Cours « Les grandes endémies »

Dispensé à l'institut de médecine tropicale du service de santé des armées

Lieu : Pharo, Marseille
Auteur : le professeur RICOSSÉ
Date de la rédaction du polycopié : juillet 1977
Source : Docteur Didier BASSET
Communiqué par JM MILLELIRI

INSTITUT DE MEDECINE TROPICALE
DU SERVICE DE SANTE DES ARMEES
Parc du Pharo
Marseille

--=-

LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES

Dans le cadre général de l'action médicale à conduire dans les pays du Tiers Monde, singulièrement en Afrique, la lutte contre les Grandes Endémies doit occuper une place importante, en raison des problèmes graves que posent de telles maladies, non seulement dans le domaine de la Santé Publique, mais aussi dans la perspective du développement économique des Etats.

On peut tenter de définir les "Grandes Endémies" comme les affections transmissibles, d'origine parasitaire, bactérienne, ou virale, présentes actuellement en zone tropicale, où elles sévissent généralement sur le mode endémique. Cependant, ces maladies peuvent, en certains points, persister seulement de façon sporadique, alors que, parfois, elles s'étendent brutalement sous la forme d'épidémie

Cette définition n'est pas restrictive : certaines de ces maladies infectieuses, plutôt tropicales, peuvent quelquefois atteindre des pays tempérés (choléra, variole), d'autres, cosmopolites, sont répandues aussi, bien qu'à un degré moindre, sur les autres continents (tuberculose, syphilis, gonococcie).

Pour que la lutte contre ces affections soit simple, souple et efficace elle doit répondre à divers impératifs : adaptation des moyens aux situations épidémiologiques locales - rapidité, donc mobilité - coordination de l'action sur de vastes territoires.

Les étapes de cette lutte sont connues et elles jalonnent, de 1910 environ à 1977, l'histoire de la Médecine Tropicale française :

- en 1917, première intervention originale de JAMOT sur la trypanosomiase, en OUBANGUI-CHARI (Empire Centrafricain), avec des équipes mobiles de dépistage et de traitement ;
- en 1926, création au Cameroun d'un Service spécial de la Maladie du Sommeil, étendu ensuite à toute l'A.E.F. ;
- en 1930, organisation définitive par MURAZ du Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil (S.G.A.M.S.), en A.O.F., après l'action bénéfique de diverses équipes itinérantes, à partir de 1930 ;
- transformation, en 1945, de cet organisme en Service Général d'Hygiène mobile et de Prophylaxie, plus polyvalent (S.G.H.M.P.) ;
- en 1956-1957, mutation en un Service commun de lutte contre les Grandes Endémies, assez éphémère ;
- au moment de l'accession à l'indépendance des Etats africains, éclatement des ex-organismes "fédéraux" et création des Services Nationaux des Grandes Endémies ;

.../..

- nécessité d'imaginer des organismes nouveaux, adaptés aux situations épidémiologiques locales et à l'évolution politique des jeunes Etats d'où la création de :

+ en 1960, l'O.C.C.G.E. (Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies), en Afrique de l'Ouest,

+ en 1963, l'O.C.E.A.C. (Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale).

. I.- PRINCIPES ET BUTS .

En zone tropicale, la Santé Publique s'appuie sur deux formes d'activité médicale :

- la médecine fixe, basée dans les capitales ou les grandes villes, avec structures hospitalières importantes (équipement moderne, personnel nombreux, charges financières assez lourdes). Cette forme de médecine, atteignant un nombre restreint de malades, mais leur apportant une qualité de soins exceptionnelle, est adaptée aux populations urbaines et aux zones voisines, ainsi qu'aux cas cliniques complexes, évacués de l'intérieur du pays. Par ailleurs, elle est irremplaçable, pour l'enseignement et la formation professionnelle, dans le cadre des Centres Hospitalier Universitaires.

Ses activités entrent dans le cadre du Service de la Santé Urbaine. Mais elle ne peut prendre en charge l'ensemble des affections qui atteignent la population d'un Etat. Elle doit donc s'associer à une autre forme d'action médicale.

- la médecine mobile, pour sa part, correspond à une orientation différente. Adaptée au milieu rural, qui constitue l'élément de base de la société africaine, elle doit assurer la "couverture" médicale de la totalité du pays. Elle utilise des structures simples, peu dispendieuses, adaptées aux endémies majeures de la région, mais qui doivent correspondre à des objectifs stricts et précis : mobilité qualité, efficacité.

