



**Université Peleforo
GON COULIBALY**

**DEPARTEMENT
D'HISTOIRE**

Août 2026



Revue électronique

E-ISSN : 3107-1651

P-ISSN : 3107-1643

REVUE D'HISTOIRE, D'ART ET D'ARCHEOLOGIE

TEFAL-PITYA

<https://www.revetefal-pitya.net>

soumission@tefal-pitya.net

revuetefal.pityaupgc@gmail.com

BP 1328 Korhogo

Revue d'Histoire, d'Art et d'Archéologie

TEFAL-PITYA



Vol.1, N°2, Août 2026

Site : <https://www.revuetefal-pitya.net>

Courriel : soumission@tefal-pitya.net
revuetefal.pityaupgc@gmail.com

Université Peleforo GON COULIBALY

**UFR Sciences Sociales
Département d'Histoire
BP 1328 Korhogo**

E -ISSN : 3107-1651/ P-ISSN : 3107-1643

COMITE EDITORIAL

DIRECTEUR SCIENTIFIQUE : Tanoh Raphael BEKOIN, Professeur Titulaire, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.

DIRECTEUR DE PUBLICATION : KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur Titulaire, Université Polytechnique de San-Pedro, Côte d'Ivoire.

DIRECTEUR DE REDACTION : KEWO Zana, Docteur en Histoire des Relations internationales, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

DIRECTEUR DE REDACTION ADJOINT : AGUIE Yhattey Hervé Thierry, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

SECRETARIAT DE REDACTION :

KOFFI Amani, Docteur en Histoire Ancienne, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

N'GORAN Kouadio Adolphe, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

SIGNAUX Affouminou Emmanuel, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

COORDONNATEURS DE PUBLICATION :

KONE Kiyali, Docteur en Histoire Moderne et Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire,

KOUAME N'founoum Parfait Sidoine, Docteur en Histoire Moderne et Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

TRESORIERE :

SORO Yéfounignigui Marie -Laure, Docteur en Histoire Moderne et Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

CHARGES DE DIFFUSION :

ABE Abé Laurent, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

ANGU Bleou Sylvain, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

ATCHIE Amon Guy Serge, Docteur en Histoire Médiévale, Université Peleforo GON COULIBALY BAKAYOKO Yaya, Docteur en Histoire Médiévale, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

DIOMANDÉ Vallet Samuel, Docteur en Histoire Moderne et Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

Fatoumata BAMBA, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

KOUADIO Yao Clément, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

LASME Yao Jean Terence Gauthier, Docteur en archeologie, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

OUATTARA Brahim, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

OUATTARA Issouf, Docteur en Histoire Médiévale, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

TUO Zie, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

WEBMASTER : COULIBALY Souleymane, Docteur en Histoire Contemporaine, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

ÉDITEUR : Département d'Histoire, Université Peleforo GON COULIBALY Website : <https://www.revuefefal-pitya.net>

COMITE SCIENTIFIQUE

Abass Souleymane SANGARE, Professeur Titulaire d'Histoire Médiévale, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.

Aboulaye BATHILY, Professeur Titulaire d'Histoire, Université Cheick Anta Diop-Sénégal
Blesson Florent SOHI, Maître de Conférences en Histoire moderne, Université Felix Houphouët Boigny-Côte d'Ivoire.

Koffi Antoine GOLE, Professeur Titulaire d'Histoire, Université Alassane Ouattara- Côte d'Ivoire.

Moritié CAMARA, Professeur Titulaire d'Histoire des Relations Internationales, Université Alassane Ouattara- Côte d'Ivoire.

Nohadani Syrus AHMADI, Maître de Conférences en Géopolitique, Tarbiat Modares University- République Islamique d'Iran.

Odile GOERG, Professeure émérite d'Histoire de l'Afrique contemporaine, Université Paris Cité-CESSMA

Ouakoubo Gaston GNABRO, Professeur Titulaire d'Histoire des techniques, Université Peleforo GON COULIBALY, Côte d'Ivoire.

Siméon KOUAKOU, Professeur Titulaire d'archéologie, Université Felix Houphouët-Boigny Côte d'Ivoire.

Simon-Pierre M'BRA EKANZA, Professeur Titulaire d'Histoire, Professeur Émérites du Cameroun, Université Felix Houphouët-Boigny – Côte d'Ivoire

Tanoh Raphaël BEKOU, Professeur Titulaire d'Histoire économique et sociale, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire.

Cho Julie Eunice BROU, Maître de Conférences en Histoire moderne et contemporaine, Université Felix Houphouët Boigny-Côte d'Ivoire.

Jean-Noël LOUCOU, Professeur Titulaire d'Histoire, Université Felix Houphouët-Boigny Côte d'Ivoire.

Théophile KOUI, Professeur Titulaire Études Ibériques et Civilisations Latino-Américaines, Université Felix Houphouët-Boigny- Côte d'Ivoire

Comlan Jérôme ALLADAYE, Professeur Titulaire d'Histoire, Université d'Abomey-Calavi Benin.

Ibrahim Muhammed SAADAOUI, Professeur d'Histoire Moderne et Contemporaine, Université de Tunisie. President de la Tunisian World Center for Studies, Research, and Development et de la Tunisian-Mediterranean Association for Historical, Social and Economic Studies. Tunisie)

Ousseynou FAYE, Professeur Titulaire d'Histoire, Université Cheick Anta Diop –Sénégal.

Kouamé René ALLOU, Professeur Titulaire d'Histoire, Université Felix Houphouët-Boigny - Côte d'Ivoire.

Mahomed N'GUESSAN, Professeur Titulaire d'Histoire politique, Université Felix Houphouët-Boigny -Côte d'Ivoire.

Tiona OUATTARA, Directeur de Recherche d'Histoire, Université Felix Houphouët-Boigny - Côte d'Ivoire.

COMITE DE REDACTION

ABE Abé Laurent,

AGUIE Yhattey Hervé Thierry,

ANGU Bleou Sylvain,

ATCHIE Amon Guy Serge,

BAKAYOKO Yaya,

COULIBALY Souleymane,

DIOMANDÉ Vallet Samuel,

Fatoumata BAMBA,

KEWO Zana,

KOFFI Amani,

KONE Kiyali,

KOUADIO Yao Clément,

KOUAME N'founoum Parfait Sidoine,

LASME Yao Jean Terence Gauthier,

N'GORAN Kouadio Adolphe,

OUATTARA Brahim,

OUATTARA Eugenie,

OUATTARA Issouf,

SIGNAUX Affouminou Emmanuel,

SORO Yéfounnigui Marie -Laure,

TUO Zie.

COMITE DE LECTURE

Djidjé Jacques KAZIO, Docteur en archéologie, Université de Bondoukou

Awa SOROGO, Docteur en Histoire Moderne et contemporaine, Université Alassane Ouattara

Antoine KRA, Maître Assistant d'Histoire économique et sociale, Université Alassane Ouattara -Côte d'Ivoire.

Tiantio SANOGO, Institut Nationale Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle, Abidjan

Salif KINDREBEOGO, Maître de Conférences en Histoire des relations Internationales, Université Norbert Zongo de Koudougou.

Nohan SIDIBE, Docteur en Histoire du travail et Histoire économique, Université de San Pedro-Côte d'Ivoire.

Nahoua Karim SILUE, Docteur en Histoire des Relations Internationales, Université Alassane Ouattara.

N'Goran Gédéon BANGALI, Maître de Conférences d'Histoire des Relations Internationales, Université Jean Lorougnon Guede -Côte d'Ivoire.

N'dri Laurent KOUAKOU, Maître de Conférences d'Histoire des Relations Internationales, Université Alassane Ouattara -Côte d'Ivoire.

N'doua Etienne ETTIEN, Docteur en archéologie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan.

Moutari Moussa MAMAN, Docteur en Histoire Sociopolitique, Université Djibo Hamani de Tahoua/Niger.

