

## Les grandes endémies : l'espace social coupable

**L**ES maladies, et plus particulièrement les grandes endémies à vecteur, sont considérées à juste titre comme des obstacles au développement. Le dépeuplement des vallées soudanaises ouest-africaines leur a même été imputé (1).

Ces endémies ont en commun d'impliquer un vecteur dans leur transmission et, par là, dans leur diffusion et leur développement. Leurs vecteurs, des arthropodes hématophages, sont bien souvent des insectes. Il en est ainsi du paludisme transmis par divers moustiques du genre anophèle, de l'onchocercose ou cécité des rivières liée à un moucheron, la simulie, et de la trypanosomiase humaine africaine, ou maladie du sommeil, tributaire de la mouche tsétsé ou glossine. Sans parler de diverses filarioses et autres arboviroses (telle la fièvre jaune) transmises par des moustiques.

Ces maladies sont ainsi dépendantes de la présence du vecteur et donc de son écologie parfois extrêmement contraignante quant à sa répartition spatiale. Mais si la présence du vecteur est indispensable à la transmission et au développement de la maladie, elle n'est pas toujours suffisante. Ce dernier phénomène est cependant souvent oublié, ce qui conduit à considérer la maladie comme inéluctable à partir du moment où le vecteur est au contact d'une société humaine. Les populations atteintes sont alors perçues comme des victimes ne portant pas la responsabilité de leur état sanitaire ; il convient donc de les secourir par la prévention de la maladie, selon des voies médicales ou paramédicales.

Lorsqu'on dispose d'un vaccin efficace et bon marché, comme c'est le cas pour la fièvre jaune (2), ou d'un produit prophylactique d'usage aisé, comme pour le paludisme (3), cette prévention ne pose, théoriquement, que peu de problèmes. Il en va tout autre-

ment lorsqu'il n'existe aucune chimioprophylaxie possible, drame de l'onchocercose, ou quand celle qui existait « ne peut plus être préconisée » (4), situation actuelle de la maladie du sommeil.

Ces contingences médicales ont de tout temps guidé l'établissement et l'exécution de plans de lutte contre ces maladies, plans parfois nécessairement interétatiques et inapplicables par les seules autorités médicales nationales, tant pour des raisons financières que logistiques ou humaines. L'onchocercose et la trypanosomiase humaine sont de bons exemples de ces situations en Afrique occidentale : situations inquiétantes, puisque ne laissant entrevoir que peu de chances de venir à bout de ces grandes endémies, par les voies « traditionnelles ».

### **L'onchocercose et la trypanosomiase : deux maladies voisines**

---

En Afrique occidentale, les aires de répartition potentielle de l'onchocercose et de la trypanosomiase sont celles de leurs vecteurs qui, en zone soudanienne, utilisent les mêmes biotopes : les vallées. Mais si ces deux maladies sont transmises par des mouches, leur ressemblance s'arrête là : à l'inverse de l'onchocercose, cumulative, la trypanosomiase est une maladie à évolution rapide pour laquelle l'inoculation d'un seul parasite est suffisant.

#### **L'onchocercose : une maladie riveraine**

L'onchocercose est une filariose due à *Onchocerca volvulus* dont la femelle émet durant sa vie fertile des millions de microfilaires, stade pathogène du parasite, que l'on retrouve dans tous les tissus de l'organisme. Elles colonisent également l'œil où, au-delà d'une certaine concentration, elles provoquent des lésions irréversibles conduisant à la cécité.

La transmission se fait exclusivement par l'intermédiaire de *Simulium damnosum*, un moucheron qui absorbe des microfilaires lors d'un repas sanguin et qui pourra les inoculer à un nouveau receveur lors d'un repas ultérieur ; elles évolueront alors jusqu'au stade de ver adulte sexué. L'écologie du vecteur au stade larvaire est strictement aquatique et exige des eaux bien oxygénées, donc tur-

(1) Anonyme, *Contrôle de l'onchocercose dans la région du bassin de la Volta*. Rapport de la mission d'assistance préparatoire aux gouvernements de Haute-Volta, Côte-d'Ivoire, Dahomey, Ghana, Mali, Niger, Togo, Genève, PNUD/FAO/BIRD/OMS, 1973, 90 p.

(2) Réflexion valable malgré l'actuelle épidémie au Nigeria (juillet 1987).

