

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

LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE EN COTE D'IVOIRE*

II. Le Secteur de Santé Rurale de Man
(du début des prospections au 31/12/1985)

par

L. PENCHENIER** - J.P. HERVOUET*** et A. ASSALE****

N° 12/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) BP. 1500 BOUAKE (Côte d'Ivoire) et Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM).
 - *** Géographe de l'ORSTOM - Institut Pierre RICHEL (OCCGE) BP. 1500 BOUAKE (Côte d'Ivoire) et Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM).
 - **** Médecin-Chef du Secteur de Santé Rurale de Man.

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 24 703

Cote : B

21 AVR. 1988

RESUME.

Le Secteur Spécial de Man (N° 12) est resté longtemps un des foyers les plus actifs de la trypanosomiase humaine. Lors de sa création, en 1939, on dépistait près de 2.000 malades par an. Il faudra attendre plus de 15 ans pour que le nombre des malades dépistés devienne inférieur à 100. Depuis les années 70, c'est, en moyenne, 2 malades par an qui sont trouvés trypanosomés.

Cette régression de la maladie, longue à se faire jour à cause du relief accidenté et des forêts du secteur, de la résistance de la population et du manque de coopération de l'administration, s'est accélérée à partir des années 50, années où les effets de la lomidinisation de masse commencée en 1948, se sont fait ressentir.

Actuellement les endroits où la maladie semble persister sont : la région de Sipilou près de la frontière guinéenne et la région de Kouibly/Fakobly. Les malades qui y ont été dépistés se sont, pour la moitié, contaminés sur place. Les autres ont presque tous été trypanosomés dans les subdivisions limitrophes de Touba, Séguéla et Duékoué.

Le nombre de ces malades (33 de 1971 à 1985) est fortement sous-estimé du fait, entre autre de : l'absence de prospections depuis 1970, du peu de moyens diagnostiques (ponction ganglionnaire seule), de la difficulté de joindre les gens (en particulier dans les campements), de la mobilité de la main d'oeuvre ... L'application d'un coefficient de correction fait apparaître que ce sont 114 malades qui devaient vivre dans le secteur durant la même période (nombre lui-même vraisemblablement encore très sous-estimé).

L'existence de ces malades, dispersés dans le secteur et vivant pour la plupart dans des campements, dans les plantations, peut faire craindre, à l'occasion de modifications apportées par l'homme dans le couvert végétal (défrichage, plantations de café-cacao, créations de lisières ...), l'apparition d'une flambée épidémique. Un tel risque, toujours présent, impose de ne pas relâcher la surveillance dans le secteur.

Mots-clés : Trypanosomiase Humaine - Côte d'Ivoire - Man - répartition - Historique - Indices - prévalence - groupes ethniques - migration -

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 forestiers de Côte d'Ivoire sous la forme 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 deuxième d'une série de 25 - 1 pour chaque Secteur de Santé Rurale de Côte d'Ivoire - dont l'objectif est, à travers l'historique descriptif* 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.

* Bien qu'il soit vrai qu'en raison de la valeur relative de la documentation existante, on ne puisse guère faire mieux qu'une chronique.

I. LE MILIEU.

Situé au centre ouest de la Côte d'Ivoire (carte 1), le secteur de Man a grossièrement la forme d'un carré d'environ 80 km (axe N.S.) sur 95 (axe E.O.). Il est limité à l'est par le fleuve Sassandra et au nord par un affluent de ce dernier, le Bafing. Au sud et à l'ouest, il est contigu au secteur de Danané. Il est subdivisé en 8 cantons (carte 2).

Le relief est très marqué dans le 1/3 nord du secteur avec, au nord-ouest, les monts des Dans et, au nord-est, les monts du Toura. Au sud-est on trouve également 2 monts, le Kahoué et le Péko.

La pluviométrie moyenne annuelle du secteur est élevée, allant de 1600 mm à l'est jusqu'à 2000 à l'ouest. Il n'y a qu'une saison des pluies, très étalée, qui atteint son maximum en septembre.

