

# Victoire sur l'onchocercose : un espoir pour l'Afrique



**Ceux qui suivent les nouvelles de l'Afrique ont parfois de quoi désespérer devant la situation de ce continent. Le magnifique succès du programme international de lutte contre la « cécité des rivières » ouvre un chemin d'espoir.**

**L**e voyageur qui quitte Ouagadougou vers l'est en direction de Niamey traverse la vallée de la Nakambé (ex-Volta blanche). Près du pont, il peut observer Wayen, un grand village de plusieurs dizaines de maisons bien entretenues, avec son école et son dispensaire. Mais peut-être ne le remarque-t-il pas : quoi de plus normal qu'un village prospère au bord d'une rivière ? Mais il y a trente ans, le village de Wayen était repoussé à 11 km de la Nakambé et à l'emplacement du village actuel ne végétaient que quelques pêcheurs malades qui sacrifiaient leurs yeux au commerce du poisson. » (Bernard Philippon, IRD) Car la vallée était infestée par l'onchocercose – la cécité des rivières – qui représentait à l'époque la deuxième cause de cécité d'origine infectieuse. Comment en est-on arrivé là ? Comment est-on passé du cauchemar à la prospérité ? C'est toute l'histoire du Programme de lutte contre l'onchocercose (OCP

## EMMANUEL GRENIER

dans son acronyme anglais) mené en Afrique de l'Ouest.

Pour retracer cette histoire et pour comprendre le succès de l'OCP, il va nous falloir remonter loin dans le temps, jusqu'à l'époque du docteur Jamot, le vainqueur de la maladie du sommeil, et de ses fameuses équipes mobiles. Ensuite, nous nous demanderons s'il est possible de généraliser cette expérience à la lutte contre d'autres maladies.

Mais commençons par le commencement, c'est-à-dire les rivières. Dans les cours d'eau rapides, vit la simulie, sorte de moucheron (on l'appelle parfois mouche noire) appartenant à la famille des simulies (*Simulium damnosum*). En piquant les hommes, elle transmet un ver parasite, le filaire, dont les larves (dites microfilières), provoquent la

maladie. Celle-ci se manifeste par des lésions cutanées et oculaires. Dans les cas les plus graves, elle provoque la cécité, d'où son nom. Cette maladie n'est pas nouvelle puisque certaines traditions orales des pays infectés rapportaient que « les grands marigots mangent les yeux ».

Dans les années 60, la situation était parvenue à un point catastrophique, dans le monde en général, mais particulièrement en Afrique de l'Ouest. A l'époque où l'OCP démarrait, il couvrait 720 000 km<sup>2</sup> dans l'est du Mali, le Burkina Faso, le sud-ouest du Niger, le nord de la Côte d'Ivoire, du Ghana, du Togo et du Bénin. Il s'agissait de régions de savanes où l'onchocercose sévissait sous ses formes les plus sévères, avec des prévalences record dans les vallées infestées et des taux d'atteintes cutanées et oculaires parmi les plus élevées du monde : jusqu'à 90 % de prévalence, 50 % de lésions cutanées,



**L'onchocercose se manifeste par des lésions cutanées et oculaires. Dans les cas les plus graves, elle provoque la cécité, d'où son nom de cécité des rivières.**

25 % de lésion oculaires irréversibles et 10 % de cécités. On comprend que ce phénomène ait conduit à une véritable désertion des vallées, ce qui représentait un obstacle majeur au développement. Ce sont en effet les terres les plus favorables à la culture, proches des fleuves, qui étaient de fait interdites. On estimait ainsi à l'époque qu'un tiers des terres arables de Haute-Volta (pays devenu le Burkina Faso) étaient inhabitées à cause de l'onchocercose. Quelque 120 millions de personnes étaient exposées à ce risque, dont 96 % en Afrique. Au total, 18 millions de personnes étaient infestées et présentaient des lésions cutanées, dont 99 % en Afrique. Six millions et demi de personnes infestées souffraient d'un prurit intense ou d'une dermatite et 270 000 avaient perdu la vue.

