

INSTITUT PIERRE RICHEL  
B.P. 1500 - BOUAKE - COTE D'IVOIRE  
-----

LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE EN COTE D'IVOIRE\*

III - Le Secteur de Santé Rurale de DANANE  
(Du début des prospections au 31/12/1985)

par

L. PENCHENIER\*\*

AMANAMAN AKOA\*\*\*

N° 23/IPR/RAP/86

---

\* Ce programme de Recherche effectué avec le Centre d'entomologie médicale et vétérinaire de Bouaké a reçu le soutien financier du Programme Spécial PNUD/Banque Mondiale/OMS de Recherche et de Formation concernant les Maladies Tropicales.

\*\* Parasitologiste de l'ORSTOM - Institut Pierre RICHEL (OCCGE) B.P. 1500 BOUAKE (Côte d'Ivoire) et Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM).

ORSTOM Fonds Documentaire

\*\*\* Médecin Chef du Secteur de Santé Rurale de Danané. N° : 24 704

Cote : B

21 AVR. 1986

## RESUME

La région de Danané - Duékoué est apparue, dès le début de la lutte contre la trypanosomiase en Côte d'Ivoire, comme un haut lieu de cette maladie. Le Secteur Spécial N° 13 (presqu'entièrement superposable à l'actuel secteur de Danané) n'était pas encore créé que les équipes médicales avaient déjà dépisté quelques 6.000 malades. Depuis cette époque, 22.179 trypanosomés ont été diagnostiqués ! Si, lors de sa création, en 1939, le secteur recensait plus de 1.000 malades par an, ce n'est guère plus de 2 malades qui sont dépistés annuellement depuis une quinzaine d'années.

Cette régression spectaculaire a été très longue à obtenir. Jusqu'au début des années 50 la lutte a été extrêmement difficile, non pas tant à cause des conditions naturelles (massifs montagneux, forte pluviométrie, forêts denses, importante superficie du secteur ...) que du fait du refus des populations autochtones qui considéraient la trypanosomiase comme une maladie honteuse, préférant abandonner leurs parents ou les mutiler plutôt que de les faire soigner. Cette attitude "suicidaire" semble pouvoir s'expliquer par l'organisation sociale, tout à fait particulière, des guérés.

A la fin des années 50, grâce à la reprise des prospections et aux effets des campagnes de lomidinisation l'Indice de Contamination Nouvelle qui, 10 ans plutôt, dépassait les 33 %, passe en dessous de 0,1 %.

De toutes les sous-préfectures du secteur, ce sont dans celles de Danané et Duékoué que l'on a dépisté la presque totalité des trypanosomés du secteur, mais alors que, jusqu'à il y a 20 ans, la sous-préfecture de Duékoué était sans conteste le foyer le plus important, c'est maintenant celle de Danané qui semble se signaler. La région la plus trypanosomée paraît correspondre aux anciens cantons de Oua et de Gouroussé, proches de la région de Sipilou qui est, elle-même, la plus touchée du secteur de Man.

La situation actuelle, si elle n'apparaît pas comme inquiétante, ne doit pas, néanmoins, faire relâcher la surveillance, d'autant que le nombre des malades recensés est vraisemblablement très sous estimé et que la grande majorité des nouveaux trypanosomés de ces dernières années s'est contaminée dans le secteur.

**MOTS CLES :** Trypanosomiase Humaine Africaine - Côte d'Ivoire - Danané - Répartition - Historique - Indices - Prévalence - Groupes Ethniques - Migration - Glossines.

## INTRODUCTION

On a trop dit et écrit ces dernières années que la région de Vavoua-Daloa était "Le Foyer" - terme discutable - ivoirien de la trypanosomiase humaine, voire "Le Foyer" de l'Afrique de l'Ouest francophone.

Certes cette région a flambé en 1977, mais cette flambée due vraisemblablement aux conséquences de l'essor agricole, reposait sur les conditions bio-climatiques des années précédentes qui avaient entraîné de fortes densités de glossines et surtout sur l'existence de trypanosomés épars dans les campements et jamais prospectés. Or ce réservoir humain existe - à un moindre degré - dans la plupart des secteurs de Côte d'Ivoire sous la forme, comme à Vavoua, de planteurs dispersés, isolés dans leur campement et qui ne sont dépistés qu'à l'occasion d'une consultation dans un centre de soins. Ce réservoir est d'autant plus sous estimé que, depuis près de 10 ans, hormis des secteurs comme Daloa ou Aboisso, on peut considérer qu'aucune prospection systématique n'a couvert l'ensemble des cantons des secteurs.

Ce rapport est le troisième d'une série de 25 - 1 pour chaque Secteur de Santé Rurale de Côte d'Ivoire - dont l'objectif est, à travers l'historique descriptive des secteurs et l'analyse de l'ensemble des dossiers disponibles de ces dernières années, de préciser l'évolution locale de la trypanosomiase depuis le premier malade dépisté jusqu'à nos jours et de tenter de préciser la répartition actuelle de cette maladie en tenant compte de l'origine réelle et des déplacements des malades.

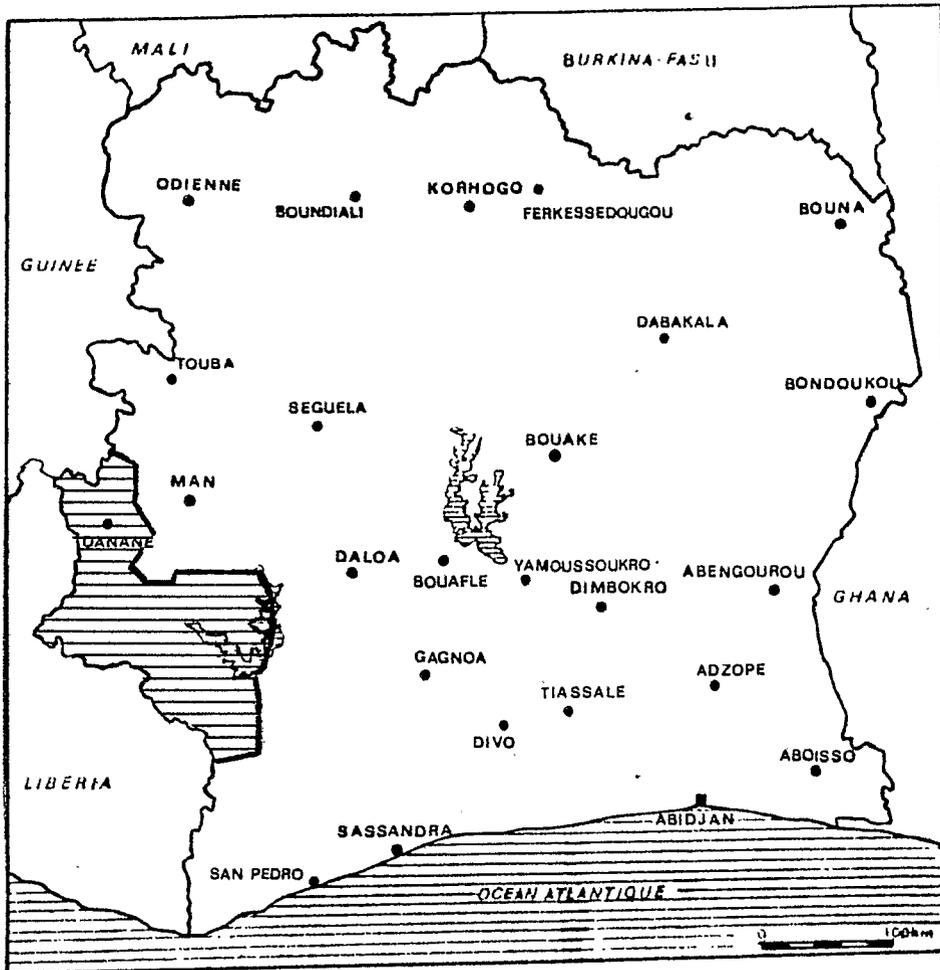
## I - LE MILIEU

Le Secteur de Santé Rurale de Danané s'allonge le long des frontières de la Guinée et du Libéria depuis la hauteur de Sipilou (vers les 7°60 de latitude nord) jusqu'au coeur de la forêt de Taï (à environ 5°30 de latitude nord) (carte 1). Il est bordé par 3 fleuves. Le Nuon (ou Nipoué) à l'est, puis le Cavally au sud et le Sassandra à l'est. La limite nord du secteur est le secteur de Man qui s'étend du Sassandra à la frontière Guinéenne.

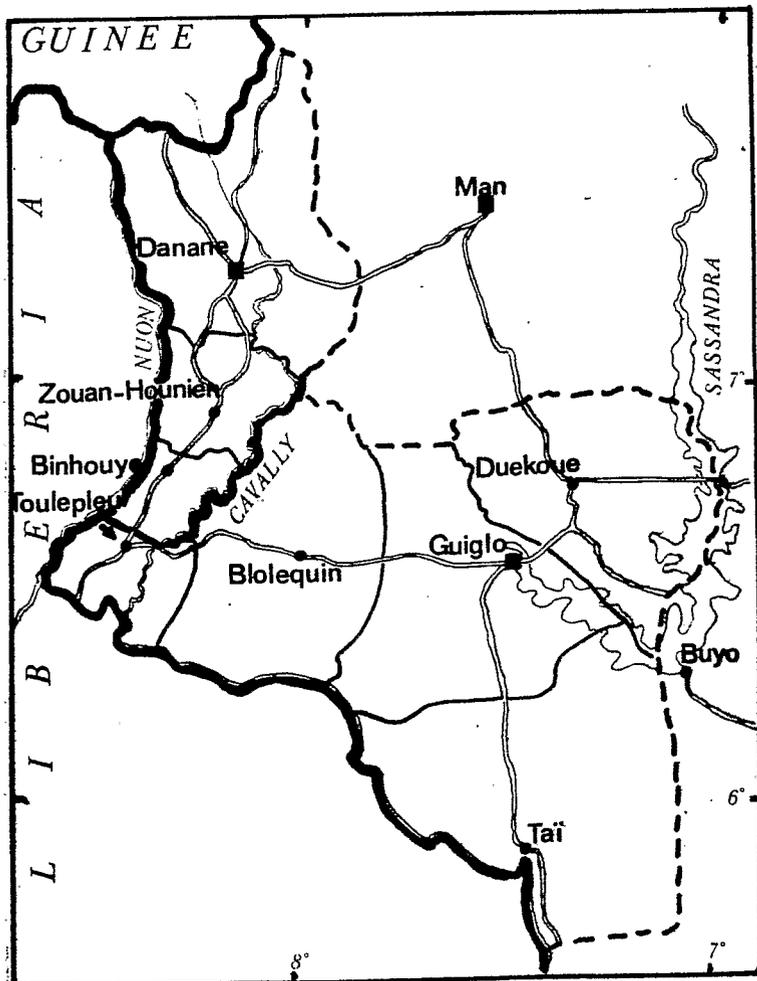
Depuis sa création en 1939, il n'a été modifié que dans sa découpe administrative, exception faite d'une courte période où lui a été adjoint la zone étendue de Tabou. Jusqu'à l'Indépendance il était partagé en 4 subdivisions toutes rattachées au cercle de Man : Danaé - Toulépleu - Guiglo et Duékoué (carte 2). Actuellement il regroupe les départements de Danané et Guiglo respectivement subdivisés en 3 et 5 sous-préfectures (carte 3).

Exception faite de la sous-préfecture de Danané qui est rattachée au secteur montagnard, toutes font partie du faciès sassandrien du secteur ombrophile. Les particularités locales sont détaillées dans le chapitre IV-3.

Quoique plus fortes durant l'hivernage, les pluies ne cessent jamais. La pluviométrie annuelle moyenne est la plus forte autour des monts Nimba (2.300 mm) alors qu'elle est à son minimum le long du Sassandra (1.600 mm).



Carte n° 1 : Localisation du Secteur de Danané en Côte d'Ivoire



Carte n° 2 : L'actuel Secteur de Danané

- Département de Danané  
S/P : Danané  
Zouan-Hounien  
Binhouye
- Département de Guiglo  
S/P : Toulépleu  
Blolequin  
Guiglo  
Duékoué  
Taï



## II - LES HOMMES

Les recensements partiels de 1931 à 1933 et le recensement de 1939 font état pour l'ensemble du secteur d'une population de quelques 120.000 personnes dont 42.532 pour la subdivision de Danané, 37.589 pour celle de Duékoué, 17.511 pour celle de Guiglo et 21.961 pour celle de Toulépleu. Ce sont ces chiffres qui prévaudront jusque dans les années 50. En 1958 le rapport annuel fait état de 178.511 habitants. En 1985 la population recensée de l'ensemble du secteur s'élève à 561.794 habitants selon le secteur (chiffres transmis au secteur par la préfecture de Danané) et à 374.269 habitants selon le registre du recensement national de 1985. (Tableau 1).

Le recensement national de 1985 précise en outre la répartition entre autochtones et étrangers. Ces derniers seraient au nombre de 14.404 pour le département de Danané et de 32.341 pour celui de Guiglo, soit respectivement pour chaque département 7,62% et 17,47% d'étrangers. Le taux d'étrangers pour l'ensemble du secteur est de 12,5%. Encore faut-il tempérer ces chiffres car sous le vocable "étranger" sont compris toute personne ayant une carte d'identité étrangère, même si elle est née en Côte d'Ivoire et n'a jamais quitté ce pays.

Les autochtones se répartissent entre 2 groupes ethniques : les Yacoubas et les Guérés. Les Yacoubas (du groupe culturel Mandé du sud) occupent tout le département de Danané. Ce sont des Boutyouleuménou (Dan de forêt). Les Dan proprement dit (Danménou) ne se trouvent, dans ce département, qu'à l'extrême nord sur la route de Sipilou. Les Guérés (du groupe culturel Krou) occupent pour leur part la presque totalité du département de Guiglo. Seul le sud de la sous-préfecture de Taï n'est pas Guéré. Elle est Oubi, ethnie faisant également partie du groupe Krou.

4 groupements Guérés présentent une organisation sociale particulière : les Zagna, Zagné, Zibiao et Zérabaon. Curieusement ce sont les populations de ces 4 groupes qui poseront le plus de problèmes aux équipes du secteur et ce, dès 1940.

Les caractéristiques ethno-politiques de ces groupements sont détaillées au chapitre IV-2-d.

Département	S/Préfecture	Superficie (km <sup>2</sup> )	Nombre de village	Population	
				1	2
DANANE	Binhouyé	820	45	26.487	18.244
	Danané	3.260	182	228.983	115.507
	Zouan-Hounien	520	105	88.752	55.362
Total Département		4.600	332	344.222	189.113
GUIGLO	Bloléquin	3.030	26	42.654	29.738
	Duékoué	2.930	35	82.843	66.599
	Guiglo	3.170	32	46.556	43.296
	Taï	4.310	18	11.185	11.189
	Toulépleu	710	48	34.334	34.334
Total Département		14.150	159	217.572	185.156
Total Secteur		18.750	491	561.794	374.269

Tableau 1 : Le Secteur de Santé Rurale de Danané

Recensement de la population : (1) = Source Secteur 1985

(2) = Source recensement national 1985.

