l'on organise une réunion régionale d'experts sur le paludisme en Afrique, et des questions ont été posées concernant les progrès de la mise au point de vaccins antipaludiques.

160. En matière de lutte antivectorielle, une brève description a été donnée des mesures essentielles à prendre pour l'évaluation de la situation épidémiologique, la stratification épidémiologique, la définition des objectifs, la sélection des mesures de lutte, etc.

161. L'attention a été appelée sur les incidences de la lutte antivectorielle du point de vue de l'organisation et des coûts, et l'on a notamment insisté sur la nécessité d'envisager l'aptitude à poursuivre les opérations sur une base permanente ou pendant une longue période avant de se lancer dans un programme de lutte antivectorielle de grande envergure. Il a été rappelé que le Bureau régional mettait l'accent sur la formation de nationaux en paludologie de base et en lutte antipaludique, de façon à améliorer les programmes nationaux de lutte.

162. Le Comité a estimé que la pharmaco-résistance était un problème grave. Il a instamment demandé que l'on prenne des mesures pour mieux appréhender le phénomène en vue de mettre au point des mesures appropriées de prévention et de lutte et de résoudre le problème, en particulier au niveau de la collectivité.

163. A propos des vaccins antipaludiques, des renseignements ont été communiqués sur la situation actuelle concernant la mise au point de deux vaccins antisperozoïtes et la préparation d'essais sur le terrain en Afrique destinés à évaluer la sécurité, l'efficacité et l'impact de ces vaccins et - chose plus importante encore - le rôle des vaccins dans la lutte antipaludique.

ANNEXE 9

La résolution AFR/RC/R5 sur le programme régional de lutte antipaludique adoptée en septembre 1993 à Gaborone : source : OMS, Rapport final de la quarante-troisième session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique (Gaborone, 1 au 8 septembre 1993), Brazzaville, OMS, 1993, 156 p

AFR/RC43/R5 : Programme régional de lutte antipaludique

Le Comité régional,

Constatant la persistance de la situation alarmante du paludisme dans la plupart des pays de la Région et ses conséquences désastreuses sur la santé et le développement ;

Notant avec satisfaction l'engagement des Etats Membres et de la communauté internationale, exprimé à travers la Déclaration mondiale sur la lutte contre le paludisme adoptée lors de la Conférence ministérielle d'Amsterdam tenue en octobre 1992 ;

Rappelant la résolution WHA46.32 adoptée lors de la Quarante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé ;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional contenu dans le document AFR/RC43/13 sur les progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme ;

Se félicitant des efforts accomplis par certains Etats Membres notamment dans la mise à jour des plans nationaux de lutte contre le paludisme et dans le domaine de la formation des personnels de santé ;

Ayant pris note des cibles proposées pour un plan d'action régional de lutte contre le paludisme pour la période 1994-1997 ;

1. FELICITE le Directeur régional pour les actions déjà entreprises et les orientations contenues dans son rapport ;
2. INVITE les Etats Membres à :
 - i) maintenir leur engagement politique ainsi que celui du personnel de santé et à renforcer celui de leurs communautés en faveur de la lutte antipaludiques ;
 - ii) poursuivre la formulation/reformulation de leurs programmes nationaux de lutte contre le paludisme conformément à la stratégie régionale en mettant l'accent sur les éléments appropriés (prise en charge des cas, lutte antivectorielle et chimioprophylaxie) en fonction de leur situation exo-épidémiologique ;
 - iii) déterminer dans les plans d'action nationaux des cibles précises et des indicateurs spécifiques permettant de guider la mise en œuvre de leur programme ;
 - iv) surveiller étroitement l'évolution de la résistance du parasite du paludisme à la chloroquine et à d'autres antipaludiques et partager les résultats de cette surveillance avec l'OMS et les pays limitrophes ;
 - v) mobiliser des ressources locales et extérieures, et faire figurer la lutte contre le paludisme dans les plans nationaux de développement sanitaire ;
3. LANCE un nouvel appel aux institutions des Nations Unies, aux organisations bilatérales et multilatérales de développement, aux organisations non gouvernementales ainsi qu'aux fondations privées afin qu'elles soutiennent

d'avantage les efforts déployés par l'OMS et les Etats Membres dans la lutte contre le paludisme ;

