

LA POLITIQUE SANITAIRE DE L'ORGANISATION DE COORDINATION ET DE COOPERATION POUR LA LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES (OCCGE) 1960 – 1998

Benjamin Kokou ALONOU
Université de Lomé
Département d'Histoire et Archéologie
Lomé - Togo

RÉSUMÉ

Sous l'action du docteur Eugène Jamot qui avait mis au point une méthode de lutte contre la maladie du sommeil, on avait pu considérer, en 1994, que cette maladie était endiguée. En effet sa méthode de lutte contre la maladie du sommeil a été reconnue comme un modèle pour la plupart des grandes endémies. Dans ce but furent d'abord créés le service général autonome de lutte contre la maladie du sommeil, puis le service général d'hygiène mobile et de prophylaxie qui disparut progressivement selon l'évolution politique des colonies.

Dès 1959, c'était l'indépendance des Etats africains. Et chaque pays se constitua un service national des grandes endémies. Les anciennes équipes du service général d'hygiène mobile et de prophylaxie ne furent plus en liaison technique avec les services nationaux des grandes endémies. Le manque de coordination technique compromettait ainsi l'efficacité du rendement des services nationaux des grandes endémies. C'était pour obvier à ces inconvénients que les Ministres de la santé des Etats d'Afrique de l'Ouest s'accordèrent en Avril 1960 pour créer l'Organisation de coordination et de coopération de lutte contre les grandes endémies, dont les buts étaient de promouvoir la lutte contre les principales maladies transmissibles au sein des Etats membres. Pour ce faire l'OCCGE disposait de centres de recherches et de lutte contre les grandes endémies dont les principaux sont le Muraz, l'Institut Marchaux, l'organisme de la recherche en alimentation et nutrition africaines.

ABSTRACT

Under the patronage of Doctor Eugene Jamot, which perfected a cause of struggling against the sleeping sickness, one could have thought, in 1994, that this sickness was eradicated. In fact, his method of struggling against the sleeping sickness was known as a model for most of the great endemic. In this purpose were created first the general self-governing service of struggling against the sleeping sickness, and the general hygiene service mobile and prophylactic disappeared progressively with political evolution of the colonies.

Indeed, from 1959, it was the independence of the African States. And each country created its own national service of the great endemic. The former teams in charge of hygiene, the both mobile and of prophylactic were no more in technical contact with the national service of great endemic. This lack of technical coordination jeopardized also the effectiveness of the National service of the great endemic.

Its was to put an end to these drawbacks that the West African States Ministers of wealth agreed, in April 1960, to create the Organisation of co-ordination and co-operation in the fight against the great endemic whose purposes were to promote the efforts in the eradication of the transmissible diseases in State members. To do so the OCCGE had some research centers and of fight the great endemic. And so the main centers are the Muraz center, the Marchaux Institute, African Research Organism in Food and Nutrition.

INTRODUCTION

Au début du XX^e siècle, les services d'assistance médicale indigène furent créés dès la mise en place des administrations générales¹. La politique sanitaire n'avait d'autres ambitions que d'entretenir la force de travail indispensable à la mise en valeur des colonies. Elle eut donc pour tâche la lutte « *contre les principales causes de dépeuplement et de déchéance des races indigènes en vue de disposer d'une population indigène non seulement saine, stable et paisible, mais qui croisse en nombre et progresse dans l'ordre matériel, intellectuel et moral* » (Bouche 1991 : 238- 242). Dans cette optique, une politique de lutte contre les Grandes Endémies fut mise en place dans les colonies d'Afrique francophones. En effet, sous l'action des équipes mobiles des services de lutte contre les grandes endémies (service général autonome de la maladie du sommeil puis service général d'hygiène mobile et de prophylaxie), on avait pu considérer, en 1960, que la trypanosomiase, la variole, la rougeole, étaient endiguées.

Aujourd'hui, force est de constater que des millions de personnes sont exposées au risque d'infection. La reviviscence des foyers endémiques appelle le maintien et le renforcement des organismes de lutte. Aussi les Etats de l'Afrique francophone ont-ils décidé de créer l'organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies, chargée de poursuivre l'œuvre sanitaire entreprise pendant l'ère coloniale.

Il convient donc d'étudier avant tout les conditions de la création de O.C.C.G.E. La question que l'on se pose est de savoir quelle a été la nouvelle politique sanitaire de l'O.C.C.G.E ? Quelle a été les difficultés rencontrées par cette Organisation ?