Mitanhantcha YEO, Docteur en archéologie, Université Alassane Ouattara- Côte d'Ivoire.

Mamadou Lamine DEMBELE, Professeur Titulaire du Mali / Maître de Conférences du CAMES en Histoire du droit et des institutions, Université des Sciences Juridiques et Politiques de Bamako (USJPB) –Mali.

Kpassigué Gilbert KONE, Docteur en Histoire Moderne et contemporaine, Université Alassane Ouattara

Kouakou Sylvain KOFFI, Docteur en archéologie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan.

Kouakou Désiré M'BRA, Maître de Conférences en Histoire du peuplement, Université Alassane Ouattara Côte d'Ivoire.

Kouadio René BOUADI, Docteur en archéologie, Jean Lorougnon Guédé, Daloa Idrissa BA, Maître de Conférences d'Histoire Médiévale, Université Cheik Anta Diop- Sénégal.

Harouna YEO, Docteur en archéologie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan. Guy-

Roland TIE BI GALLA, Docteur en archéologie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan.

Gninin Aicha TOURE, Docteur en archéologie, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan.

Ernest YAOBI, Maître de Conférences d'Histoire des Religions, Université Félix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

Dognima Lassina COULIBALY, Docteur en Histoire Moderne, Université Felix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

Atché Michel AKA, Docteur en archéologie, Université de San Pedro

Abdoulaye BAMBA, Maître de Conférences d'Histoire des Relations Internationales, Université Felix Houphouët-Boigny -Côte d'Ivoire.

SOMMAIRE

1. Tiasvi Yao Raoul AGBAVON, Lecture du jeu des possibles jacobien à partir du déterminisme bernardien : une continuité épistémologique	1-11
2. El Hadji Malick DÈME & Younouss DIOP, Héliopolis, porte du ciel : Réception et Transmission des messages divins en Égypte ancienne	12-27
3. Maman Moutari MOUSSA IBRAH & Addo MAHAMANE & François WASSOUNI, Les savoir-faire techniques en Afrique au Sud du Sahara pendant la période précoloniale	28-43
4. Salif KIENDREBEOGO & Yaya SAWADOGO & Tiéwendé Jean BALIMA, Coopération, peuplement et mise en valeur du bassin de la Volta (1966-2002)	44-60
5. Ibrahima Khalilou & Khady Ndoye DIAGNE, Regard ethnographique sur l'activité céramique en milieu wolof au Sénégal : la caste des potières internes	61-80
6. Sébastien GUIPO, L'école burkinabé face au défi sécuritaire : situation des élèves déplacés dans la province du Zondoma (2015-2024)	81-96
7. Essou Koffi Benjamin MIEZAN & Bonzou Ella ESSEY épouse OHOUO, Service des grandes endémies en Côte d'Ivoire : instrument de lutte contre les maladies endémo-épidémiques (1959-1969)	97-109
8. Moussa Fadiala BOCOUM, L'implantation de la mine de lithium de Bougouni face à la vulnérabilité locale	110-124
9. Kossia Blandine KRA, Pathologies du personnel des forts de la Côte de l'Or (XVIIe-XIXe siècle)	125-138
10. Kouamé Koffi, Systèmes éducatifs en Afrique et problématique de l'employabilité : défis, enjeux et perspectives de transformation	139-154
11. Mitanhantcha YEO, La céramique dans la restauration à Gbèkèkro (Côte d'Ivoire)	155-167
12. Cédric-Aurel MANZENZA, La place du dieu Osiris dans les croyances égyptiennes (2778-1085 av. J-C)	168-180
13. Olive Pulchérie ITOUMBA & Eric Damien BIYOGHE BI ELLA, Longévité du pouvoir d'Omar Bongo Ondimba au Gabon : mécanismes de pérennisation et impacts politiques, économiques et sociaux (1967-2009)	181-202
14. N'founoum Parfait Sidoine KOUAME, Les Siti dans le Royaume de Bouna du XVIIe siècle au XIXe siècle	203-214

15. ABDOURHIMOU Hassane, Les enjeux des alliances politico-militaires entre le Ziguï (Dosso) et le Kebbi (Argungu) de 1831 à 1856	215-228
16. BIRBA Noaga, Approche ethnoarchéologique de l'art de la terre cuite chez les potières de Gaoua (Burkina Faso)	229-247
17. DEMBO YANGA, L'entrepreneuriat des Manjack en Casamance au temps de la colonie : 1850 – 1960	248-272
18. Jean-Max Pamphil BENIE & Massandjé FADIKA KANO, Violence politique et gouvernance impériale dans le Songhay au XVe XVIe siècles	273-287
19. Gaoussou KAGNASSY, Le conflit de 2026 entre l'Iran et l'axe israélo-américain : leçons technologiques pour l'Afrique	288-304
20. Awa SOROGO, Evolution de l'esclavage dans le Baoulé-faafoué 1721-1911	305-318
21. Adama SAWADOGO & Moctar SANFO, Authenticité et mutations du mariage des Mossé du Sandbontenga au Burkina Faso	319-336
22. DOGNON Elavagnon Dorothée, La réécriture poétique de la mémoire par l'esthétique d'archive dans le cinéma ouest-africain	337-357
23. ANIN PATRICIA-CLAIRE N'CHO Epouse NOGBOU, Mysticisme soufi, pouvoir urbain et identité savante en Afrique de l'Ouest du XVème au XVIème siècle	358-375
24. Richard Codjo AKODANDE HONMA, De la pénombre à la lumière : l'aménagement urbain comme vecteur de sécurité nocturne au Bénin 2016-2026 à travers les trajectoires de Cotonou, Porto-Novo et Parakou	376-392
25. Paul SALATOU, Le fondement de la réforme éducative du Réseau École et Développement (RED) : 1989-2011	393-408
26. MONGA Arthur Dénos & YRO Timbo Adler Vivien, Décryptage écocritique des mythes totémiques Wê de Côte d'Ivoire : les exemples des mythes de la poule et du poisson	409-423

COOPERATION, PEUPLEMENT ET MISE EN VALEUR DU BASSIN DE LA VOLTA (1966-2002)

Salif KIENDREBEOGO

Université Norbert Zongo, Burkina Faso

salif.kiendrebeogo@yahoo.com

&

Yaya SAWADOGO

Université Norbert Zongo, Burkina Faso

yayasavadogo01@gmail.com

&

Tiéwendé Jean BALIMA

Université Joseph KI-ZERBO, Burkina Faso

balimatiewende@gmail.com

Résumé

Espace transfrontalier partagé par six États de l'Afrique de l'Ouest, le bassin de la Volta a été marqué par une dynamique de coopération multilatérale entre 1966 et 2002. Cette coopération est inspirée par des enjeux sanitaires, démographiques et environnementaux. En effet, les populations riveraines de la Volta ont été durement frappées par l'onchocercose, occasionnant l'abandon des vallées fertiles et freinant le développement. Face à l'ampleur de la maladie, des initiatives nationales ont d'abord été déployées, puis une action transfrontalière d'envergure fut mise en œuvre parmi lesquelles le programme régional de lutte contre l'onchocercose, alors placé sous l'égide technique de l'OMS et la tutelle financière de la Banque Mondiale. Cette initiative conjointe a permis de maîtriser la maladie, occasionnant la réinstallation et le repeuplement du bassin de la Volta. Le repeuplement du bassin a favorisé la réalisation des infrastructures hydrauliques, levier essentiel du développement des activités socio-économiques. Inscrit dans une perspective historique, cet article analyse la contribution de la coopération dans le repeuplement des vallées de la Volta et dans la mise en valeur du bassin de la Volta. Il s'appuie essentiellement sur l'exploitation des sources bibliographiques et archivistiques. L'étude révèle que la Volta a été une école de coopération fondée sur l'urgence sanitaire et sur la volonté des États de protéger les populations contre les endémo-épidémies à l'image de l'onchocercose.