### III - LES GLOSSINES

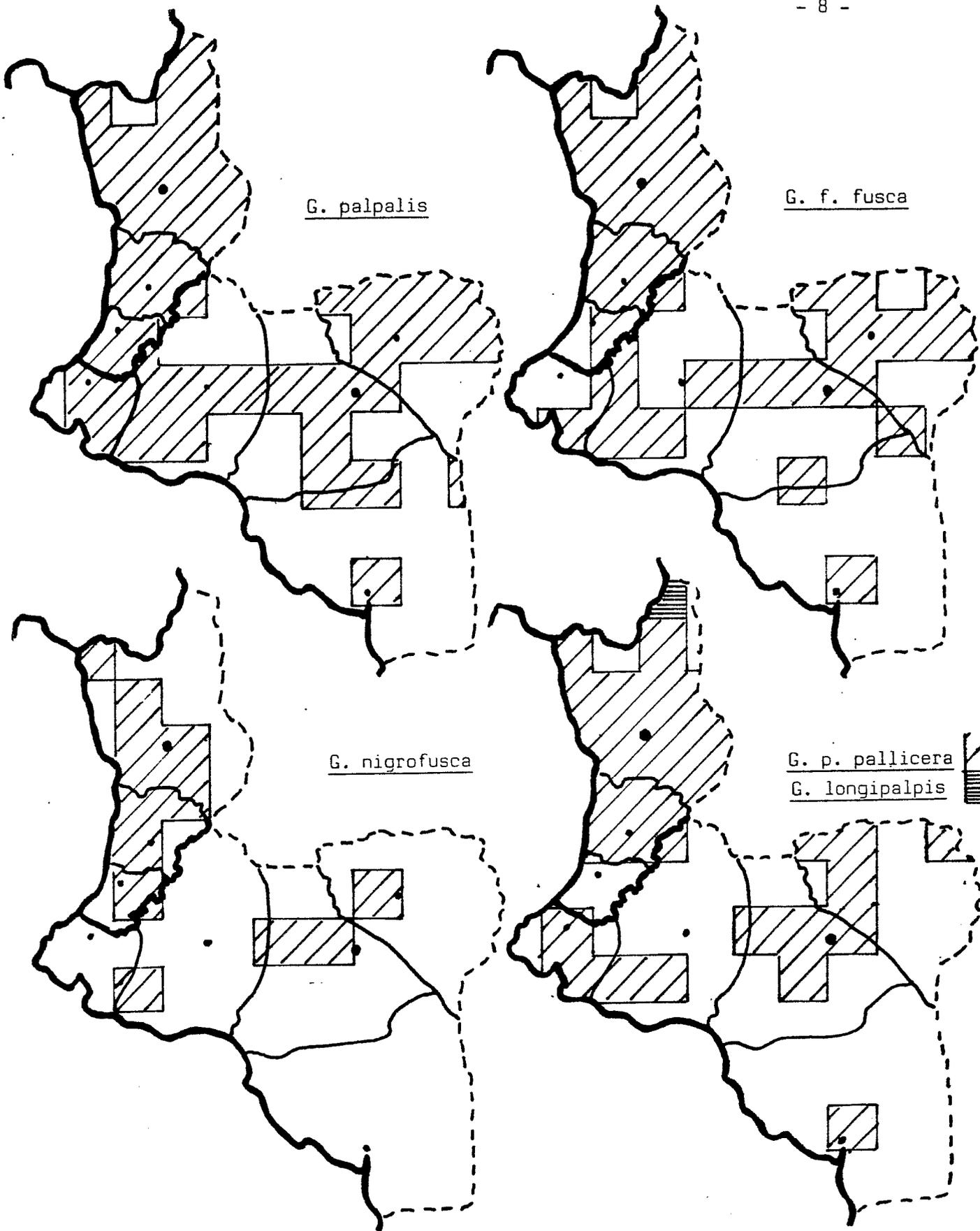
Contrairement au Secteur Spécial n° 12 (Man), il n'y a, dans les rapports du Secteur Spécial n° 13 que peu de données sur les glossines (PEN-CHENIER et al, 1986).

Dès 1942 les rapports insistent sur la végétation et l'hydrographie en précisant que toutes les conditions favorables aux glossines sont réunies. Celles-ci seraient présentes en grand nombre dans toutes les subdivisions y compris celles où la maladie ne pose pas de problèmes particuliers.

Le rapport de 1949 est plus précis. Il signale que G. palpalis, G. fusca, G. nigrofusca et G. pallicera ont été identifiées dans le secteur où G. palpalis est nettement prépondérante. Leur répartition s'étend à tout le secteur avec une abondance moindre dans les subdivisions de Guiglo et Toulépleu. Dans la subdivision de Duékoué, au nord-ouest du canton Zagna (carte n° 3) le rapport signale que "les galeries forestières favorables à la pullulation des glossines et surtout au développement des pupes, sont particulièrement nombreuses". Enfin, il ne semble pas, d'après les études entomologiques de l'époque, qu'il y ait une saison ou la densité de glossines soit plus forte.

Sur la carte de répartition des glossines de LAVEISSIERE et CHALLIER (1980), une importante partie du secteur demeure lacunaire sans qu'il soit précisé si les carrés (de 10' de côté) n'ont pas été prospectés ou ne comportent pas de glossines.

Dans les zones prospectées G. palpalis est présente partout. Il en est pratiquement de même pour G. fusca qui est absente du nord de la préfecture de Toulépleu et du centre de celle de Guiglo. G. nigrofusca est présente dans la sous-préfecture de Danané ainsi qu'au centre de celle de Guiglo et à l'ouest de celle de Duékoué. G. pallicera est également présente dans la sous-préfecture de Danané, mais également dans celle de Zouan-Hounien et Toulépleu. Elle occupe aussi le sud de la sous-préfecture de Bloléquin, le centre de celle de Guiglo et le nord et l'ouest de celle de Duékoué. On en a également trouvé à Taï. Enfin G. longipalpis n'a été signalée qu'au nord de la sous-préfecture de Danané vers Sipilou (carte n° 4).



Carte n° 4 : Répartition des glossines dans le secteur de Danané (carrés de 10').  
D'après LAVEISSIERE et CHALLIER - 1980 -

#### IV - LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE DANS LE SECTEUR DE DANANE

##### IV-1 - Les indices

L'utilisation des données recueillies par les services sanitaires et l'interprétation claire et simple de celles-ci a conduit à la création d'indices permettant d'apprécier l'évolution - intensification ou régression - de la maladie et la comparaison entre régions. Avant d'aborder cette évolution dans le secteur de Danané, voici un rappel des définitions de ces indices.

Les 3 principaux sont :

L'Indice de Contamination Nouvelle (ICN),

L'Indice de Contamination Totale (ICT),

L'Indice de Virus en Circulation (IVC).

Déjà utilisés en 1940 par Muraz dans le 1er rapport annuel du Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil, ces indices furent et sont toujours employés dans tous les pays trypanosomés de langue française. En 1959 un comité d'Experts des Statistiques Sanitaires de l'OMS en préconisa l'utilisation.

##### - L'Indice de Contamination Nouvelle (ICN)

Il indique l'activité de transmission dans une population indemne pour une période donnée.

$$ICN = \frac{(NT^* \text{ dépistés})}{(dans l'année) \times 100} \frac{1}{(ensemble de la) - (AT^{**} \text{ réexaminés}) (examinée)}$$

##### - L'Indice de Contamination Totale (ICT)

Cet indice exprime la somme de tous les trypanosomés existants (NT + AT) dépistés par l'ensemble des services sanitaires (prospections - centres de soins...) depuis le début de l'enquête. Sont exclus : les morts, les disparus, les guéris.

En fin d'épidémie, alors que l'ICN tend vers 0, l'ICT peut demeurer élevé s'il existe encore de nombreux AT en traitement. A moins d'une nouvelle flambée, l'ICT tendra également vers 0.

---

\* NT = Nouveaux Trypanosomés

\*\* AT = Anciens Trypanosomés

$$ICT = \frac{\text{(Nombre total des)} \\ \text{(cas pris en charge)} \times 100}{\text{(population totale au)} \\ \text{(dernier recensement)}}$$

- L'Indice de Virus en Circulation (IVC)

Il représente le potentiel de transmission de la maladie en prenant en compte l'ensemble du réservoir humain de virus (NT + AT toujours positifs).

$$IVC = \frac{\text{(Nt de l'année)} \\ \text{(+ AT toujours positifs)} \times 100}{\text{(ensemble de la population)} \\ \text{(examinée)}}$$

Le calcul de l'ICN et de l'IVC implique la connaissance du nombre de personnes examinées par l'ensemble des services sanitaires, ce qui n'est pas toujours aisé.

#### IV-2 - Du 1er malade à la création du Secteur

Depuis le début du siècle, en Côte d'Ivoire, le service sanitaire était assuré par les médecins du corps de santé des troupes coloniales (créé en 1900) et par ceux de l'Assistance Médicale Indigène (A.M.I. créée en 1905). La maladie du sommeil ne présentait guère d'intérêt pour ces médecins car, outre le fait qu'elle était encore méconnue (Trypanosoma gambiense n'étant décrit par DUTTON que depuis 1902), elle était considérée, de même que les glossines, comme absente de Côte d'Ivoire. Les 1ers malades avaient bien été dépistés en 1904 dans le cercle du Baoulé et de Kong (1899 pour la Haute Volta) (DOMERGUE-CLOAREC, 1984), mais ce n'est qu'en 1906 que BOUET, lors d'une mission, confirma l'existence de la trypanosomiase en Côte d'Ivoire (MATHIS, 1946) (carte 5).

En 1914, l'endémie s'était fortement étendue le long des grands axes et une épidémie sévère avait flambé dans la région de Mankono-Séguéla.

L'administration avait commencé à réagir dès 1908 (circulaire du Gouverneur ANGOULVAN), mais les structures sanitaires et l'organisation des services sanitaires étaient incapables d'endiguer l'épidémie. Les équipes médicales, à caractère polyvalent, n'étaient pas faites pour les longues prospections nécessaires à la délimitation des foyers (le poste fixe le plus proche

de Danané avait été ouvert à Daloa vers 1910) et la dispersion de leurs efforts de par la multiplicité de leurs tâches, ne pouvait permettre une lutte efficace contre la trypanosomiase.

Le 30 novembre 1931, face à l'extension de la maladie et sous l'influence d'hommes comme le médecin général SOREL et le médecin capitaine ROBINEAU, le "Service de Prophylaxie de la Maladie du Sommeil" vit le jour par arrêté du gouverneur général BREVIE. Il fut confié à JAMOT qui arrivait avec l'expérience acquise au Cameroun. Malheureusement le médecin général BOTREAU-ROUSSEL, peu désireux de voir se créer un service indépendant de son autorité, s'opposa à sa mise en place. Cette hostilité ouverte, le caractère entier de JAMOT, la dépendance du service de plusieurs administrations et les remaniements inhérents au récent rattachement de la plus grande partie de la Haute Volta à la Côte d'Ivoire (5/9/1932) eurent raison du service qui fut supprimé le 3/12/1932, à peine 1 an après sa création (Méd. Trop. 1979).

Les équipes mobiles mises en place par JAMOT furent rattachées à l'AMI. Elles devinrent des dispensaires ambulants polyvalents, émanation des postes fixes. L'épidémie pouvait continuer.

Quoiqu'insuffisant, le travail des équipes mobiles ne fut pas inexistant. En 1933, elles ont à charge 52.000 trypanosomés dans l'ensemble de l'AOF et du Togo. A la fin de 1939, on recense dans ce même territoire, 212.696 trypanosomés. Le tableau 2 précise l'importance de la population visitée entre 1935 et 1939 ainsi que le nombre de trypanosomés dépistés par les équipes mobiles. (Tous les chiffres cités, de 1935 à 1958, proviennent des rapports annuels du SGAMS et du SGHMP conservés au centre de documentation de l'OCCGE à Bobo-Dioulasso).

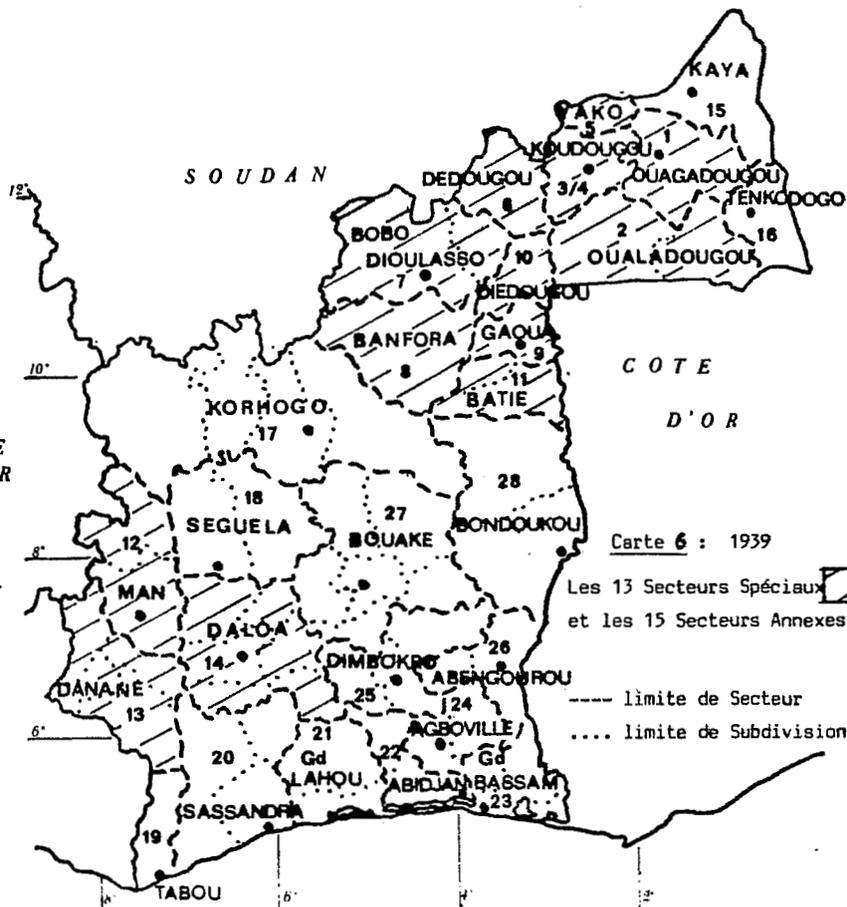
Années	Population visitée	Trypanosomés
1935	917.976	24.432
1936	869.254	23.530
1937	788.025	20.286
1938	1.291.775	27.291
1939	1.224.158	18.813

Tableau 2 : Action des équipes mobiles en AOF et au Togo de 1935 à 1939.