Pour pouvoir lutter, il fallait d'abord constater. Or, ce qui apparaît aujourd'hui clairement – l'onchocercose comme obstacle au développement – était loin d'être évident dans ces régions frontalières de la colonisation humaine. Ce que l'on a parfois appelé la « maladie du bout de la piste » échappait aux observations des médecins restant cantonnés dans leur hôpital régional. Il fallut la pratique des médecins militaires français, opérant en équipes mobiles dans le Service général

autonome de la maladie du sommeil puis du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, pour que puissent être signalée la fréquence des villages d'aveugles le long des grands cours d'eau. D'où venaient ces médecins ?

### **Jamot et la médecine coloniale française**

*« Heureux celui qui porte en lui un idéal, et qui lui obéit ; idéal de la science, idéal de la patrie, idéal de l'humanité. »*

Louis Pasteur

*« La France n'est grande que lorsqu'elle sort d'elle-même. »*

Charles de Gaulle

La médecine coloniale française est née avec Colbert, le même qui nous donna le magnifique hôpital militaire des Invalides. Très vite, avec l'expansion coloniale, apparut la nécessité de connaître le terrain et de l'améliorer. La création du corps de Santé coloniale, en 1890, n'a pas été exempte d'arrière-pensées utilitaristes : la viabilisation sanitaire des territoires conquis était une condition de leur rentabilité. Cependant, l'histoire de ses réalisations dépasse

de loin ces arrière-pensées, avec l'épopée extraordinaire d'hommes armés de science et de courage, quittant leur pays pour plusieurs années de suite pour aller mener bataille contre les épidémies. Rien à voir avec certains « humanitaires » d'aujourd'hui : le voyage en bateau puis à cheval prenait deux mois et l'on était très loin des caméras. La première génération de ces médecins hospitaliers avait créé des infrastructures hospitalières dans les ports coloniaux. Animés par la foi pastorienne dans le progrès, les médecins de la seconde génération, formés à l'École de santé navale de Bordeaux ou à l'École du Pharo de Marseille, vont pénétrer à l'intérieur des territoires et apporter leur art aux populations locales, en formant de nombreuses personnes sur place.

Le médecin militaire Eugène Jamot, diplômé de l'École du Pharo et élève de Mesnil à l'Institut Pasteur, incarna la troisième génération, en inventant la médecine mobile. En 1916, il fut nommé directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville. C'est lui qui permit de vaincre la terrible maladie du sommeil, qui menaçait alors de dépeupler le continent africain. Une mission d'étude sur le sujet (Gustave Martin, Leboeuf et Roubeaud) avait fait le diagnostic suivant en 1908 : « Depuis quelques années, la Maladie du Sommeil s'est développée en Afrique Equatoriale avec une gravité exceptionnelle. Elle ravage, sans épargner les Blancs, des régions entières. Si un moyen n'est pas découvert, si des mesures prophylactiques ne sont pas adoptées, les énormes sacrifices en hommes et en argent consentis pour pénétrer le continent noir n'aboutiront qu'à un désastre. »

La maladie du sommeil présente un caractère épidémiologique très particulier. Elle ne sévit que dans la zone intertropicale du continent africain et n'intéresse pas le reste de la population mondiale. Provoquée par un parasite, le trypanosome, elle est transmise d'homme à homme, en milieu rural, par une mouche : la glossine. Elle évolue en deux périodes. Durant la première période, dite « sanguine », les malades souffrent de fièvre irrégulière dont ils ne se soucient pas. Ils ne consultent donc jamais. A partir de la seconde période, « nerveuse », ils évoluent

rapidement, accablés de sommeil, vers un état grabataire qui les confine jour et nuit dans leur habitation. Ils ne consultent pas non plus. On ne les voit pas. Leurs proches, dans un contexte culturel qui les familiarise avec la mort, s'en inquiètent sans agir. De ce fait, le personnel de l'hôpital d'une ville éventuellement voisine n'en rencontre pas, et peut ignorer indéfiniment qu'une épidémie importante sévit en zone rurale à quelques kilomètres de là.