4. PRIE le Directeur régional :

- i) de maintenir et renforcer l'appui technique fourni par le Bureau régional aux Etats Membres pour la formulation/reformulation des plans nationaux en conformité avec la nouvelle stratégie de lutte contre le paludisme ;
- ii) de poursuivre les efforts visant à renforcer les compétences des personnels de santé dans la prise en charge correcte du paludisme à tous les niveaux du système de santé ;
- iii) d'appuyer la surveillance de l'évolution de la résistance du parasite du paludisme à la chloroquine et à d'autres antipaludiques dans les pays, et d'en diffuser régulièrement les résultats aux pays ;
- iv) de mobiliser davantage de ressources en faveur de la lutte antipaludique ;
- v) de tenir les Etats Membres et le Comité régional au courant des progrès accomplis dans la mise en œuvre de cette résolution.

Septembre 1993, 43, 12

ANNEXE 10

La Déclaration mondiale sur la lutte antipaludique approuvée à Amsterdam en 1992 : OMS, « La stratégie mondiale de lutte antipaludique », *Bulletin de l'OMS*, 1993, vol. 75, n°5, p. 491-495

CTD/MCM/92.6
Page 11

DECLARATION MONDIALE SUR LA LUTTE ANTIPALUDIQUE

La Conférence ministérielle sur le paludisme réunie à Amsterdam ce vingt-septième jour d'octobre de l'an mil neuf-cent quatre-vingt-douze,

Soulignant la nécessité urgente d'un engagement de tous les gouvernements, de tous les agents de santé et autres acteurs du développement et de la communauté mondiale, en faveur de la lutte contre le paludisme,

Déclare ce qui suit:

I

La Conférence reconnaît que le paludisme est une grave menace pour la santé et un obstacle au développement économique des personnes, des communautés et des nations. Près de la moitié de la population mondiale est exposée à cette maladie qui provoque chaque année 100 millions de cas cliniques et plus d'un million de décès.

II

Si plus de 80% des cas de paludisme et des décès dus au paludisme surviennent en Afrique, cette maladie pose un problème dans toutes les régions du monde. Elle frappe les jeunes et les personnes âgées. Les enfants sont particulièrement exposés car le paludisme est l'une des principales causes de mortalité infantile en Afrique tropicale où il tue un enfant sur vingt avant l'âge de cinq ans. La maladie est également cause d'anémie chez les enfants et les femmes enceintes et accroît leur vulnérabilité à d'autres maladies. Elle frappe plus durement les pauvres et les défavorisés, minant leur productivité et provoquant un mauvais état de santé chronique. Son impact social et économique est effrayant.

III

Les bouleversements sociaux, politiques et économiques contribuent tous à aggraver le fléau du paludisme, particulièrement en cas des déplacements incontrôlés de populations et des perturbations de l'environnement qu'ils entraînent. Les populations non immunes affluant dans ces zones d'endémie situées aux frontières du développement économique payent un prix exorbitant en termes de maladie et d'incapacité.

IV

Les projets de construction et d'aménagement de l'environnement, qui sont les manifestations du développement, créent souvent des milieux favorables à la transmission du paludisme, aggravant les problèmes existants et ouvrant la voie à des épidémies dévastatrices dans des zones précédemment indemnes de paludisme, provoquant de nombreux décès et un appauvrissement catastrophique des communautés.

V

La propagation de la pharmacorésistance complique le traitement du paludisme et impose souvent l'emploi de médicaments nouveaux qui risquent d'être plus coûteux ou plus toxiques que la chloroquine, ce qui conduit à privilégier les mesures individuelles et communautaires de protection contre les piqûres de moustiques et réduit en fait l'efficacité de la chimioprophylaxie.

VI

Malgré ces problèmes, la situation peut et doit être maîtrisée avec les moyens actuellement disponibles. Nous avons appris que la clé du succès est d'appliquer les bonnes stratégies, au bon endroit et au bon moment, et ceci de façon suivie. Dans la plupart des pays d'endémie, on s'attachera à prévenir la mortalité due au paludisme et à réduire la morbidité et les conséquences sociales et économiques provoquées de la maladie, en améliorant et en renforçant progressivement les capacités locales et nationales. Cette tâche sera particulièrement ardue dans les pays les moins avancés où un appui durable mettant en jeu la solidarité internationale, s'impose.