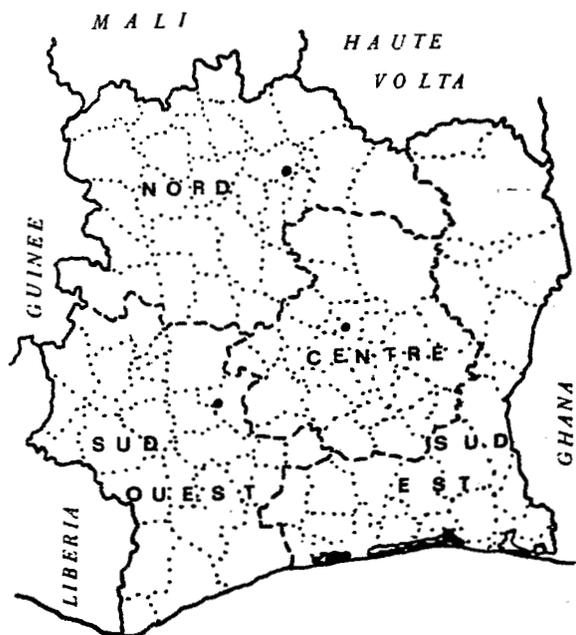
Carte 5 : Découpage Administratif de la Côte d'Ivoire 1916/1932

- frontière
- - - limite de cercle
- chef lieu de cercle



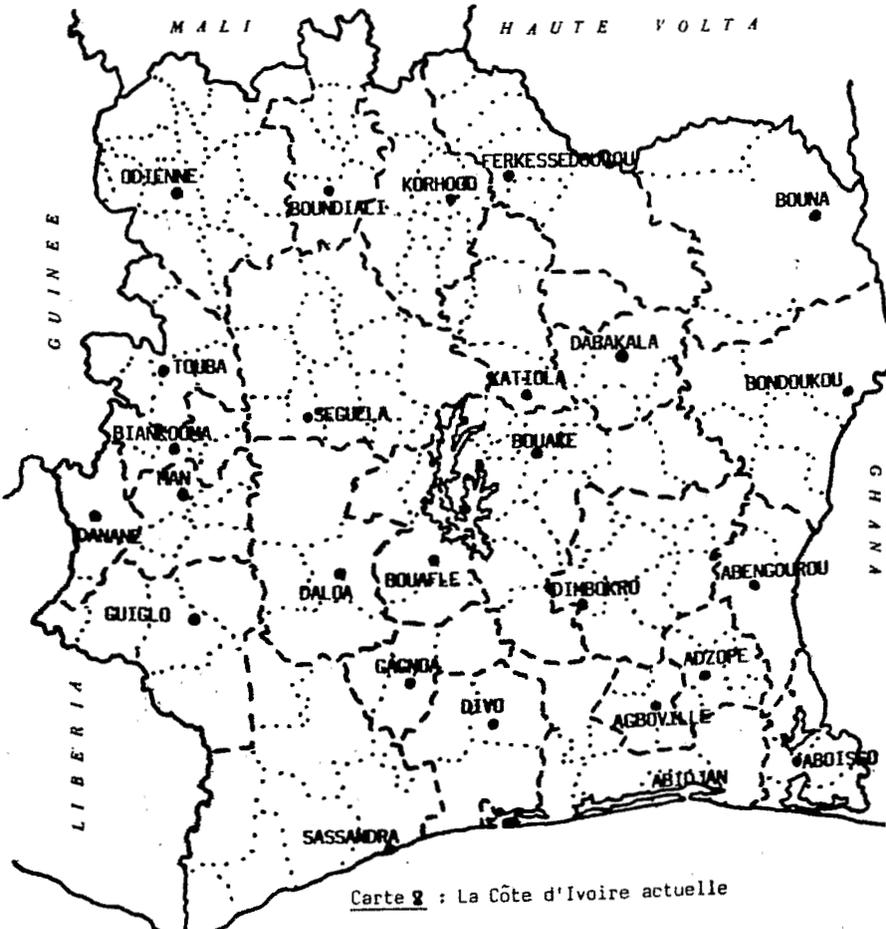
Carte 6 : 1939

- Les 13 Secteurs Spéciaux et les 15 Secteurs Annexes
- - - limite de Secteur
  - ..... limite de Subdivision



Carte 7 : La Côte d'Ivoire en 1958

- frontière
- - - limite de département
- ..... limite de sous-préfecture
- chef lieu de département



Carte 8 : La Côte d'Ivoire actuelle

Dans ce qui deviendra le Secteur de Danané \*, bien que des malades y aient déjà été dépistés, la lutte n'a vraiment commencé qu'avec le médecin lieutenant KOERBER qui aurait dépisté 2.110 malades en 1935 dans une zone estimée habitée par 40.000 personnes.

De 1935 à 1937 les équipes de l'AMI ont dépisté quelques 3.900 NT et le médecin capitaine HOSTIER qui participait à ces prospections précisait que "beaucoup venaient du Libéria ou de Guinée". En 1938 le médecin capitaine LOUDOUX attirait l'attention sur la région car il avait trouvé 30 NT sur 600 jeunes présentés pour le recrutement (5%). Cette même année 395 NT étaient dépistés parmi des travailleurs et des consultants.

L'importance de l'endémie et l'inefficacité de l'AMI à l'enrayer, malgré les efforts de celle-ci, étaient tels que le 6/8/1938 une équipe spéciale voyait le jour. Elle prit le nom d'"Equipe Frontière" ou "Groupe Impérial". A cette époque, seule la subdivision de Danané avait été prospectée, la situation dans les 3 autres subdivisions demeurant inconnue.

L'échec de la politique sanitaire en place était évident. Aussi, sur proposition du médecin général BLANCHARD, inspiré par le modèle togolais, Georges MENDEL, ministre des colonies, décida par arrêté du 30/01/1939, la création du "Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil" (SGAMS). La direction fut confiée au médecin colonel MURAZ.

L'une des caractéristiques majeures de cette nouvelle politique, outre la spécificité du service et son autonomie, fut la découpe de l'AOF en secteurs spéciaux pour les zones de forte endémicité trypanique et en secteurs annexes pour les zones plus faiblement touchées. Ces secteurs annexes servant de plus, de barrière protectrice aux zones indemnes. Pour la Côte d'Ivoire, il y avait 14 secteurs spéciaux : 11 en Haute Côte et 3 en Moyenne Côte (carte 6).

\* Les informations qui suivent proviennent presque toutes des rapports annuels du SGAMS et du SGHMP écrits par MURAZ puis par LE ROUZIC et JONCHERE.

#### IV-3 - De la création du Secteur à la fin de l'AOF

Le Secteur Spécial n° 13 fut créé par arrêté du 31 août 1939. Il couvrait 4 subdivisions, toutes dépendant administrativement du Cercle de Man : Danané - Duékoué - Guiglo et Toulépleu. L'ensemble du Secteur, avec ses 25 cantons est pratiquement superposable à l'actuel secteur (cartes n° 2 et 3).

La population recensée était de 120.000 habitants en 1939 (recensements de 1931 - 1933 - 1939). En 1941 le rapport annuel du secteur donne le chiffre de 128.451 habitants.

Il est difficile de préciser le nombre de malades recensés depuis le 1er cas dépisté jusqu'à la fin de 1939. Les rapports de 1940 - 41 - 44 - 47 et 50 en donne le nombre, mais si à chacun d'eux on ajoute le total des NT des années précédentes, on obtient, pour 1939 cinq résultats différents allant de 5.761 (1940 : 6.522 malades recensés) à 6.236 (1941 : 8.150 malades recensés) soit une moyenne de 5.998 malades (+ 237) recensés au 31/12/1939. Si l'on prend en considération les rapports annuels postérieurs à 1957, ce sont 4.630 malades qui ont été dépistés avant 1939.

Quoique créé fin août, le secteur ne sera en fait ouvert que le 15/12/1939 avec l'arrivée du médecin lieutenant BERTE (tableau 3) qui avait débarqué le 3/09/1939 en provenance du Cameroun. Le personnel du secteur était alors composé de :

- 1 médecin auxiliaire de 3ème classe (Amon Aka)
- 21 infirmiers (décrits comme "indisciplinés")
- 2 chauffeurs.

Comme dans le Secteur Spécial n° 12 (Man) les prospections vont se heurter à de nombreux éléments :

- Le relief accidenté obligeant aux déplacements à pieds et à cheval, d'autant plus pénible que le secteur est étendu et les forêts denses.
- L'administration, qu'il s'agisse du commandant du cercle de Man dont dépend, rappelons le, Danané (PENCHENIER et al, 1986) ou du chef de la subdivision de Duékoué, dont l'hostilité ouverte était telle qu'aucun passeport ne pu être distribué durant la 1ère année de fonctionnement du poste filtre du bac de Guessabo (sur la route Man - Daloa) ouvert en juin 1940. Ce qui amènera MURAZ à réclamer des sanctions à son encontre.

Années	Titre ou grade	Nom
1939 - 1941	Lieutenant	BERTE (Capitaine en 1941)
1941 - 1943	Capitaine	BASCON
1943 - 1946	Assistant médical	HAGUENAWER
1946 - 1947	Lieutenant	GAUTHERET
1947 - 1949	Assistant médical	BIRGER
1949 - 1952	Lieutenant	GILLET
1952 - 1954	Lieutenant	RICOSSE
1954 - 1956	Docteur	MARIANI
1956 - 1958	Docteur	BLOUIN
1958 - 1959	Lieutenant	CARRIE
1959 - 1962	Lieutenant	DUJEU
1962 - 1965	Capitaine	PELLOUX
1965 - 1967	Lieutenant	INGELET
1967 - 1969	?	?
1969 - 1973	?	CLASTRE
1973 - 1977	?	PAQUIER
1977 - 1979	?	LHONMEAU
1979 - 1981	?	SEVRE
1981 - 1984	?	BOISIER
1984 -	Docteur	AMANAMAN AKOA

Tableau 3 : Médecins chefs du Secteur de Danané, de sa création au 31/12/85.

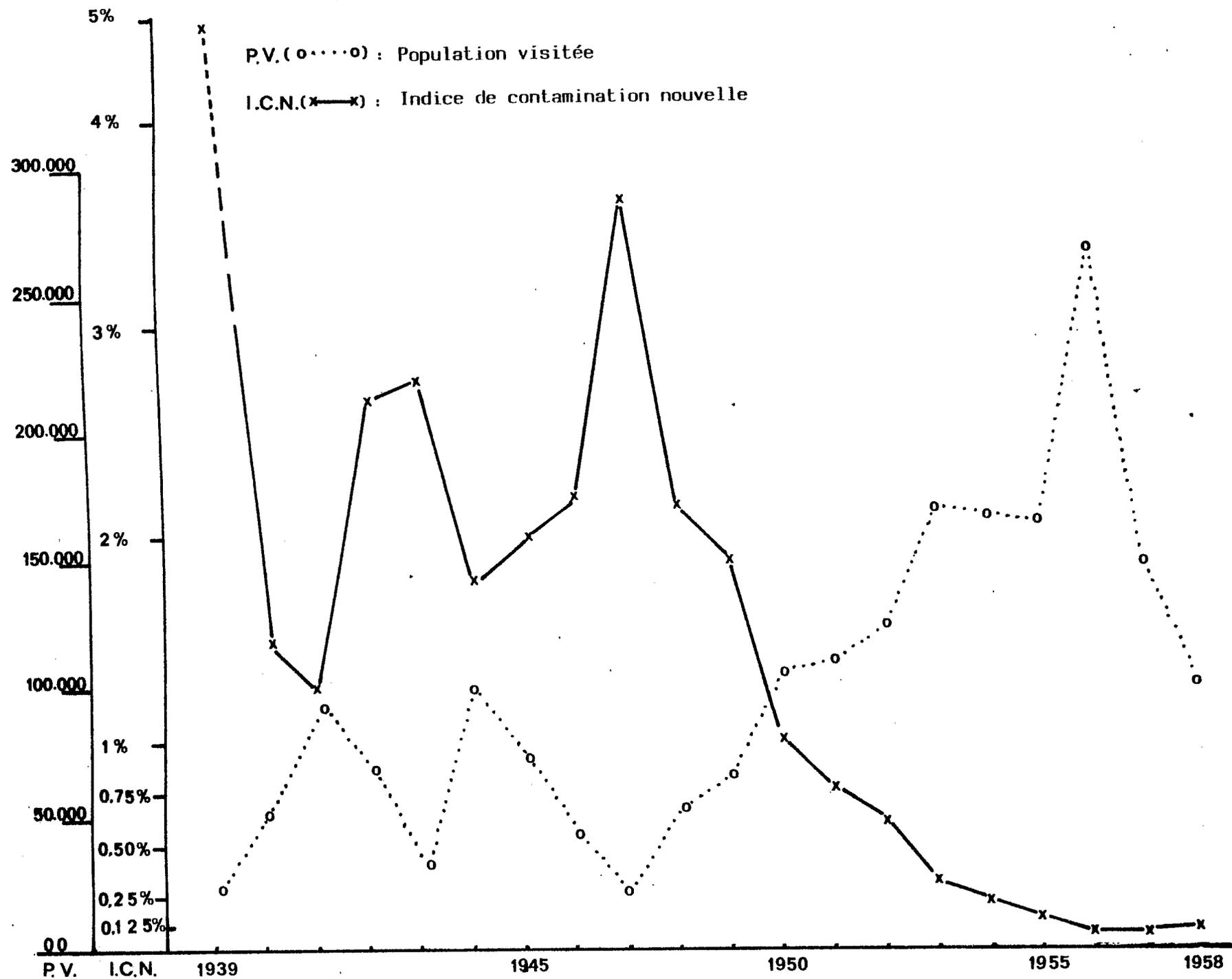
- La population dont l'opposition aux prospections se fera sentir, tout au moins dans la subdivision de Duékoué, jusqu'aux années 55 - 60. Face à l'attitude des Guérés, et à un moindre degré des Yakoubas, LE ROUZIC parlera, dans son rapport de 1946, de "Suicide Collectif" !

Les 4 subdivisions du secteur n'auront pas une évolution identique. Aussi il semble préférable d'analyser séparément chaque subdivision. Les résultats d'ensemble sont regroupés dans les tableaux n° 4, 5 et 6 et dans la courbe n° 1.