I. HISTORIQUE ET OBJECTIFS DE

L'OCCGE

1.1. Historique

Pour lutter efficacement contre la maladie du sommeil, le médecin colonel Muraz créa en 1939 en AOF et au Togo le service général autonome de la maladie du sommeil. Devant les succès de la lutte contre

la maladie du sommeil, les activités du service général autonome de la maladie du sommeil furent étendues dès 1945 à d'autres maladies : paludisme, lèpre, vaccination antivariolique, etc. Dans ce cadre, le service autonome de la maladie du sommeil changea d'appellation ; il devint le service général d'hygiène mobile et de prophylaxie. Ce service disparut progressivement selon l'évolution politique des colonies. En effet, dès 1959, c'était l'indépendance des Etats africains. Chaque pays se constitua un service national des grandes endémies. Les anciennes équipes du service général d'hygiène mobile et de prophylaxie ne furent plus en liaison technique avec les services nationaux des grandes endémies. Ce manque de coordination technique compromettait ainsi l'efficacité du rendement des services nationaux des grandes endémies. C'était pour obvier à ces inconvénients, que les Ministres de la santé des Etats de l'Afrique de l'Ouest s'accordèrent en 1960, pour créer un service commun de lutte contre les grandes endémies, d'où la création de l'Organisation de Coordination et de Coopération de la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE).

C'est ainsi que fut créée l'Organisation de Coordination et de Coopération de la lutte contre les Grandes Endémies. En effet après l'éclatement des empires coloniaux les nouveaux Etats ont trouvé nécessaire de créer une structure communautaire pour la coordination de la lutte contre les maladies transmissibles, eu égard aux similitudes des problèmes qu'elles posaient et aux nombreux foyers frontaliers communs. L'OCCGE, créée en 1960, regroupait huit Etats africains francophones de l'Afrique de l'Ouest : Côte d'Ivoire, Dahomey (Bénin), Haute-Volta (Burkina Faso), Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo².

(Footnotes)

¹ A Madagascar dès 1896, en Indochine en 1902, en AOF en 1905, en Nouvelle-Calédonie en 1912. Bouche (1991) : 240.

² En 1964, les Etats de l'Afrique centrale ont créé aussi l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique centrale. L'OCEAC était la suite logique des structures fédérales qui ont existé en Afrique francophone avant les indépendances. L'OCEAC regroupait six Etats qui sont le Cameroun, la Centrafrique, le Congo, le Gabon, la Guinée Equatoriale et le Tchad.

La France était membre européen de droit de l'OCCGE par l'assistance financière et en personnel qu'elle lui accordait. En 1998, l'organisation de Coordination et de Coopération fut fusionnée à la West African Health Community (WAHC) en vue de l'intégration des structures de la santé souhaitée par les chefs d'Etats de la communauté des Etats de l'Afrique de l'Ouest.

Dès lors naquit l'Organisation Ouést Africaine de la santé (OOAS)² dont les bases furent jetées en 1987 par les chefs d'Etats de la Communauté des Etats de l'Afrique de l'Ouest. Depuis 1998, l'OOAS, demeure la structure unique de santé de la sous région. Elle regroupe 16 Etats : Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée (Conakry), Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra Léone et Togo. L'objectif de l'organisation ouest africaine de la santé est d'offrir un niveau plus élevé de prestations sanitaires aux populations de la sous région sur la base de l'harmonisation des politiques des Etats membres de la mise en commun des ressources, de la coopération entre les Etats membres et les pays tiers, en vue de trouver collectivement et stratégiquement des solutions aux problèmes que connaît la sous région en matière de santé. Le siège de l'OOAS se trouve à Bobo-Dioulasso, là où se trouvait le siège de l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies.

En somme, l'OCCGE, à sa création a hérité du dispositif technique (centre Muraz, institut Marchoux, ORANA, etc.) et des méthodes de travail des services fédéraux de lutte contre les grandes endémies. Or, les Etats membres de l'Organisation ont procédé au cours des dernières décennies d'abord au développement des services nationaux de lutte contre les grandes endémies puis à l'intégration de leurs activités au sein de leurs services périphériques de santé. Cette profonde mutation a entraîné des problèmes budgétaires dans le cadre du paiement des cotisations des Etats membres et du fonctionnement de l'Organisation.

1.2. La crise de L'OCCGE

1.2.1. Aspects de la crise financière

A l'origine de cette crise, on retrouve constamment et depuis de nombreuses années le non respect des engagements des Etats d'honorer leurs contributions à l'organisation. En effet en 1988, « la situation globale s'établissait à 586 900 154 FCFA pour les dettes de l'OCCGE et à 928 645 624 FCFA