Et de fait, quand Jamot commence à travailler sur la route qui relie le bassin de l'Oubangui à celui du Chari, puis lorsqu'il est affecté au Cameroun en 1922, il découvre une situation effroyable : « Dans certains groupements de villages, nous étions stupéfaits de constater que 97 % des sujets étaient déjà infestés, des villages entiers avaient disparu ou s'apprêtaient à disparaître. » Il met alors au point une méthode de lutte contre la maladie qui restera comme un modèle de succès. Selon lui, pour intervenir avec efficacité sur un foyer épidémique, il faut l'explorer de façon exhaustive, village par village, à l'aide « d'équipes mobiles » constituées d'un personnel médical, d'agents techniques spécialisés, de compétences d'examen clinique et du matériel d'examen de laboratoire, microscopes, sérologie, etc. Toute la population devra être examinée. Un double but est ainsi recherché : tous

les malades doivent pouvoir être dépistés, en vue des soins à leur donner ; tous les porteurs de parasites doivent être retirés du foyer de façon que les glossines ne trouvent plus de trypanosomes à transmettre.

Les équipes de Jamot, comme des escouades militaires, vont voir sur place les populations, dépister les trypanosomés par analyse systématique du sang et du liquide céphalo-rachidien. Au Cameroun, Jamot est entouré de deux Européens non médecins et de sept Africains analphabètes, qu'il a formé en trois mois aux actes essentiels du dépistage : savoir reconnaître un trypanosome sous la lame du microscope, savoir faire une injection et un prélèvement, etc. Avec ces faibles moyens, il allait dépister des centaines de milliers de malades.

Jamot associait à une bonté et un dévouement incroyables, rapportés par tous ceux qui l'ont fréquenté, une grande capacité d'organisation. Ce médecin-colonel considère l'épidémie comme une armée ennemie, qui se déploie de façon vivante. Contre elle, il faut organiser le renseignement, les opérations de flanc et d'encercllement. De cette intuition, il va déduire une méthode qui peut se décliner en six principes :

1. Médecine *mobile*, adaptée au terrain. Il faut aller sur place et examiner chaque individu, qu'il soit apparemment sain ou malade.

2. *Enquête épidémiologique initiale*. Il faut dresser la carte de la maladie et évaluer le taux d'endémicité : c'est l'une des tâches des unités mobiles. Cela signifie surveiller les épidémies existantes mais aussi le potentiel d'émergence de telle ou telle autre maladie.

3. Etablir les priorités d'interventions rapides contre les épidémies les plus mortelles. *Prophylaxie de létalité* suivie de *prophylaxie spécifique*.

4. Choisir les *moyens d'interventions*. Ils doivent être efficaces, mais rapides.

5. Mener le combat avec un *service spécialisé* sans frontières rigides, muni d'une direction centralisée et d'un personnel spécialement qualifié.

6. Le combat doit être *coordonné par un médecin*.

Jamot eut des batailles homériques avec l'administration coloniale française. Ceux qu'il appelait « les cloportes » voyaient d'un mauvais œil ce médecin qui révélait l'étendue du désastre sanitaire et qui réclamait les mêmes traitements pour les Africains que pour les Européens, un débat qui est malheureusement revenu d'actualité avec le sida. En fait, jusque-là, on se contentait de « blanchir » les malades à l'atoxil. Cette thérapeutique ne guérissait pas mais permettait de rendre le malade non contagieux. Et Jamot d'affirmer : « Je ne pense pas qu'un médecin qui contracterait la maladie s'accommoderait d'une telle thérapeutique, et sans vouloir établir de comparaison désobligeante pour qui que ce soit entre les blancs et les noirs de ce pays, je ne vois pourquoi nous ne ferions pas pour ceux-ci ce que nous exigeons pour nous. [...] Pour en finir avec le fléau, il faut non pas masquer le mal en blanchissant les malades, mais guérir tous ceux qui sont curables. »

Jamot était un gêneur. A tel point qu'il fut par deux fois interdit de séjour en Afrique. Le Bureau d'assistance médicale aux indigènes mit sous sa coupe le Service de prophylaxie et en fit un organe généraliste. Malgré les avertissements de Jamot contre le démantèlement de fait de son service, on continua dans cette voie, avec le résultat prévisible : la recrudescence de la maladie du sommeil. En voie de disparition au début des années 30, la maladie re-



Selon Jamot, pour intervenir avec efficacité sur un foyer épidémique, il faut l'explorer de façon exhaustive, village par village, à l'aide « d'équipes mobiles » constituées d'un personnel médical, d'agents techniques spécialisés, de compétences d'examen clinique et du matériel d'examen de laboratoire, microscopes, sérologie, etc.