Les principes de cette "médecine mobile" ont été définis clairement dans les "postulats" énoncés par JAMOT, quand il créa ses équipes et mit au point sa technique d'enquête ou de "prospection" :

1. insuffisance de la médecine statique, dans des régions étendues, à population clairsemée, à faible densité médicale, atteintes cependant par des endémies graves ;
2. nécessité d'enquêtes portant sur des tranches entières de population, pour évaluer le taux d'endémicité d'une affection ;
3. examen indispensable d'un pourcentage élevé de la population ;
4. détermination de l'ordre des priorités, pour s'attaquer aux endémies les plus meurtrières ;
5. choix de moyens efficaces, d'utilisation facile ;
6. utilisation d'indices épidémiologiques, simples mais rigoureux ;
7. création d'un service spécialisé intervenant avec des équipes mobiles, assurant diagnostic rapide, traitement et prophylaxie de masse ;
8. autonomie d'un tel service, sans frontières administratives, avec direction unique, personnel à orientation technique spécifique ;
9. présence indispensable et permanente d'un médecin pour diriger toutes les activités.

Ces "postulats" ont été adaptés, d'année en année, aux situations locales, lors de l'organisation des grands services, puis à l'évolution politique récente. La "polyvalence" est devenue un élément de base.

Dans les Etats, cette seconde forme d'activité médicale a conduit à la créatio d'un Service de Médecine mobile et préventive, héritier direct des organismes nés de la "doctrine JAMOT", et dont les missions doivent désormais englober toutes les activités exercées en zone rurale.

.../...

Selon les Etats, le nom de ce Service varie : Santé Rurale, Médecine Préventive et Hygiène Publique, Grandes Endémies, Epidémiologie et Grandes Endémies...

De tels services sont responsables de la couverture totale des zones rurales (70 à 90 % de la population, dans un Etat africain). A côté de la lutte contre les endémies majeures ou contre des épidémies, ils assurent aussi d'autres tâches : contrôle des centres fixes de traitement, des dispensaires ruraux, protection maternelle et infantile, hygiène et assainissement, éducation sanitaire...

Grâce à la création des deux grands organismes régionaux (OCCGE,OCEAC), une coordination plus régulière et plus aisée est possible entre les Etats, pour améliorer les méthodes de lutte.

II - STRUCTURES ET MOYENS

Les Services nationaux de Médecine préventive ou de Santé rurale ont hérité des structures des anciens organismes. Ils les ont généralement conservées en les adaptant.

Au niveau du Ministère de la Santé Publique, sous l'autorité d'un Directeur Général de la Santé, on sépare deux grandes directions :

- Santé Urbaine
- Médecine préventive (ou Grandes Endémies ou Santé Rurale).

A côté, il existe des services communs : statistique, enseignement, pharmacie, approvisionnements, personnel, finances, gestion administrative...

Le Service de Médecine Préventive lui-même comprend une direction technique et un département administratif.

Il est constitué d'un nombre plus ou moins important de "Secteurs". Créés antérieurement dans les zones atteintes par certaines endémies majeures, ils ont, au fil des ans, parfois été remaniés.

L'étendue d'un Secteur varie parfois beaucoup, d'un Etat à l'autre :
superficie = 10.000/15.000 à 80.000/120.000 km2
population = 100.000 à 800.000 habitants.

Un Secteur de Grandes Endémies comprend maintenant une structure plus complexe qu'au temps des anciens services (SGHMP).
Il est constitué de nombreux éléments :

- un "centre" de Secteur, base au niveau de laquelle réside le Médecin-Chef (chef lieu de département ou de cercle). Là, celui-ci coordonne ses activités de Médecine préventive et de Santé Rurale = épidémiologie (dépistage, traitement, et prophylaxie des principales endémies), statistique, PMI, hygiène, éducation sanitaire.
- 1, 2 ou 3 équipes mobiles de prospection-vaccination, dont les activités peuvent être facilement adaptées aux situations épidémiologiques locales et aux missions qui leur sont confiées (activités polyvalentes, interventions spécialisées).
- des circuits itinérants, agissant spécifiquement contre une seule endémie (campagne lèpre).
- des formations fixes, d'importance variable : centres de Santé développés, dispensaires ruraux (assurant soins, PMI, assainissement, information).

.../...