pour les créances de l'organisation. Ainsi, si toutes les créances de l'Organisation étaient recouvrées, la trésorerie de l'Organisation serait reconstituée à un niveau de plus de 340 millions de FCFA. En juillet 1989, l'OCCGE était en cessation de paiement. Les subventions octroyées par les partenaires financiers et techniques de l'OCCGE afin de réaliser des activités conformes à ses missions furent utilisées pour faire face au règlement partiel des salaires et aux dépenses urgentes de fonctionnement (ce qui accrut davantage la dette des salaires). Les fournisseurs essentiels de l'Organisation (eau, électricité, carburant, réactifs de laboratoire) et les établissements bancaires n'accordaient plus de crédits aux instituts, centres et antennes¹ ». Cette situation engendra une institution à deux vitesses : l'une dont les activités (conférences internationales, expertises, projets de recherche) financées par de nombreux bailleurs fut prospère ; l'autre concernant le personnel de base et dépendante des ressources des Etats membres fut morose et en chômage technique. En effet l'OCCGE disposait de personnels âgés. « Près de 20% étaient issus des anciens services fédéraux de lutte contre les grandes endémies. Une vague d'embouche entre 1977 et 1982 vint malheureusement gonfler la masse salariale au moment où l'endettement et la crise financière s'abattaient sur les Etats membres de l'OCCGE, rendant aléatoire le versement régulier des cotisations utilisées à plus de 90% aux paiements des salaires ».² Ainsi, dans la situation extrême où se trouvait l'Organisation, on procéda à une déflation des effectifs des personnels les plus âgés et les moins qualifiés dans tous les établissements de l'OCCGE. Ces mesures concernèrent dès la fin de l'année 1989 35% des personnels de plus de 50 ans. Les fonctionnaires concernés par ces mesures bénéficièrent (après négociations avec le ministère de la santé) d'un rattachement dans leurs services d'origine. Cette crise financière entraîna la crise institutionnelle de l'Organisation.

(Footnotes)

²OCCGE. – Information n°106, 1996, p. 2.

¹ Ministère de la santé publique du Togo : plan de sauvetage de l'OCCGE 1998 p 3.

² Ministère de la santé publique du Togo : Op. cit. p. 4.

1.2.2 Crise institutionnelle de l'OCCGE

Elle était due à la surcharge du personnel. En effet,

« Plus de 58% du budget de fonctionnement de l'OCCGE était utilisé à la rémunération des personnels. Ce montant correspondait à la quasi totalité (88%) des cotisations annuelles des Etats membres. Ces personnels avaient les effectifs pléthoriques, et l'analyse de leurs qualifications quels que soient les établissements faisait apparaître une surcharge désormais insupportables en personnels peu qualifiés, âgés et un manque grave de cadres scientifiques de haut niveau dont les compétences permettraient de rehausser le niveau des interventions de l'Organisation. A l'exception de quelques programmes de conception et d'intérêt réellement sous-régional, la plupart des instituts développaient des programmes dont l'impact était trop souvent local »¹.

Il devint nécessaire de modifier profondément le dispositif technique de l'Organisation afin que les activités correspondent à la vocation fondamentale de l'institution. Ces difficultés financières et institutionnelles compromirent la vocation de l'organisation.

1.3. Objectifs

Créée en 1960, au lendemain des indépendances des Etats de l'Afrique Occidentale, l'Organisation de Coopération et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies s'était fixée, entre autres objectifs fondamentaux, de promouvoir la lutte contre les principales maladies transmissibles, ou tout autre problème de santé prioritaire, dans le cadre de la politique générale de santé publique définie par les Etats membres. L'OCCGE eut pour objectifs :

- de coordonner les activités de lutte contre les endémies tels que la trypanosomiase, la lèpre, le paludisme ;
- de concert avec les Etats membres, d'élaborer et d'évaluer ces programmes de lutte ;
- de susciter l'intérêt des Etats amis, des institutions internationales, et les organisations internationales pour lutter contre ces affections.

- l'OCCGE déployait ses activités dans deux grands axes primordiaux :
- les études épidémiologiques c'est ainsi qu'elle créa un centre d'études des glossines et un centre d'Entomologie de l'onchocercose à Bobo-Dioulasso et en Côte d'Ivoire,
- les études biologiques, adaptant pour le terrain les découvertes des grands laboratoires. Ainsi des centres de recherches dans le domaine particulier de l'alimentation et de la nutrition sont créés : l'ORANA à Dakar et le CRAN à Lomé. En effet, pour mener à bien sa mission, l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies disposait des structures de recherches et de lutte contre les maladies transmissibles dont les principales sont : le centre Muraz, l'Institut Marchoux, l'Organisme de la Recherche en Alimentation et Nutrition Africaines. Quelles furent les activités de ces centres ?

II. LES CENTRES ET INSTITUTS DE L'OCCGE

2.1. Le centre Muraz

Il est créé en février 1939 par le Médecin Gaston Muraz des troupes coloniales de la santé. Ce centre était appelé « *centre africain français d'études de la trypanosomiase* ». Ce fut en 1945 et dans le cadre de la polyvalence du service général autonome de la maladie du sommeil que ledit centre fut dénommé « *centre Muraz* ». Il fut chargé de la formation des infirmiers spécialisés dans le traitement de la maladie du sommeil (Alonou 1994 : 220). Le centre Muraz fut un centre d'études sur les vecteurs des maladies parasitaires telle que : la maladie du sommeil. En effet la mouche tsé-tsé qui transmet la maladie du sommeil « occupe » en Afrique, 10 millions de kilomètres carrés, soit le tiers du continent (Brisset 1984 : 33) Le Zaïre (la R.DC actuelle) a été le théâtre d'une flambée épidémique et la recrudescence de la maladie a touché, notamment l'Ouganda, le Soudan, le Cameroun, la Côte d'Ivoire. Au Total, pour l'ensemble du continent, on enregistrait avant 1979, 10 000 nouveaux cas par an. Ce chiffre, aujourd'hui est supérieur à 20.000 (Brisset 1984 id). La maladie du sommeil a été l'un des fléaux les plus graves qu'ait connus l'Afrique. C'est à partir