Mots clés : Bassin, Coopération, Peuplement, Onchocercose, Volta

COOPERATION, SETTLEMENT, AND DEVELOPMENT IN THE VOLTA BASIN (1966-2002)

Abstract:

As a transboundary area shared by six West African states, the Volta basin was characterized by a dynamic of multilateral cooperation between 1966 and 2002. This cooperation was driven by health, demographic, and environmental concerns. The populations living along the Volta river were severely affected by onchocerciasis, which led to the abandonment of fertile valleys and hindered development. In response to the scale of the disease, national initiatives were initially undertaken, followed by large-scale cross-border action, including the regional onchocerciasis control programme, which was placed under the technical auspices of the World Health Organization (WHO) and the financial oversight of the World Bank. This joint initiative helped control the disease, paving the way for the resettlement and repopulation of the Volta basin. The repopulation of the basin subsequently facilitated the development of hydraulic infrastructure, which became a key driver of socio-economic activities. From a historical perspective, this article examines the contribution of cooperation to the repopulation of the Volta valleys and to the development of the Volta basin. It draws primarily on bibliographic and archival sources. The study reveals that the Volta basin once served as a model of cooperation founded on the urgency of addressing public health challenges and on the determination of states to protect their populations against endemic and epidemic diseases, particularly onchocerciasis.

Keywords: Basin, Cooperation, Settlement, Onchocerciasis, Volta.

INTRODUCTION

Les populations installées dans le bassin de la Volta ont été au cours de l'histoire, confrontées à plusieurs maladies liées à leur environnement¹. Parmi ces maladies, figurait l'onchocercose. Cette maladie parasitaire transmise, transmise par les piqûres des simulies vivant à proximité des cours d'eau, a profondément affecté les riverains de la Volta. Sa propagation a entraîné la désertion des vallées fertiles freinant ainsi le peuplement et la mise en valeur de cet espace. La lutte multilatérale contre l'onchocercose impulsée sous la houlette de l'Organisation Mondiale de la Santé fut sans doute l'un des exemples les plus aboutis en matière de coopération multilatérale dans le bassin. Elle a permis de contrôler la maladie, facilitant la réinstallation des populations. Le succès contre l'onchocercose a réouvert la voie à une intensification des activités humaines. De ce constat, dans quelle mesure l'évolution du peuplement dans le bassin de la Volta entre 1966 et 2002 a-t-elle été influencée par les dynamiques de coopération sanitaire régionale

La pertinence de cette question, qui constitue la ligne principale de notre contribution, se trouve renforcée par la réémergence de la maladie dans certaines zones du bassin (P.M. Sawadogo, 2020, p.7). Dès lors, la coopération multilatérale se doit de consolider les acquis sanitaires afin de protéger les populations riveraines. L'étude de la coopération dans le bassin de la Volta, du peuplement et de la mise en valeur met en exergue les priorités collectives afin de répondre aux défis sanitaires et environnementaux. Cette étude repose essentiellement sur les documents écrits, oraux et la webographie. Elle s'articule autour de trois grandes parties. La première met en exergue les défis de santé publique qui ont prévalu à la naissance de la coopération régionale entre pays du bassin. La seconde se penche sur les luttes menées contre l'onchocercose et le repeuplement du bassin et enfin la troisième analyse repeuplement et le développement des zones libérées de l'onchocercose.

1. L'onchocercose dans le bassin de la Volta : une situation sanitaire préoccupante.

1.1. Présentation du bassin de la Volta

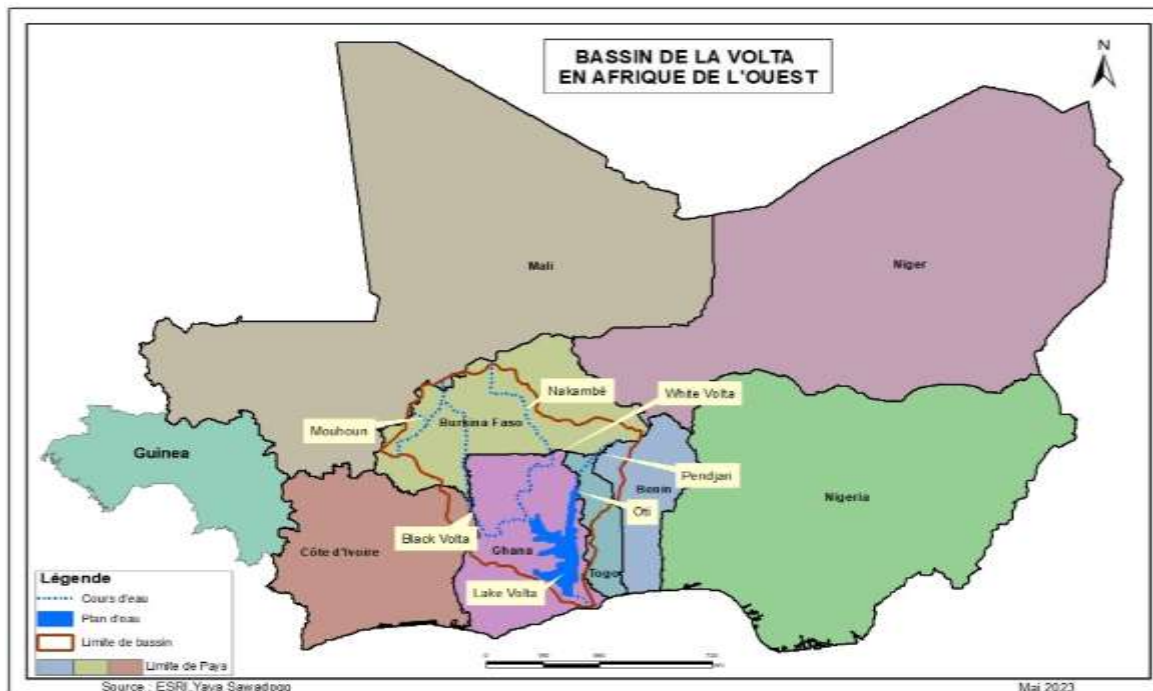
Le bassin de la Volta est un cours d'eau transfrontalier qui traverse six États.² Il est le neuvième bassin fluvial le plus important d'Afrique subsaharienne avec une superficie estimée à environ 400.000 km² (GREEN CROSS International/Burkina Faso, 2002, p. 9). Du Nord au

¹ Pour de plus amples informations, consulter le document de Jean-Noël Poda, 2007, *Les maladies liées à l'eau dans le bassin de la Volta : état des lieux et perspectives*. Volta Basin Project Report n°4. Montpellier: IRD, Colombo (Sri Lanka: CGIAR Challenge Program on Water and Food, 87p.

² Il s'agit du Burkina Faso, du Ghana, de la Côte d'Ivoire, du Mali, du Togo, et du Bénin.