La maladie est transmise par la piqûre de la simulie (à gauche) ou mouche noire (*Simulium damnosum*). L'onchocercose est provoquée par le ver parasite *Onchocerca volvulus*. A droite, on voit des nodules, prélevés sous la peau d'individus infectés, contenant les vers adultes.

commença à progresser. Alors qu'en décembre 1934, il y avait moins de 70 000 trypanosomés, le nombre allait augmenter d'année en année pour atteindre 151 000 en 1938, date à laquelle le nouveau ministre des Colonies, Georges Mendel, décida de revenir aux principes de Jamot. On créa le « Service Général de la Maladie du Sommeil », ayant une autonomie complète au double point de vue technique et financier. Il fut dirigé par Gaston Muraz, dont l'élève Pierre Richet fut le premier à porter en 1938 le diagnostic sur l'étendue des dégâts opérés par la cécité des rivières : « *Onchocercose africaine, considérée il y a quelques années comme de peu d'importance, apparaît au contraire comme une vermine extrêmement redoutable dans ses complications et ses répercussions sociales. Des conséquences insoupçonnées résultent de sa répartition et de sa fréquence dans les immenses étendues de l'Afrique occidentale, équatoriale et orientale.* » En appliquant à l'onchocercose des principes similaires à ceux développés par Jamot contre la maladie du sommeil, l'OCP a connu les mêmes succès.

## Comprendre et lutter

L'onchocercose est provoquée par

le ver parasite *Onchocerca volvulus*. Ce microfilaire, ou embryon filaire, vit dans les terres fertiles le long des rivières dans lesquelles il pond ses œufs. La maladie est transmise à l'homme par la piqûre d'une mouche simulie ; elle est causée par la libération de ces vers microfilaires, transmis par la simulie, dans le sang de l'homme. Chaque femelle adulte, ver mince mais mesurant plus de 50 cm, produit des millions de microfilaries (larves microscopiques). Ils migrent à travers l'organisme en provoquant toute une série de symptômes : démangeaisons, dépigmentation de la peau, prurits, lésions cutanées irréversibles et atteintes visuelles pouvant aller jusqu'à la cécité. Les microfilaries sont transmises d'un individu à l'autre par la piqûre de la simulie. La maladie se manifeste en général un à trois ans après la pénétration des larves infectantes. Elle est caractérisée par trois types de lésions : les onchocercomes, les lésions cutanées prurigineuses aiguës ou chroniques et les lésions oculaires pouvant évoluer vers la cécité.

Les microfilaries produites chez un sujet sont transmises à un autre par la simulie. Celle-ci pond ses œufs dans les eaux de rivières à courant rapide. Les simulies adultes qui émergent au bout de huit à douze jours ont une espérance de vie atteignant quatre semaines pendant lesquelles elles peuvent couvrir des centaines

de kilomètres. Après l'accouplement, la simulie femelle, qui est hémato-phage, cherche à s'alimenter et peut ingérer des microfilaries si elle prend son repas de sang sur un malade déjà atteint. Certaines des microfilaries ingérées se transforment en larves infectantes dans l'organisme de la simulie ; celle-ci les réinjecte ensuite lors du repas suivant à un autre sujet humain chez qui elles deviendront des parasites adultes, bouclant ainsi le cycle évolutif du parasite. C'est le schéma classique des maladies vectorielles, comme le paludisme ou la maladie du sommeil.

La principale méthode de lutte contre l'onchocercose dans le cadre de l'OCP a d'abord consisté à interrompre le cycle de transmission par l'élimination des simulies. Les larves de simulies sont détruites par l'épandage aérien d'insecticides choisis sur les gîtes larvaires situés dans les rivières à fort courant. Si le cycle de l'onchocercose est interrompu pendant quatorze ans, le réservoir de vers adultes finit par disparaître dans la population, éliminant ainsi la source de la maladie. Cette méthode dérivait directement des travaux de chercheurs français en entomologie médicale, notamment ceux de l'ORSTOM (devenu l'IRD, Institut de recherches pour le développement). Présents au siège du Service général autonome de la maladie du sommeil, puis du Service général

d'hygiène mobile et de prophylaxie qui lui succéda, ils fournirent les connaissances de base sur la biologie, l'écologie et la dynamique des populations des *Simulium damnosum*. Dès 1960, une campagne de lutte antivectorielle avait été menée dans la région des hauts bassins du Burkina Faso.