Le secteur de Man est à la limite des secteurs ombrophile et mésophile du domaine guinéen. En majeure partie constitué de zones de forêt défrichées, il ^{est} couvert de forêt à Tarrietia utilis et Chrysophyllum perpulchrum sur les pentes du massif des Dans. A l'est domine, quand elle n'est pas détruite par l'homme, la forêt dense humide semie décidue. On peut répartir les cantons en 3 zones :

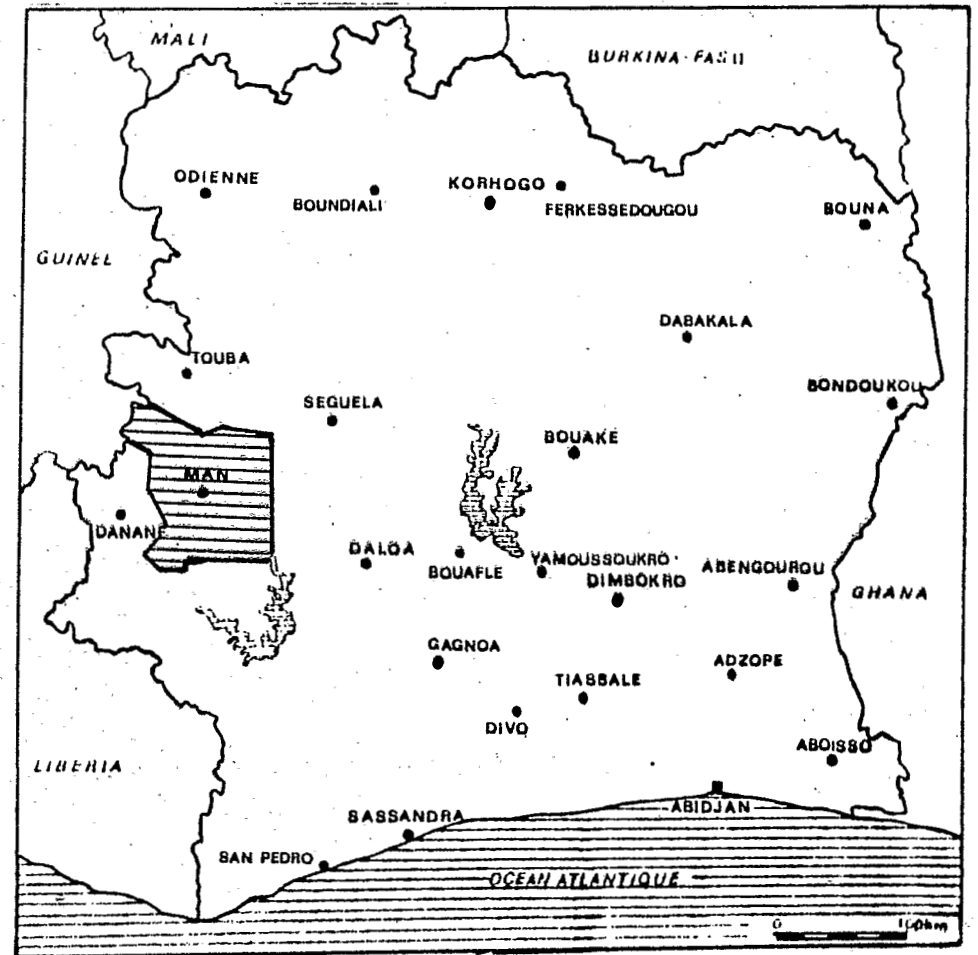
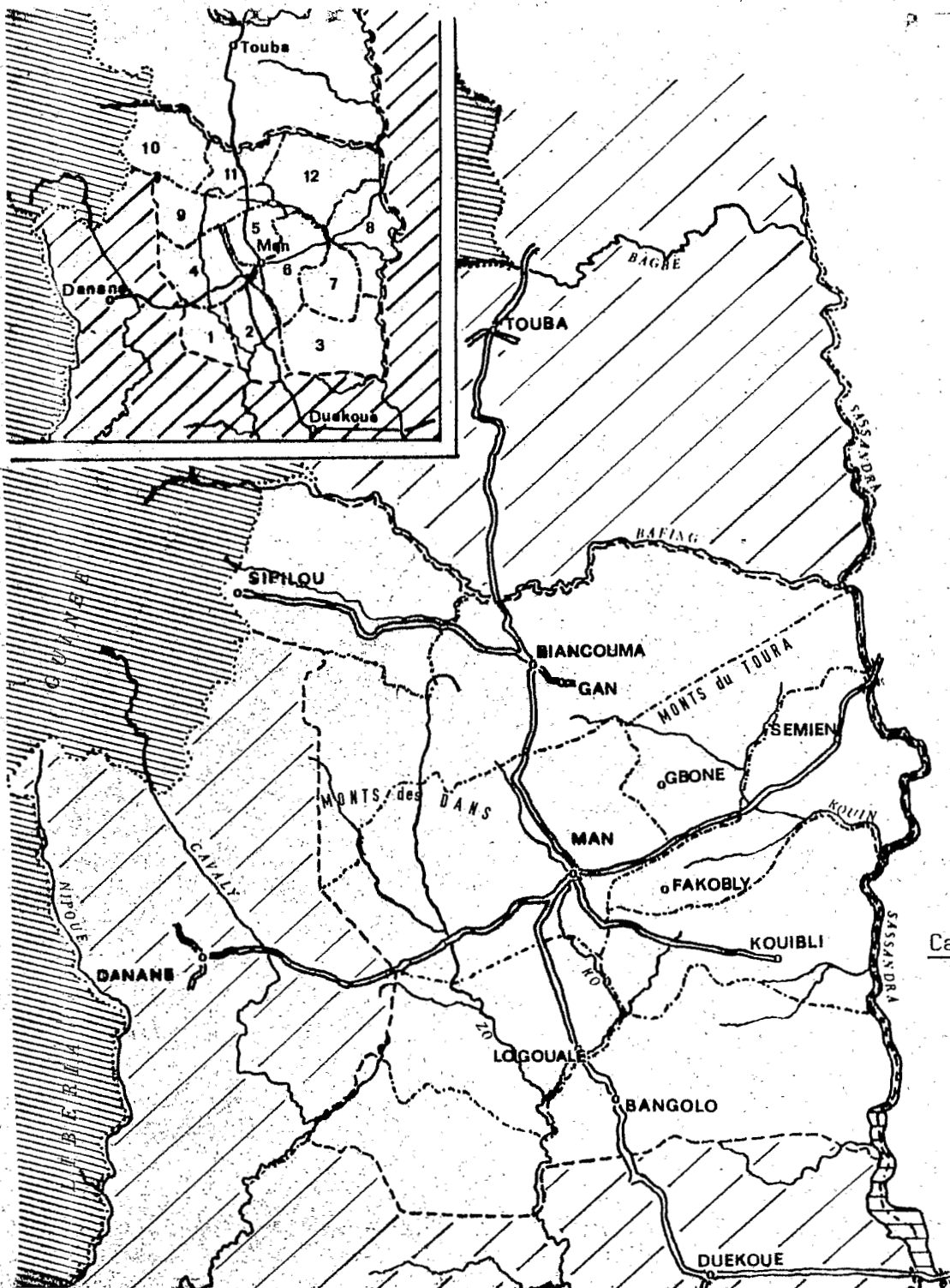
- Au sud-ouest le canton de Logoualé et la partie occidentale des cantons de Bangolo et de Man, couverts de forêts.