Année	Population visitée	Nouveaux malades dépistés	I.C.N.	Anciens malades		I.V.C.	Trypanosomés Vivants au 31 décembre	I.C.T.	Guéris pendant l'année
				Visités	T + Suc gg				
39	25.126	1.184	4,96	1.290	21	4,79	6.177	9,84	0
40	54.730	761	1,51	4.534	5	1,39	6.896	9,67	60
41	94.584	1.153	1,26	3.568	7	1,22	7.950	4,99	103
42	70.283	1.746	2,68	5.218	35	2,53	7.598	2,90	369
43	31.135	676	2,74	6.481	26	2,25	6.682	22,98	340
44	101.911	1.661	1,79	9.487	61	1,69	10.016	10,93	1.855
45	77.954	1.413	2,01	7.761	65	1,89	11.176	11,76	241
46	46.985	902	2,20	6.047	84	2,09	8.441	14,78	377
47	20.777	702	3,63	1.449	61	3,67	8.475	10,35	80
48	55.188	1.148	2,14	1.746	31	2,13	9.469	5,24	91
49	68.784	1.252	1,90	2.925	6	1,71	9.648	6,07	706
50	108.474	1.104	1,06	4.371	6	0,96	5.861	5,04	1.493
51	109.859	812	0,77	5.166	1	0,67	4.050	5,44	2.126
52	124.003	759	0,63	3.956	2	0,55	3.938	3,80	3.956
53	169.797	751	0,32	4.828	3	0,32	3.619	3,28	891
54	168.532	407	0,24	3.341	-	-	-	2,22	300
55	166.678	268	0,16	2.373	-	0,11	3.427	1,58	314
56	263.809	259	0,09	2.572	-	0,09	3.094	1,2	471
57	148.135	141	0,09	1.692	-	0,09	2.810	1,2	360
58	101.611	101	0,10	1.118	5	0,10	1.406	1,19	131
TOTAL	2.008.355	17.200							13.964

TABLEAU 4 : Evolution de la Trypanosomiase dans le secteur de Danané de 1939 à 1958.

(Population recensée en 1958 : 178.511)



Courbe 1 : Evolution de l'ICN de 1939 à 1958 en fonction de la population visitée.

#### IV-3-1 - Les subdivisions du Secteur

##### a) Subdivision de DANANE

Située au nord-ouest du Secteur, elle est, avec Toulépleu, la subdivision la plus occidentale de la Côte d'Ivoire. Traversée dans son grand axe par le bassin du Cavally, elle est limitée au nord par la Guinée, à l'ouest par la Nuon \*, fleuve frontière avec le Libéria, à l'est par la subdivision de Man et au sud par celle de Toulépleu.

Quoique l'extension des plantations de café et cacao de ces dernières années ait considérablement modifié le faciès végétal, la subdivision de Danané est recouverte d'une forêt dense et touffue sillonnée en tous sens par un important réseau hydrographique.

Danané, située sur la route de la Kola, est un important centre de communication entre Libéria, Basse Guinée et Côte d'Ivoire.

Les 6 cantons de la subdivision sont tous d'ethnie Yacouba. Pour ceux-ci la frontière avec le Libéria, également peuplée de Yacoubas, n'existe pas.

Au début des années 40 c'était la plus contaminée des 4 subdivisions du secteur. Tous les villages des cantons du nord et du centre étaient plus ou moins atteints. Seul le canton de Koulinlé, le plus au sud, était relativement épargné avec de nombreux villages indemnes aux abords de la subdivision de Toulépleu.

##### 1) Canton Gourousse

Ce canton, le plus au nord de la subdivision, a un relief montagneux. Ses villages sont situés aux sommets de petits mamelons entourés de ruisseaux et de forêts. Dès 1939, la population de ce canton se signala par son refus de se présenter aux prospections. L'ICN à cette date était de 7,5%.

L'année suivante il passait à 3,11% alors que le taux de présence aux prospections passait de 43,5% à 59,27%. Il faudra attendre 1945 pour que l'ICN descende en dessous des 1% (tableau 6) mais ce n'est qu'en 1955 qu'il passera en dessous de 0,1%.

De 1941 à 1946 les prospections seront extrêmement difficiles et c'est par villages entiers que se feront les refus de présentation. A partir de 1946

\* Dénommé Nipoué sur les cartes Michelin au 1/800.000ème.

CANTONS	Population recensée	Indices de contaminations nouvelles																				
		39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	
Subdivision de Toulépleu	Toulépleu	7.814	-	0,05	0,01	-	-	-	-	-	-	0,006	-	-	0,08	-	0,06	0,05	0	0,02	-	-
	Nidrou	3.706	-	0,02	0,09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,08	0,03	-	0,02	-
	Bakouli	2.067	-	0	0,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
	Bao	2.978	-	0	0	-	-	-	-	-	0,07	-	-	-	-	0,09	0,06	0,10	0,02	0,03	-	0,03
	Niaoblao Sud	3.216	-	0,03	0,04	-	-	-	-	-	-	-	0,02	-	-	0,12	0,08	0,07	0,04	0	-	-
	Niablao Nord	2.180	-	0,16	0,30	-	-	-	-	-	-	-	0,06	-	-	0,11	0,11	0,07	0,01	0	-	-
Subdivision de Guiglo	Goumbiao	1.202	-	0,81	0,13	-	-	0,20	-	-	-	0,20	-	-	0,09	-	-	-	0	-	-	-
	Zérébaon	2.991	-	-	0,04	-	-	-	0,75	-	-	0,29	-	-	-	0,12	0,04	0,04	0,10	0,04	-	0,07
	Zahon	1.222	-	0,33	0,34	-	-	-	-	-	-	0,21	-	-	0,12	-	-	0,08	0,19	0,07	-	-
	Glokouian	883	-	0,40	-	-	-	-	-	-	-	0,79	-	1,64	-	-	0,17	-	0,20	0	-	-
	Zagnéblao	5.492	-	0,41	0,43	-	-	-	-	-	-	0,21	-	-	0,76	-	0,10	0,37	0,03	0	-	-
	Dao	778	-	0,15	0,17	-	-	-	-	-	-	0,30	-	1,06	-	-	-	0,13	0,29	-	-	-
	Niao	1.601	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,83	0,08	0,10	0	0,05	-	-
	Taï	789	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,58	-	0,12	-	0	0,07	-	-
	Fléo	1.308	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,34	-	-	1,40	-	-	0,10	0	0	-	-

Tableau n° 5 : ICN par canton de 1939 à 1958 dans les subdivisions de Toulépleu et Guiglo

( - : non prospectés - [ ] : Données inconnues)

CANTONS	Population recensée	Indices de contaminations nouvelles																				
		39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	
Subdivision de Danané	Kalé	3.599	-	4,22	5,66	4,38	-	4,38	4,33	-	-	-	2,95	1,96	-	-	0,52	0,43	0,04	0,05	0,01	0,01
	Gouroussé	4.062	7,5	3,11	-	3,26	-	2,09	0,87	0,36	-	-	-	0,57	-	-	0,29	0,27	0,02	0,10	-	0,01
	Oua	10.099	3,28	-	1,73	1,60	-	1,28	1,15	1,10	0,81	-	-	0,80	-	-	1,63	0,25	0,03	0,03	0,27	-
	Blossé	6.341	6,60	-	3,60	4,56	-	3,40	4,28	3,54	-	-	-	1,64	-	-	0,26	0,33	0	0,007	-	-
	Lollé	6.767	5,00	-	2,12	3,49	-	1,07	0,66	-	-	-	2,64	-	1,44	-	0,71	0,48	0,15	0,05	-	0,05
	Koulinlé	6.129	2,30	-	1,36	1,07	-	0,07	-	-	0,05	-	0,77	-	0,32	-	0,277	0,28	0,19	0,04	-	-
Subdivision de Duékoué	Zarabaon	4.560	-	1,02	-	-	-	-	0,96	0,72	1,22	-	-			1,14	0,72	-	-	0,37	-	-
	Zagna	6.950	-	1,59	1,53	1,95	-	1,95	1,43	2,00	0,65	-	-			-	0,35	0,86	0,20	0,06	0,05	0,05
	Zibiao	5.434	-	1,14	1,09	2,39	-	2,39	1,43	2,07	-	-	2,11			0,86	0,57	0,35	0,11	-	-	0,04
	Zagné	5.380	-	1,32	0,99	2,17	-	2,17	2,65	1,15	-	-	-			0,83	0,75			0,19	-	-
	Duékoué Central	?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0,49	-	-	0,16	0,05	0,05
	Tahouaké	?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0,78	1,50	-	0,40	-	-

Tableau n° 6 : ICN par canton de 1939 à 1958 dans les subdivisions de Danané et Duékoué.

( - : non prospectés - [ ] : Données inconnues)

(Duékoué Central et Tahouaké ont été créés à partir de 1953).

la situation se détériorera au point qu'aucune prospection se sera possible avant 1949. Les malades ne seront dépistés que par les postes filtres ou lors de leurs venues aux dispensaires.

Cette situation, commune à l'ensemble de la subdivision, sera encore plus grave dans la subdivision de Duékoué où elle atteindra un niveau de violence exceptionnel dans l'histoire de la lutte contre la trypanosomiase en Côte d'Ivoire. Les causes furent nombreuses et complexes. Elles seront abordées dans l'étude de la subdivision de Duékoué.

La reprise des prospections sera couronnée de succès dans la subdivision de Danané. La campagne de chimioprophylaxie de 1953 (également menée dans les cantons de Kalé, Blossé et Lollé) entraînera une amélioration sensible de l'endémie reflétée par les résultats de 1955.

Malgré quelques mauvaises volontés persistantes, l'ICN du canton sera de 0,01% en 1958.

## 2) Canton Oua

Situé au sud de l'axe Man-Danané, ce canton n'aurait pas été prospecté avant 1939. Néanmoins de nombreux malades furent dépistés en 1935 et 1936 sur la route de Man à Danané. En 1939, la population se présenta bien aux prospections (74,65% de taux de présence). L'ICN était de 3,28% (tableau 6). Deux ans après l'ICN passait à 1,6% pour 91,98% de présence. Ce fort taux de présence est dû au fait que le recensement (7.996 habitants recensés dans le canton en 1942) ne reflète pas la population réelle.

Quoique ce canton n'est guère posé de problèmes, ce n'est qu'en 1947 que l'ICN descendra en dessous de 1% et en 1957 il sera près de 3 fois supérieur à l'ICN du canton Gourousse (0,27%).

## 3) Canton Blossé

Le canton Blossé sera, avec le canton Kalé qui lui est contigu, le canton ayant le plus gros indice de contamination. En 1939 l'ICN est de 6,6% pour 37% de présence (tableau 6). En 1942 il est encore à 4,56% alors que le taux de présentation est passé à 90,93%.

De même que le canton Oua, ce canton ne posera guère de problème humain. Il n'en demeurera pas moins une importante zone endémique puisqu'en 1946 son ICN sera encore de 3,54%. Dès 1953, année où ce canton eut sa 1ère campagne de chimioprophylaxie, l'ICN passe à 0,26% et en 1956 date du dernier ICN calculé avant la fin de l'AOF, il était de 0,007% !

#### 4) Canton Koulinlé

Comme cela a été signalé, ce canton, le plus au sud de la subdivision, ne présente que des cas sporadiques au voisinage de la subdivision de Toulépleu. Par contre, dans sa partie nord, aux abords du canton Blossé, les ICT sont élevés et, 381 malades sur les 472 recensés du canton en 1942, en proviennent. L'ICN de 1939 pour l'ensemble du Canton est de 2,3% avec une présentation de 75% (tableau 6). En 1942, l'ICN passe à 1,07 et le taux de présence à 90,31%. Par la suite l'ICN ne dépassera plus les 1%.

#### 5) Canton Lollé

Enfermé entre le Libéria, le canton Blossé, et le canton Kalé, le canton Lollé se trouve dans une situation particulièrement défavorable. Malgré tout l'absentéisme aux prospections ne fut pas important puisqu'en 1942, 96,4% de la population était présente aux prospections (contre 53% en 1939). Par contre, vraisemblablement à cause de la proximité du Libéria, de nombreux AT ne furent pas retrouvés.

L'ICN, d'emblée élevée (5% en 1939) suivit une évolution similaire à celle du canton Gouroussé, mais si, comme ce dernier, l'ICN était descendue en dessous de 1% en 1945 (0,66%), elle repassait à 2,64% en 1949 pour redescendre en dessous de 1% qu'en 1953 (0,71%). Cette recrudescence de l'endémie correspond à la période de refus des prospections (1946-1949) alors que l'amélioration de 1953 est contemporaine du début de la chimioprophylaxie dans le canton. Si le canton Lollé a été plus touché que d'autres durant la fin des années 40, c'est vraisemblablement à cause de sa situation géographique et en particulier à cause de la proximité du réservoir de trypanosomiase que représente le canton Kalé et du fait de la facilité d'accès au Libéria.

En 1958, à l'image du reste de la subdivision, l'ICN était de 0,05%.

6) Canton Kalé

Il y a peu de données sur ce canton dont la population, comme celle du canton Gouroussé voisin et sans doute favorisée par la proximité de la Guinée et du Libéria, a toujours été récalcitrante. En 1939, seuls 44,7% de la population est présente aux prospections, elle n'est encore que de 66,38% en 1942.

Les ICN sont le reflet de cette situation. 6,59% en 1939 - 4,38% en 1942 - 4,33% en 1945 et encore 1,96% en 1950 ! Ce n'est qu'en 1953 que l'ICN passera sous la barre des 1% (0,52%) et, malgré la chimioprophylaxie, il est surprenant qu'en 1958 l'ICN ne soit que de 0,01 %.

### b) Subdivision de Toulépleu

Enfoncée comme un coin dans le Libéria, cette subdivision, la plus petite du Secteur Spécial n° 13 (cartes 2 et 3) est découpée en 6 cantons. Sa population est d'ethnie Guéré.

Il n'apparaît nulle part que le médecin chef du secteur ait pu avoir des problèmes de prospection, ou qu'il y ait eu une flambée de trypanosomiase entre 1939 et 1958 dans ces cantons.

L'ensemble de la subdivision a été prospecté 3 fois : en 1940, 41 et 55. Le peu de malades dépistés et le faible taux des ICN (tableau n° 5) ont entraîné la suspension des prospections sur l'ensemble de la subdivision de 1942 à 1946 et sur la presque totalité des cantons jusqu'en 1952. En fait les prospections n'ont pas été à proprement parlé interrompues. Ainsi en 1942, les porteurs de ganglions étaient triés par l'équipe de l'AMI que dirigeait le médecin lieutenant LEBAIL, et envoyés pour dépistage à Toulépleu où ils étaient pris en charge par le secteur.

La présentation aux prospections a toujours été bonne dans cette subdivision. En 1940 elle était de 94,42%. Cette même année l'ICN était de 0,07% et l'ICT de 0,11%. Par la suite ces indices n'évolurent guère. Ainsi, en 1944 l'ICN s'élevait à 0,04% et l'ICT à 0,20%. Aucun canton ne semble particulièrement touché. L'ICN le plus fort que l'on puisse relever est celui du canton Niabolao nord en 1941 (0,30%). En 1955, lors de la dernière prospection globale de la subdivision avant la fin de l'AOF, l'ICN le plus élevé est de 0,04%.

Les malades ne semblent pas originaires de la subdivision. C'est du moins ce que laissent à penser les rapports de 1940 et 1944 qui seuls, précisent l'origine des malades et leurs déplacements. En 1940, les NT étaient tous Dioulas ou Yakoubas et en 1944 les 11 NT dépistés étaient installés depuis peu dans le pays ou revenaient de voyage. Par ailleurs, il n'apparaît pas de focalisation de la maladie dans le canton, tous les cas étant décrits comme sporadiques.