VII

Consciente de ce qui précède, la Conférence ministérielle

- o fait sienne la Stratégie mondiale de lutte antipaludique en reconnaissant la nécessité d'axer les efforts sur le renforcement des capacités locales et nationales et de tenir compte des spécificités nationales;
- o approuve les quatre composantes techniques de la stratégie, à savoir :
 - le diagnostic précoce et le traitement rapide;
 - la planification et la mise en oeuvre de mesures de prévention sélectives et durables, y compris la lutte antivectorielle;
 - la détection précoce, l'endiguement ou la prévention des épidémies; et
 - le renforcement des capacités locales en matière de recherche fondamentale et appliquée pour permettre, et favoriser, une évaluation régulière de la situation du paludisme dans les pays, évaluation qui porte notamment sur les déterminants écologiques, sociaux et économiques de la maladie;
- o préconise une décentralisation de la structure de gestion des programmes afin que le soin d'utiliser les ressources disponibles de la façon la plus appropriée soit délégué à ceux qui se trouvent au coeur du problème;
- o reconnaît qu'un groupe central de spécialistes nationaux a un rôle essentiel à jouer dans la définition et l'élaboration de stratégies nationales, ainsi que dans la mise en place de systèmes efficaces de formation, d'encadrement et d'éducation sanitaire tenant compte de ces stratégies. Ces systèmes sont nécessaires pour que les nouvelles connaissances, notamment celles qui découlent de la recherche opérationnelle et des activités régulières de surveillance et d'évaluation, soient régulièrement communiquées à ceux qui sont le mieux placés pour les utiliser; et

- o sait que le problème du paludisme continuera à évoluer et que les stratégies de lutte antipaludique devront suivre cette évolution. Elle affirme la nécessité d'un effort constant de recherche-développement portant à la fois sur la recherche fondamentale, pour la mise au point de meilleurs instruments de lutte antipaludique, et sur la recherche appliquée, pour une utilisation optimale des ressources existantes dans les contextes très diverses où sévit le paludisme. Elle reconnaît, en outre, la nécessité d'un appui beaucoup plus poussé aux recherches entreprises pour le compte des secteurs sociaux, afin de mettre la science au service de l'humanité tout entière.

VIII

Les participants à la Conférence ministérielle s'engagent, en leur nom propre et au nom de leur pays, à combattre le paludisme, et

- o à réexaminer les efforts actuels en reconnaissant qu'il est possible de mieux utiliser les ressources existantes et à déterminer les besoins non satisfaits pour mobiliser le complément de ressources nécessaires à l'expansion des activités en cours;
- o à programmer la lutte antipaludique en tant qu'élément essentiel du développement sanitaire et à intégrer ce dernier dans le développement national dont il constitue un élément fondamental. La Conférence ministérielle sait que les risques de propagation du paludisme, et d'autres maladies tropicales inhérentes aux projets de développement, peuvent largement dépasser les moyens dont disposent les services sanitaires et sociaux pour y faire face. Des mesures sanitaires doivent être intégrées dans ces projets si l'on veut qu'ils contribuent utilement au développement social et économique des communautés concernées;
- o à faire participer à ces efforts les communautés, dans le cadre d'un partenariat, ainsi que les autres secteurs concernés par l'éducation, les ressources en eau, l'assainissement, l'agriculture et le développement; et
- o à mener la lutte contre le paludisme dans le contexte des soins de santé primaires en profitant de cette occasion pour renforcer les infrastructures sanitaires et sociales et promouvoir le droit fondamental de toute population touchée par le paludisme à un diagnostic précoce et à un traitement approprié.