(3) Sans tenir compte de la chloroquinorésistance qui gagne l'Afrique.

(4) OMS, *La Trypanosomiase africaine : épidémiologie et lutte*, Genève, Série rapports techniques, n° 739, 1986, 144 p.

bulentes, contenant des matières organiques nutritives en suspension. Lorsque les pourcentages d'aveugles dans une société atteignent ou dépassent 4 à 5 %, « la survie de la communauté en tant que groupe constitué est en jeu » (5) et les villages ne sont plus qu'en sursis.

### La trypanosomiase humaine

En Afrique occidentale, l'agent pathogène de la maladie du sommeil est *Trypanosoma brucei gambiense*, un protozoaire se reproduisant par scissiparité dans le sang et le liquide céphalorachidien. L'introduction d'un seul parasite dans l'organisme peut conduire à la mort en quelques années, voire quelques mois.

Ce trypanosome est inoculé à l'homme par la mouche tsétsé et, en Afrique de l'Ouest, seules *Glossina palpalis* et *Glossina tachinoïdes* sont vectrices de la maladie du sommeil. Les glossines, exclusivement africaines, occupent dix millions de km<sup>2</sup> entre le 15<sup>e</sup> degré de latitude nord et le 20<sup>e</sup> parallèle sud. Ces insectes ont besoin, pour vivre, d'un milieu ombré, humide et à température pas trop élevée (forêt-galeries et bois sacrés en régions soudaniennes, tous faciès botaniques en régions forestières, avec une préférence pour les lisières de forêts et des villages, ainsi que des points d'eau arborés). Le seul réservoir de parasites reconnu est l'homme, même si le porc et le guib arnaché (*Tragelaphus scriptus*) sont soupçonnés de pouvoir jouer ce rôle (6).

Si trypanosomiase et onchocercose cohabitent dans les mêmes zones géographiques, elles s'opposent par leurs caractéristiques. L'une peut être expéditive, l'autre est cumulative et à évolution lente vers une infirmité et non la mort. La trypanosomiase, pour se transmettre, nécessite un contact entre l'homme et la mouche, car la glossine ne peut s'infecter que lors de son premier repas sanguin ; ce type de contact ne peut réellement s'établir que si, dans l'espace concerné, les densités humaines sont suffisamment élevées. Au contraire, pour atteindre un stade grave, l'onchocercose implique que chaque individu reçoive un très grand nombre de piqûres chaque année (quelques milliers ?), ce qui se réalise généralement lorsque les densités humaines sont faibles.

En 1940, alors que l'on commençait tout juste à se préoccuper de l'onchocercose, 10 193 nouveaux malades de la trypanosomiase étaient dépistés dans l'actuel Burkina où, en 1973, on estimait les onchocerciens à plus d'un million et les aveugles à près de 40 000 .

(5) A. Prost et al, « Les niveaux d'endémicité dans l'onchocercose », *Bulletin de l'OMS*, n° 57, 1979, pp. 655-662.

(6) Duke, 1912 in D.H. Molyneux,

« Animals Reservoir and Gambian Trypanosomiasis ». *Annales de la Société belge de médecine tropicale*, n° 53, 1973, pp. 605-618.

## **L'homme, acteur du processus épidémiologique ou la fin du démon déterministe**

---

Face aux grandes endémies, l'attitude générale est longtemps restée univoque. Seul était pris en compte le retentissement de ces maladies sur l'homme et les sociétés humaines : morbidité, mortalité, mais aussi impact sur la croissance démographique ou le développement économique. Cette approche entraînait une vision déterministe des phénomènes sanitaires et humains : la maladie était inéluctable dès lors que le vecteur était présent. Ainsi en était-il de l'onchocercose rendue responsable, à partir de la fin des années 40, d'un des traits géographiques majeurs de la zone soudanienne, à savoir, la juxtaposition de vallées exemptes de toute mise en valeur et d'interfluves « surpeuplés », où les densités dépassaient parfois 100 habitants au km<sup>2</sup>.