(Footnotes)

¹Ministère de la santé publique du Togo: plan de sauvetage de l'OCCGE 1998, p. 5.

de 1916 que le docteur Eugène Jamot, alors en Oubangui-Chari (Tchad), mit au point sa méthode de lutte contre cette maladie. Cette méthode fut reconnue comme un modèle pour la plupart des grandes endémies. En 1944, la trypanosomiase est considérée comme endiguée. La maladie du sommeil n'a donc pas disparu de nos jours. L'expérience montre qu'elle n'est contrôlée qu'au prix du maintien et du renforcement des organismes de lutte. Leur suppression ou leur paralysie entraînent, en quelques années, une reprise épidémique.

En matière de lutte, les études approfondies de la biologie et de l'écologie des glossines vectrices ont permis d'améliorer les méthodes existantes (principalement épandages d'insecticides) et de propager de nouvelles techniques. Contre les glossines, un piège simple mais efficace a été mis au point par Challier et Laveissière.

En ce qui concerne la thérapeutique, aucun progrès n'a été enregistré depuis 1949, date de fabrication du mélarsoprol ou arsobal. Ce produit est, le plus utilisé et le plus efficace des trypanocides humains. La maladie du sommeil n'est pas un marché suffisant pour intéresser les grandes firmes pharmaceutiques. Aussi l'Organisation mondiale de la santé a-t-elle décidé, grâce aux fonds du programme spécial de recherches et de formation concernant les maladies tropicales, d'inciter ces firmes à étudier et tester de nouvelles molécules trypanocides (Brisset 1984 ; 35).

Si des progrès ont été enregistrés en matière de lutte, ils ne sont mis en application qu'à très petite échelle. Pour se limiter à l'Afrique francophone, seule l'équipe de l'Organisation de coordination et coopération pour la lutte contre les grandes endémies, installée au centre Muraz à Bobo-Dioulasso est équipée pour réaliser des immunodiagnostic en particulier l'immunofluorescence indirecte.

Les immunodiagnostic comme l'immunofluorescence indirecte permettent de sélectionner, parmi tous les habitants d'une zone prospectée, des suspects immunologiques. Ces derniers sont alors soumis à des examens parasitologiques visant à mettre en évidence le parasite. L'équipe du centre Muraz, qui surveille huit Etats d'Afrique de l'Ouest, n'est composée que d'un médecin et quatre infirmiers (Brisset 1984 : 36). Qu'est-ce que cela représente face à la diversité de foyers qui ne sont accessibles, pour la plupart, qu'une partie de l'année en saison sèche ?

D'autres causes s'ajoutent au manque de moyens, en particulier la mobilité de plus en plus grande des populations, qui facilite la dissémination de parasites dans les zones déjà infestées de glossines.

La solution à ce problème consiste d'abord, à faire un effort de réflexion sur l'action médicale. Le système de lutte contre les grandes endémies avait fait ses preuves. Il s'est dégradé ces vingt dernières années parce qu'il réclamait un régime administratif contraignant, une mobilité obligatoire des populations qui n'étaient plus possibles. Il fallut repenser le système de soins en fonction des transformations politiques, d'où la création de l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE) puis de l'Organisation ouest-africaine de la santé.

2.2. L'institut Marchoux

Dès 1923, le professeur Marchoux, léprologue du corps de santé colonial et chef du service de la lèpre à l'Institut Pasteur de Paris, formula des recommandations pour la mise en action d'une prophylaxie rationnelle de la lèpre humaine, fondée essentiellement sur le respect sacré des droits et de la dignité du malade.

En décembre 1930, la *Société spéciale de la lèpre* de la société des Nations se réunit à Bangkok. L'ordre du jour retint l'internationalisation de la lutte contre la lèpre en adoptant des règles communes d'action et en standardisant les conduites thérapeutiques. Marchoux, appuyé par F. Sorel, Inspecteur général des services sanitaires coloniaux, parvint à convaincre le gouvernement français de la nécessité de créer une structure pour prendre en charge les lépreux. En novembre 1931, fut créé l'Institut Central de la lèpre, qui prit le nom d'Institut Marchoux en 1945, après le décès de celui-ci. Il fut placé sous la direction de Robineau (Guy-Michel 1984 : 40). L'implantation de l'Institut à Bamako se justifiait par la situation de cette ville au centre de l'AOF, sur le Niger et l'axe routier principal et au terminus de la ligne de chemin de fer Dakar-Niger mise en service. La mission dévouée dès cette époque à l'Institut central de la lèpre comportait une triple vocation :

- centre régional de lutte contre la lèpre,
- centre de recherche clinique et thérapeutique intégré dans le réseau mondial,

centre de formation et de spécialisation des personnels.