- Au nord-est les cantons de Gboné, Fakobly et la moitié orientale de celui de Biancouma, aux savanes traversées par d'épaisses forêts galeries.

- Entre les 2, coupant le secteur du sud-est au nord-ouest, les cantons de Sipilou et Kouibli, la moitié occidentale du canton de Biancouma et la moitié orientale de Bangolo et Man où alternent forêts et savanes.

II. LES HOMMES.

Si le recensement de 1931-1932, partiellement complété en 1938, donne 131.341 habitants pour la subdivision de Man (le secteur de Man regroupait la subdivision de Man - à peu près similaire à l'actuel secteur - et celle de Touba), celui de 1985 en indique 359.914 dont 24.994 étrangers soit un peu moins de 7%. Encore faut-il tempérer ce dernier chiffre 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.



Carte 1 : Localisation du Secteur de Man en Côte d'Ivoire.

Carte 2 : L'actuel Secteur de Man et ses 8 cantons :

Bangolo - Logouale - Kouibli - Man
 Fakobly - Biancouma - Gbone - Sipiou

En cartouche le Secteur de Man en 1939 avec les
 12 cantons de la Subdivision de Man :

- | | | |
|-----------|-----------|-------------|
| 1. Bloumo | 5. Kâ | 9. Gan |
| 2. Yati | 6. Souin | 10. Sipiou |
| 3. Tao | 7. Péomé | 11. Douessé |
| 4. Man | 8. Semien | 12. Toura |

Les autochtones se répartissent entre les 2 grands groupes culturels que sont les Mandés et les Kans.

Parmi les Kans, 2 ethnies sont représentées : les Wobés dans les cantons de Fakobly et Kouibli et les Guérés dans celui de Bangolo.

Les Mandés du secteur appartiennent à 3 ethnies : les Yacoubas qui vivent dans les cantons de Logoualé, Man et Sipilou ainsi que dans le sud du canton de Biancouma - Les Touras que l'on trouve dans le nord-est du canton de Biancouma - et enfin les Maous qui n'occupent qu'une petite région, au bord du Bafing, à cheval sur les cantons de Sipilou et Biancouma.

III. MISE EN VALEUR ET OCCUPATION DU SOL.

Très tôt cette région a adapté la culture du café alors que certains cantons étaient gros producteurs de kola, et de ce fait fréquentée par de nombreux récolteurs et Dioulas commerçants.

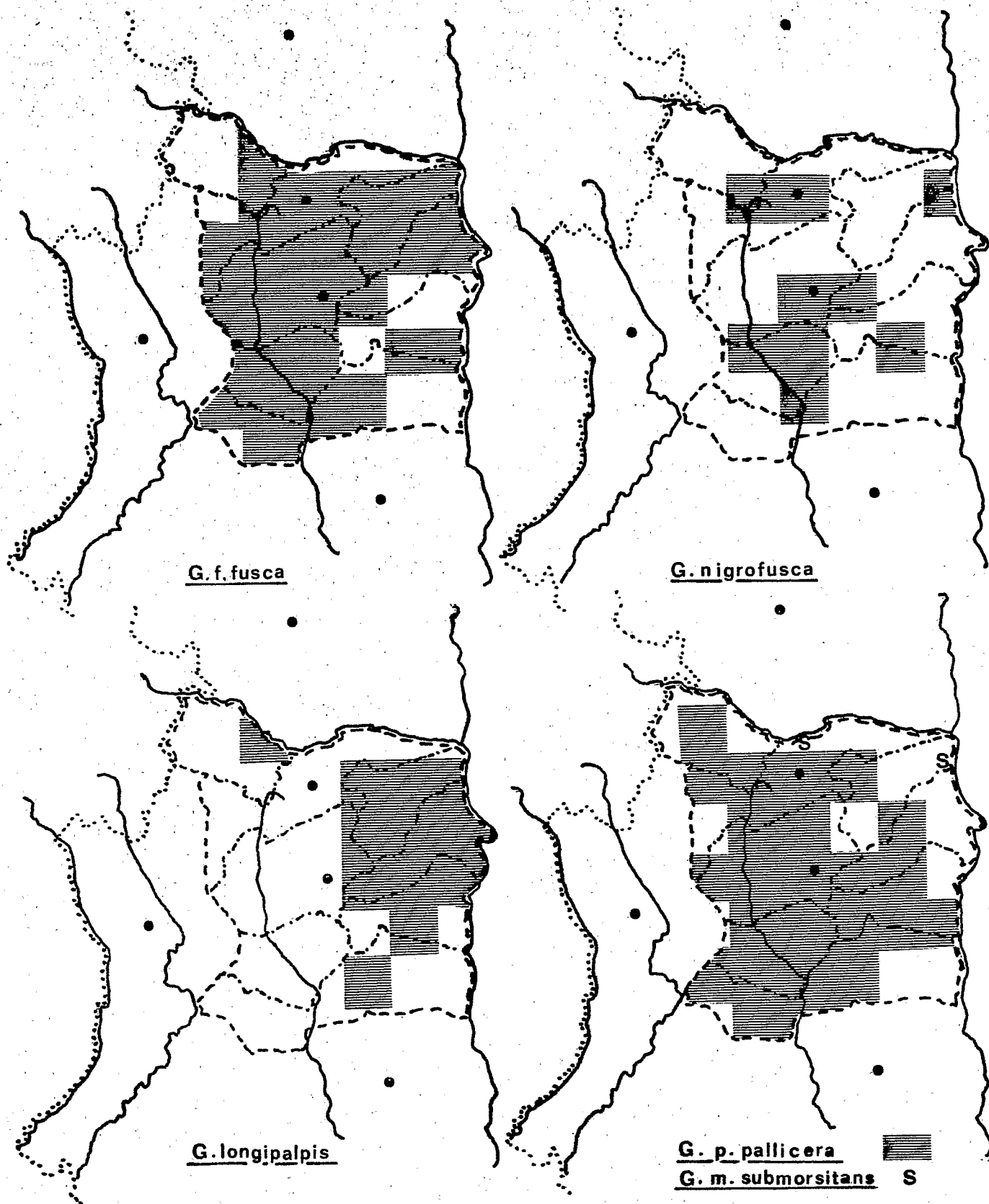
S'il y existait des villages, la population résidait, pour les 3/4 du temps, dans des campements sis à proximité des talwegs et disséminés dans l'espace afin "d'échapper à l'autorité du chef" (Rapport Annuel 1941). D'autre part ce secteur connaît de nombreux ruisseaux permanents couverts par des forêts galeries sur lesquelles viennent s'appuyer les caféières formant des écotones particulièrement favorables au contact homme/glossine.