Sud, le bassin de la Volta s'étend sur les latitudes 5°30' de latitude Nord, au Ghana et 14°30', au Mali et dans sa partie la plus large de 5°30' de longitude Ouest à 2°00' de longitude Est (M. Marloes et *al.*, 2015, p. 2). La carte suivante présente les pays traversés par le fleuve Volta :

Carte 1 : le bassin de la Volta en Afrique de l'ouest



Commentaire : La superficie du bassin est très inégalement répartie. Deux pays se partagent les plus grandes portions. Il s'agit du Burkina Faso et du Ghana. En effet, le Burkina Faso qui est le principal pays amont occupe 178 000 km² soit 42,65% de la superficie du bassin. Au Burkina Faso, le bassin de la Volta est drainé par trois grands cours d'eau que sont le Mouhoun (ex Volta noire), le Nakambé (ex Volta blanche et le Nazinon (ex Volta rouge). Quant au Ghana, principal pays aval, il partage 167 692 Km² représentant 40,18 % de la superficie totale du bassin. La partie ghanéenne du bassin de la Volta couvre partiellement ou totalement la plupart des régions *Upper East, Upper West, Northern, Brong Ahafo, Ashanti, Volta Eastern* et certaines parties de *Greater Accra*. (UNEP-GEF Volta Project, 2013, p. 21). Le bassin du fleuve Volta au Mali encore appelé bassin du Sourou est un affluent principal du fleuve Volta. Il couvre une superficie d'environ 15392 km² soit environ 1,24 % de la superficie totale du pays. (GREEN CROSS International /Burkina Faso, 2002, p. 15). Sur le territoire ivoirien, le bassin s'étend sur une superficie totale de 12 500 Km² pour 2,99% du total du bassin. Cette minime portion qui fait de la Côte d'Ivoire, un pays riverain du bassin de la Volta couvre la région du Zanzan et partiellement les départements de Bondoukou et Bouna (GREEN CROSS International /Burkina Faso, 2002, p. 14). La Pendjari représente l'affluent de la Volta en territoire béninois. Il couvre les départements de Donga, de l'Atakora et de l'Aliboro situés tous dans le Nord-Ouest du pays, correspondant à une superficie de 17 098 Km², soit 4,10% du bassin (GREEN CROSS International /Burkina Faso, 2002, p. 9). Enfin, la partie togolaise du bassin du fleuve Volta appelé bassin de l'Oti est le plus grand des trois bassins que se partagent le territoire togolais. Il couvre les cinq (5) régions économiques du Togo que sont l'Ouest de la région maritime, de la région des plateaux et la région centrale, toute la région de Kara et la région des savanes. Ce qui correspond à une superficie de 26 700 km² soit 6,40% de la portion totale du bassin (UNEP-GEF Volta Project, 2013, p.21)

On remarque donc que la superficie du bassin est très marquée au Burkina Faso (42,65%) et au Ghana (40,18 %). Ces pays ont donc une forte responsabilité dans la gestion durable et viable du bassin.

1.2. L'onchocercose dans le bassin de la Volta : un problème de santé publique

De tous les facteurs du développement, la population est le dénominateur commun. On ne peut donc parler de développement sans l'implication des hommes. Cependant, la participation des populations au processus du développement reste subordonnée à leur état de santé. La santé demeure un élément incontournable de la contribution des populations au développement économique. Au lendemain des indépendances, les États du bassin de la volta étaient confrontés à la propagation de l'onchocercose. L'onchocercose ou cécité des rivières,³ est une affection parasitaire causée par un ver filiforme dénommé Onchocercose Volvulus. Cette pathologie touche au moins 20 millions de personnes en Afrique tropicale, au Yémen et dans certaines régions de l'Amérique centrale et du sud (OMS, 1974, p. 1 & Onchocerciasis Control Program, p. 19). Dans les années 1970, elle sévissait dans les régions du monde avec des niveaux de prévalence variables. Toutefois, c'est en Afrique tropicale que sa propagation atteignit une intensité élevée, faisant de cette région un foyer hyper-endémique. Parmi les espaces les plus éprouvés en Afrique tropicale, le bassin de la Volta occupe une place majeure, eu égard de l'ampleur de l'infestation. En effet, dans cet espace, on trouvait des grandes zones d'hyper-endémies, avec un taux de prévalence dépassant 70% entre les voltas rouge et blanche, au-dessus et au-dessous de la frontière entre le Ghana et la Haute-Volta. Cette même tendance était observée le long de la Sissili et dans de nombreux petits affluents au Ghana, dans les régions nord-est de la Côte d'Ivoire en bordure de la volta noire et enfin à proximité du Bandama blanc et du Bou dans le centre nord de la Côte d'Ivoire (Onchocerciasis Control Program, p. 31). Cependant, des disparités existaient dans la répartition géographique de la maladie. Par exemple, au Burkina Faso, elle touchait 1 million de personnes sur une population d'environ 6,4 millions en 1973 (P.M. Sawadogo, 2020, p.3). Durant la même période, on dénombrait 120 000 aveugles en Afrique de l'Ouest dont 40 000 au Burkina Faso. Le développement de cette maladie représentait un problème majeur de santé publique qui entravait la mise en valeur des vallées fertiles de la Volta. Il fallait donc trouver des mesures pour l'éradication de la maladie. Alors, la riposte des États s'est faite d'abord de manière esseulée et ensuite dans un cadre transfrontalier.

³ Cette seconde appellation tient compte du milieu par excellence du développement de la maladie. En effet, le parasite responsable du développement de la maladie s'épanouit dans les milieux aquatiques plus précisément dans les courants d'eau rapide.

Le développement de cette maladie avait engendré des conséquences désastreuses sur le peuplement et la mise en valeur du bassin de la Volta. En effet, la présence de l'onchocercose dans le bassin de la Volta fut à l'origine des migrations des populations (Onchocerciasis Control Program, 1973, p. 35). Les départs sont nettement plus nombreux dans les régions riveraines des cours d'eau et les populations se déplacent des vallées vers les plateaux (Onchocerciasis Control Programme, 1973, p. 35). Les modifications dans l'occupation de l'espace introduites par l'onchocercose s'observent à travers le dépeuplement et l'abandon des vallées fertiles. En 1965, près de 65 000 km² de la superficie des vallées était désertées (Onchocerciasis Control Program, 1973, p. 58). C'est donc dire que l'onchocercose était le principal déterminant des mouvements migratoires dans le bassin de la Volta. Selon Christophe Sawadogo :

La population a rapidement pris conscience que, tant qu'elle demeure dans des localités voisines des cours d'eau à débit rapide, il n'y a rien à faire, la maladie va les attraper. Donc elle a eu son attitude de fuite de ces sites infectants, donc abandon des localités et désertion des vallées ou des terres fertiles.⁴

Ces propos mettent en lumière à la fois, le désarroi et l'impuissance des populations face à la maladie. Les conséquences fâcheuses de cette maladie ont suscité des réactions d'abord individuelles de la part des États durement éprouvés dans le bassin de la Volta.

1.3. Historique de la lutte contre l'onchocercose au Burkina Faso

Au Burkina Faso, la découverte de l'onchocercose remonte à la période coloniale. En effet, c'est en 1938 que P. RICHET⁵, alors médecin général Inspecteur identifie le foyer endémique bissa. Toutefois, les premières études épidémiologiques sont attribuées à M. HOLSTEIN, qui les mène en 1949. Par la suite, en 1955, une section dédiée à la lutte contre l'onchocercose est créée sous la houlette de Pierre RICHET et Max OVAZZA (P. ZOURE, 1971, p. 51). Cette structure avait pour mission principale d'organiser les actions de lutte contre la maladie et d'en réduire sa propagation.

Au lendemain des indépendances, les États de l'Afrique de l'Ouest étaient confrontés à de nombreux problèmes de santé notamment la persistance des maladies endémo-épidémiques. Ces pathologies qui ignorent les frontières compromettaient les efforts de développement déployés par les États. Cette situation préoccupante a conduit à la création de l'Organisation de

⁴ Sawadogo Christophe, ancien membre de l'équipe scientifique du Programme Oncho, entretien réalisé le 18 septembre 2023, Ouagadougou.

⁵ Il fut l'une des figures emblématiques de la lutte contre l'onchocercose en Afrique. Il était médecin général inspecteur et fondateur du Service Général autonome d'Hygiène mobile et de Prophylaxie (SGHMP) de l'Afrique de l'Ouest et de l'Organisation de coordination et de coopération contre les grandes endémies (OCCGE)

Coordination et de Coopération dans la lutte contre les Grandes Endémies (OCCGE). Dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose, les actions menées par cette institution au Burkina Faso, ont permis d'augmenter considérablement les connaissances sur la maladie à travers les enquêtes effectuées dans les différentes régions du pays.