Le Médecin-chef du secteur a de vastes responsabilités, médicales et extramédicales, correspondant aux nombreux domaines qui lui sont confiés et aux moyens mis à sa disposition :

- la base du secteur comporte divers services dont il doit coordonner les activités : direction, secrétariat, section de statistique, et de surveillance épidémiologique, bâtiments d'hospitalisation, laboratoires (plus ou moins développés, certains spécialisés : trypanosomiase, lèpre, paludisme...), pharmacie et approvisionnement...
- le matériel technique médical, parfaitement adapté aux missions du Secteur, doit être abondant, parfaitement entretenu, contrôlé de façon stricte (stock de réserve suffisant).
- du matériel non technique est indispensable pour le travail sur le terrain : groupes électrogènes - congélateurs et réfrigérateurs (chaîne de froid).
- un parc de véhicules en bon état, assez étoffé, est absolument nécessaire pour l'exécution d'un programme normal d'activités en milieu rural (véhicules de liaison légers - véhicules semi-lourds pour le personnel - camions, souvent à deux ponts, type 2 T 5 ou 4 T). Un garage avec atelier de réparation et possibilités de dépannage est indispensable au Centre du Secteur.

III - ACTIVITES

L'action contre les grandes endémies peut s'exercer de diverses façons, en fonction des buts recherchés et des situations épidémiologiques.
On distingue :

- les enquêtes ou "prospections", généralement couplées avec les vaccinations,
- les campagnes à long terme, organisées contre une endémie précise,
- les interventions urgentes, localisées (épidémies).

1. ENQUETES OU PROSPECTIONS

Ayant pour impératifs essentiels mobilité, efficacité, bonne surveillance épidémiologique, elles répondent à des buts bien précis : diagnostic, traitement, prophylaxie.
Le dépistage des endémies peut être :

- soit passif (présentation spontanée du patient : insuffisant, informe seulement sur la "géographie médicale" d'une région).
- soit actif : le médecin va "au devant" du malade, et évalue la prévalence réelle d'une affection dans une zone bien limitée. Les équipes effectuent alors un "dépistage actif systématique polyvalent" (LABUSQUIERE).

Le programme des prospections devra être établi longtemps à l'avance, (en juin ou en septembre, pour l'année suivante). Soumis à la Direction de la Médecine Préventive, il sera étudié, généralement approuvé et appuyé, par intervention auprès des autorités administratives locales.

L'idéal consiste à visiter toute la population du secteur chaque année. Ceci est réalisable dans les secteurs de superficie assez réduite (15.000 à 40.000 km2), mais n'est plus possible quand la région est trop vaste : il faut alors, au minimum, une couverture complète du Secteur en 2 ans.

Le programme sera établi en fonction des données épidémiologiques locales et des priorités.

.../...

On pratiquera :
- soit une prospection-vaccination (formule la plus courante et la plus rentable),
- soit une vaccination seule,
- soit des prospections approfondies (étude d'une affection dans un foyer bien délimité),
- parfois des prospections complémentaires, si la prospection classique à donné des résultats insuffisants (formule de "récupération" à éviter).

● Structure d'une équipe de "prospection-vaccination" -

Les équipes d'un Secteur, placées sous l'autorité directe du Médecin-Chef du Secteur, ont une structure type, qui peut être modifiée en fonction des tâches techniques qui leur sont confiées.

Une équipe "classique" comprend actuellement :
- 1 infirmier ou agent technique de Santé, chef d'équipe, ayant expérience, compétence technique et autorité sur le personnel
- 1 secrétaire (pour le recensement, l'appel de la population, la remise des fiches et cartes sanitaires)
- 1 infirmier ancien, pour les examens cliniques (secondant le Médecin ou le remplaçant)
- 2 infirmiers, pour les prélèvements
- 2 infirmiers (ou plus) pour les examens microscopiques
- éventuellement, 1 ou 2 sérologistes ou infirmiers spécialisés pour certaines enquêtes (réactions effectuées sur place)
- 1 ou 2 infirmiers pour les vaccinations
- 1 ou 2 infirmiers pour les traitements

au total = 10 à 13 infirmiers.

La constitution d'une telle équipe s'inspire de celles qui furent créées par JAMOT et ses successeurs (MURAZ, BEAUDIMENT, RICHET), au moment des grandes campagnes contre la trypanosomiase. Il s'agissait alors d'équipes "lourdes", avec au moins 20 infirmiers, dont 12 microscopistes.