« De 1966 à 1974, les entomologistes de l'ORSTOM, sous l'impulsion de Pierre Richet et René Le Berre, ont réalisé une campagne de plus grande envergure (50 000 km<sup>2</sup>) dans trois foyers contigus de Côte d'Ivoire, de Haute-Volta et du Mali », explique Bernard Philippon, directeur de recherches à l'IRD et ancien responsable de l'unité de lutte antivectorielle à l'OCP. « Ce sont les résultats de ces opérations qui ont démontré à la fois la faisabilité et l'efficacité de la lutte insecticide contre les larves, et la nécessité de mener cette lutte à une échelle régionale pour se prémunir contre les réinvasions. »

Mais il faut se représenter l'ampleur du projet et la foi qui animait les quelques pionniers qui l'ont porté à bout de bras : le médecin-général Pierre Richet, secrétaire-général de l'OCCGE\*, le docteur Ansari de l'Organisation mondiale de la santé ainsi que les docteurs Max Ovazza et René Le Berre, chercheurs de la mission de l'ORSTOM auprès de l'OCCGE, à son siège de Bobo Dioulasso. Appliquer des insecticides de façon hebdomadaire sur des gîtes larvaires répandus sur des centaines de milliers de kilomètres carrés ressemblait fort à une tâche impossible. Bernard Philippon rappelle qu'au plus fort du programme, on avait mis en place « onze hélicoptères spécialement adaptés, deux avions, avec toute l'assistance au sol nécessaire. On a traité jusqu'à 50 000 km de rivières par semaine ». Le défi semblait d'autant plus fou qu'il fallait mener ce programme sur une durée minimale de quinze à



**Le médecin-général Pierre Richet, secrétaire-général de l'OCCGE.**

dix-huit ans (c'est l'évaluation que l'on avait alors de la durée de survie du parasite chez l'homme), ce qui nécessitait un engagement très fort des partenaires du programme.

Cet engagement va se construire progressivement entre 1968 et 1973, d'abord au cours de conférences préparatoires organisées par l'OMS, l'OCCGE et l'USAID (l'agence américaine pour le développement international). « Il y eut deux événements déterminants, raconte Bernard Philippon : la réalisation du rapport de la Mission PAG (Mission préparatoire d'assistance aux gouvernements), un état de l'art remarquablement exhaustif sur l'impact de l'onchocercose en Afrique de l'Ouest, par Jacques Hamon, l'ancien chef de la mission entomologique de l'ORSTOM auprès de l'OCCGE. Et ensuite, la visite du président de la Banque mondiale, Robert McNamara, à Bobo Dioulasso en 1972, au cours de laquelle les responsables de l'OCCGE surent le convaincre d'engager son institution. »

Le programme naîtra en 1973 et sera lancé officiellement en 1974. L'OMS est responsable de son exécution, tandis que la Banque mondiale est chargée de mobiliser et d'administrer les fonds. Les autres parrains internationaux sont le PNUD et la FAO. Il est en outre appuyé par une coalition de plus de 22 pays et organismes donateurs.

Dès lors, les opérations de lutte vont pouvoir commencer. Toutefois, l'OCP est loin de se limiter à

l'épandage d'insecticides par hélicoptère. Les équipes de chercheurs multidisciplinaires ont travaillé sur tous les aspects de la maladie. Des économistes et des démographes ont retravaillé sur les caractéristiques du peuplement dans la région et ont montré que l'onchocercose n'a pas été la cause fondamentale du dépeuplement des vallées.

Le faible peuplement des vallées touchées par l'onchocercose avait longtemps laissé penser que l'endémie était responsable de cet état, alors qu'elle n'a fait que se surajouter à des causes historiques, voire à l'effet d'autres maladies comme la maladie du sommeil. Dans les années 60, l'onchocercose fut rendue seule responsable des dépeuplements observés dans les vallées des Volta et on vit ainsi naître le mythe de la fuite des populations des vallées devant la cécité des rivières, malgré l'absence de preuves sérieuses de ce phénomène. En fait, il existe dans ces régions des vallées vides non touchées par l'onchocercose et inversement des vallées très touchées, bien que relativement plus peuplées. L'onchocercose joue certainement un rôle mais plutôt *a posteriori*, en empêchant la colonisation ou la recolonisation de terres fertiles.