En 1946, l'Institut Marchoux fut rattaché officiellement au service général d'hygiène mobile et de prophylaxie. Son directeur devint le conseiller technique « lèpre » auprès du directeur dudit service. A partir de 1960, c'est l'indépendance des Etats. Le service général d'hygiène mobile et de prophylaxie disparaît, et chaque Etat se constitue un service national des grandes endémies « *on a pu craindre momentanément que l'Institut Marchoux, dévolue à son Etat d'information, le Mali, voie ses moyens réduits et son rôle amenuisé à ce seul Etat* »¹.

Mais l'immense bon sens des Ministres de la santé publique des jeunes Etats les a amenés, dès avril 1960, à remplacer le service général d'hygiène mobile et de prophylaxie par l'OCCGE. L'Institut Marchoux appartient dès lors au nouvel organisme OCCGE de type fédéral.

Le budget de fonctionnement de l'Institut Marchoux s'insérait dans celui de l'OCCGE, constitué par une contribution (quote-part) des huit Etats membres africains et une grosse assistance de la France en crédits et en personnels.

Ce budget de fonctionnement s'élevait en 1970 à 37 millions de francs CFA (740.000 francs français) auxquels il faut ajouter la contribution française en personnels de l'assistance technique s'élève à 300.000 francs français, ce qui donne un

total de 52 millions de francs CFA. L'Institut Marchoux assume un éventail de fonctions très différentes mais qui peuvent être classées très simplement sous les rubriques suivantes en ce qui concerne la maladie de Hansen :

- thérapeutique complète de toutes les lésions hanséiennes
- recherches cliniques, biologiques et thérapeutiques.
- enseignement et formation de personnels spécialisés
- épidémiologie et statistiques, concernant spécialement la compagnie de masse lancée depuis 1955.

En plus de ses lourdes charges, l'Institut Marchoux joue encore un rôle combien efficace de dispensaire urbain périphérique œuvrant non seulement au bénéfice des hanséiens mais encore à celui de très nombreux consultants ordinaires. C'est ainsi que d'innombrables consultations, examens, actes médicaux sont effectués par l'Institut Marchoux au bénéfice de populations de la banlieue sud de Bamako. A titre indicatif, en 1982, sur un nombre total de 155424 consultations, 422 ont été orientées sur la consultation du dispensaire anti hansénien (Institut Marchoux).

En effet, grâce à la remarquable activité du personnel de santé OCCGE on assistait à une augmentation importante, continue, du nombre des lépreux dépistés au cours des prospections systématiques des populations des Etats de l'OCCGE. Le tableau ci-après démontre la progression au fil des ans du nombre des lépreux dépistés.

Tableau illustrant les résultats de la campagne anti-hanséienne dans les Etats de l'OCCGE de 1955 – 1970

Années	Lépreux recensés	Lépreux traités	Traités régulièrement	En observation sans traitement
1955	250257	127077	-	-
1960	378218	228870	106003	-
1965	522931	266217	190576	108803
1970	465494	223221	157076	106705

Source : Fonds Pierre Richet, op. cit. p. 5.

(Footnotes)

¹Fonds Pierre Richet, op. cit. p. 6.

L'augmentation du nombre de lépreux recensés et traités est remarquable de 1955 à 1965. Les nombres de lépreux recensés et traités sont en baisse en 1970, or ces statistiques ne comportent pas le nombre de lépreux dépistés au Togo. L'augmentation du nombre de lépreux recensés s'explique par le dépistage systématique des populations notamment ceux des petits villages de brousse. En effet, sous l'impulsion du médecin colonel Masseguin, alors directeur du service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, il fut mis sur pied de nombreux secteurs de ces « *circuits, dits pétale de marguerite ou en escargot de traitement par injection d'huile de chaulmoogra aux lépreux des petits villages qui recevaient ainsi plusieurs infections par semaine* »¹.