### c) Subdivision de Guiglo

Limitée au sud par le Libéria, au nord par la subdivision de Duékoué, à l'ouest par celle de Toulépleu et à l'est par le Sassandra, la subdivision de Guiglo comprend 8 cantons Guérés et 1 canton Oubi (le canton de Taï).

L'évolution de cette subdivision est presque en tous points semblable à celle de Toulépleu. Bonne présence aux prospections (76,12% en 1940), ICN et ICT faibles (1941 : ICN = 0,2% ; ICT = 0,89% - 1944 : ICN = 0,13%) ce qui, comme pour la subdivision de Toulépleu, entrainera la collaboration du médecin lieutenant LEBAIL et l'équipe de l'AMI pour le tri des porteurs de ganglions.

Le seul foyer de trypanosomiase qui ait été localisé se trouve être à Guiglo ville et ne concerne que les Yakoubas. L'ICT dans le quartier Guiglo Yakoubas s'élève à 10,56% en 1940 alors que, malgré une étroite promiscuité et l'abondance des glossines, il n'est que de 0,99% dans le quartier Guiglo Guérés et de 2,16% dans le quartier Guiglo Dioulas. Le médecin lieutenant BERTE sera amené, devant cette situation, à poser la question d'une immunité de race. Les rapports suivant n'abordent plus le cas de Guiglo ville, il faut admettre que la maladie a regressé ou tout au moins qu'elle s'est équilibrée entre les 3 communautés.

L'origine des malades est précisée pour les années 42 et 44. En 1942 le rapport indique que "plusieurs cantons sont indemnes" et que dans les autres on a dépisté "quelques cas sporadiques importés". Comme pour la subdivision de Toulépleu, le rapport de 1944 signale que "les 18 NT dépistés étaient installés depuis peu dans le pays ou revenaient de voyage.

En 1950 l'ICN qui n'avait dépassé 0,81% dans aucun canton, va franchir les 1% atteignant 1,64% dans le canton Glokouian (tableau n° 5 ). Cette augmentation sera attribuée à la proximité de la subdivision de Duékoué où la situation est grave et les prospections pratiquement impossibles. La crainte d'une flambée persistera jusqu'en 1955. En 1956 l'ICN sera inférieure à 0,1% dans les cantons visités.

#### d) Subdivision de Duékoué

Le cas de la subdivision de Duékoué est extrêmement particulier. Les différents rapports du SGAMS et du SGHMP insistent sur la dispersion des populations dans des campements de culture, dispersion favorisée par la présence de grandes étendues marécageuses, pour tenter d'expliquer l'hostilité des Guérés aux prospections et aux traitements. Il nous semble que si cette dispersion humaine peut être un élément important, il en est une autre qui n'a visiblement pas été pris en compte : l'organisation sociale en groupements ethnopolitiques de 2ème niveau propre aux Guérés de la subdivision.

La subdivision est limitée au nord et au nord-ouest par la subdivision de Man. A l'est elle est séparée du cercle de Daloa par le fleuve Sassandra et à l'ouest de la subdivision de Danané par de nombreux petits marigots. Enfin, au sud elle est en rapport avec les subdivisions de Guiglo et Toulépleu.

Jusqu'en 1953, la subdivision de Duékoué est partagée en 4 cantons. Celui de Zagna qui jouxte le canton Yati (secteur 12 - Man) et par où passent les routes de Duékoué à Man et de Duékoué à Guiglo. Dans ce canton les galeries forestières sont nombreuses. Le canton Zagné, enserré entre le canton Zagna et le Sassandra, présente de larges étendues marécageuses. Les espaces libres sont, soit laissés en jachère et envahis de broussaille, soit transformés en plantations aux milieux desquels se trouvent de nombreux petits campements. Au nord de la subdivision, le canton Zibiao a un aspect général commun aux 2 précédents. Enfin à l'est se trouve le canton Zarabaon, le moins atteint des quatre.

A partir de 1953, 2 autres cantons apparaissent dans les relevés : le canton Tahouaké et le canton Duékoué Central.

L'organisation sociale des Guérés de la subdivision est extrêmement particulière et ne se retrouve nulle part ailleurs dans le groupe culturel Krou (dont font partie les Guérés, les Wobés, les Bétés, les Didas, les Godiés...). En plus de la structure pyramidale Krou (subdivisée en groupement de guerre, puis en fédération d'alliance et en patriclan), les seuls Guérés des cantons Zagna - Zibiao - Zagné - Zarabaon et l'ensemble des Wobés (Zoho, Gbéon, Baon) sont regroupés en confédérations guerrières. A l'intérieur de ces confédérations on retrouve des tribus ou clans correspondant tantôt au groupement de guerre, tantôt à la fédération d'alliance, tantôt au patriclan\*.

\* Voir à ce sujet l'atlas de Côte d'Ivoire et Schwartz A. 1971.

L'autorité suprême n'appartient pas au chef de village mais au "bio-Kla" ("grand guerrier") qui dirige la confédération guerrière ("bloa-dru" = "tête du territoire").

Les premières prospections eurent lieu en 1940 avec des taux de présence allant de 34,54% (canton Zagna) à 45,49% (canton Zagné). Si pour ces 2 cantons les taux de présence augmentèrent pour atteindre respectivement, en 1942, 86,2% et 87,58%, il n'en fut pas de même dans le canton Zibiao (50,56%) où " la mauvaise volonté du chef de canton à laisser examiner ses administrés, sa volonté arrêtée de ne pas laisser traiter certains malades et même de nier le dépistage de nouveaux trypanosomés, font courir le risque de très grosses surprises pour l'avenir. 169 nouveaux malades furent dépistés pendant la prospection de 1942". (Secteur Spécial n° 13 - rapport annuel 1942).

Le ton était donné. Néanmoins, en 1942, le Docteur BERTE considérait que l'on avait affaire, non pas à une forme extensive de l'endémie mais à une forme latente.

Dans les années qui suivirent les rapports entre populations et structures sanitaires s'aggravèrent au point que, comme cela a déjà été signalé, toute prospection fut impossible de 1946 à 1949. Ce n'est qu'en 1951 que les prospections eurent lieu sans ennuis majeurs et ce n'est qu'en 1953 que, pour la première fois depuis 1944, l'ensemble des 27 cantons du secteur purent être visités.

En 1940-41, seuls les cantons de Zagna et Zagné ont été prospectés. En 1942-43 toute la subdivision pu être visitée non sans mal puisque le médecin chef écrit alors "l'indiscipline des indigènes dans cette région, le manque d'autorité de la plupart des chefs, la proximité du Libéria, réservoir de virus des fuyards, constituent autant d'obstacles à notre action". Les commentaires qui suivent font état de la dégradation de la situation. Celle-ci se reflète aussi dans la persistance d'ICN élevés (tableau n° 6).

1944 - " une population sans vrais chefs qui vous évitent le plus possible, dans une atmosphère de pluie déprimante au possible.... Danané, c'est le secteur noir du Service" (Méd. Col. LE ROUZIC).

1946 - "Les index de présentation sont en baisse à peu près partout et dans certaines régions telles que la subdivision de Banfora, Danané, Duékoué, c'est par villages entiers que s'observe l'absentéisme".

"Le cercle de Man, avec surtout ses trois subdivisions : Man, Danané, Duékoué, demeure le grand point névralgique : 1,15% de V.C., une nature hostile empêchant une prophylaxie agronomique, une population indisciplinée et des chefs sans autorité, une administration légalement désarmée".

"Une répugnance plutôt marquée dans la subdivision de Duékoué à vouloir se présenter à la prospection".

" La situation est grave dans ce secteur. L'administration est impuissante. Allons-nous assister immobiles à cette sorte de suicide collectif ?"  
(Ibidem)

1947 - "Dans la subdivision de Danané et Duékoué, toute prospection est devenue impossible depuis deux années.... Dans l'ensemble du secteur, 20.777 habitants seulement ont pu être examinés en 1947, dont 15.030 à la prospection.... Par suite de l'opposition des habitants, il a été impossible à l'équipe de prospection de travailler dans la subdivision de Danané, le peu de travail dans celle de Duékoué l'a été avec beaucoup de difficultés. Si l'autochtone ne veut pas être obligé de se présenter à l'équipe de prospection, par contre lorsqu'il présente les symptômes indiscutables de la maladie du sommeil... il vient consulter mais c'est beaucoup trop tard, la plupart étant en 2ème période et pendant des mois, véhiculant le parasite, ils ont contribué à essaimer la maladie à travers la forêt". (Ibidem).

1948 - " Depuis 1946, les prospections étant devenues impossibles dans les subdivisions de Danané et Duékoué, le dépistage s'effectue uniquement par l'intermédiaire de postes filtres de brousse dans lesquels se présentent spontanément les malades. En 1948, parmi les 1.148 trypanosomés dépistés dans le secteur, 97% ont été découverts par cette méthode dans les deux subdivisions de Danané et Duékoué" (Ibidem).

Bien évidemment les médecins chefs ont tenté de comprendre les raisons profondes de l'hostilité des populations, d'autant que cette situation, propre aux subdivisions de Danané et Duékoué ne se retrouve pas dans celles de Toulépleu

également  
et Guiglo pourtant /d'ethnie Guéré, ni dans les autres secteurs. Il s'agit donc là d'une réaction locale dont il faut chercher l'explication dans la pensée des tribus concernées.

Cette explication ne sera pas trouvée et les problèmes persisteront encore une dizaine d'années. Néanmoins, dans son rapport de 1949, l'assistant médical BERGER, médecin chef du Secteur, apportera des informations extrêmement intéressantes sur la perception de la trypanosomiase par la population locale. "beaucoup de malades meurent "consciemment" de trypanosomiase plutôt que d'être déclarés "trypano". Etre atteint de la maladie du sommeil est pour un Yacouba ou un Guéré plus qu'être malade. Etre trypano, avoir une plaque métallique, être recherché par l'équipe à chacun de ses passages, en fait immédiatement un taré dans son village et le met en marge de la société. Un jeune homme trouve difficilement à se marier, une femme mariée est abandonnée par son mari si elle séjourne à l'hypnoserie avec une état général altéré. Il arrive souvent que les biens d'un trypanosomé hospitalisé soient partagés de son vivant entre les héritiers. Les enfants grabataires sont amenés à l'hypnoserie et abandonnés. Les parents et les maris s'empressent d'ailleurs de venir les chercher quand ils apprennent qu'ils sont améliorés, d'où de multiples évasions avant la fin du traitement".

A ce sujet, l'on trouve une autre précision dans le rapport annuel du Médecin colonel JONCHERE : " La trypanosomiase étant considérée comme maladie honteuse et les trypanosomés que l'on amène aux centres et qui y sont déposés la nuit sont grabataires. Les habitants se font enlever les ganglions pour ne pas se faire dépister".

A partir de 1950, la situation va s'améliorer sensiblement dans la subdivision de Danané mais pas dans celle de Duékoué et la campagne de chimio-prophylaxie elle-même sera sans effet sur les mentalités de cette subdivision alors qu'elle en fera régresser l'endémie.

1950 - "La reprise des prospections n'a pu être envisagée qu'à partir de 1949. Elle a été couronnée de succès dans la subdivision de Danané. Par contre un essai tenté la même année dans un des cantons de la subdivision de Duékoué a montré que cette région n'était pas encore en état de donner de bons résultats à une prospection systématique". (Méd. Col. JONCHERE).

1952 - "Alors que jusqu'à cette année, l'hostilité et la défiance des populations interdisaient toute prophylaxie chimique, il va être possible l'an prochain d'appliquer cette méthode aux cantons les plus contaminés de la subdivision de Duékoué". (Ibidem).

1953 - "Dans la subdivision de Duékoué où l'attitude hostile de la population depuis plusieurs années se paie maintenant par une flambée dont il convient de ne pas sous-estimer la gravité, dans cette seule subdivision (38.585 h.) 184 NT ont été dépistés en prospection, beaucoup plus proportionnellement qu'à Danané où 175 NT ont été trouvés sur 62.257 visités. Les cantons de Zagné, Duékoué Central, Tahouaké et Zibiao sont les plus touchés". (Ibidem).

1954 - Malgré l'optimisme résultant du succès de la chimioprophylaxie dans le secteur, le ton demeure inquiet pour la subdivision de Duékoué où l'on note une recrudescence de l'hostilité. Il semble que la population locale prenne prétexte des modifications politiques qui sont en train d'intervenir dans le pays pour s'opposer aux prospections médicales. Cette attitude sera favorisée par l'attentisme de l'administration en place.

"Nous aurions tout lieu d'être pleinement satisfaits de ces premiers résultats (de la chimioprophylaxie) et d'envisager l'avenir avec optimisme si des incidents graves n'étaient survenus une nouvelle fois dans la subdivision de Duékoué en 1954".

"Devant l'hostilité ouverte des populations refusant dans certains cantons de se présenter aux prospections, se livrant à des voies de fait sur du personnel du S.G.H.M.P., et profitant du moindre incident banal, grossi, déformé, dénaturé, pour traduire en justice un infirmier.... Nous avons été contraints d'arrêter une fois encore toute prospection dans cette subdivision". (Ibidem).

1955 - "La situation s'est très améliorée dans la subdivision de Danané et l'on peut espérer voir encore baisser les indices. Il n'en est pas de même pour Duékoué qui possède le même chiffre de NT que la subdivision de Danané alors que celle-ci comprend 73.000 habitants qui ont été prospectés en totalité et se sont présentés à 80% .... Tandis qu'à Duékoué qui compte 43.000 habitants, deux cantons seulement ont été prospectés dont l'un à 70% de présence et l'autre à 51,5%".

Les rapports des années qui suivent font état régulièrement d'incidents lors des prospections, en particulier dans le canton Zibiao. En 1958, dans le dernier rapport du secteur, le médecin lieutenant CARRIE estime que de nombreux malades ne viennent même pas se présenter dans les centres fixes pour se faire traiter, échappant aux contrôles et mourant de trypanosomiase. S'il en est ainsi, écrit-il, l'endémie n'est pas prête de s'éteindre et risque de se réveiller dangereusement.

#### IV-3-2- Les étrangers au Secteur

Le terme d'étrangers au Secteur désigne aussi bien les habitants des autres secteurs de Côte d'Ivoire que les étrangers à la Côte d'Ivoire. Il est d'autant plus difficile de les différencier que, aux postes filtres par exemple, une discrimination est faite entre ressortissants français ou non. Ce dernier terme regroupant non seulement les français métropolitains, mais semble-t-il, tous les ressortissants de l'A.O.F.

Néanmoins, certaines précisions sont données qui permettent d'apprécier l'importance des allogènes dans la transmission de la maladie. Pour ce faire, il faut se baser sur les informations suivantes :

1941 - sur les 1.153 NT dépistés dans l'année, il y a 42 étrangers dont 33 français et donc 9 étrangers à l'A.O.F. (Libériens vraisemblablement). Cette année là 13 malades ont été dépistés au poste filtre de Guessabo pour 1.115 passages.