J.P. Hervouët a bien analysé ce phénomène : « Pour les populations, une dilution de l'habitat et des zones de cultures dans l'espace aggrave le risque d'être durement touché par la maladie. [...] Par contre, de fortes densités de population, un habitat groupé et un système de production intensif dans des paysages agraires défavorables au déplacement des simulies, ont toutes chances de réussir. » Sur cet exemple comme sur tant d'autres, on voit que ceux qui parlent de « surpopulation africaine » sont, ou très mal informés et éloignés du terrain, ou criminels. En fait, comme dans toute l'histoire de l'humanité, une densité de population minimum est nécessaire pour accomplir certaines étapes de développement. C'est la raison pour laquelle l'OCP a été accompagné par des opérations dirigées d'aménagement et de peuplement, menées par les gouvernements, notamment en Haute-Volta.

Autres chercheurs mobilisés au sein de l'OCP, des écologues et des hydrologues ont étudié et suivi les écosystèmes des rivières sur les-

\* L'OCCGE (Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies) était un organisme rassemblant huit pays ouest-africains plus la France. Un peu comme dans les Instituts Pasteur d'outre-mer de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et du début du XX<sup>e</sup> siècle, l'OCCGE menait à la fois des activités de recherche appliquée, d'enquêtes épidémiologiques et de formation. Comme le Service général autonome contre la maladie du sommeil, son siège était situé à Bobo Dioulasso (Burkina Faso). Elle a été dissoute en 1998.

quelles se pratiquaient les épandages d'insecticides. Ce sont les entomologistes qui ont signalé les premiers cas de résistance aux insecticides organo-phosphorés, ce qui a conduit à formuler de nouveaux larvicides. Un Groupe écologique indépendant, annexé au comité d'experts de l'OCP, donnait son aval avant l'utilisation de chaque nouvel insecticide. De façon plus générale, l'OCP a bénéficié de l'expérience pratique de la multidisciplinarité acquise au sein de l'ORSTOM, puis de l'IRD.

## De la lutte antivectorielle au traitement

Pour compléter les activités de lutte antivectorielle, l'OCP a organisé, à partir de 1988, la distribution d'ivermectine fournie gratuitement par les laboratoires Merck dans l'aire du Programme.

C'est en 1975 que le centre de recherche des laboratoires Merck découvrit cette substance active sur de nombreux vers nématodes et certains arthropodes. Elle est produite par un actinomycète : le *Streptomyces avermitilis*. Cette découverte a conduit à tester avec succès les effets de l'ivermectine sur l'onchocercose chez l'homme. Une étude très concluante, menée au Sénégal en 1982, montrait qu'une dose orale unique d'ivermectine permettait de réduire la transmission.

L'ivermectine, administrée à grande échelle et de façon répétée, réduit considérablement la transmission du parasite. Elle provoque une diminution rapide du nombre de microfilaries qui constituent la forme larvaire et pathogène du parasite. En effet, le médicament provoque une paralysie des microfilaries qui sont alors détruits dans les ganglions lymphatiques. Il empêche aussi la reproduction du parasite adulte donc indirectement la ponte des microfilaries, ce qui n'est d'ailleurs pas toujours vérifié : une reprise du traitement devient alors nécessaire (ce qui suppose une surveillance continue pour réagir rapidement). Là encore, l'OCP a déployé de la recherche appliquée pour évaluer l'efficacité du médicament, ses effets secondaires et ses protocoles d'application en traitement de masse.



Épandage d'insecticides par hélicoptère. Au plus fort du programme, 50 000 km de rivières étaient traités par semaine.

Avec la mise à disposition d'un traitement, la lutte antivectorielle devint moins cruciale et fut progressivement réduite, l'ivermectine aboutissant au même résultat de façon plus simple : l'élimination du réservoir de parasites dans les populations affectées.