Actuellement, ces équipes ont été allégées mais elles peuvent être renforcées pour certaines interventions (traitement de masse-foyer épidémique).

● Organisation de la prospection sur le terrain -

Le programme détaillé doit être adressé, un mois à l'avance au moins, aux autorités administratives dont dépend la région.

Il est souhaitable que la prospection soit précédée, 10 à 15 jours avant, d'une visite très rapide du médecin-chef ou d'un infirmier de grade élevé, dans les principaux centres où passera l'équipe. Cette mission préliminaire a de multiples intérêts : préciser les buts de l'enquête, les dates de rassemblements, les activités techniques prévues - informer directement la population (éducation sanitaire). Cette formule contribue grandement au succès des prospections.

1.1. Prospection-Vaccination classique

Elle comporte les phases suivantes :

1.1.1. Recensement

Etape primordiale qui nécessite une excellente organisation, elle est parfaitement codifiée :
- utilisation du cahier de recensement du Secteur ;
- appel nominatif par famille, (celles-ci étant groupées par quartiers) ;

.../...

- mise à jour du cahier (décès, départs, naissances) ;
- distribution de fiches d'examen ou de cartes sanitaires et de vaccination.

Une prospection, pour être valable, doit permettre d'examiner au moins 85 à 90 % de la population (dans certaines régions 95 à 97 % ont été obtenus, grâce à une collaboration parfaite des villageois formés par une éducation sanitaire adaptée, et grâce au rôle personnel du médecin).

Cette phase préliminaire, si importante, demande à la fois beaucoup de rigueur et de patience (récupération des absents : donc programmes assez souples, laissant un temps suffisant dans chaque village pour cette recherche complémentaire).

Le rythme de prospection varie en fonction du type d'action médicale choisie :

- 250 à 300 personnes par jour, pour une prospection polyvalente, avec examens de laboratoire divers sur le terrain, et vaccination ou pour une prospection approfondie,
- 500 à 600 personnes par jour, pour une prospection classique,
- 700 à 800 personnes par jour, dans des villages importants ou pour la seule vaccination.

1.1.2. Examen clinique

Indispensable, il doit répondre à certains impératifs :

- isolement strict du lieu d'examen, qui sera clos (abri rudimentaire, isoloir, tente, bâtiment),
- réunion des conditions optima pour l'étude clinique :
  sujets vus individuellement
  local largement et uniformément éclairé
  sujet entièrement déshabillé.
- examen clinique systématique, en suivant un schéma précis :
  lèpre (analyse dans un ordre strict)
  autres affections = examen orienté par la recherche des signes majeurs (taches, nodules, ganglions, rate...) également codifié avec précision.
- inscription des observations cliniques sur la fiche individuelle.

Cette étape permet de guider ensuite les examens biologiques et de trier les cas de contre-indication vaccinale.

1.1.3. Vaccination

Elle doit plutôt suivre l'étape clinique que les examens biologiques (risque de dispersion des familles).
Le but est de vacciner une population importante en une seule fois, en utilisant plusieurs antigènes.
La stratégie des vaccinations de masse a été bien étudiée et codifiée par l'équipe de l'OCEAC (LABUSQUIERE - GATEFF), qui a défini des "calendriers de vaccinations" adaptés aux pays africains.

.../...

On recourt aux "associations vaccinales" en effectuant :
- soit des vaccinations "combinées" (mélange de plusieurs vaccins et une seule injection),
- soit des vaccinations "simultanées" (injection de plusieurs vaccins le même jour en des points différents).

Les équipes pratiquent l'administration de 2 ou 3 vaccins associés.
Il existe divers types d'associations:
- recommandées (variole + fièvre jaune - variole + BCG)
  (DT Coq, DT Polio = collectivités restreintes,écoles)
- favorables (non officielles) = BCG + Fièvre jaune -
  variole + rougeole + fièvre jaune
  variole + rougeole + BCG
  plus récemment = tétanos + rougeole
  tétanos + variole + fièvre jaune

Certaines vaccinations sont formellement déconseillées :
- choléra + fièvre jaune ou choléra + rougeole
- BCG avec injecteur sous pression.

Plusieurs types d'appareils peuvent être choisis : injecteurs sous pression - aiguille bifurquée - piqûres multiples.
Pour certains vaccins (fièvre jaune, rougeole) une "chaîne de froid" est indispensable (stocks de vaccins conservés à -20°).
Chaque sujet vacciné doit recevoir une carte.