### **L'homme et la cécité des rivières**

Aucune preuve du dépeuplement des vallées soudanienne par l'onchocercose n'a jamais été apportée et, bien que ne résistant pas à l'analyse, ce qui fut une hypothèse devint rapidement un postulat. Pourtant, sur la Volta blanche, installés depuis plus de quatre siècles sur des gîtes à simulies, se serraient les 20 000 habitants de la nébuleuse de Niaogho-Béguédo ; au Yériba, toujours en pays *bissa*, les très forts potentiels de transmission que l'on trouvait à proximité de la Volta blanche n'empêchèrent pas de nombreux colons de s'y installer définitivement au début du siècle (7). Bien plus, les populations riveraines n'accusaient jamais l'onchocercose de l'abandon des villages et lorsque la disparition de véritables villages, et non pas d'habitats ou de campements temporaires, est reconnue, l'onchocercose ne peut être mise en cause. Il en est ainsi sur la Volta noire, à proximité de Boromo, où les autorités sanitaires constatent la disparition de 7 villages au début du siècle (8). De même, sur la Léraba, Ouahirmabougou passe, à la même époque, de plus de 3 000 habitants à moins de 200, sans que l'onchocercose puisse être incriminée du fait de l'absence de simulies.

Ce n'est donc pas dans de tels facteurs, limitant la responsabilité directe des sociétés, qu'il faut rechercher les causes des fortes disparités constatées dans l'aptitude des populations à vivre avec

(7) J.-P. Hervouët, *Peuplement et mouvements de population dans les vallées des Volta blanche et rouge*, ORSTOM (Ouagadougou), 1977, 94 p., multigr.

(8) Dr. Gouzien, *La Maladie du sommeil dans le Haut-Sénégal-Niger*, OCCGE, Documents d'archives, n° 490, 1907, 24 p.

la maladie, mais dans les systèmes agraires adoptés par ces différentes civilisations rurales.

#### *Des systèmes intensifs comme protection*

Les systèmes agraires intensifs de l'Ouest africain autorisent de très fortes densités de population à l'espace utilisé, de l'ordre de plusieurs centaines d'habitants au km<sup>2</sup> (9). Ces fortes densités permettent de « diluer » les piqûres des simulies voisines sur un grand nombre d'individus et, par là, de maintenir le taux individuel d'infestation par *Onchocerca volvulus* à un niveau suffisamment bas pour que les manifestations cliniques de la maladie soient faibles et tardives. Tout le monde est porteur de filaires, mais à des taux « acceptables » et lorsque les atteintes oculaires graves se manifestent, c'est après 45-50 ans, ce qui leur ôte tout caractère de gravité économique et sociale.

Au contraire, les systèmes agraires extensifs, aujourd'hui majoritaires sous les cieux africains, dispersent les hommes dans des espaces fréquentés par des simulies issues d'une grande quantité de gîtes. Le nombre moyen de piqûres par individu est donc accru, mais surtout, les piqûres du vecteur de la cécité des rivières se répartissent alors d'une manière très inégale sur les individus d'une collectivité rurale. Les cultivateurs de « première ligne » (10) sont exposés à des taux d'infestation extrêmement élevés par *Onchocerca volvulus* et voués à une cécité précoce ; le « seuil d'intolérabilité » peut ainsi être atteint par une partie de la population, appelée à la régression démographique, voire à la disparition. En zone soudanienne et en culture sous pluies, aucune société ne peut survivre lorsque le potentiel de transmission de l'onchocercose est élevé (si les densités humaines sont inférieures à 35 habitants au km<sup>2</sup>) et ce n'est qu'au-delà de 50 habitants au km<sup>2</sup> qu'une relative sécurité s'installe (11).

Mais en ramenant les systèmes agraires à des densités de population, on réduit le phénomène quant au contact homme/vecteur et l'on ne rend pas compte des modalités de celui-ci, de ses variations saisonnières, journalières et même sociales, déterminées par la distribution spatiale quotidienne des travailleurs. Or celle-ci met les individus au contact d'un nombre plus ou moins grand de simulies et impose une répartition des piqûres plus ou moins inégale, en fonction du mode de travail adopté par la société. Ainsi, un mode de travail collectif regroupe les individus dans l'espace exploité, et les travailleurs ne restent sur les mêmes parcelles qu'un nombre

(9) J.-P. Hervouët, *Du Faidherbia à la brousse : modifications culturelles et dégradation sanitaire*, ORSTOM (Ouagadougou), 1980, 25 p., multigr.