Forte des connaissances acquises sur la maladie, l'OCCGE entreprend les premiers traitements en Haute-Volta en 1962 par le biais des dispensaires mobiles (M. Zabsonré, 2019, p.166). Le traitement consistait en l'extirpation des kystes et au traitement par la Notézine et la suranime. Par exemple, dans la section de Garango où relevait le village de Saragou, le dépistage a porté sur 117 personnes dont 79 étaient atteintes de la maladie. Ces dernières ont été traitées à la Notézine et à la Suranime (SGE, (Haute-Volta), 1962, pp.34-35 et M. Zabsonré, 2019, p.166).

A l'orée de 1963, un groupe ophtalmologique mobile est créé avec deux principales ambitions. D'une part, organiser des enquêtes ophtalmologiques dans les zones fortement infestées et d'autre part, contrôler les actions des équipes de prospection déployées dans le cadre des affections oculaires dont l'onchocercose. Cependant, les moyens mis en œuvre dans le cadre de cette lutte étaient axés sur le traitement individuel et exclusivement orienté sur le parasite. Cette situation limitait les résultats des services de santé rurale et freinait l'avancée de la lutte contre la maladie. Il était donc nécessaire d'envisager des actions de lutte à grande échelle dirigées contre le vecteur d'où l'intérêt de la coopération sanitaire régionale.

2. La coopération régionale au service du combat contre l'onchocercose

2.1. Les prémices de la coopération sanitaire

L'histoire de la lutte transfrontalière contre l'onchocercose dans le bassin de la Volta débute timidement en 1962, lorsque le Burkina Faso de concert avec la Côte d'Ivoire et le Mali ont délimité des zones pilotes en vue d'une lutte conjointe. Ces zones englobaient la rivière de Karako près de Sikasso, au Mali, la zone anti-simulie de Bobo-Dioulasso et de Banfora en Haute-Volta et les régions de Tiassalé et de Korhogo en Côte d'Ivoire. En dehors du bassin de la Volta, des opérations analogues de lutte contre la simulie de l'onchocercose ont déjà été entreprise dans de nombreuses régions d'Afrique. Par exemple, au Nigéria dans les régions de Kainji et d'Abuja (OCP, 1973, P.48) ou encore dans le Kenya occidental (OCP, 1973, P.32).

Dans le bassin de la Volta, cette première phase pilote avait pour objectif de « *prouver et de confirmer que l'endiguement de la maladie pouvait y être obtenu, permettant ainsi la réinstallation de la population et la mise en valeur des terres fertiles* » (D. Quillevre, 1984,

P.35). Cette campagne bénéficia de l'accompagnement des partenaires techniques et financiers que sont le Fonds Européen de Développement et le Fonds d'aide et de Coopération. Elle a permis de mettre au point différents moyens et stratégies de lutte⁶ ayant permis d'engranger de bons résultats.

En 1966, la lutte transfrontalière contre la « cécité des rivières » initiées par les trois États susmentionnés a connu un déclin majeur avec le lancement de la campagne de lutte intitulée « campagne FED-OCCGE ». Initiée par la section onchocercose de l'OCCGE, cette campagne d'envergure avait couvert une superficie de 60 000 km² à l'intersection du Mali, de la Haute-Volta et de la Côte d'Ivoire et avait été placée sous la tutelle financière du Fonds Européen de Développement (OMS, 1985, p. 14). Les opérations de lutte proprement dites débutèrent en 1968. Certes, cette première campagne n'est pas parvenue à éradiquer la maladie mais le moins qu'on puisse dire est qu'elle a livré un bilan moyennement satisfaisant. En effet, elle a non seulement permis d'assainir les foyers pilotes, mieux, elle a servi de bases nécessaires pour l'établissement d'un programme de lutte de grande envergure contre la cécité des rivières en 1974.⁷

2.2. La campagne *Onchocerciasis Control Program* et la maîtrise de l'onchocercose

Les précédents efforts de lutte contre l'onchocercose ne furent pas vains, en dépit de l'omniprésence de la maladie dans le bassin de la Volta. A l'évidence, ils ont permis d'élargir l'éventail des connaissances sur la maladie, son agent pathogène ainsi que son vecteur. Les conséquences rédhibitoires de cette maladie sur l'économie et les populations du bassin ont suscité un élan de solidarité émanant des grandes instances dirigeantes de la santé mondiale et des institutions économiques et financières ainsi que de l'engagement sans faille des États touchés. Cette solidarité s'est manifestée à travers l'organisation de plusieurs rencontres en vue d'une riposte collective contre l'onchocercose.

La première du genre s'est tenue à Tunis en 1968. Il s'agissait d'une réunion scientifique placée sous l'égide de l'OMS et de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) (OMS, 1985, p. 1). Les conclusions de cette rencontre stipulent que, la lutte contre l'onchocercose était possible mais les chances d'obtenir des résultats durables seraient plus grandes si la lutte était menée dans une zone écologique suffisamment vaste.

⁶ Il s'agit de la mise au point des techniques d'épandages, de la périodicité des traitements, de l'action des larvicides et de l'efficacité des insecticides etc...

⁷ Il s'agit du programme *Onchocerciasis Control Program* piloté par l'OMS.

(Onchocerciasis Control Program, p. 1). Le choix de cette zone devrait naturellement tenir compte de la prévalence de la maladie. Le bassin de la Volta fut donc choisi eu égard de l'importance de la prévalence du taux d'onchocercarien.

Passer le cap de Tunis, les acteurs impliqués dans la riposte contre l'onchocercose se réunissent à Brazzaville dans la poursuite de leur objectif. Cette deuxième rencontre s'est tenue dans le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique en avril 1969. Elle ambitionnait mettre au point des stratégies de plaidoyer à l'égard des experts et des partenaires techniques et financiers dans le but d'obtenir leur adhésion et leur accompagnement à l'initiative conjointe des États. À l'issue de cette réunion, les pays concernés ont été invités à adresser des demandes officielles d'aide aux partenaires techniques et financiers. Les demandes des riverains de la Volta furent examinées à la rencontre de Genève tenue en juillet 1970. La lutte transnationale contre l'onchocercose a connu un déclic à Genève avec la mise en place de la Mission d'Assistance Préparatoire aux Gouvernements dénommée mission APG. (M. Zabsonré, 2019, p. 171). Cette mission avait plusieurs objectifs en lignes de mire dont les plus cruciaux sont l'élaboration d'un plan de lutte contre la simule et d'un plan de mise en valeur des terres qui seront libérées par le biais des actions de lutte (OMS, 1980, p.2).

Réuni en novembre 1973 à Accra dans le cadre de la poursuite de leur engagement, le rapport de la mission APG fut approuvé par les chefs d'États des pays concernés et les partenaires techniques et financiers. Au cours de cette réunion, un accord-cadre a été signé conférant l'exécution du programme à l'OMS tandis que la Banque Mondiale était chargée de mobiliser le financement nécessaire (M. Zabsonré, 2019, p. 171). En 1974, des protocoles d'accord particulier étaient signés entre l'OMS et les sept (07) gouvernements clarifiant les conditions d'interventions dans chaque État et la contribution de ceux-ci aux opérations. Cette volonté sans cesse renouvelée des États ouest africains à fédérer leurs énergies pour éradiquer l'onchocercose a permis la mise en branle du Programme OMS de lutte contre l'onchocercose le 1^{er} janvier 1974.

Suite à l'héritage colonial, Dakar, ancienne capitale de l'Afrique Occidentale Française (AOF), permit au Sénégal de jouer un rôle de premier acteur dans la consolidation de l'ossature administrative coloniale sur les plans économique, politique et sanitaire. Cependant, la Haute-Volta, aujourd'hui Burkina Faso, a joué un rôle stratégique dans le développement du système sanitaire de l'Afrique Occidentale Française. Ce rôle s'est poursuivi après les indépendances à travers l'engagement continu du pays dans la lutte contre les grandes endémies. Dans le cadre

de la lutte contre l'onchocercose, cette situation s'est traduite par l'installation du siège de l'OCP dans la capitale Burkinabè, Ouagadougou (Y. Sawadogo, 2023, p. 69).