1.1.4. Examens biologiques

On distingue 2 variétés d'investigations :

1.1.4.1. Examens pratiqués sur place, en vue d'un diagnostic immédiat, souvent suivi d'une décision thérapeutique.
ex : suc ganglionnaire, LCR (P.L. effectuée autant que possible par un médecin, cet acte, en principe, ne relevant pas du personnel infirmier), frottis de sang (trypanosomiase, paludisme, filariose), prélèvements sur peau et muqueuses avec examens directs, colorations, ou "snip" (syphilis, pian, onchocercose), intradermoréactions (tuberculose, brucellose),
urines (bilharziose),-
selles (parasitoses),-) dans certaines études.

1.1.4.2. Prélèvements effectués sur le terrain, mais examens différés, pratiqués au Centre du Secteur ou dans les laboratoires spécialisés :
- frottis de sang (trypanosomiase, certaines filarioses, paludisme),
- sérums (trypanosomiase, paludisme, bilharzioses) pour réactions immunologiques,
- sérodiagnostic (brucellose, rickettsioses),
- sérologie des maladies à virus,
- prélèvements pour histopathologie (lèpre, mycoses, tumeurs)

Pour les réactions immunologiques de diverses parasitoses, divers types de prélèvements sont possibles : confettis (pour IgM et IFI (trypanosomiase), tubes capillaires (paludisme), sang veineux avec collecte du sérum (méthode la plus sûre, mais nécessite une équipe lourde, bien entraînée... et une "chaîne de froid").
Tous les examens biologiques doivent être suivis par une comptabilité stricte, avec registres et fiches (recoupement facile). L'exploitation de ces documents joue un rôle majeur dans le bilan épidémiologique de la prospection (aspects observés, applications thérapeutiques).

.../...

1.1.5. Action thérapeutique et prophylactique / Grandes Endémies

Le tri des groupes examinés s'effectue ensuite, avec diverses orientations :

- sujets sains (peuvent se retirer),
- sujets malades : ils seront ou bien traités sur place (paludisme, lèpreux, filarioses),
  ou évacués sur un poste fixe ou sur le Centre du Secteur (trypanosomés, lépreux évolutifs),
- sujets "suspects" : ils peuvent
  ou rester dans leur village (examens renouvelés par un infirmier itinérant)
  ou être dirigés sur le Centre du Secteur (examens biologiques plus approfondis).

L'enregistrement et le contrôle des trypanosomés et des lépreux est confié à des postes spéciaux :

- trypanosomiase (prise en compte des NT avec fiches, convocation et contrôle des AT (P.L. obligatoire), malades EOST * considérés guéris et rayés des contrôles.
- lèpre : inscription de nouveaux cas, contrôle des anciens lépreux
  - recherche des absents
  - recherche des malades irréguliers

) rôle majeur du médecin

La chimioprophylaxie sur le terrain est devenue rare, après avoir connu une époque où elle jouait un rôle très important.
Pour la trypanosomiase, la formule en "un temps" employée antérieurement ne doit plus être appliquée. Elle ne peut être réalisée qu'après un "criblage immunologique".
Pour d'autres endémies (paludisme, filarioses), elle ne se situe pas dans le cadre de la prospection classique, mais plutôt dans des conditions très particulières : zone pilote, essai contrôlé.

1.1.6. Médecine de soins

Une équipe de Grandes Endémies doit réserver un poste à cette activité (1 infirmier), car son action ne se limite pas au diagnostic et au traitement sur place de quelques maladies transmissibles.
Le médecin doit se consacrer aux malades qui lui seront présentés et prendre les décisions adéquates pour leur traitement :

- cas graves ou complexes : évacuation,
- affections bénignes ou d'évolution rapide : soins sur place,
- lésions chroniques, nécessitant une thérapeutique prolongée : suivis par les infirmiers des "circuits" ou évacuation différée.

Cette activité, type du "dépistage passif", peut paraître superficielle. En fait, vis à vis de la population, elle est indispensable sur le plan médical, mais aussi du point de vue psychologique et humain.
Elle complète l'action des formations fixes.