(10) A. Rolland et G. Balay, *l'Onchocercose*

*dans le foyer bissa*, Rapport OCCGE (Bobo-Dioulasso), 1969, 94 p. Il s'agit des agriculteurs les plus proches des rivières.

(11) A. Prost, *art. cit.*, 1979.

de jours très limité. Au contraire, le travail individuel disperse les agriculteurs dans l'ensemble du terroir villageois et ceux-ci demeurent sur le même champ plus longtemps.

Le niveau d'endémicité de la maladie n'est donc pas un phénomène inéluctable mais résulte au contraire d'un certain équilibre entre un potentiel de transmission représenté par les populations de simulies et l'organisation de l'utilisation du milieu par les sociétés humaines. Cet équilibre, parfois précaire, permet au potentiel de transmission de s'exprimer, plus ou moins bien, à travers un taux, fraction du précédent et subordonné au comportement spatial des collectivités humaines. Ce dernier module le contact homme/vecteur, et il existe des relations très significatives entre la faiblesse des densités humaines et le travail individuel, d'une part, et la gravité des manifestations de la cécité des rivières, d'autre part.

### **Comportements humains et trypanosomiase**

En zone soudanienne, la compréhension de l'épidémiologie de la maladie du sommeil pose peu de problèmes, car gîtes du vecteur et hommes sont bien localisés. Il en est tout autrement dans les régions forestières où la glossine est ubiquiste et le peuplement humain diffus et important, du fait du développement des cultures de rente.

#### *Espaces ouverts, espaces clos*

Trois grands groupes humains cohabitent aujourd'hui dans la zone forestière du centre-ouest ivoirien et se distinguent les uns des autres par la structuration physique et sociale qu'ils ont imposée à leurs espaces.

Le groupe des Soudanais, représentant souvent plus de 50 % du peuplement local, est constitué de tous les migrants agricoles venus du nord et les *Mossi* burkinabè y sont généralement majoritaires. Cette population, jeune et dotée d'une grande force de travail, s'emploie en partie sur les plantations des autochtones et réside la plupart du temps dans des campements sis au cœur des caféières.

La population autochtone demeure surtout dans des villages installés à proximité des talwegs, près des points d'eau, et ne s'occupe guère de ses plantations de café et de cacao, confiées à des métayers soudanais, en général *mossi*, dès qu'elles ne produisent plus de vivrier.

Enfin, les *Baoulé* — qui représentent entre un quart et la moitié de la population — se livrent en premier lieu à la culture du cacao et se rassemblent en hameaux. Ce groupe humain n'entretient que le minimum de relations avec les autochtones ; ses hameaux, comme les villages indigènes, ont souvent été dotés de pompes fournissant l'eau domestique. Ce n'est pas le cas pour les

Soudanais qui, la plupart du temps, se ravitaillent dans des trous d'eau à usage collectif et creusés dans les talwegs boisés.

Ces groupes humains s'opposent par l'utilisation qu'ils font de leur espace. L'une des caractéristiques des espaces *baoulé* est leur morcellement et leur isolement social. Des campements voisins n'entretiennent des relations suivies que s'ils sont peuplés de ressortissants de la même tribu ou du même village, et de véritables frontières existent entre les différentes communautés sociales. De plus, les diverses plantations dépendantes d'un même hameau sont elles-mêmes bien individualisées dans l'espace, et les sentiers d'exploitations qui y pénètrent sont le plus souvent sans issue et ne se raccordent pas les uns aux autres.

Les espaces soudanais et plus particulièrement *mossi*, sont à l'opposé de ces espaces clos et morcelés : ils sont ouverts, d'usage collectif et, de plus, imbriqués dans ceux des autochtones. Les Soudanais partagent une partie des villages de ces derniers et animent les marchés qui s'y tiennent ; ils s'occupent des parcelles de cacao et surtout de café des *Niédeboua*, *Gouro* ou *Kouya*. Inversement, les autochtones ont conservé des droits sur les palmiers croissant sur les plantations *mossi* et viennent y faire la collecte du *bangui*, du vin de palme. Contrairement à l'espace *baoulé*, l'espace *mossi* ne connaît pas de frontières entre les diverses communautés, et nul ne songerait ici à cacher sa plantation derrière des rideaux d'arbres ou de buissons ; bien au contraire, on peut passer d'une plantation à une autre sans le savoir et les très nombreux chemins et sentiers qui parcourent cet espace sont à utilisation collective.