2.3. Stratégie de lutte du programme OCP

La lutte transfrontalière contre l'onchocercose dans le cadre du programme OCP s'est appuyée sur deux principales méthodes : la lutte parasitaire et celle antivectorielle. Cette dernière a d'abord été réalisée par voie aérienne avant l'introduction progressive de la voie terrestre. La lutte antivectorielle a été majoritairement menée par la voie aérienne. Elle consistait à pulvériser les rivières avec des insecticides afin de stopper le développement de la simule durant le stade larvaire. Dans cette optique, des épandages aériens étaient réalisés chaque semaine sur la base des analyses des données collectées et centralisées par les équipes d'évaluation entomologiques et hydrologiques. Ces opérations étaient effectuées par une compagnie indépendante accréditée pour ce type d'activités et ayant paraphé un contrat avec le programme OCP⁸. Avant 1982, les aéronefs dans le cadre du programme étaient stationnés à Bobo Dioulasso en Haute-Volta, et à Tamale au Ghana (OMS, 1980, p.5). A partir de 1982, ils ont été transférés respectivement à Kara au Togo et à Odienné en Côte d'Ivoire (Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest, 1985, p. 26).

La lutte antivectorielle qui s'est déroulée en trois grandes étapes a connu l'utilisation de plusieurs types d'insecticides (Nations Unies, 1979, p.223). La première étape fut lancée en février 1975 et englobait le nord de la Côte d'Ivoire, le nord-ouest du Ghana, l'ouest de la Haute-Volta et la bordure est du Mali. Ces parties correspondaient respectivement aux bassins de la Volta noire, de la Comoé-Léraba, du Bandama et du Banifing et le foyer de Bandiagara (OCP, 1973, p.52). Durant cette étape, l'insecticide utilisé était téméphos⁹ (D. Paugi et Al., 2001, p.79). Ce larvicide a été utilisé jusqu'en 1979 où l'on a notifié des résistances des simules.

La phase II amorcée en mars 1976 s'est caractérisée par un élargissement des opérations de lutte aux bassins de la Volta rouge, de la Volta blanche et de la Daka (OMS, 1980, p.4). La phase III lancée en mars 1977 visait à assurer la couverture intégrale de la région du bassin de la Volta en intégrant les bassins de l'Oti-Pendjari et du Mô situé en Côte d'Ivoire, au Dahomey,

⁸ En fin juillet 1974 le premier contrat fut passé avec la compagnie américaine EVERGREEN Helicopters de McMinnville. Elle utilisait une flotte d'avion de types Pilatus Porter et d'hélicoptères Bell 206 B. consulté à ce propos OMS, 1978, programme de lutte contre l'onchocercose, rapport d'évaluation 1974-1979, p.20.

⁹ Il s'agit d'un larvicide qui en plus d'être efficace dans l'élimination des simules, endommage moins l'environnement.

en Haute-Volta et au Mali (OCP, 1973, p.52 et OMS, 1985, p.25). C'est surtout durant cette troisième phase qu'on a assisté à la diversification des insecticides eu égard de la résistance développée par les simules. Toutefois, cette diversification n'est pas synonyme d'abandon mais de complémentarité entre les insecticides dans la lutte antivectorielle. A partir de 1980, un autre insecticide est recommandé pour suppléer la téméphos. Il s'agit du chlorphoxime (D. Paugi et Al., 2001, p.79, et OMS, 1985, p.22). A l'instar du premier, son action est très efficace sur les simules mais ses impacts négatifs sur l'environnement sont énormes. Après l'apparition de résistance au précédent produit, l'OCP a mis au point un insecticide biologique qui est moins dommageable vis-à-vis de l'environnement. Cet insecticide spécifique dans la lutte contre les simules est le *Bacillus thuringiensis* (D. Paugi et Al., 2001, p.79). Outre ces larvicides évoqués, la lutte antivectorielle du programme OCP a recouru à d'autres types d'insecticides comme l'atteste le tableau suivant

Tableau : les insecticides utilisés dans le cadre programme OCP (en milliers de litres)

Années	Téméphos Organo--phosphoré	Chlorphoxime Organo--phosphoré	Bacillus thuringiensis Insecticide biologique	Perméthrine Pyréthrinoïde	Carbosulfan Carbamate	Pyralofos Organo-phosphoré	Phoxime	(Étofenproxi)
1975	76							
1976	130							
1977	156							
1978	213							
1979	263							
1980	185	6	0,5					
1981	130	70	1,5					
1982	163	7	233					
1983	75	36	310					
1984	77	57	257					
1985	130	6	211	3	9			
1986	120	15	385	10	20			

1987	71	30	229	10	8			
1988	84	80	380	26	11			
1989	92	65	275	51	31			
1990	109	34	407	44	36	3		
1991	76		275	46	33	32	21	
1992	47		376	23	27	55	34	
1993	76		209	20	13	45	20	
1994	48		225	29	13	45	20	5
1995	41		237	15	21	38	18	17
1996	28		205	21	6	33	24	14

Source : Paugi Didier et *Al.*, 2001, « vingt ans de lutte contre l'onchocercose : bilan écologique », in *Annales du musée d'Afrique centrale*, p.80.

Commentaire : Ce tableau dresse un bilan des insecticides utilisés dans le cadre des activités de l'OCP. La lutte antivectorielle est marquée par l'expérimentation de plusieurs insecticides. Cette diversification l'avons-nous mentionné plus haut s'explique non seulement par la résistance développée par les simules à l'égard de certains larvicides mais également par le degré d'innocuité de ces derniers vis-à-vis de l'environnement. C'est donc sans surprise qu'on note la fréquente utilisation du larvicide biologique *Bacillus thuringiensis* car moins toxique à l'environnement. Encore, faut-il l'utiliser en quantité d'où sa prééminence sur les autres larvicides. Il est ensuite suivi par le Téméphos. Cet insecticide qui a inauguré les premières heures de la lutte antivectorielle a continué à être utilisé jusqu'à la clôture des activités de l'OCP sans doute à cause de son efficacité. En plus de cela, il dégrade moins l'environnement. Après 11 années d'utilisation relative, le chlorphoxime a fini par être déclassé dans la liste des larvicides de l'OCP. Cela s'explique par sa toxicité vis-à-vis de l'environnement.

Parallèlement aux épandages aériens, le programme de lutte avait par ailleurs pris en compte la lutte vectorielle par voie terrestre eu égard de l'isolement et de l'éloignement de certains gîtes. Cependant, il est tout aussi important de spécifier que cette méthode a été faiblement utilisée. Elle consistait à mélanger au bord de la rivière la dose requise d'Abate à de l'eau dans un seau et à asperger le produit dans le cours d'eau (Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest, 1985, p. 30).

Le second volet de la lutte contre l'onchocercose dans le cadre du programme OCP était le traitement antiparasitaire. Ce traitement consistait à combattre le parasite par l'usage de microfilaricide. Dans le cadre du programme OCP, le microfilaricide utilisé est l'ivermectine. Il s'agit d'un médicament mis au point par le laboratoire pharmaceutique MERCK&CO et homologué par l'OMS en 1987 (M. Zabsonré, 2019, p.189). Ce médicament s'est avéré très efficace dans l'élimination des microfilaricides. En effet, il pouvait tuer 99% des microfilaricide

en un seul traitement (Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille (BF), 1992, p.5). Contrairement à la lutte antivectorielle qui se menait à grande échelle, la lutte parasitaire nécessitait une concentration dans les zones de forte endémicité. C'est pourquoi, l'accent a été mis sur la prophylaxie de masse. En effet, des équipes mobiles d'agents de santé créées par les services de santé nationaux des pays de l'OCP sillonnaient les villages pour les diagnostics et la distribution des médicaments (M. Zabsonré, 2019, p.198). Le combat mené contre l'onchocercose a permis d'assainir les vallées de la Volta si bien qu'au début des années 1980, cette maladie ne constituait plus un problème majeur de santé publique. Ce qui a facilité le repeuplement des vallées de la Volta (M. Zabsonré, 2019, p.266).