## Un succès exemplaire

Après environ trente années d'efforts, les résultats sont concluants : près de 1,5 million d'anciens onchocercariens ne présentent aucune trace de la maladie et 11 millions d'enfants nés dans l'aire du Programme depuis le lancement de l'OCP ne sont plus exposés au risque de la maladie. A la fin du siècle, on a estimé que l'OCP aura permis d'éviter près de 300 000 cas de cécité dans les onze pays du Programme.

Le succès des activités de lutte antivectorielle permet d'exploiter quelque 25 millions d'hectares de terres fertiles situées à proximité des rivières, auparavant désertées. Ces terres peuvent nourrir 17 millions d'habitants supplémentaires si l'on y utilise les technologies et pratiques agricoles locales. Tout cela pour une dépense totale de 550 millions de dollars, largement inférieure aux retombées économiques mentionnées ci-dessus : moins de 1 dollar par an et par habitant protégé. C'est le vrai

développement durable, avant la lettre.

Pour expliquer les raisons du succès de l'OCP, Bernard Philippon mentionne avant tout l'engagement résolu des partenaires : « *L'engagement politique des Etats participants ne s'est jamais démenti en 28 ans, dans aucun des onze pays ; l'engagement de la communauté des bailleurs de fonds sur une telle durée a été exceptionnel.* » Il cite aussi « *l'unicité et l'intangibilité d'un objectif réaliste et clairement défini [...], les stratégies et techniques pertinentes, établies sur des fondements scientifiques solides et bien adaptées aux conditions locales [...], l'engagement d'emblée dans la durée, qui a permis la constitution d'équipes bien formées, expérimentées et motivées [...], l'intégration très précoce, dans les opérations, d'une composante de recherche appliquée, ouverte sur la communauté scientifique internationale.* » Ne retrouve-t-on pas, un peu, les principes de Jamot ?

Le remarquable succès de l'OCP du point de vue de la santé, de l'économie et du développement a servi de justification au lancement d'un nouveau programme en décembre 1995 – le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC). Les organismes coparrainants et les donateurs sont les mêmes que pour l'OCP. L'APOC abandonne toutefois la lutte antivectorielle pour reposer uniquement sur le traitement mé-

dicamenteux. Il abandonne aussi la direction verticale et repose sur un partenariat entre les communautés touchées, les gouvernements participants, un consortium d'ONG et des organismes bilatéraux. Il a pour but de mettre en place, sur une période de douze ans, des systèmes durables de distribution d'ivermectine sous directives communautaires et couvrant une cinquantaine de millions de personnes, en particulier dans les 19 pays qui ne font pas partie de l'OCP et où l'onchocercose demeure un grave problème de santé publique. Un programme similaire (OEPA) a été lancé en 1992 pour les six pays d'Amérique touchés par l'onchocercose.

## Conclusion

Le 4 décembre 2002, avait lieu à Ouagadougou la célébration de la fin de l'OCP. La directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé, Gro Harlem Brundtland, affirmait dans son discours : « *La réussite de ce programme nous pousse, acteurs de la santé publique, à faire de grands rêves parce [qu'elle montre] que nous pouvons réaliser des objectifs "impossibles" et alléger le fardeau qui pèse sur des millions de gens parmi les plus pauvres. Lorsque les critiques vous diront que les propositions sont trop ambitieuses, qu'elles vont coûter trop cher ou prendre trop de temps, que l'argent va être gâché, que le travail sera trop compliqué ou dangereux, alors dites à ces critiques de se souvenir de ce jour.* »

De fait, aussi bien les exemples de Jamot et de tant d'autres médecins ayant opéré en Afrique, que le succès de l'OCP qui en est un peu la réplique moderne, montrent qu'il n'y a aucune fatalité à la dévastation qui affecte aujourd'hui le continent africain. Un plan Marshall pourrait parfaitement être lancé très rapidement pour lutter contre les endémies. Les cadres africains nationaux formés au cours de l'OCP pourraient être mobilisés pour essaimer la méthode dans tout le continent. L'expérience de Jamot a montré qu'une formation rudimentaire alliée à l'enthousiasme pouvait faire des merveilles. Bernard Philippon souligne que, outre son succès dans la lutte contre la maladie et dans la génération de con-

naissances, l'OCP a aussi légué aux pays en voie de développement « *un modèle éprouvé de fonctionnement durable de structures opérationnelles et de structures de contrôle et d'évaluation des opérations. Il a créé et animé un réseau inter-pays, qui laisse aux Etats des infrastructures de communication et de surveillance. [...] Et, acquis précieux entre tous, le programme laisse aux membres de ce réseau un corps de techniciens hautement professionnels, animés d'un esprit fondé sur la motivation et des aspirations communes pour la réalisation d'un objectif humanitaire. Un tel esprit et la pratique acquise des méthodes de travail qu'il sous-tend peut naturellement trouver son application dans des réalisations autres que l'OCP* ».