### *L'espace social coupable*

Bien qu'il n'existe aucune différence significative quant aux densités humaines entre les différents espaces ethniques de la zone de plantations, les contacts homme/vecteur présentent, eux, des dissemblances considérables suivant les divers groupes culturels. Le contact le plus faible entre l'homme et la mouche est enregistré chez les *Baoulé* ; il est deux fois plus élevé dans le terroir autochtone et cinq fois plus chez les Soudanais (12).

Par ses multiples déplacements à des fins de production, mais aussi sociales, le *Mossi* a des densités humaines apparentes très élevées qui font de l'homme une proie particulièrement disponible pour la glossine, entraînant des conditions favorables à la transmission de la maladie du sommeil. La conjonction des densités de contacts homme/glossine et de l'ampleur des déplacements des populations,

(12) C. Laveissière et al., « Localisation et fréquence du contact homme/glossine en secteur forestier de Côte-d'Ivoire », in vol. 2, « Le facteur humain et la transmission de la

trypanosomiase », *Cahiers ORSTOM*, série entomologie médicale et parasitologie, XXIV, pp. 45-57.

à l'intérieur d'aires plus ou moins larges, rend compte des risques encourus par les divers groupes sociaux en raison des possibilités de circulation offertes aux parasites.

Le système d'occupation de l'espace socialement et spatialement clos des *Baoulé* limite considérablement le pouvoir de diffusion du parasite si celui-ci est introduit dans le groupe humain. Tout au plus pourra-t-il se transmettre à l'intérieur d'une même cellule de production, du fait de la « fermeture » de l'espace aux étrangers.

Au contraire, les *Mossi*, et en particulier les manœuvres, constituent le groupe à risque du fait de leur comportement très ouvert. En cas d'introduction du parasite, celui-ci peut circuler non plus au niveau d'une cellule de production mais, au contraire, à celui du groupe ethnique tout entier, et même le déborder. Le comportement spatial des individus, dans un espace ouvert, permet un brassage maximum des hommes et des glossines, favorisant une diffusion au plus haut degré du parasite.

### **Briser la chaîne**

---

Lutter contre les grandes endémies à vecteur ne peut se limiter à soigner les individus atteints, mais doit interrompre la circulation du parasite en brisant le maillon réputé le plus fragile de la chaîne épidémiologique. Le contrôle de ces endémies peut aussi consister à amener la transmission à un niveau suffisamment bas pour que la maladie ne soit plus un problème économique ou social.

### **Les grandes manœuvres contre l'onchocercose**

Quelques principes incontournables doivent être pris en compte pour lutter contre la cécité des rivières : l'absence de médicaments utilisables en traitement de masse contre le parasite ; la longévité de la filaire qui fait qu'en l'absence de transmission, le réservoir continue à exister entre 10 et 20 ans ; l'aire de dispersion des simuliés, extrêmement vaste — quelques centaines de kilomètres — et son aptitude à coloniser de nombreux gîtes ; l'impossibilité de lutter efficacement contre le vecteur lui-même dont on ne connaît pas précisément les lieux de repos.

Il faut donc attaquer le vecteur à son stade larvaire, lutter tant qu'il demeure un réservoir actif de parasites, intervenir enfin sur un espace suffisamment vaste pour que les gîtes assainis ne soient pas réenvahis en permanence par des simuliés « allogènes ».

Alors que 15 % du territoire du Burkina étaient inoccupés et réputés désertés en raison de la présence de l'onchocercose et que ces espaces libres, « à mettre en valeur », jouxtaient des plateaux



« surpeuplés », les progrès réalisés dans la connaissance de la biologie du vecteur (13), mais aussi dans les techniques de lutte contre celui-ci (14), allaient trouver à s'exprimer dans un vaste programme interétatique de lutte contre la cécité des rivières, jugée alors économiquement importante.

A la demande de sept États (15), l'OMS a entrepris depuis 1975 une vaste campagne de contrôle de l'onchocercose portant sur 764 000 km<sup>2</sup> et 18 675 km de rivières à traiter, et devant couvrir un million de km<sup>2</sup> dans les années à venir. L'épandage, par voie aérienne, d'un insecticide biodégradable sur les gîtes à *Simulium damnosum* a pour but de ramener en 15 ou 20 ans les populations d'insectes à un chiffre suffisamment bas pour que la transmission soit presque nulle et, ainsi, faire disparaître le réservoir humain d'agents pathogènes.