1942 - Le rapport signale qu'un fort pourcentage des malades portés disparus est constitué de Dioulas, et principalement de Dioulas colporteurs. Ils évitent tout examen et, lorsqu'ils sont déclarés malades, fuient les traitements. A l'inverse, les Dioulas sédentaires semblent peu contaminés comme cela a été montré à Guiglo (cf. IV-3-1-c). Pour pallier à la fuite des Dioulas, il fut décidé, dans la subdivision de Danané, et en accord avec les autorités administratives, qu'aucun passeport ne leur serait délivré, s'ils n'étaient munis d'une fiche signée du médecin chef, attestant qu'ils avaient été examinés. Les résultats furent excellents puisqu'en avril 1942, avant cette décision, le taux de présence des Dioulas aux prospections était de 46,68% et de 97,82% en décembre 1942 après la décision. Par la suite il ne sera plus question des Dioulas dans les rapports.

Les rapports de 1942 et 1944, indiquent que les malades dépistés dans les subdivisions de Toulépleu et Guiglo étaient installés depuis peu dans ces régions ou revenaient de voyage. Il semble acquis, dans l'esprit du médecin chef, qu'il ne s'agisse pas de contamination locale sporadique mais de cas importés. En 1955 le rapport du médecin chef du secteur ira en ce sens quand il signalera une recrudescence des cas dans le nord de la subdivision de Guiglo qui, selon lui, proviennent de la subdivision de Duékoué.

A l'époque on semble considérer que l'endémie de Danané trouverait sa source dans le cercle voisin de N'Zérékoré\*(en particulier à partir de Saouro, Vépo et Manon), et celle de Duékoué serait alimentée par les malades venant soit de Danané, soit du canton Yati (Secteur de Man), les populations de ce canton rencontrant celles du canton Zagna (subdivision de Duékoué) au marché de Béhoué.

En 1948, 90 NT ont été dépistés au poste fixe de Guessabo. Parmi ceux-ci, 60 sont originaires du cercle de Man. 35 des 60 malades du cercle de Man avaient quitté la région depuis plus de 6 mois pour travailler à Abidjan, Grand Lahou et Gagnoa. 32 de ces 35 malades étaient en 1ère période. Le médecin chef conclut que, s'étant contaminés récemment, c'est en Basse Côte que c'est fait la transmission. Il n'en demeure pas moins qu'en poursuivant ce raisonnement, 28 malades devraient être considérés comme contaminés dans le cercle de Man.

La dernière formation donnée dans les rapports concerne encore le poste filtre de Guessabo. En 1955, il y eu 60.271 personnes de vues. Toutes étaient des ressortissants français. Seuls 5 NT furent dépistés.

\* Guinée

#### IV-3-3- Le Service Général : Evolution de 1939 à 1959

Dans les années 40-41, l'action du Service Général autonome de la maladie du sommeil va permettre de circonscrire les foyers de trypanosomiase dans toute l'A.O.F. A l'exception des secteurs de Man et Danané, l'endémie régresse très sensiblement dans l'ensemble des foyers. Alors qu'en 1940 on dénombrait 14.003 NT en Côte d'Ivoire, en 1945, il n'y en a plus que 6.111 dont 2.166 en Haute Côte et 3.945 en Basse Côte et dans cette dernière 1.413 pour le seul secteur de Danané.

Devant l'amélioration de la situation d'ensemble, le SGAMS est remplacé par le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (S.G.H.M.P.) créé le 22/01/1945.

Il est redonné un caractère polyvalent au service qui aura désormais à charge des grandes endémies comme la trypanosomiase, la lèpre, le paludisme, le pian.... et des épidémies comme les méningites, la peste, la variole.....

En 1947, deux évènements importants vont intervenir :

- L'un administratif : la Haute Côte d'Ivoire redevient la Haute Volta. A l'exception de Bouna, encore rattaché au secteur voltaïque de Batié, la Côte d'Ivoire a les frontières que nous lui connaissons aujourd'hui.
- L'autre médical : suite aux succès obtenus à titre expérimental dans les secteurs de Danané (Côte d'Ivoire), Guéckédou (Guinée) et Kolda (Casamance) la prophylaxie chimique par la pentamidine est mise en place pour l'ensemble du territoire (instruction du 19/08/46).

Comme cela a déjà été signalé (cf. IV-3-1-a) la prophylaxie chimique n'a pu être commencée qu'en 1953. Cette année là la campagne de chimioprophylaxie a touché 4 des 6 cantons de Danané (20.322 individus). En 1955, on constate un net recul de la trypanosomiase dans le secteur, mis à part le problème persistant de la subdivision de Duékoué.

Le SGHMP disparaîtra avec l'AOF en 1959. Il sera remplacé le 14 octobre 1959 par le Service des Grandes Endémies.

#### IV-4 De la création de l'OCCGE au 31 décembre 1985

##### IV-4-1 : Données générales.

La période actuelle s'ouvre certes sur la création en Côte d'Ivoire d'un service des Grandes Endémies (14/10/59), mais aussi sur celle de "l'Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies" (OCCGE) le 25 avril 1960 à Abidjan lors d'une réunion inter-ministérielle.

A l'occasion de ces modifications administratives le secteur de Danané va se voir adjoindre, le 1er janvier 1959, les sous-préfectures de Grand Béréby et de Tabou (ces deux sous-préfectures étant appelées "Zone Étendue de Tabou"). Ce rattachement durera jusqu'en 1972, date de la création du secteur de San Pédro. En fait ce dernier ne sera ouvert, par l'infirmier Kohou Henri, qu'en mars 1963. Il semble, au vu des données statistiques, qu'il n'y ait pas eu de trypanosomés dépistés durant cette période dans la Zone étendue de Tabou. La sous-préfecture de Mangolo (ex canton Zibiao) sera rattachée au secteur de Man à cette époque.

Actuellement, avec ses 8 sous-préfectures, le secteur de Danané, parfaitement superposable aux départements de Danané et Guiglo, couvre une superficie de 18.750 Km<sup>2</sup> pour une population, selon le secteur, de 561.794 habitants répartis en 491 villages, alors que, selon le recensement de 1985, la population serait de 374.269 habitants (Tableau 1).

Compte tenu de l'extrême étendue du secteur et des difficultés d'accès, en particulier dans la sous-préfecture de Taï, la prospection de l'ensemble du secteur, jusque vers 1970, ne se faisait pas en moins de 3 ans. Les difficultés matérielles et la mauvaise présentation des populations (moins de 5 % pour les villages Guérés ! Environ 50 % des Yakoubas.) entraînèrent la raréfaction des prospections. Les vieux infirmiers du secteur estiment que cela fait près de 10 ans qu'il n'y a pas eu de prospection "trypano" de quelque importance.

#### IV-4-2 : Les sources d'information.

Les documents du secteur se limitent à 34 dossiers allant de 1954 à 1985 (Tableau 7) et à un registre des contrôles débuté le 14/8/62 sur lequel il a été possible de relever des renseignements sur 165 trypanosomés sans qu'il ne soit possible, pour aucun d'eux, de pouvoir déterminer avec certitude la date du dépistage ni le lieu de résidence. Par contre ce registre permet de se faire une idée des origines des malades et de préciser leur ethnie ainsi que leur répartition par sexe et âge (Tableau 8). De plus, dans certains cas, les données du registre permettent d'indiquer l'année probable du dépistage (nombre ( ) dans le tableau 8.).

Il existait au moins deux registres sur lesquels étaient notés les nouveaux trypanosomés au fur et à mesure de leur dépistage. Il est certain que l'un des deux a été détruit il y a quelques années, quant au deuxième il n'a jamais été retrouvé.

L'analyse des 34 dossiers (Tableau 7) indique que près de la moitié des malades sont Yakoubas (15) alors qu'un seul est Guéré. Les Dioulas sont la deuxième ethnie représentée (7).

A ces dossiers il faut ajouter 4 dossiers signalés par le Dr. BOISIER et qui, ont été, soit transmis au secteur d'origine des malades concernés et ne se trouve donc plus dans les archives de Danané, soit égarés :

1979 : enfant de 10 ans (F) n'ayant jamais quitté Danané. 1ère P.

1980 : enfant de 12 ans (F) libérienne d'origine. 2ème P. A fuit.

1982 : homme de 25 ans, burkinabé, travaillant à Duékoué. 1ère P. A fuit.

homme de 30 ans, voyageur. Grabataire. 2ème P. Décédé avant traitement.

ANNEE	ORIGINE	RESIDENCE	SEXE	AGE	ETHNIE	PERIODE
85	Vavoua	Danané	M	12	Gouro	2
	Danané	Danané	F	19	Yakouba	2
83	Guinée	Issia	M	29	Guersé	2
	Guiglo	Guiglo	F	20	Dioula	2
	Abengourou	Abengourou	M	6	Baoulé	1
	Guiglo	Guiglo	M	14	Yakouba	1 (?)
82	Danané	Danané	F	25	Yakouba	2
	Danané	Danané	M	42	Yakouba	2
	Danané	Danané	F	2	Yakouba	1
	Danané	Danané	M	12	Yakouba	2
70	Guinée	?	F	24	Dioula	2
66	Libéria	?	F	18	Yakouba	2
	Guinée	?	M	17	Dioula	2
64	Guinée	?	M	18	Dioula	2
	Mali	?	M	30	Bambara	2
	Guiglo	?	M	35	Guéré	1
	Man	?	M	5	Yakouba	2
63	Burkina. F.	Taï	F	6	Mossi	1
	Burkina. F.	Taï	F	22	Mossi	2
	Mali	Danané	M	42	Dioula	2
	Libéria	?	M	12	Yakouba	2
62	Libéria	Danané	M	45	Yakouba	2
	Sassandra	?	F	9	Agni	2
	Libéria	Danané	M	35	Yakouba	2
61	Libéria	Danané	M	45	Yakouba	2
60	Guinée	?	F	32	Guersé	2
	Burkina. F.	Tabou	M	25	Mossi	2
59	Guinée	Danané	M	22	Dioula	2
	Tabou	Tabou	M	20	Agni	2
58	Guinée	Danané	M	45	Guersé	2
	Libéria	?	M	36	Yakouba	2
	Libéria	?	M	45	Yakouba	2
	Libéria	?	F	25	Yakouba	2
54	Touba	Duékoué	M	14	Dioula	2
<b>TOTAL</b>	Sct. : 8 Et.I. : 6 Etrg. : 20	Sct. : 17 Et.I. : 4 ? : 13	M : 23 F : 11			1ère : 5 2ème : 29

Tableau 7 : Répartition des dossiers existants dans le secteur.

Sct. = malades du secteur.  
 Et .I. = malades ivoiriens étrangers au secteur.  
 Etrg. = malades d'autres origines qu'ivoirienne.  
 ? = pas de donnée.

ANNEE	SECTEUR	AUTRE RCI.	LIBERIA	GUINEE	BURK. F.	MALI	TOTAL
71	2		(1)				2 ( 1)
70				1			1
69	( 1)						( 1)
68	( 1)			1			1 ( 1)
67	3 ( 3)			(1)			3 ( 4)
66	1 ( 4)	1					2 ( 6)
65	4 ( 3)						4 ( 3)
64	13 (10)						13 (10)
63	50 ( 4)	2	1 (1)		(1)	(1)	52 ( 7)
62	50 ( 2)	2	(1)				52 ( 3)
Total	123 (28)	5	1 (3)	2 (1)	(1)	(1)	131 (34)
	---	-	-	-	-	-	---
	151	5	4	3	1	1	165

Tableau 8 : Répartition des trypanosomés du registre des contrôles.

- L'année de classement correspond à l'année la plus ancienne où le nom du malade a été inscrit dans le registre.

- Les nombres ( ) correspondent au nombre des trypanosomés inscrits vraisemblablement dépistés dans l'année. Pour obtenir le total des malades, il faut ajouter ce nombre à celui sans parenthèses.

Les malades du secteur inscrits dans le registre des contrôles sont tous, à l'exception de 3 Dioulas, Yakoubas (108) ou Guérés (40). Parmi les 5 ivoiriens étrangers au secteur, on trouve 2 malades originaires de Man, 2 de Touba et 1 de Sassandra. Quant aux malades libériens, ils sont tous Yakoubas.

L'ancienne numérotation des dossiers a été arrêtée en 1982 par le Dr. BOISIER alors médecin chef du secteur. Le premier malade de 1982 (4/6/82) porte maintenant le numéro 1 et le dernier de 1985 (6/8/85), le numéro 10. Si l'on recherche dans les dossiers du secteur le malade ayant précédé l'actuel N° 1, il faut remonter au 21/5/71. Ce malade a le dossier N° 20 526. Là se repose le problème de l'estimation du nombre des malades du secteur depuis le premier malade dépisté (Cf. IV-3, 3ème §). Quel que soit le nombre de malades dépistés avant 1939 que l'on prenne en considération (de 4.630 à 6.236 selon les sources statistiques), on arrive en 1985 à un excédent de 1.500 à 3.000 malades par rapport à la numérotation des dossiers. Il est possible que cette différence tienne au fait que

certaines dossiers, ayant été inclus dans des essais thérapeutiques, en particulier lors de la mise en place de l'arsobaltothérapie, aient une numérotation différente. De même certains suspects cliniques confirmés par la suite comme trypanosomés, auraient été maintenus dans les dossiers étiquetés S.C. N° ...

Pour ce qui est de la comparaison des sources, elle n'est pas possible, pour les archives du secteur, avant 1979, année à partir de laquelle le Dr. BOISIER a fait le bilan des dossiers. La comparaison des archives de la Côte d'Ivoire et celles de l'OCCGE (1972-1982 : LOZAC'HMEUR 1984) est portée dans le tableau 9.

Le nombre annuel de nouveaux dépistés est également variable selon les sources. Le tableau 10 fait état des données transmises par le service des statistiques du ministère de la Santé Publique de Côte d'Ivoire. Dans un précédent rapport sur Man (PENCHENIER et al. 1986) nous avons utilisé celles de l'OCCGE. Alors que les statistiques de la Côte d'Ivoire et de l'OCCGE donnent des résultats identiques pour les années 72 à 82 (ce qui n'était pas le cas pour le secteur de Man), ils diffèrent de ceux du secteur pour les années 79 et 83.

ANNEE	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
OCCGE	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	6	?	?	?
RCI	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	6	3	0	2
SECTEUR	?	?	?	?	?	?	?	1	1	0	6	4	0	2

Tableau 9 : Nouveaux trypanosomés recensés dans le secteur de Danané de 1972 à 1985.  
Discordances entre les sources statistiques.