Un grand programme pour l'Afrique exige « simplement » une volonté politique sans faille, volonté qui n'existe plus guère aujourd'hui. Mais après le succès de l'OCP, nous n'avons plus d'excuse. ■

### Références

Marcel Bebey Eyidi, *Le Vainqueur de la Maladie du Sommeil, Eugène Jamot, (1879-1937)*, Thèse de médecine, Paris, 1950

Michel Boussinesq et Jean-Marc Hougard, « La lutte contre l'onchocercose en Afrique : aspects actuels », *Médecine Tropicale*, 1998, Vol. 58, n°3, pp. 285-296.

Jean-Pierre Hervouët et André Prost, 1979, « Organisation de l'espace et épidémiologie de l'onchocercose », in *Maîtrise de l'espace agraire et développement en Afrique tropicale*, Mémoires ORSTOM, n°89, Paris : 179-190.

Jean-Pierre Hervouët, 1992, *Les bases du mythe du dépeuplement des vallées soudaniennes par l'onchocercose, La Santé en société : regards et remèdes*, ORSTOM, Paris, Coll. Colloques et séminaires : 273-302.

Léon Lapeyssonnie, *La médecine coloniale*, Seghers, Paris.

Bernard Philippon, *Un demi-siècle de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest, l'engagement de la France*, Plaqueette IRD/ministère des Affaires étrangères, Paris, 2002.

Jacques Prod'hon, Michel Boussinesq et Jean-Marc Hougard, « L'onchocercose en l'an 2000 : une endémie en régression ? » in *La santé en Afrique : anciens et nouveaux défis, Afrique Contemporaine*, 2000, Vol. 195, numéro spécial, pp. 53-59.

# FUSION

La science, passionnément !

### Directeur de publication

Christophe Lavernhe

### Directeur de la rédaction

Philippe Messer

### Rédacteur en chef

Emmanuel Grenier

### Rédaction

Christine Bierre, Pierre Bonnefoy, Benoit Chalifoux, Marsha Freeman, Pierre-Yves Guignard, Laurence Hecht, Marjorie Hecht, Lothar Komp, Yves Paumier, Rémi Saumont, Ralf Schauerhammer, Gil Rivière-Wekstein, Charles Stevens, Jonathan Tennenbaum.

### Conseillers de la rédaction

Jacques Cheminade, Dino De Paoli.

### Ont participé à ce numéro

Caroline Hartmann, Philippe Jamet.

### Dépôt légal

6ème bimestre 2003  
Commission paritaire n° 63876  
ISSN 0293-5880  
Imprimerie Stedi - 75018 Paris

### Fusion

53 rue d'Hauteville  
75010 Paris  
Tél. : 01.42.46.72.67  
Fax : 01.42.46.72.60  
E-mail : fusion\_e@club-internet.fr

### Fusion est publié par les

Editions Alcuin,  
53 rue d'Hauteville - 75010 Paris

### Crédit photo

WHO/TDR/Stammers : p.61 (g) ; WHO/TDR/LSTM : p.61 (d) ; WHO/APOC/TDR/Crump : p.59 ; WHO/TDR/OCP/Ward : p.63 ; WHO/TDR/Mark Edwards : p.58 ; OCCGE : p.62 ; Wesley Irwin : couv. (d), p.2, p.10 ; Christopher Sloan : couv. (g), p.41 ; Nasa/Dana Berry : p.53 ; Esa : pp.50-52, pp.55-57.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 11 mars 1957 - art. 40 et 41 et Code pénal art. 425). Toutefois, les copies à usage PÉDAGOGIQUE, avec indication de l'auteur et de la source, sont fortement encouragées. Les articles externes sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.