Dans une telle action, qui implique une organisation très lourde et techniquement exigeante, la participation des communautés rurales relève du domaine folklorique et demeure, au mieux, marginale. Même le transfert aux autorités nationales est difficilement envisageable du fait de nombreuses implications techniques, financières, mais aussi spatiales et humanitaires d'un tel type de lutte, totalement indépendant des diversités régionales. Hors de ce programme de contrôle de l'onchocercose dans le bassin des Volta, point de salut ! Mais il est prisonnier de son succès : depuis plus de 10 ans maintenant, sur la quasi-totalité de son aire d'action, il a fait disparaître la nuisance simulidienne, ce qui a autorisé de nombreuses populations à venir s'installer sur ces terres protégées de l'onchocercose, sans tenir compte de son écologie. Elles ne supporteraient pas le retour de l'insecte vecteur.

### **L'opiniâtreté, insuffisante contre la trypanosomiase**

Grâce à une action énergique et sans relâche menée depuis les années 30 par une poignée de médecins acharnés et aux moyens rudimentaires, on ne dépistait plus au début des années 70 qu'un faible nombre de malades. Cette action avait été menée presque exclusivement contre le parasite et l'on ne croyait plus à une lutte intensive contre les glossines, par les « défrichements sélectifs » ou « prophylaxie agronomique », efficaces en savanes, mais particulièrement préjudiciables pour l'environnement.

Cependant, depuis 1978 on enregistre plus de 5 000 cas de trypanosomiase chaque année au Zaïre et, en Côte-d'Ivoire, passivement,

(13) R. Le Berre, « Contribution à l'étude biologique et écologique de *Simulium damnosum* Théobald, 1903 », Paris, *Mémoire ORSTOM*, n° 17, 1966, 204 p.

(14) R. Le Berre, « Bilan sommaire pour

1967 de la lutte contre le vecteur de l'onchocercose », *Médecine d'Afrique noire*, n° 15, 1968, pp. 71-72.

(15) Cf. note 1.

plus de 200 malades sont découverts par an ; il est évident que ces chiffres ne traduisent pas la réalité, beaucoup plus inquiétante : « Il semble que l'éradication de l'endémie dépasse les possibilités actuelles des médecins de secteur... » (16).

Si on avait énormément réduit l'incidence de la trypanosomiase humaine, jusqu'à la rendre insignifiante, c'était par un effort considérable de dépistage, associant les autorités administratives à des prospections portant sur l'ensemble de la population des secteurs de santé et surtout, grâce à une chimioprophylaxie de masse, la lomidinisation, qui, appliquée à la population des zones d'endémie, stérilisait le réservoir de parasites et interrompait la transmission. Malheureusement, cette chimioprophylaxie pouvait laisser évoluer la maladie chez les sujets aux centres nerveux déjà atteints. Ces individus étaient alors condamnés... Elle fut donc abandonnée, sauf conditions particulières. Si la maladie du sommeil semble se développer à nouveau aujourd'hui, c'est que les services de santé sont dans l'incapacité d'effectuer le dépistage exhaustif des malades car, entre autres problèmes, les prospections de terrain, lorsqu'elles sont réalisées, se heurtent à l'indifférence voire à l'hostilité des populations.

### **Participation des communautés rurales**

Ces dernières années, les techniques de lutte contre les glossines n'ont cessé de s'améliorer, des pièges et des écrans performants ont été mis au point et peuvent être utilisés avec une totale innocuité pour le milieu (17). Ils permettent de réduire les densités de glossines à des valeurs très faibles mais, en zone forestière, du fait de la complexité des paysages botaniques, leur utilisation rapide et judicieuse requiert la participation de ceux qui connaissent bien le milieu, les planteurs eux-mêmes. Ainsi, dans le foyer de Vavoua, lors d'une campagne pilote de lutte, 8 600 hectares ont été protégés en moins de huit jours par 363 planteurs, soit plus de 4 000 habitants et 451 parcelles allant de un à plus de vingt hectares, à l'aide de près de 16 000 écrans (18) ! Aucune autre méthode de travail n'aurait pu couvrir aussi rapidement et aussi efficacement une telle superficie. Les résultats furent spectaculaires : la nuisance des glossines disparut en quelques jours et l'on vit même des planteurs, extérieurs à la zone de lutte, chaparder des écrans pour les implanter à côté de leurs campements. Ceci ne donna que plus de force à la campagne publique de sensibilisation menée conjointe-

(16) A. Stanghellini et al. « Situation de l'endémie sommeiluse dans les états membres de l'OCCGE », *XXV<sup>e</sup> conférence technique OCCGE*, document technique, n° 8694, 1985, pp. 9-12.