ANNEE	N.T.		ANNEE	N.T.		ANNEE	N.T.	
	DANANE	RCI		DANANE	RCI		DANANE	RCI
1959	90	873 **	1968	4	377 **	1977	1	502
1960	61	819 **	1969	1	176	1978	0	392 **
1961	59	968	1970	2	148	1979	0	428
1962	46	918	1971	2	104	1980	1	378
1963	27	848 **	1972 *	0	110	1981	0	410
1964	33	577	1973	0	131	1982	6	253
1965	4	394	1974	0	98 **	1983	3	289
1966	?	320	1975	0	219	1984	0	246
1967	7	275	1976	0	269	1985	2	243

Tableau 10 : Bilan des dépistages en Côte d'Ivoire de 1959 à 1985 (source fiches statistiques RCI) et à Danané de 1959 à 1985 (source dossiers des malades et fiches statistiques RCI/OCCGE).

- \* Jusqu'en 1972 le secteur inclus la zone étendue de Tabou.  
 \*\* Les rapports OCCGE indiquent respectivement, pour ces années :  
 867 - 835 - 840 - 376 - 93 - 391 (PENCHENIER et al. 1986).

IV-4-3 : Analyse des dossiers existants.

Comme cela a été signalé, il n'existe que 34 dossiers au secteur. De plus dans 4 cas nous disposons d'informations données par le Dr. BOISSIER. Enfin, à partir du registre des contrôles, on peut arriver à préciser la nationalité et l'ethnie de 165 malades du secteur (Cf. Tableaux 7 et 8). Au vu de ces 203 cas il apparaît que les autochtones ont représenté, dans les années 60, la presque totalité des nouveaux trypanosomés (52/55 en 1962, 54/59 en 63...). Néanmoins il n'est pas possible de conclure sans informations sur l'ensemble des malades dépistés durant cette période. C'est pourquoi, seules seront analysées les années allant de 1979 à 1985 pour lesquelles nous avons la totalité des dossiers des trypanosomés dépistés (Tableau 11).

ANNEE	N°	Lieu d'Orig	Lieu de Résidence			Sexe	Age	Ethnie	Période
			Village	Canton	S/Préfect.				
1979	1	Danané	?	Danané	Danané	M	10	?	I
1980	2	Libéria	?	?	Bin-Houyé	F	12	?	II
1982	3	Danané	Véguien	Oua	Danané	M	12	Yakb.	II
	4	Danané	Véguien	Oua	Danané	F	2	Yakb.	I
	5	Danané	Gouroussé	Oua	Danané	M	42	Yakb.	II
	6	Danané	Bounta	Blossé	Danané	F	25	Yakb.	II
	7	Burkina.F.	?	?	Duékoué	M	25	?	I
	8	?	?	?	Bloléquin	M	30	?	II
	9	Abengourou	?	Abeng.	Abengourou	M	6	Baoulé	I
1983	10	Duékoué	Guinglo	Zagné	Duékoué	M	14	Yakb.	I
	11	Guiglo	?	Zagné	Guiglo	M	20	Dioula	II
	12	Issia	Boudouzeu	Issia	Issia	M	29	Guersé	II
1985	13	Vavoua	Danané	Danané	Danané	M	12	Gouro	II
	14	Danané	Diétouo	Oua	Danané	F	19	Yakb.	II

Tableau 11 : Récapitulatif des dossiers de Danané (1979 à 1985)

Pour 5 des 14 dossiers, on peut considérer que la contamination a eu lieu dans le secteur (N° 1 ; 3 ; 4 ; 6 ; 10 du tableau 11). Aucun de ces malades n'a quitté son village d'origine. Pour 3 autres la contamination ne se serait pas faite dans le secteur.

N° 9 - Cet enfant, vivant à Sankadiokro (Yakassé - Abengourou) était en vacances près du barrage de Guiglo quand il a été dépisté.

N° 11 - Etant arrivée il y a 1 an dans la région et ayant été dépistée en IIème période, il est vraisemblable que cette femme s'est contaminée dans les campements Zatta près de Tagoura (Daloa) où elle a vécu les 8 années précédentes (Cf. PENCHENIER et al. 1985 a.).

N° 12 - Ce malade, arrivé à Danané depuis une semaine n'a pu s'y contaminer. Par contre il l'a probablement été à Zakroguié (Issia) où il vit depuis 1978.

Il est plus difficile de préciser les lieux de contamination des 6 autres malades. 2 de ceux-ci, quoiqu'étant de la région, sont des "voyageurs" (N° 5 et 8). Pour 2 autres, d'origine étrangère au secteur et en IIème période, il n'est pas précisé depuis combien de temps ils sont dans la région (N° 2 et 13). Dans le cas du N° 7, il s'agit d'un travailleur temporaire Burkinabé, mais le fait qu'il soit en Ière période rend tout à fait vraisemblable une contamination dans le secteur. Enfin, pour le N° 14, aucun renseignement n'étant donné sur ses déplacements éventuels, il n'est pas possible de savoir si elle a quitté la région de Diétouo.

Quoiqu'il en soit de ces 6 derniers dossiers, il est évident que la transmission persiste dans le secteur. Cette situation est d'autant plus préoccupante que, en plus des 5 cas très vraisemblablement contaminés dans le secteur, il faut tenir compte du fait que 8 des malades sont de la région.

Comme cela a déjà été constaté (PENCHENIER et al. : 1985 b. et 1986), les malades sont surtout de sexe masculin (71,5 %) et dépistés en seconde période (64,3 %). Si l'on prend en compte les 34 dossiers du tableau 7, ces pourcentages sont respectivement, de 67,7 et 85,3 %. Ceci est le reflet de dépistages passifs en postes fixes.

IV-4-4 : Malades étrangers au secteur.

Il y a peu de données sur les malades étrangers au secteur. Mis à part les dossiers de 1979 à 1985, nous possédons des informations sur les années 1958, 59, 60, 61, 63 et 64. Il apparaît que la presque totalité des trypanosomés dépistés dans le secteur de Danané pendant ces 6 années, étaient des autochtones (298 pour 336 dépistés soit 88,7 %) (Tableau 12).

ORIGINE DES MALADES		1958		1959		1960		1961		1963		1964	
		I	II										
	DANANE	59		40		29		3	24	2	8	3	8
	TOULEPLEU	2		5		2		1	1	1	1	0	1
	GUIGLO	5		4		0		1	4	0	0	0	0
	DUEKOUÉ	27		31		11		1	16	0	5	0	0
TOTAL AUTOCHTONES		97		80		42		5	45	3	14	3	9
	MAN	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	TOUBA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	LIBERIA	0	4	0	7	0	3	0	1	0	1	0	2
	GUINEE	0	2	0	4	0	1	0	0	0	0	0	1
	MALI	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	BURKINA	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
TOTAL ETRANGERS		1	7	0	11	0	6	0	2	1	4	0	6
TOTAL GENERAL		105		91		48		52		22		18	

Tableau 12. : Origine des malades dépistés dans le secteur de Danané entre 1958 et 1964 (sauf 1962).

I et II = 1ère et 2ème période.

Source : Archives nationales, rapports annuels des secteurs.

L'origine précise des malades est souvent indiquée. Ainsi des 6 malades originaires de Guinée, 2 viennent de Macena, 2 de N'Zérécoré et 1 de Beyla. Les malades Burkinabés viennent, pour 2 d'entre eux, de Koudougou, 1 de Ouahigouya et le 4ème ? Un des 2 maliens vient de Ségou quant aux Libériens ils seraient frontaliers. Dans le rapport de 1964 le médecin chef (Dr. PELLOUX) a essayé de déterminer les lieux de contamination probable. Il en ressort que tous les malades se seraient contaminés dans le secteur. Ainsi les 2 Libériens se seraient respectivement contaminés dans la sous-préfecture de Danané (Oua, Mahapleu) et de Duékoué (Duékoué ville), le Guinéen également à Duékoué ville alors que le Malien aurait été trypanosomé dans la sous-préfecture de Zouan-Houien (Koulinlé, Glanleu). Les 2 malades originaires de Man se seraient parasités à Guiglo.

Rappelons que, parmi les 14 dossiers de ces dernières années (Cf. IV-4-3), il n'y a que 2 étrangers : un Libérien et un Burkinabé. Il y a de plus 3 Ivoiriens étrangers au secteur (Abengourou, Issia et Vavoua) et un malade pour qui l'origine n'est pas précisée (il semble néanmoins qu'il s'agisse d'un Dioula du secteur.). C'est dire que là aussi ce sont les autochtones qui sont les plus touchés par la maladie (près de 70 %).

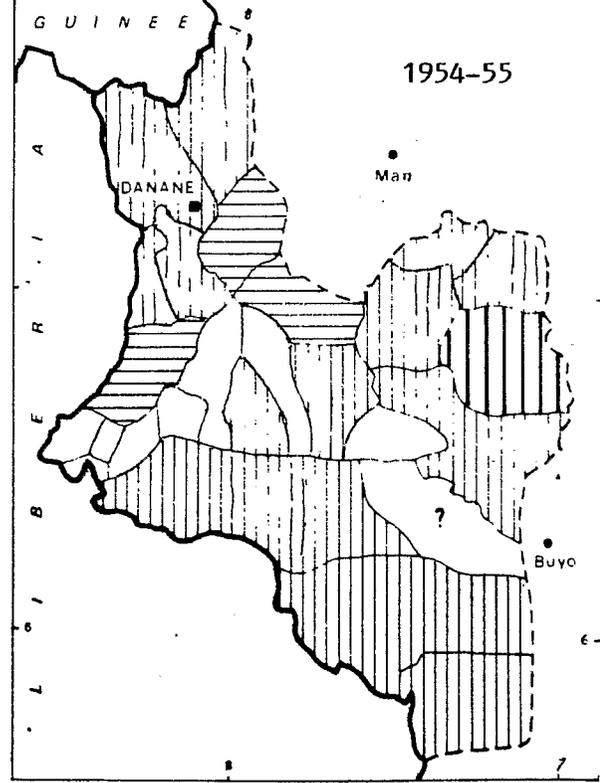
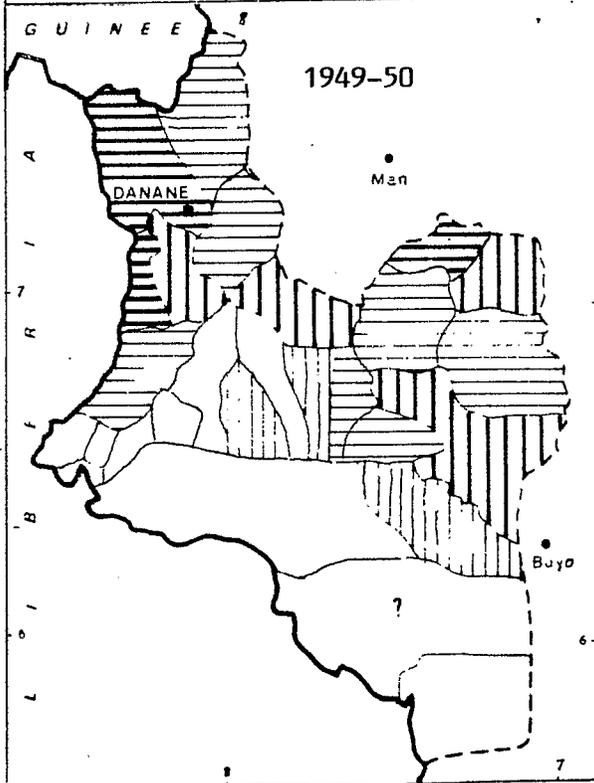
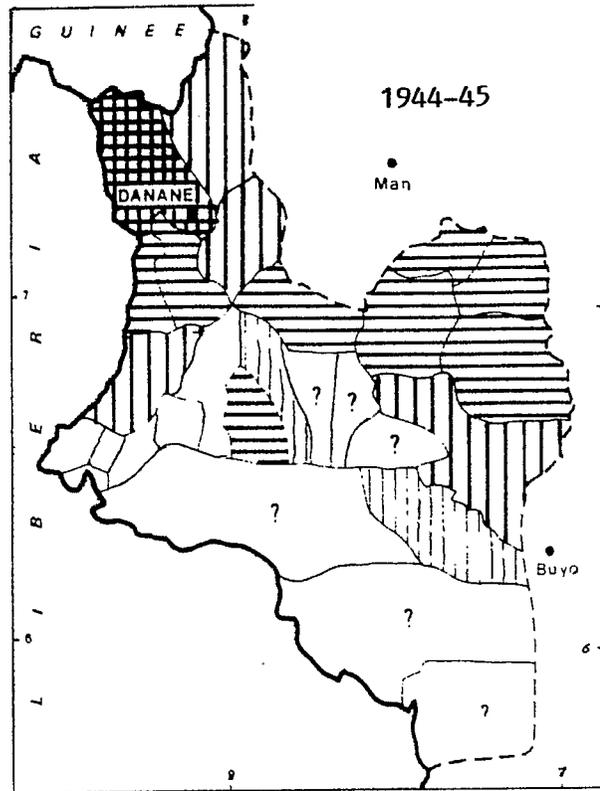
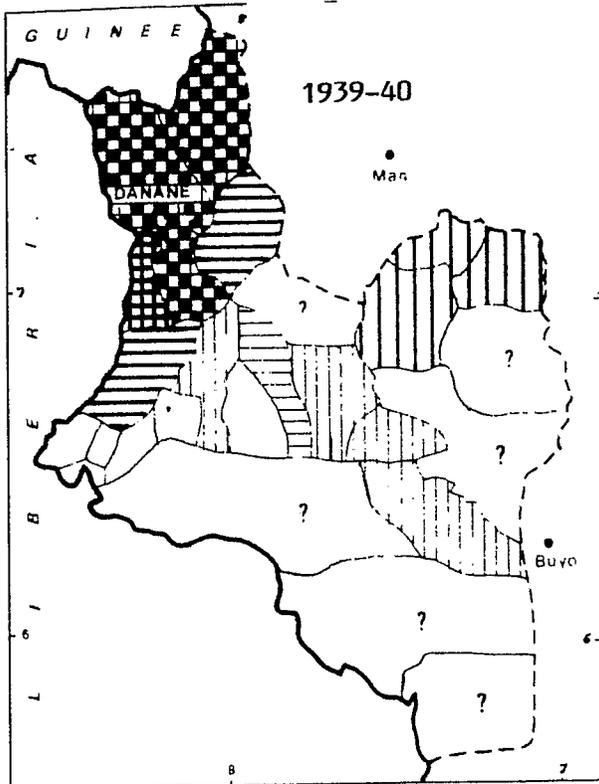
## V - DISCUSSION

Le secteur de Danané a été, avec celui de Man et celui de N'Zérékoré (Guinée), le secteur le plus touché par la trypanosomiase. Cette situation qui persistera jusqu'au début des années 50, est due, comme pour le secteur de Man (PENCHENIER et al. 1986) aux conditions géographiques (relief accidenté, forêts, étendue du secteur...) mais aussi au comportement humain. Il est indiscutable que l'attitude des populations guérées, en fuyant les prospections, en déséheritant ou abandonnant les malades ... (cf. IV-3-1-d) a été grandement responsable de la pérérité de la maladie et justifie l'expression du colonel Le ROUZIC, alors directeur du SGHMP, qui, en 1946, parla de "suicide collectif". Tandisqu'à Man l'ICN régresse sensiblement à partir de 1946 (ICN = 0,65 %), il continue de s'élever, atteignant 3,63 % en 1947 !