IX

Tout en reconnaissant que c'est aux pays impaludés qu'incombe au premier chef l'adoption de mesures indispensables à la lutte antipaludique, la Conférence fait observer que le problème se pose souvent avec plus d'acuité dans les pays, ou régions, qui sont précisément le moins en mesure d'agir. Considérant toutefois qu'un appui extérieur ne peut qu'être limité dans le temps et conçu en vue de l'accession à l'autoresponsabilité dans un délai raisonnable, la Conférence lance un appel à tous les partenaires du développement international, y compris les institutions et organismes du système des Nations Unies, les institutions bilatérales et les organisations non gouvernementales, pour qu'ils accroissent leur appui à la lutte antipaludique, en y investissant leurs ressources de manière à consolider les plans établis par les pays pour combattre durablement le paludisme,

conformément à la stratégie mondiale, ainsi qu'à des recherches débouchant sur de nouveaux moyens de lutte antipaludique, y compris les vaccins. Cet appel se fonde sur des considérations de justice sociale et d'équité, et sur la conviction qu'un tel appui contribuera tout particulièrement au développement économique et social, ainsi qu'à la lutte contre la misère dans le monde.

X

La Conférence lance un appel à l'Organisation mondiale de la Santé qui est tenue, par sa Constitution, d'agir en tant qu'autorité directe et coordinatrice des activités sanitaires internationales, pour qu'elle joue un rôle de leader dans l'appui apporté dans les pays à l'exécution de cette stratégie mondiale.

Professeur Pascal Lissouba, Président de la République du Congo, Président de la Conférence ministérielle sur le paludisme

Dr Eusebio del Cid, Ministre de la Santé du Guatemala, Vice-président de la Conférence ministérielle sur le paludisme

Dr M. Adhyatma, Ministre de la Santé de l'Indonésie, Vice-président de la Conférence ministérielle sur le paludisme

Dr Ali Bin Mohammed Bin Moosa, Ministre de la Santé d'Oman, Vice-président de la Conférence ministérielle sur le paludisme

Madame Hilda Lini, Ministre de la Santé du Vanuatu, Vice-présidente de la Conférence ministérielle sur le paludisme

ANNEXE 11

Imprimés utilisés par le service d'Hygiène de la Côte d'Ivoire pour sanctionner les populations en cas d'infractions aux mesures d'hygiène, ANS : Rapport du service d'hygiène de la Côte d'Ivoire, 1953

COTE D'IVOIRE
SERVICE D'HYGIÈNE

Abidjan le 195

CONVOCATION

Le nommé

adresse : est prié de
se présenter au Service d'hygiène le

.....

.....

.....

Le Médecin-Chef,

Gouvernement Général
de l'Afrique Occidentale
Française

Territoire de la Côte d'Ivoire

SERVICE D'HYGIÈNE

N° S. H.

AVERTISSEMENT UNIQUE

M

Adresse :

(Secteur sanitaire N°)

La présence de LARVES DE MOUSTIQUES a été constatée dans l'im-
meuble que vous occupez,

le

Nature de gîte :

Ce fait constitue une infraction à la réglementation sanitaire en vigueur (Arrêté
local du 25-2-1905 - Art. 12 - Arrêté local 482/A. G. du 18 Février 1933 - Art. 2).
En conséquence, dans un but d'intérêt général évident et aussi pour vous éviter
en cas de récurrence, l'application des mesures répressives prévues, vous êtes ins-
tamment prié de prendre immédiatement toutes dispositions nécessaires desti-
nées à prévenir le développement et l'éclosion des larves de moustiques (*voir
au dos.*)

Abidjan, le

Le Chef de Secteur Assermenté
Chargé des mesures d'exécution,

V U :

Le Médecin - Chef du Service d'Hygiène

Gouvernement Général
de l'Afrique Occidentale
Française

territoire de la Côte d'Ivoire

SERVICE D'HYGIÈNE

N° /S. H.

AVERTISSEMENT

M

Adresse :

(Secteur sanitaire N°

est informé qu'un délai de jours lui est accordé pour se conformer
à la réglementation sanitaire en vigueur (*voir au dos*)

DISPOSITIONS A PRENDRE :

.....
.....
.....
.....

Passé ce délai, il sera dressé procès-verbal en cas d'inexécution.