1.2. Prospection approfondie

Ici, l'effort est concentré sur l'étude d'une seule maladie endémique, qui justifie des investigations plus complètes.
Personnel, matériel, étapes de l'intervention sur le terrain seront adaptés à l'affection en cause, d'où modification du rythme de travail, des techniques, en insistant sur les phases majeures du diagnostic.

---

* EOST : "en observation sans traitement" - après disparition des signes cliniques et biologiques, sont considérés guéris au bout de 3 ans.

Ainsi par exemple :

- apparition ou reviviscence d'un foyer de trypanosomiase
  - (collecte des sérums pour immunofluorescence indirecte
  - (et d'autres réactions
  - (décisions à prendre pour les "suspects immunologiques"
- évaluation de la répartition du pian ou de la syphilis, dans une zone antérieurement traitée lors d'une campagne de masse :
  - (recherche des tréponèmes (ultramicroscope)
  - (sérologie sur le terrain (réaction de KLINE)
  - (schémas thérapeutiques adaptés aux indices observés.
- enquête épidémiologique en vue de l'installation d'une zone pilote (paludisme, bilharziose),
- contrôle d'un foyer récent de choléra, après une épidémie (recherches sur les porteurs de germes).

2. CAMPAGNES A LONG TERME

Organisées pour lutter contre une endémie déterminée, elles sont effectuées pour combattre une affection prévalente (1) ou s'inclure dans un ensemble régional couvrant, pour un temps limité ou prolongé, plusieurs Etats (2).

Ex : (1) lèpre - tuberculose - paludisme - bilharziose ...
(2) onchocercose - tréponématoses...

Un exemple type : la campagne LÈPRE (mise au point dès 1950), qui constitue l'activité majeure de nombreux Secteurs.

Elle répond à des impératifs précis :

- dépistage (actif ou passif) avec diagnostic clinique, bactériologique et, si possible, histopathologique,
- traitement : action primordiale du Secteur (et du Médecin-Chef) qui se situe à plusieurs niveaux :
  - + centres fixes (rythmes variables de traitement)
  - + circuits de traitement (formule la plus sûre, la plus rentable, associant mobilité et rendement),
    - . circuits automobiles (ou par bateau)
    - . circuits avec mobylette ou bicyclette.
  - + autotraitement (zones isolées).
- hospitalisation, réservée aux lépreux contagieux (lépromateux, borderline, réactions lépreuses) jusqu'à négativation, isolement volontai et temporaire - remplaçant la ségrégation.
- contrôle des malades : indispensable, jouant un rôle majeur dans une campagne, avec comptabilité stricte (registres, fiches individuelles, fichier central), pour vérifier la qualité du traitement, la régularit des malades, les effets des diverses thérapeutiques.
- prévention des troubles trophiques et aide à la réadaptation des infirmes (prothèses, rééducation des mutilés - Cf. Centre Spécial de YAOUNDE).
- éducation sanitaire avec des buts divers :
  - + permettre un dépistage précoce et convaincre les malades de la nécessité d'un traitement régulier,
  - + informer la population sur la nature, les aspects de la maladie, son diagnostic et son traitement,
  - + tenter d'améliorer l'hygiène personnelle et collective (rôle des facteurs favorisants dans l'extension de l'endémie.).

.../...

3. EPIDEMIES

Dans ce cas, il s'agit d'interventions urgentes susceptibles de suspendre temporairement les autres activités du Secteur.

La structure de l'équipe est modifiée. Elle doit être lourde, très spécialisé susceptible d'agir vite avec sécurité et efficacité.

Rythme et étapes techniques du travail sont adaptés à l'épidémie en cause.

A titre d'exemple, l'intervention peut être orientée de la façon suivante :

- pour la fièvre jaune (cf. Haute-Volta 1969)
  - . dépistage, recensement, isolement des cas
  - . prélèvements sur le malade (sang = chaîne de froid = recherche de virus)
  - . prélèvements sur le cadavre (foie/examen histopathologique)
  - . vaccination de masse (Ped O Jet).
  - . action parallèle nécessaire d'une équipe médicale de biologistes (collecte de sérums pour recherche des anticorps) et d'une équipe entomologique (lutte contre les vecteurs) apportée par l'appu d'un Centre de Recherche.
- pour la méningite cérébro-spinale (ex. : Niger 1970 - Haute Volta 1971
  - . recherche des cas dans les villages (taux d'alarme : 1 pour 1000 habitants/par semaine)
  - . diagnostic avec P.L. et examen du LCR
  - . effort particulier sur
    - - traitement par injection unique
    - - prophylaxie : vaccination de masse avec vaccin A (interruption de la transmissi
  - . aide souvent indispensable d'un Centre de Recherche et d'un laboratoire bactériologique de référence.
- pour le choléra (ex : Côte d'Ivoire 1971)
  - . diagnostic - prélèvements de selles
    - isolement du germe
    - recherche des porteurs
  - . traitement urgent de tous les cas : "prophylaxie de la létalité" (installation de locaux temporaires avec postes de réhydratation perfusions)
  - . prophylaxie - pour les contacts : Fanasil
    - pour les collectivités importantes : vaccination anticholérique de masse (malgré ses imperfections).