L'infirmier, cycliste ou piéton, revenait à sa base chaque jour par les circuits dits « en escargot »; il tournait dans les villages en « *colimaçon* » et ne rentrait à sa base que tous les huit jours. Le nombre des lépreux connus s'accroît, traduisant une efficacité croissante du dépistage. Mais le traitement par l'huile de chaulmoogra était difficile à suivre, peu efficace et peu attractif pour ceux qui se savaient lépreux et voulaient éviter les léproseries ou les villages d'isolement. Le traitement exigeait donc patience du malade et de l'injecteur. C'est ce qui explique la baisse du nombre de lépreux traités régulièrement par rapport au nombre des lépreux dépistés et traités. Ce n'est qu'après l'utilisation large des sulfones, au début des années 1950, que les dépistages deviennent réellement efficaces et que l'endémie régresse. Cette régression devient spectaculaire avec l'apparition de la polychimiothérapie, vers 1980. De 200 ‰, le pourcentage des lépreux à l'institut Marchoux tombe, en quarante ans, à 5 ‰ (Guy-Michel 1984 : 46). Or, de 1948 à 1960, les médecins Laviron et Lauret appliquèrent en AOF le chaulmoogra, notamment en injection intraveineuse. Scheider et Laviron essayèrent les sulfamides, particulièrement le sulfathiazol, mais dès les années 1950 c'est la grande révolution et le grand espoir apportés dans l'emploi de la sulfane-mère. On pourra s'étonner qu'il eut fallu attendre près de dix ans pour l'utiliser largement en AOF, puisque les remarquables constatations de Faget à Carville (Louisiane) datent de 1941-1942. Mais, à cette époque, on utilisait les dérivés de la sulfone-mère (Promin, Diasone, Cimedone, Exosulfuril) et il fallut attendre 1947 pour que la sulfone-mère, plus active et moins coûteuse, soit mise au point. Au total, ce sont les recherches des médecins de

l'Institut Marchoux sur les sulfanes qui ont permis de mettre sur pied une trame dense de circuits de traitement permettant à tout lépreux d'être soigné sur place, quasi à domicile.

L'Institut Marchoux a apporté et continue de contribuer à la guérison de la lèpre en Afrique. Il fut un centre utile pour les essais des nouveaux médicaments et la mise au point des schémas de traitement. L'Institut Marchoux appartient à l'OCCGE avec d'autres Instituts que sont l'ORANA et le CRAN.

2.3. L'ORANA/CRAN

2.3.1. ORANA

C'est un Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaines. Il fut créé en 1956 par les autorités françaises et rattaché à l'OCCGE en 1961. Le rôle de l'ORANA est de connaître les hommes des pays où il est implanté, leurs habitudes alimentaires, leurs maladies, leur statut économique et social, et leurs croyances. Il a aussi pour rôle d'évaluer la consommation alimentaire réelle et l'état nutritionnel des populations et de déterminer les carences qui ont des répercussions sur leur état de santé. Il conseille les autorités gouvernementales et les services intéressés en vue d'orienter les programmes de production alimentaire et de diversifier les cultures pour pallier aux carences observées. L'ORANA alerte l'opinion publique sur l'importance des problèmes de nutrition et forme des éducateurs qui sont en contact étroit avec les populations (instituteurs, assistantes sociales, infirmiers, cadres ruraux). L'ORANA groupe des représentants de nombreuses disciplines (médecins, biochimistes, agronomes, vétérinaires, statisticiens, sociologues).

L'absence de ce personnel à l'intérieur de l'ORANA est en partie compensée par des relations de travail constantes avec les services de l'agriculture et de l'élevage, de l'Enseignement, de plan, du commerce et de l'industrie, les centres de recherche agronomique et vétérinaire (Alonou 1994 : 349) La définition des objectifs précités détermine l'orientation des activités de l'ORANA qui s'exercent dans trois domaines : enquêtes, recherches de laboratoires et enseignement de la nutrition

Les enquêtes comprennent celles de consommation alimentaire et clinique effectuées à la demande des Etats membres de l'OCCGE. C'est ainsi qu'en 1966 des enquêtes sur l'endémie goitreuse ont été demandées par la Côte d'Ivoire, le Mali et le Niger. L'importance de cette endémie dans les différents Etats

de l'Ouest africain a conduit à pratiquer dans les Etats membres de l'OCCGE la prophylaxie par iodation du sel de cuisine. L'observation de nombreux cas d'anémie clinique dans ces Etats a permis de faire des recherches afin de déterminer la part de l'alimentation et de la malnutrition dans l'étiologie de ces anémies. Ces recherches menées en 1966 en collaboration étroite avec le service de pédiatrie de l'hôpital de Dantec de Dakar ont porté sur les enfants hospitalisés atteints de Kwashiorkor¹ et chez lesquels des examens préalables étaient effectués afin de s'assurer que l'anémie n'était pas due à des facteurs outre que nutritionnels (paludisme, ankylostome, bilharziose, hémoglobines anormales). Ces études sur les anémies nutritionnelles permirent de déterminer le rôle respectif des carences en protéines, en fer, en acide folique et en vitamine² dans l'apparition de ces anémies, ainsi que le rôle de la malabsorption intestinale. En 1980-1982, des enquêtes alimentaires furent réalisées à la demande des services sénégalais dans les villages de Ndiamsil et de Koumbidia (sous-préfecture de Baba-Garage et Koungheul). L'objectif de ces enquêtes sur l'état nutritionnel fut de déterminer la prévalence des maladies nutritionnelles présentes dans la zone d'étude et d'en déterminer, dans la mesure du possible, leur étiologie profonde. Les enquêtes indiquèrent des discordances entre les ingérés en vitamine A et en minéraux et l'état nutritionnel résultant. Les résultats sur le statut en vitamine A dans diverses enquêtes permirent de présenter une vue d'ensemble du problème dans la région.