(17) C. Laveissière, *Épidémiologie et contrôle de la trypanosomiase humaine en Afrique de l'Ouest*, Université Paris XI, Thèse pour le doctorat d'État, 1986.

(18) *Id.*

ment à la lutte et ayant pour objectif d'informer les planteurs des relations existant entre la maladie et la mouche, et de démontrer la nécessité d'une prospection parasitologique complète. Celle-ci fut alors acceptée et non plus subie par la population qui se mobilisa pour elle.

### **Priorité aux systèmes agraires**

---

L'apparition, le développement, la diffusion ou le maintien d'une maladie à vecteur, le passage d'une situation endémique à une phase épidémique, ne sont pas des phénomènes inéluctables, imprévisibles, découlant d'une quelconque fatalité naturelle. Ils ne sont que les manifestations d'un déséquilibre durable ou passager des relations homme/milieu en des temps et des lieux donnés. Le système de lutte et de contrôle idéal est donc celui qui rétablit durablement un nouvel équilibre entre l'homme et le milieu, en tenant compte de l'écologie de la maladie et de ses divers systèmes pathogènes possibles.

On sait que la trypanosomiase est une maladie liée au comportement spatial des hommes, que la circulation du parasite est dans la dépendance des modes d'occupation de l'espace, donc, entre autres, des systèmes agraires sur lesquels toutes décisions concernant le « développement » rural ou les choix idéologiques de société ont une influence, favorisant ainsi plus ou moins l'extension de la maladie, mais aussi l'intervention du secteur bio-médical ou l'application de la lutte par les communautés rurales elles-mêmes.

Bien que contrôlées par les systèmes agraires, les grandes endémies à vecteur exercent, c'est évident, une action sur ceux-ci et sur leur évolution. Ainsi l'onchocercose impose des « normes » aux modalités d'occupation de l'espace et interdit l'implantation de l'un des fléaux majeurs de l'Afrique contemporaine : les cultures extensives génératrices d'érosion et de désertisation.

La lutte contre le vecteur de la cécité des rivières a permis à de nombreuses populations de s'installer, soit spontanément, soit « administrativement », dans les vallées protégées de l'onchocercose. Malheureusement, du fait des motivations de ces implantations, les densités mises en place sont presque toujours inférieures à 50 habitants au km<sup>2</sup>.

La situation la plus grave est celle créée par la colonisation dirigée par l'Autorité des aménagements des vallées des Volta (AVV), établissement public à caractère industriel et commercial burkinabè, chargé de mettre en valeur les ressources naturelles des vallées nationales. Les villages nouvellement implantés se trouvent, par rapport

à une transmission éventuelle, dans une situation pire que celle de certains villages voisins, en voie d'abandon au début des traitements larvicides. On ne peut que trembler en pensant à ce qui se passera lorsque le programme de lutte prendra fin, que le réservoir de parasites ait disparu ou pas. Dans ces conditions, il est en outre totalement utopique d'envisager le traitement terrestre des gîtes larvaires par les communautés rurales elles-mêmes, afin de limiter la nuisance de l'insecte... Est-il si difficile d'implanter des systèmes agraires intensifs dans des pays où ils existaient autrefois et où certains agriculteurs s'y adonnent encore aujourd'hui ?

La responsabilité des acteurs du développement rural est donc engagée dans ce que l'on peut réellement appeler des soins de santé primaires, tendant à prévenir la maladie plutôt qu'à la guérir et ce, par le contrôle du contact homme/vecteur par les communautés rurales elles-mêmes.

*Jean-Pierre Hervouët, ORSTOM, Montpellier*  
*Claude Laveissière, ORSTOM, Bouaké.*