Les équipes, appelées à intervenir dans de telles situations, ont la structure, la mobilité et l'entraînement nécessaires pour agir vite et massivement.

En cas d'épidémie, les aspects techniques du travail ont des caractères particuliers :

- généralement, taux de présentation excellent (voisin de 100 % - psychose dans la population).
- examens cliniques schématisés, néanmoins rigoureux et précis.
- utilisation, au maximum, des techniques modernes avec l'appui d'équipes spécialisées et d'une aide extérieure qui peut être sollicitée immédiatement (Centres de recherche régionaux - laboratoires de référence en France - élément d'intervention type EMMIR - équipes internationales).
- standardisation des méthodes de diagnostic, de traitement, et de prophylaxie.
- recueil du maximum d'informations épidémiologiques ce qui présente un double intérêt :
  - . suivre l'aspect, l'évolution, et l'extinction de l'épidémie,
  - . en déduire les enseignements pour des situations identiques dans l'avenir.

.../...

• Rôle du Médecin-Chef de Secteur

Dans la région qui lui est confiée, il est appelé à agir dans des domaines très variés et sa charge comporte des responsabilités assez lourdes :

- coordination de toutes les activités techniques du secteur (prospections, vaccinations, surveillance épidémiologique, etc...)
- contrôle des campagnes de traitement (Lèpre)
- inspection des équipes et des formations fixes
- préparation des rapports techniques
- gestion administrative et financière
- approvisionnement
- supervision du matériel et des véhicules
- relations avec les autorités administratives et, éventuellement, avec les organismes régionaux inter-Etats.

Sur le terrain, l'équipe ne peut être dirigée constamment par le Médecin mais il est souhaitable qu'il la conduise lui-même le plus souvent possible. Si 2 équipes travaillent simultanément, le médecin-chef peut aller de l'une à l'autre et passer successivement plusieurs jours avec chacune d'elles, pour contrôler les activités, et effectuer lui-même diverses recherches cliniques et biologiques.

Les contrôles inattendus, rapides, par "coup de sonde", sur une équipe, peuvent paraître séduisants. Ils sont en fait trop superficiels et peu rentables. Ils conduiraient le médecin à des déplacements nombreux et constants, et ne lui permettraient pas de participer totalement, avec son personnel, à la lutte contre les endémies. Du point de vue technique, son rôle est souvent irremplaçable (interprétation des réactions diagnostiques, choix des schémas thérapeutiques). Sa présence est très efficace pour animer et contrôler l'équipe. Enfin, son rôle est souvent déterminant, dans les relations avec les autorités locales et les populations.

En son absence, l'équipe sera placée sous la responsabilité de l'infirmier ou de l'agent technique, chef d'équipe.
Mais cette formule est loin d'être idéale, et le médecin-chef doit être présent très fréquemment sur le terrain.

IV - ORGANISMES DE LUTTE CONTRE LES GRANDES ENDEMIES

Parallèlement, aux Services Nationaux de lutte contre les Grandes Endémies que les Etats africains francophones ont créés sur leurs territoires respectifs, il existe des Organismes inter-Etats, régionaux, qui ont succédé aux services "fédéraux" antérieurs à l'indépendance.

Uniques sur le continent africain, par leur conception très originale, ils permettent d'assurer une liaison technique permanente entre les Etats et d'harmoniser leurs activités.

On distingue 2 grands services :

1/ En Afrique de L'Ouest, l'OCCGE (Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies).

Elle est constituée par 9 Etats :
8 africains : Bénin, Côte d'Ivoire, Haute-Volta, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo.
1 non africain : La France.

.../...