3. Assainissement, repeuplement et développement des zones libérées

3.1. Assainissement et repeuplement du bassin de la volta

Avant le lancement des activités de l'OCP dans le bassin de la Volta, beaucoup de villages et de terres fertiles étaient abandonnés. Cette désertion des zones était liée à la présence de l'onchocercose. Après plusieurs années de lutte conjointe, cette pathologie ne représentait plus un problème majeur de santé publique. Ce qui fonde notre conviction selon laquelle la coopération sanitaire a été une réussite complète. Cette conviction semble fonder d'autant plus que trente millions de personnes ont été protégées de l'onchocercose et neuf millions d'enfants, nés depuis 1974 dans l'aire du programme n'ont pas été affectés et ne sont plus exposés au risque de cécité onchocerquiens (D. Paugi, et *Al.*, 2001, p.91). Cette réussite est par ailleurs confirmée par les résultats entomologiques qui font mention d'une réduction considérable du potentiel annuel de transmission (PAT) dans plus de 85% des points de capture de l'aire du programme en 1983 (OMS, 1985, p.38). Au Burkina Faso, les enquêtes menées après douze (12) années d'opérationnalisation ont permis de mettre en évidence une diminution de la charge microfilarienne communautaire (CMFC) de plus de 96% (J.N. Poda, 2007, p. 62).

Le succès dans le combat contre la cécité des rivières dans le bassin de la Volta n'a pas été une œuvre solitaire. En effet, il est le fruit de la coopération sanitaire régionale et de l'accompagnement de la communauté internationale. Lorsque les États riverains en collaboration avec la communauté internationale avaient initié cette lutte d'envergure, l'assainissement, le repeuplement et le développement des vallées étaient leur principale motivation.

La lutte multilatérale a permis de libérer les vallées de la Volta de l'onchocercose. La cécité des rivières n'était plus considérée comme un problème de santé publique et les vallées

étaient redevenues habitables et exploitables. Les informations dont nous disposons ne nous permettent pas de dresser un bilan exhaustif des zones libérées de l'onchocercose dans le cadre du programme intégrée de lutte. Cependant, nous disposons de quelques statistiques fournis par l'Autorité pour l'Aménagement des Vallées des Volta¹⁰ concernant la portion Burkinabè du bassin de la Volta. Ces statistiques sont consignées dans le tableau suivant :

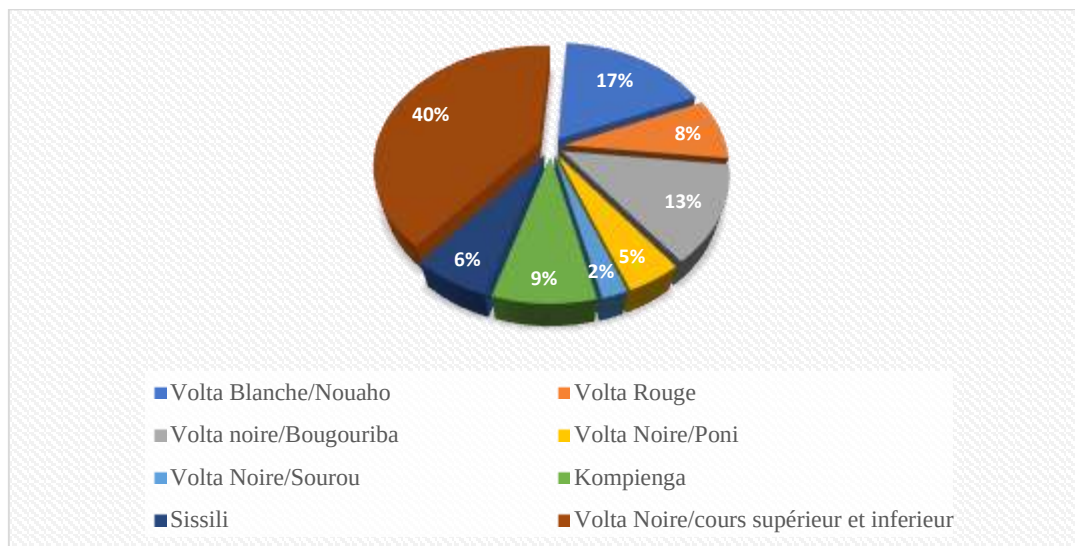
Tableau 1 : les zones libérées de l'onchocercose au Burkina Faso (ex Haute-Volta)

Vallées	Superficie (en Km ²)
Volta Blanche/Nouaho	8250
Volta Rouge	3900
Volta Noire/Bougouriba	6100
Volta Noire/Poni	2150
Volta Noire/Sourou	1000
Kompienga	4000
Sissili	3000
Volta Noire/cours supérieur et inférieur	19000
Total	47400

Source : AVV, 1985, *L'impact socioéconomique du programme de lutte contre l'onchocercose au Burkina Faso (1974-1984)*, Ouagadougou, AVV, p. 6.

Réalisé à partir des données du tableau, le camembert suivant permet de se rendre compte de la proportion des superficies libérées au Burkina Faso.

Camembert 1 : proportion des zones libérées de l'onchocercose au Burkina Faso



Source : Tableau, p. 8.

Commentaire : À l'interprétation du tableau et du camembert, se dégage trois observations fondamentales. La première observation est que le bassin de la Volta Noire regorgeait la plus grande partie des superficies libérées avec 28 250 km² soit 60%. Cela prouve que cette zone était très touchée.

¹⁰ Autorité pour l'Aménagement des Vallées des Volta est une structure créée par l'État en 1974 dans le but d'organiser la colonisation et le développement des zones libérées de l'onchocercose au Burkina Faso (ex Haute-Volta).

Donc, elle a été la principale bénéficiaire des actions de lutte. La deuxième observation se rapporte au bassin de la Volta blanche. Il est le deuxième bassin en termes de superficies libérées avec 12 250 km² soit 26% de la superficie totale des zones libérées. Cela met également en exergue l'importance de la prévalence de l'onchocercose dans cette zone et l'efficacité de la lutte transfrontalière. La dernière observation est relative au bassin de la Volta rouge. Dans cette zone, la superficie libérée est moyenne avec 6 900 km² soit 14% de la superficie totale des zones libérées. Cela traduit une faible infestation dans cette zone.

La lutte sanitaire dans la lutte contre l'onchocercose a permis d'assainir les vallées et de redynamiser le peuplement à travers l'installation des populations. Par exemple, de 1973 à 1984, l'AVV avait créé 67 villages répartis sur 12 unités de développement. Le projet avait pu installer 3 371 familles, soit 26 659 personnes sur les périmètres aménagés. Les réalisations concernaient la création et l'équipement de 33 écoles, 9 dispensaires, 237 logements et magasins, 289 points de forage, 724 km de pistes (M. Zabsonré, 2019, p. 343).

Cette occupation des terres a doté le bassin d'une main d'œuvre abondante qui représente un atout pour le développement des activités économiques. L'éradication de l'onchocercose a permis aux pays riverains de la Volta de mettre en place des projets structurants de développement économique.¹¹

3.2. Mise en valeur de la portion burkinabè du bassin de la Volta

La reconquête des terres fertiles autrefois abandonnées a favorisé la réalisation de gigantesques ouvrages hydrauliques çà et là dans le bassin de la Volta. Au Burkina Faso, plusieurs infrastructures hydrauliques furent aménagées dans le bassin dont les plus en vue sont celles de Kompienga, de Bagré, de Ziga, de Samandéni et de Soum etc... Pour un pays dont l'économie repose essentiellement sur le secteur primaire, ces ouvrages constituent à n'en point douter des maillons clés du développement. Cependant, l'indigence des données sur l'apport des barrages dans le développement socio-économique, nous amène à nous focaliser sur une étude de cas. Il s'agit du barrage de Bagré.