Au total, l'ORANA joua un rôle pionnier dans la lutte contre les carences alimentaires et nutritionnelles dans les Etats francophones de l'Afrique de l'ouest. En effet, la malnutrition protéino-énergétique constituait le problème nutritionnel le plus important dans les pays membres de l'OCCGE ; venaient ensuite les anémies à caractère nutritionnel, le goitre endémique. Les approches médicales seules étaient absolument impuissantes pour résoudre ces problèmes. Une approche plus étendue du problème devrait permettre d'arriver à mieux déterminer les mesures à prendre pour diminuer l'étendue de ces maladies de carence. En effet, la connaissance de la consommation alimentaire d'une population constituait en Afrique une des données indispensables pour l'établissement du niveau économique du pays. L'ORANA eut donc pour mission de faire des enquêtes sur l'alimentation en vue de déterminer l'état nutritionnel et le niveau de consommation alimentaire des populations des pays membres de l'OCCGE pour mieux comprendre les mécanismes déterminant ces deux composants. Il constitua la mémoire de l'expérience d'un demi siècle sur l'alimentation et la nutrition africaines.

Cependant, il traversa une crise qui entrava lourdement ses activités. Les Journées de Réflexion menées en 1995 ont abouti à une réorientation de ses activités en même temps que le CRAN pour replacer son mandat dans le cadre global des besoins des Etats membres de l'OCCGE. L'ORANA devint ainsi l'observatoire de la nutrition dans la région. C'est avec l'ORANA et le CRAN qu'est né le « Réseau des Points Focaux Nutrition » de l'OCCGE qui se réunit chaque année depuis 1996.

2.3.2. Le CRAN

Le Centre Régional de Recherche en Alimentation et Nutrition est un des centres et instituts de l'OCCGE. L'Antenne de Lomé fut créé par délibération n°2 48, adoptée lors du 25^e conseil d'Administration, le 20 décembre 1978 à Bamako. Elle démarra ses activités en 1980 sous la direction du Professeur Ananivi DOH, Biochimiste-nutritionniste. A partir de 1990, l'Antenne Nutritionnelle de Lomé a été érigée en Centre Régional de Recherche en Alimentation et Nutrition (CRAN), par délibération n°1 865 du 12 janvier 1990 de la 36^e conférence Ministérielle tenue à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

En 1991, une évaluation scientifique menée par les Professeurs Benbouzid et Dillon, recommandait de nouvelles orientations pour le CRAN et l'ORANA. Ce

(Footnotes)

¹ Fonds Pierre Richet op. cit. p. 8

² C'était dans le cadre de leur mission anthropologique que les autorités françaises créèrent l'ORANA dont le personnel était en majorité composé de chercheurs français de l'ORSTOM : Carles Christian, Ziegler Olivier, Gallon Georges, Simondo Françoise, Fontaine Olivier, etc

³ Le terme « Kwashiorkor » est une expression de la langue ashanti, au Ghana, qui signifierait l'« enfant de trop », celui qui est venu trop vite et porte tout, par sa seule présence, au précédent : (Brisset C 1984 : 16)

⁴ La déficience en vitamine B1 provoque le béribéri c'est-à-dire un syndrome neurologique, une polynévrite, des troubles psychiatriques, une insuffisance cardiaque et la mort. Il suffit, pour l'éviter, de ne pas purifier exagérément les céréales, c'est-à-dire de leur laisser leurs enveloppes, où siège la vitamine B1. La carence en vitamine C provoque de son côté le scorbut responsable d'hémorragie et de troubles cardiaques qui provoquent la mort. La vitamine C est présente dans les agrumes. Le manque de vitamine A reste très fréquent dans certaines parties de l'Afrique noire, où il provoque nombre de lésions oculaires et de cécité, notamment chez les enfants.

rapport prévoyait que le CRAN s'oriente dans le domaine des micronutriments (Iode, Vitamine A, Fer) et que l'ORANA devienne un observatoire de la Nutrition, tout en insistant sur la nécessaire complémentarité des deux Centres. Depuis lors le CRAN est devenu la structure de référence en matière de lutte contre les carences en micronutriments de l'OCCGE.

Depuis 1980, date de démarrage de ses activités, le Centre Régional de Recherche en Alimentation et Nutrition (CRAN) a contribué à faire avancer les connaissances dans le domaine de la Nutrition et de l'Alimentation en Afrique de l'Ouest en général et au Togo en particulier. En 1981, grâce à un financement ponctuel de l'OMS et l'UNICEF, le CRAN a réalisé une étude sur le taux de déperdition de l'iode dans le sel iodé au Togo dans le village de Boadè (région des savanes).