Abidjan, le

Le Chef de Secteur Assermenté
Chargé des mesures d'exécution,

V U :

Le Médecin - Chef du Service d'Hygiène

TABLES DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES CARTES

Carte n°1 : La zone pilote de Bobo Dioulasso.....	85
Carte n°2 : La zone du Cameroun Sud incluant la zone pilote de Yaoundé.....	91
Carte n°3 : La zone pilote de Yaoundé.....	92
Carte n°4 : La zone pilote du Cameroun Nord.....	93

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Etat d'avancement du programme en 1959 et en 1968.....	103
Tableau n°2 : Etat des programmes d'éradication du paludisme de 1957 à 1971.....	105
Tableau n°3 : Les catégories de gîtes larvaires et leurs caractéristiques.....	204
Tableau n°4 : Les secteurs et sous-secteurs de lutte antipalustre de la commune-mixte d'Abidjan.....	213
Tableau n°5 : Les cinq zones d'extension de la lutte antipaludique au territoire de la Côte d'Ivoire établies en 1955.....	217
Tableau n°6 : Classification des antipaludiques en fonction des formes d'évolution du parasite.....	234
Tableau n°7 : Liste des médicaments et leurs synonymes.....	235
Tableau n°8 : Les formes de paludisme chez les Européens.....	239
Tableau n°9 : Les formes de paludisme chez les Africains	239
Tableau n°10 : Résultats des enquêtes réalisées en Côte d'Ivoire en 1948.....	241
Tableau n°11 : Les mesures antipaludiques en vigueur en 1971.....	283
Tableau n°12 : Les doses hebdomadaires préconisées pour la Chloroquine et l'Amodiaquine en 1971.....	291
Tableau n°13 : Les quatre variantes tactiques simplifiées des années 1970.....	303

Tableau n°14 : L'organisation du système de santé en Côte d'Ivoire à partir de 1994.....	372
Tableau n°15 : Exemples de mesures de lutte contre les vecteurs du paludisme utilisables au niveau individuel ou communautaire.....	407
Tableau n°16 : Domaines d'actions prioritaires pour le renforcement des programmes de lutte antipaludique des pays de la catégorie 1.....	431

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

LITES DES SIGLES ET ACRONYMES

INTRODUCTION..... 7

PREMIERE PARTIE : La politique d' « éradication du paludisme » : un défi pour l'OMS : 1948-1969..... 42

Chapitre I : Pourquoi la mise en œuvre d'une politique d' « éradication du paludisme » ?..... 46

I. L'avènement de l'insecticide dichloro-diphényl-trichlorétane ou DDT : un nouvel espoir pour la disparition du paludisme..... 47

Comment le DDT révolutionne la lutte contre le paludisme ?..... 47

Une efficacité contrastée et porteuse d'inquiétudes..... 61

II. La politique d' « éradication du paludisme » en 1955 : un projet ambitieux mais controversé ?..... 65

Origine et mise en œuvre de la politique d'éradication..... 65

De la Conférence de Kampala aux projets pilotes d'éradication du paludisme en

Afrique : l'exemple de la Haute-Volta et du Cameroun..... 74

Pourquoi l'Afrique est-elle partiellement exclue des programmes d'éradication ?..... 95

III. Le programme de prééradication ou comment préparer la voie à la politique d'éradication ?..... 109

Chapitre II : Les freins à l'application de la politique d' « éradication du paludisme » en Côte d'Ivoire 119

I. Un service antipaludique fédéral aux moyens très limités..... 121

II. Quelle est la finalité des études menées sur le paludisme en Côte d'Ivoire? 132

Les spécificités des études sur le paludisme en situation coloniale..... 140

Les études sur le paludisme au lendemain des indépendances..... 149

III. Le système sanitaire ivoirien est-il adapté pour mener la politique d'éradication ?.....156

Des infrastructures sanitaires inadaptées..... 157

Le personnel métropolitain..... 169

Le personnel auxiliaire local..... 172

Une laborieuse « ivoirisation » de la formation médicale..... 184

Chapitre III : Quelle alternative à l' « éradication du paludisme » dans le contexte ivoirien ?..... 195

I. Réduire l'incidence du paludisme sur les populations à travers l'amélioration du cadre de vie : l'affirmation d'une politique d'hygiène..... 196

II. Quelles sont les modalités d'application de la chimiothérapie aux populations ?..... 223

Conclusion de la première partie..... 256

DEUXIEME PARTIE : Retour vers un projet plus réaliste : la politique de contrôle du paludisme : 1970-1996..... 258

Chapitre IV : Comment mettre en œuvre la politique de contrôle du paludisme dans un système de santé en crise ?..... 260