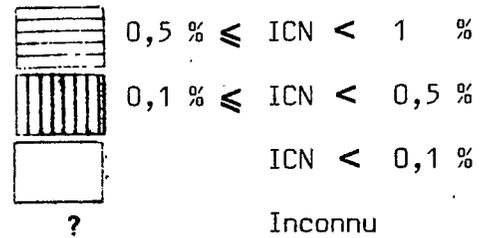
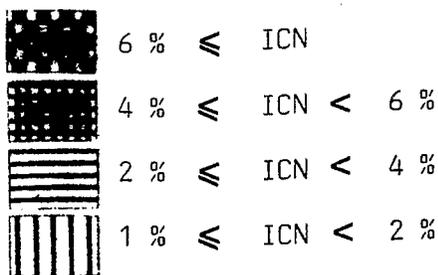
Au plus fort des relations conflictuelles entre secteur et population, les prospections devenant impossibles, il n'y aura que quelque 20.000 personnes visitées pour 120.000 recensés environ. Pourtant, durant cette même période, le nombre des malades dépistés variera de 700 à 1.600 par an (Tableau 4). Cette situation ne sera pas uniforme sur l'ensemble du secteur puisque ce sont les subdivisions de Danané et Duékoué qui seront presque exclusivement concernées (Tableaux 5 et 6, cartes 9 et 10).

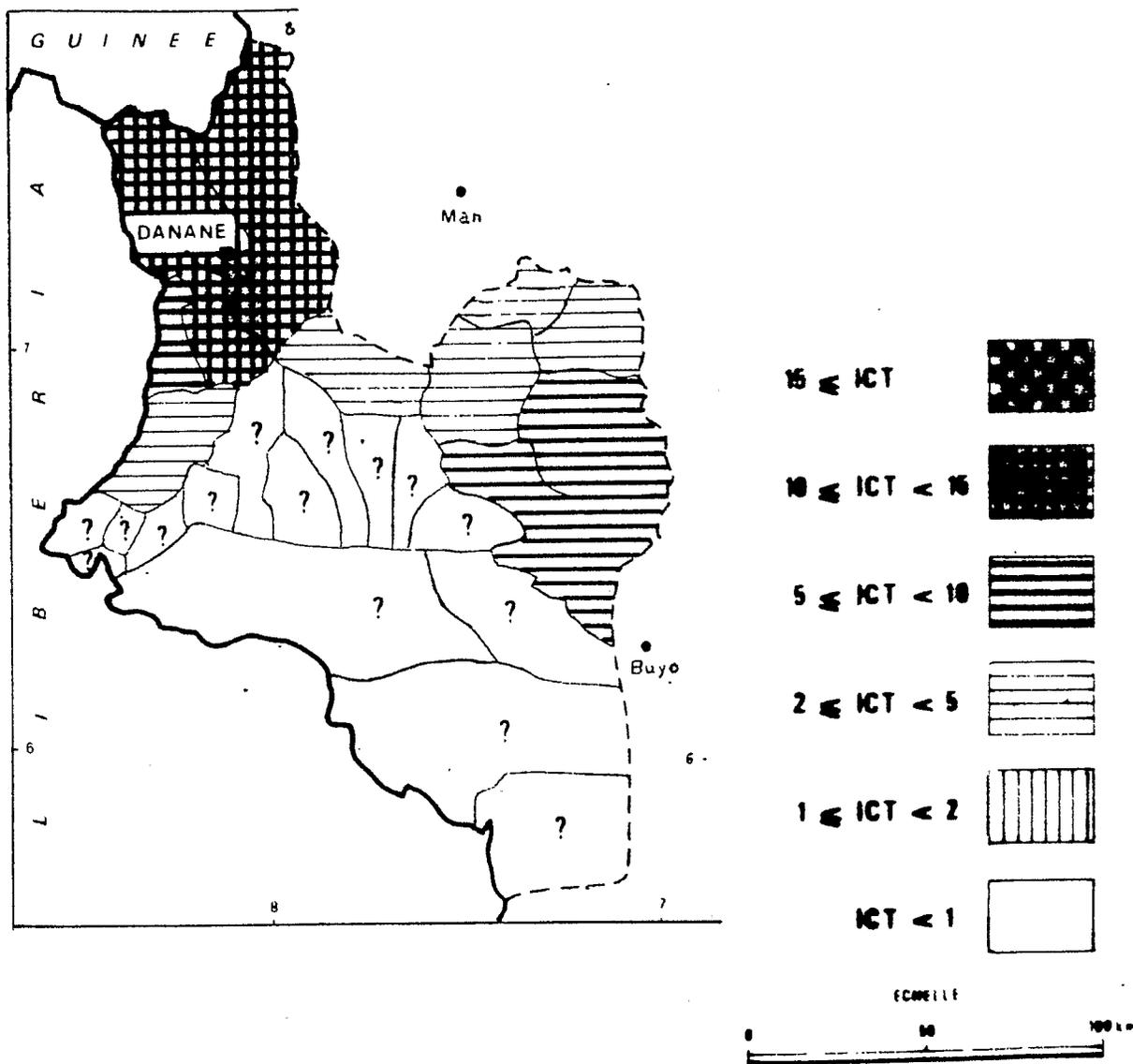
La reprise des prospections et la campagne de chimioprophylaxie de 1953 seront couronnées de succès dans l'ensemble du secteur, sauf dans la subdivision de Duékoué où il faudra attendre la fin des années 50 pour que l'optimisme renaisse.

Il a souvent été écrit que nombre des malades se seraient contaminés hors du secteur, en particulier dans le cercle de N'Zérékoré pour la subdivision de Danané, et dans le canton Yati (cercle de Man) pour celle de Duékoué (cf. IV-3-2). Actuellement, c'est le Libéria qui est incriminé. Certes de nombreux malades se sont contaminés à l'étranger ou dans d'autres secteurs, mais il ne faut pas perdre de vue qu'ils sont loin de représenter la totalité des malades. Si l'on se limite à ces dernières années, force est de constater que 70 % des malades sont autochtones, mais alors que la subdivision de Duékoué était le foyer le plus important, c'est maintenant celle de Danané qui se signale. Encore



CARTE 9 Secteur spécial n° 13 de Danané  
Evolution des ICN de 1939 à 1955





CARTE 10 : I.C.T. en 1940

faut-il tempérer ce terme de foyer. Il s'agit plutôt de cas sporadiques concentrés plus particulièrement dans les 2 cantons voisins de Oua et Gouroussé. Il est à noter que ces cantons sont proches de celui de Sipilou qui a donné au secteur de Man le plus grand nombre de ses malades de ces dernières années (ibidem).

Comme cela a déjà été signalé, lors de poussées épidémiques ce sont surtout des malades en 1ère période qui sont dépistés alors qu'en l'absence de prospection, ou en situation endémique, ce sont les 2èmes périodes qui prévalent. Par ailleurs, en prospection, on ne constate pas de différence entre sexes quant au nombre des malades, alors que dans les formations fixes, ce sont surtout les hommes qui sont dépistés. L'analyse des 34 dossiers existants dans les archives du secteur et portant sur les années 54 à 85 (Tableau 7) fait état de 23 hommes pour 11 femmes et de 5 première période pour 29 deuxième. Ces proportions sont exactement les mêmes que celles que nous avons signalées pour le secteur de Man (2/3 d'hommes et 6 fois plus de 2èmes périodes que de premières) ! Si comme dans ce cas, nous considérons qu'une meilleure estimation du nombre des malades vivants dans le secteur (quoiqu'encore très fortement sous évalué puisque les prospections elles-mêmes ne touchent pas toute la population) consisterait à corriger le sexe ratio afin de le ramener à 1 et à inverser le rapport 2ème/1ère période en sorte que l'on ait, au minimum, 2 fois plus de 1ère période que de 2ème, il faudrait multiplier le nombre de malades par un coefficient de 1,33 pour le sexe et de 2,6 pour la période. Avec un tel correctif ce ne sont plus 14 malades qui auraient dû être dépistés entre 1979 et 1985, mais 48 !

## CONCLUSION

La trypanosomiase humaine dans le Secteur de Santé Rurale de Danané semble ne plus être un problème de santé publique. Alors que dans les années 40 on dépistait plus de 1.000 malades par an, on n'en diagnostique plus guère chaque année (la moyenne annuelle de ces 15 dernières années est de 1,2 malades). Cette situation ne doit pas faire relâcher la surveillance d'autant que le nombre des trypanosomés est très vraisemblablement sous estimé. La situation réelle de la maladie dans le secteur est totalement méconnue et l'absence de prospection empêche toute appréciation objective. Il semble, au vu des dépistages dans les centres fixes, que le nombre des trypanosomés existant doit être le triple de celui des malades recensés. Ce sont les cantons de Oua et Gouroussé, tous deux limitrophes, qui sont les plus touchés. Ce point est à prendre en considération car, dans le secteur de Man, le canton de Sipilou, le plus "trypanosomé" du secteur, est voisin du canton de Gouroussé. Par ailleurs on note actuellement une discrète augmentation du nombre des nouveaux trypanosomés dépistés par le Secteur de Santé Rurale de Danané (2,75 malades par an pour ces 4 dernières années). Enfin il est important de souligner que près des 3/4 des malades récents se sont contaminés dans le secteur.

Une telle situation épidémiologique, si elle ne fait pas l'objet d'une surveillance continue, peut aboutir, à la faveur de conditions bioclimatiques favorable, à une flambée de trypanosomiase comme cela s'est vu à Vavoua (ces conditions favorables pouvant entraîner une augmentation des populations de glossines et, par le fait d'une production de café-cacao abondante, l'arrivée d'une importante population allogène mal contrôlée, vivant précairement dans les campements au milieu des plantations).

### REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont aux Docteurs J. RIVE du Ministère de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire, J. PROD'HON, C. LAVEISSIERE et J.P. EOUZAN pour l'aide et le soutien qu'ils nous ont apportés, ainsi qu'au Docteur J.P. HERVOUET, auteur de la carte N° 9, et à M.J. VERDIER.

Nous dédions ce rapport au Docteur T. DIOMANDE, Directeur du CEMV qui nous a quitté le 5 octobre 1986.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANONYME, 1974 - Atlas de Côte d'Ivoire. ORSTOM - IGT, édit. : Ministère du Plan de Côte d'Ivoire.
- ANONYME, 1979 - 100ème anniversaire de la naissance d'Eugène JAMOT. Méd. Trop. XXXIX, V, 475-498.
- DOMERGUE-CLOAREC (D.), 1984 - Politique Coloniale Française et Réalités Coloniales : l'exemple de la santé en Côte d'Ivoire.1905-1958. Th. Ex. es Lettre et Sc. hum. - Université Poitiers.
- LAVEISSIERE (C.) et CHALLIER (A.), 1981 - La répartition des glossines en Côte d'Ivoire. Notice explicative N° 89 - 2 cartes au 1/2.000.000. ORSTOM - PARIS.
- LAVEISSIERE (C.), HERVOUET (J.P.) et COURET (D.), 1986 - Localisation et fréquence du contact homme/glossine en secteur forestier de Côte d'Ivoire. 1. Recherche des points épidémiologiquement dangereux dans l'environnement végétal. Cah. ORSTOM, sér. Ent. Méd. et Parasitol., XXIV, N° 1, 21-35.
- LAVEISSIERE (C.), HERVOUET (J.P.) et COURET (D.), 1986 - Localisation et fréquence du contact homme/glossine en secteur forestier de Côte d'Ivoire. 2. Le facteur humain et la transmission de la trypanosomiase. Cah. ORSTOM, sér. Ent. Méd. et Parasitol., XXIV, N° 1, 45-57.
- LEGAIT (J.P.), 1974 - Rappels sur la trypanosomiase à Trypanosoma gambiense dans les états membres de l'OCCGE. 14ème Conférence Technique de l'OCCGE.
- LOZAC'HMEUR (P.), 1984 - Données épidémiologiques sur la Trypanosomiase Humaine Africaine dans les pays de l'OCCGE de 1940 à 1983. N° 8553/84/Doc., Techn. OCCGE.

- MATHIS (G.), 1946 - L'oeuvre des pasteuriens en Afrique Noire.  
Paris - 187 pgs.
- PENCHENIER (L.) et N'GUESSAN (P.), 1985 a - Le réservoir animal de la Trypanosomiase Humaine (Rapport pour la 8ème Réunion Technique des Médecins Chefs de Secteur de Santé Rurale) - Décembre 1985 -  
Rapport OCCGE/IPR, N° 36/IPR/Rap/85, 11 pgs.
- PENCHENIER (L.) et CUNIN (P.), 1985 - La Trypanosomiase Humaine en Côte d'Ivoire. I : le Secteur de Santé Rurale de Yamoussoukro (1/10/1979 au 31/12/1985). Rapport OCCGE/IPR, N° 37/IPR/Rap/85, 9 pgs.
- PENCHENIER (L.), HERVOUET (J.P.) et ASSALE (A.), 1986 - La Trypanosomiase Humaine en Côte d'Ivoire. II : le Secteur de Santé Rurale de Man (du début des prospections au 31/12/1985).  
Rapport OCCGE/IPR, N° 12/IPR/Rap/86, 33 pgs.
- SCHWARTZ (A.), 1971 - Traditions et changements dans la société Guéré (Côte d'Ivoire)., Paris, ORSTOM, Mémoire N° 52, 260 pgs.
- SGAMS et SGHMP - Rapports annuels 1940 à 1958. OCCGE Centre Muraz - Bobo-Dioulasso.
- Service des Grandes Endémies de Côte d'Ivoire, 1966, Synthèse d'Activités 1960 - 1966.
- SOREL et ROBINEAU, 1932 - La Trypanosomiase en AOF. L'hygiène sociale N° 71. Journées médicales coloniales, Février 1932, 1419-1422.

A N N E X E

La trypanosomiase humaine en Côte d'Ivoire  
Du début des prospections au 31 Décembre 1985

Liste des rapports par secteur

- |                  |                     |
|------------------|---------------------|
| 1 - Yamoussoukro | 14 - Bouna          |
| 2 - Man          | 15 - Abidjan        |
| 3 - Danané       | 16 - Aboisso        |
| 4 - Daloa        | 17 - Tiassalé       |
| 5 - Bouaflé      | 18 - Divo           |
| 6 - Séguéla      | 19 - Bouaké         |
| 7 - Touba        | 20 - Dimbokro       |
| 8 - Gagnoa       | 21 - Dabakala       |
| 9 - Sassandra    | 22 - Korhogo        |
| 10 - San Pédro   | 23 - Ferkessédougou |
| 11 - Adzopé      | 24 - Boundiali      |
| 12 - Abengourou  | 25 - Odienné        |
| 13 - Bondoukou   |                     |