Gérée par un Conseil d'Administration, l'OCCGE comporte plusieurs éléments importants implantés dans divers Etats :

- Un Secrétariat Général (dirigé par RICHET, puis SOW), chargé de contrôler toutes les activités de l'Organisation avec un Centre de Documentation et de Statistique. Il est basé à BOBO-DIOULASSO, en Haute-Volta.

- cinq Instituts ou Centres de Recherche :
  + au Sénégal, l'Office de Recherche sur l'alimentation et la nutrition en Afrique (Dakar)
  + au Mali, l'Institut Marchoux (Lèpre) et l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale Africaine (IOTA) } à Bamako
  + en Côte d'Ivoire, l'Institut de Recherche sur l'Onchocercose (IRO) à Bouaké.

    Ces 4 établissements étant spécialisés dans des domaines précis.

  + en Haute-Volta, le Centre MURAZ, beaucoup plus polyvalent, comprenant plusieurs sections techniques et une quinzaine de laboratoires (BOBO-DIOULASSO).

L'OCCGE a trois buts principaux :
- recherche appliquée, au laboratoire et sur le terrain,
- interventions dans les Etats (enquêtes épidémiologiques ou action immédiate en cas d'épidémie),
- formation technique du personnel (à tous les niveaux).

Un programme quadriennal, suivi et adapté chaque année, répartit les domaines confiés à chaque Institut, en fonction des priorités.
L'OCCGE participe aussi à des programmes régionaux (ex : Onchocercose), à des enquêtes O.M.S., ou à des essais contrôlés (paludisme, méningite).

2/ en Afrique Centrale, l'OCEAC (Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale).

Elle groupe 5 Etats : Cameroun, Congo Brazzaville, ~~Empire~~ République Centrafricain, Gabon, Tchad.

Elle ne dispose pas de centres autonomes, mais ses activités sont coordonnées par un Secrétariat Général (dirigé par LABUSQUIERE, puis DURAND) et effectue néanmoins d'importants travaux, techniques et de recherche, en liaison avec les Etats membres :

- études spécialisées sur les vaccinations en zone tropicale,

- organisation globale de la campagne Lèpre pour tous les Etats de l'OCEAC.

- intervention sur des foyers résiduels de trypanosomiase,

- action sur des épidémies de choléra,

- formation et enseignement pour le personnel.

.../ ...

V - BILAN ACTUEL ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Actuellement, grâce aux Services Nationaux, à l'OCCGE et à l'OCEAC, l'expérience des quinze dernières années a prouvé que la coordination des activités, pour lutter contre les principales affections transmissibles, est très rentable :

. en cas de menaces immédiates et à court terme,

. pour développer la recherche sur des endémies majeures.

Les deux organismes régionaux tendent à développer liens et échanges avec des Universités, des Instituts ou des services spécialisés (Facultés, Institut Pasteur, INSERM).

Ils sont aussi en relation directe avec des organisations internationales (O.M.S. - U.N.I.C.E.F. - P.N.U.D. - F.E.D.) pour des programmes de lutte (onchocercose), des campagnes de masse (lèpre), la recherche appliquée (paludisme) et pour l'enseignement (cours internationaux d'Epidémiologie de l'O.M.S. en langue française

Dans l'avenir, il conviendra de mieux harmoniser encore la coordination entre tous les services luttant contre les Grandes Endémies pour tenter de résoudre de nombreux problèmes, encore cruciaux, en Afrique comme dans d'autres pays tropicaux : menace permanente représentée par la paludisme à P.falciparum - réapparition de foyers actifs de trypanosomiase - persistance de vastes zones d'endémie lèpreuse - impact socio-économique de l'onchocercose.

Pour mener à bien tous ces travaux, une collaboration plus étroite avec des centres universitaires, des laboratoires spécialisés et des instituts de recherche (Institut Pasteur) sera nécessaire.

Plus tard, bien d'autres thèmes d'investigations pourront être envisagés, quand des progrès auront été faits dans l'étude des 6 endémies majeures auxquelles l'O.M.S. consacre un effort spécial et sur lesquelles OCCGE et OCEAC travaillent depuis de nombreuses années.

Médecine mobile et Médecine fixe (de type hospitalier) sont deux services complémentaires qui doivent conjuguer leurs efforts, avec l'appui d'universités et d'Instituts de recherche, pour améliorer nos connaissances et nos possibilités d'action sur les grandes endémies tropicales.

-=-=-=-

Juillet 1977

J.H. RICOSSÉ