I. Pourquoi une politique de contrôle du paludisme ?..... 260

Les problèmes techniques..... 261

Les problèmes non techniques..... 270

II. Comment définir la politique de contrôle du paludisme ?..... 276

III. La crise du système de santé en Côte d'Ivoire : quelle réalité ?..... 306

Chapitre V : Sortir de l'impasse de la crise du système de santé..... 320

I. L'OMS et les Soins de santé primaires (1978) : une bouée de sauvetage pour le système de santé ?..... 321

II. Corriger les imperfections d'une politique exogène que sont les SSP : « l'Initiative de Bamako de 1987 » ou la réorientation des SSP..... 331

L'amélioration relative de la couverture sanitaire et des soins..... 347

La mobilisation des fonds pour le secteur de la santé..... 349

L'Initiative de Bamako n'a pas été la panacée attendue : pourquoi ?..... 350

L'équité dans la fréquentation des centres de santé est loin d'être atteinte..... 351

La problématique de la décentralisation et l'équité du financement de la santé..... 353

III. Les Soins de santé primaires et l'Initiative de Bamako : quelles réponses institutionnelles et quelles applications dans le système de santé ivoirien ?..... 356

L'application des SSP dans le système de santé en Côte d'Ivoire : une volonté politique à l'épreuve de la réalité du terrain..... 357

La difficile mise en place des districts sanitaires..... 369

Chapitre VI : Des stratégies régionales à la stratégie mondiale de lutte antipaludique..... 374

I. Vers la recherche d'une stratégie africaine de lutte antipaludique..... 376

II. Comment la politique de contrôle se décline-t-elle dans la pratique médicale en Côte d'Ivoire après son lancement ?.....	392
Comment la lutte doit-elle s'organiser dans le cadre des SSP ?.....	399
Les réalités de la pratique médicale dans le cadre du contrôle du paludisme.....	413
III. Du local au global : la Conférence ministérielle d'Amsterdam et la définition d'une stratégie mondiale révisée de lutte antipaludique : 1992.....	425
IV. Les nouveaux fronts de la lutte antipaludique en Côte d'Ivoire : vers la promotion d'une lutte intégrée ?.....	434
V. Les populations ivoiriennes et l'application des stratégies de lutte antipaludique : réactions diverses et développement de stratégies endogènes.....	453
Conclusion de la deuxième partie.....	469
CONCLUSION GENERALE.....	472
SOURCES	481
BIBLIOGRAPHIE.....	498
TABLE DES ANNEXES.....	514
1. La Constitution de l'OMS.....	515
2. La résolution de la 8 ^e Assemblée Mondiale de l'OMS sur l'éradication du paludisme, Mexico, 10-27 mai 1955.....	533
3. Principes et pratiques de l'éradication du paludisme.....	534
4. La résolution de la 22 ^e Assemblée mondiale de l'OMS sur le réexamen de la stratégie mondiale de l'éradication du paludisme, Boston, 8-25 juillet 1969.....	536
5. Lettre du Secrétaire d'Etat à la Présidence du Conseil chargé du Ministère de la France d'Outre-Mer au sujet de la lutte contre le paludisme dans les Territoires d'Outre-Mer.....	537
6. Lettre du médecin-général Inspecteur JEANSOTTE, directeur du service de santé de la France d'Outre-Mer.....	539
7. Résolution AFR/RC31/R11 du comité OMS Afrique sur l'élaboration d'un plan d'action régionale, septembre 1981, 31, 13.....	541
8. Stratégie régionale révisée de la lutte antipaludique lors de la tenue de la 36 ^e session du comité régional, Brazzaville, 1986.....	542
9. Résolution AFR/RC/R5 sur le programme régional de lutte antipaludique, adopté en septembre 1993 à Gaborone(Bostwana), 43, 12.....	546

10. Déclaration mondiale sur la lutte antipaludique, Amsterdam 1992.....	548
11. Imprimés utilisés par le service d'Hygiène de la Côte d'Ivoire pour sanctionner les populations en cas d'infractions aux mesures d'hygiène.....	552
TABLE DES ILLUSTRATIONS	555
LISTE DES CARTES.....	555
LISTE DES TABLEAUX.....	555
TABLE DES MATIERES.....	557