Dans la plupart des Etats membres de l'OCCGE, des enquêtes épidémiologiques sur les carences en Fer, en Iode et en Vitamine A ont été initiées et exécutées par des services nationaux, des instituts de recherches ou des ONG. En effet, l'organisation exige aussi des apports en diverses substances minérales, telles que le fer, le calcium, le zinc, l'iode, le potassium, etc. en quantités variables selon la substance considérée. Par exemple les déficiences en fer, c'est à dire les anémies, frappent, estime-t-on, quelques 700 millions d'individus dans le monde, essentiellement dans les pays en voie de développement. On estime que 20 à 25 % des enfants y souffriraient d'anémies, 20 à 40% des femmes et 10% des hommes, en particulier en raison de carences alimentaires provoquées par des régimes trop exclusivement végétariens et des maladies parasitaires responsables d'importantes pertes en fer (Brissot 1984). L'anémie entraîne une perte de la résistance de l'organisme et une chute de productivité.

En 1997, l'OCCGE a mis en place un Réseau des Points Focaux Nutrition. En somme, les relations du CRAN avec les Etats membres se sont renforcées avec les Rencontres des Points Focaux. Au plan externe, le CRAN est bien connu par les professionnels de la Nutrition (UNICEF, OMS, FAO etc.).

CONCLUSION

Créée en 1960, au lendemain des indépendances des Etats de l'Afrique Occidentale, l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE) s'était fixée, entre autres objectifs fondamentaux, de « Promouvoir la lutte contre les principales

maladies transmissibles, ou tout autre problème de santé prioritaire, dans le cadre de la politique générale de santé publique définie par les Etats membres ».

Dans cette optique, elle s'est dotée de structures spécifiques de recherche et de lutte, dont deux dans le domaine particulier de la nutrition. L'Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition (ORANA) à Dakar, et le Centre Régional de Recherche en Alimentation et Nutrition (CRAN) à Lomé. L'OCCGE s'est aussi dotée de centres d'études et de traitements des maladies tels que l'Institut Marchoux de la lèpre à Bamako, le centre Muraz d'études et de lutte contre la trypanosomiase et le paludisme, etc.

Si ces structures ont rendu d'énormes services aux populations des Etats membres, voire de la région, force est de reconnaître qu'avec le temps elles ont connu des situations diverses d'inertie qui ont conduit les ministres de la santé, soit à nationaliser certains (Institut Marchoux, Centre Muraz), soit à réorienter leurs activités et à ordonner la tenue de « Journées de réflexions » pour leur définir de nouvelles missions (cas de l'ORANA et du CRAN).

En effet, dès 1988, l'institution s'était confrontée à une crise démographique et financière. A l'origine de cette crise, on retrouvait le non respect des engagements des Etats d'honorer leurs contributions à l'organisation. Elle dut procéder à une déflation des effectifs des personnels les plus âgés et les moins qualifiés dans tous les établissements. Les activités de formation, d'expertise, de recherche appliquée et de coordination durent strictement se conformer aux caractères généraux des activités d'une organisation internationale. L'Organisation procéda à la redéfinition de son identité scientifique et de sa vocation ; d'où la naissance de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé.

SOURCES ET REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. CRAN / OCCGE, 2000. *Bilan des activités du CRAN*, p. 9.
2. OCCGE – Informations, 1993, n°104 : *Activité du centre Muraz*, 63 p.
3. OCCGE - Informations, 1994, n° 105 : *Activité du C.E.R.M.E.S*, 37 p.

4. OCCGE – Informations 1996, n°106 : *Activité de l'ORANA/ CERMES*, 28 p.
5. OCCGE – Informations n°107 : *Activité du centre Muraz*, 5 p.
6. OCCGE : *Rapport d'activité de CERMES 1996* : pp 64 – 72.
7. OCCGE : Informations, 1997, n°108 : *Activités du CRAN*, 31 p.
8. OCCGE, 1999. *Monographie des rencontres annuelles des points focaux nutrition et rapport de la rencontre de Niamey*, 18 p.
9. OCCGE, 1983. *Rapport final de la XXIII^e conférence technique*, Ouagadougou, 11 – 15 avril, 129 p.
10. Fonds RICHEL : "Les Enquêtes de consommation, leur interprétation en fonction de l'étude du milieu" in *Colloque d'Abidjan – Dakar*, 7 au 14 février 1959, 4 p.
11. Fonds RICHEL : Rapport sur l'Institut Marchoux, son œuvre et son rendement de 1958 à 1971, 12p.
12. ALONOU, K., 1994. *La politique sanitaire de la France au Togo à l'époque coloniale 1919–1960*, thèse de Doctorat (nouveau régime), Université de Poitiers, 395 p.
13. BOUCHE, D., 1991 : *Histoire de la colonisation française*, Tome, II Paris, Edition Fayard, 607 p.
14. BRISSET, C., 1984. *Le Monde, la Santé dans le tiers monde*, Edition la Découverte, Paris 255 p.
15. GUY MICHEL, N., 1984. *Institut Marchoux ou 50 ans de lutte contre la lèpre en Afrique Noire*, thèse de Doctorat, Université de Paris XII, 405 p.