Le barrage de Bagré offre d'immense possibilité de développement à l'économie burkinabè. Dans le domaine agricole, le barrage favorise le développement des cultures de décrues et la culture maraichère (P.I. Yanogo, 2007, p.53). Sur les rives de Bagré, les populations produisent du riz, du maïs, de la pastèque, de l'oignon, de la tomate, etc... Ces productions procurent de l'argent à l'Etat et aux populations. Elles impactent leurs revenus et contribuent significativement à la lutte contre la pauvreté. En plus de son utilisation agricole,

¹¹ Au Burkina Faso, nous pouvons évoquer la construction du barrage de Bagré en 1992. Un barrage polyvalent sur la Volta Blanche avec un périmètre irrigué de 3 380 ha.

le barrage de Bagré est une source d'eau importante pour l'abreuvement des animaux. Cette fonction est d'autant plus cruciale que l'élevage est un pilier majeur de l'économie locale et nationale. A l'instar de l'agriculture, il participe à la création de richesses et des revenus pour l'État, les éleveurs et les vendeurs de produits d'élevage (P.I. Yanogo, 2007, p.54). Il participe au développement de l'industrie de transformation, à l'atteinte de la sécurité alimentaire en soutenant l'agriculture. En outre, le barrage de Bagré constitue un vivier essentiel pour le développement des activités halieutiques. Par exemple en 2008, la production était estimée à 2008 tonnes (Initiative Conseil International, 2010, p.49). Par ailleurs, le secteur industriel est très dépendant de la disponibilité de l'eau. A cet effet, le barrage de Bagré érigé sur le Nakambé, contribue à l'alimentation du tissu industriel dans la ville de Ouagadougou. Il participe également à la production d'énergie hydroélectrique assurant ainsi l'approvisionnement en électricité des industries et des populations. Cette production hydroélectrique a commencé en 1993 avec une centrale de 16 mégawatts (B. Kyelem, 2018, p. 95).

CONCLUSION

Cette contribution sur la coopération dans le bassin de la Volta, son peuplement et sa mise en valeur avait pour objectif de mettre en exergue que l'espace considéré a été un terrain exemplaire de la coopération sanitaire régionale. Il ressort de cette analyse que le bassin hydrographique de la Volta situé en Afrique de l'Ouest fut une école de coopération multilatérale née de l'urgence sanitaire de la lutte contre l'onchocercose. L'enseignement tiré de cette lutte montre clairement que la santé publique peut être un liant politique et un facteur de solidarité entre Etats. Cette lutte a débuté timidement en 1966 par une phase pilote initiée par la Haute-Volta, la Côte d'Ivoire et le Mali avant son extension à toute la région par le biais du programme de contrôle de l'onchocercose.

Le succès du programme de contrôle de l'onchocercose, piloté par l'OMS et financé par la Banque Mondiale a permis de contrôler la maladie, libérant ainsi d'importantes terres fertiles. Il a aussi engendré un phénomène de repeuplement massif des vallées. En effet, les vallées jadis désertées étaient devenues habitables. Fort de ce constat, les Etats riverains vont réaliser des infrastructures hydrauliques pour la mise en valeur des régions fertiles de la Volta. Au Burkina Faso, la réalisation du barrage de Bagré s'inscrit dans cette logique. Ce barrage a transformé la région du Nakambé en un moteur de développement socio-économique du Burkina Faso.

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

ANBF, 37V290, ANONYME, 1973, *Accord-cadre pour le programme de lutte contre l'onchocercose dans la région du bassin de la volta*, Accra le 1er novembre 1973, 23 p.

AVV, 1985, *L'impact socioéconomique du programme de lutte contre l'onchocercose au Burkina Faso (1974-1984)*, Ouagadougou, AVV, 230 pages.

Fonds Français pour l'Environnement Mondial, 2006, *projet d'appui à la gestion intégrée des ressources en eau du bassin de la volta*, fiche d'identification de projet, 54 pages.

Green Cross International/Burkina Faso, 2002, *Stratégie d'information, de communication et de sensibilisation en matière de prévention des conflits liés à l'eau dans le Bassin de la Volta*, août, 2002, Rapport final, 56 pages.

Initiative Conseil International (ICI), 2010, *état des lieux autour du barrage de Bagré au Burkina Faso*, rapport final, Ouagadougou : UICN, GWI, IIED, 72p.

KYELEM (B), 2018, *Le barrage de Bagré : impact socio-économique au Burkina Faso (1995-2017)*, Mémoire de Master d'Histoire, Université Joseph Ki-Zerbo, 125p.

MARLOES Mul et al., 2015, *Evaluation des ressources en eau du bassin de la Volta*, Colombo, Sri Lanka, Iinstitut International de Gestion des Ressources en Eau, 165 pages.

Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille (BF), 1992, *Actualisation du plan de dévolution du programme de lutte contre l'onchocercose au Burkina Faso : lutte contre l'onchocercose, la trypanosomiasse et éradication de la dracunculose*, Ouagadougou, Ministère de la santé de l'action sociale et de la famille, 32 p.

Nations Unies, 1979, « accord-cadre' pour le programme de lutte contre l'onchocercose dans la région du bassin de la volta », in *Recueil des Traités*, vol. 1126. 1-17537, pp.216-234.

OMS, 1974, *Lutte contre l'onchocercose dans le bassin de la Volta*, note d'informations.,

OMS, 1980, *lutte contre l'onchocercose dans la region du bassin de la volta*, note d'informations, 6p.

OMS, 1985, *dix années de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest*, 133pages.

OMS, 1985, *Programme de lutte contre l'onchocercose dans la région du bassin de la volta*, 28 pages.

Onchocerciasis Contrôle Program, 1973, *Contrôle de l'onchocercose dans le bassin de la Volta*, Rapport de la mission d'assistance préparatoire aux gouvernements, 90 pages.

Paugi Didier et Al., 2001, « vingt ans de lutte contre l'onchocercose : bilan écologique », in *Annales du Musée Royal d'Afrique centrale*, 288, pp75-93.

PODA Jean-Noël, 2007, *les maladies liées à l'eau dans le bassin de la Volta : état des lieux et perspectives*. Volta Basin Project Report n°4. Montpellier: IRD, Colombo (Sri Lanka: CGIAR Challenge Program on Water and Food, 87p.

QUILLEVRE Daniel, 1988, « Campagne de lutte larvicide contre S. Damnosum », in *OCCGE Publications- onchocercose*, Bouake, Institut Pierre Richet, p. 35.

SAWADOGO Christophe, ancien membre de l'équipe scientifique du programme Oncho, entretien réalisé le 18 septembre à Ouagadougou.

SAWADOGO Pierre Marie et Al., 2020, « Onchocercose au Burkina Faso : une endémie à transmission vectorielle en voie de réémergence », in *société de pathologie exotique et Lavoisier SAS 2020*, 15p.

SAWADOGO Yaya, 2023, *La coopération internationale dans le bassin de la Volta de 1966 à 2007 : Quels enjeux pour le Burkina Faso*, Mémoire de Master en Histoire, Université Joseph Ki-Zerbo, 125 pages.

Service des Grandes Endémies (Haute-Volta), 1962, *Rapport annuel*, Ouagadougou, 86 p.

UNEP-GEF Volta Project, 2013, *Analyse Diagnostique Transfrontalière* (Document traduit en français). UNEP/GEF/Volta RR 5/2013, 180 pages.

YANOGO P. Isidore, 2006, *Grands aménagements hydrauliques et sécurité alimentaire au Burkina Faso : les stratégies paysannes d'adaptation, cas de l'amont du barrage de Bagré*, rapport de DEA, Université d'Abomey Calavi, 104 p.

ZABSONRE Moussa, 2019, *Politiques de santé au Burkina Faso et lutttes contre les maladies tropicales : l'onchocercose et la Trypanosomiase (1960-2012)*, Thèse de doctorat d'Histoire, Université Joseph Ki-Zerbo, 470 pages.