IV. LES GLOSSINES.

La carte de répartition des glossines a été commencée en 1943-1944 par le Médecin-Lieutenant BRUMPT et complétée en 1947-1948 par le Médecin-Capitaine MARCHALANT. La carte la plus récente est celle de LAVEISSIERE et CHALLIER (carte 3). Elle a été achevée en 1980.

Dans les années 50, le secteur était divisé en 4 zones entomologiques. Les 12 cantons de l'époque (cartouche carte 2) se répartissaient comme suit :

- Région à G.palpalis s.l. seule : nord du secteur (canton de Sipilou et nord du canton de Toura).



Carte 3 : Répartition des glossines dans le secteur de Man, à l'exclusion de *G. palpalis* s.l.
(D'après LAVEISSIERE et CHALLIER - 1980)

- Région à G.palpalis s.l. et G.longipalpis : est du secteur (canton de Kâ et Semien, sud du canton de Toura).

- Région à G.palpalis s.l. et G.pallicera : sud-est du secteur (canton de Souin, Péomé et Tao).

- Région à G.palpalis, G.pallicera, G.fusca et G.nigrofusca : sud-ouest du secteur (cantons forestiers de Man, Bloumo et Yati).

G.morsitans est très rare dans la région. Un exemplaire a été capturé en 1944 au bac de Bafing et 3 au bac de Semien en 1947. G.medicorum, encore plus rare, a été trouvée pour la première fois en 1948 au bac de Semien.

La carte de répartition des glossines de 1980 (carte 3) modifie sensiblement celle des années 40.

- G.palpalis occupe toujours l'ensemble du secteur.

- G.longipalpis a été trouvée dans presque tous les cantons. Elle n'est absente que de la partie est du canton de Sipilou, du canton de Péomé et du sud-est du canton de Tao.

- G.pallicera a également une répartition plus étendue. Elle est absente des bords du Bafing (nord des cantons de Sipilou, Douessé et Toura) et du Sassandra (est des cantons de Toura, Semien et Tao).

- G.fusca a pratiquement quadruplé son aire de répartition en occupant la quasi-totalité du secteur, excepté le nord-ouest et une partie du sud-est.

Reste à savoir si cet accroissement de l'aire de répartition de ces glossines est due aux modifications apportées par l'homme dans la végétation ou, plus simplement à une absence de prospections entomologiques de 1943 à 1948 dans ces mêmes aires.

V. LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE DANS LE SECTEUR DE MAN.

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 Man, 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 (incidence).

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

- 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 (prévalence). 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 ultérieurement vers 0.

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

* NT = Nouveaux Trypanosomés.

** AT = Anciens Trypanosomés.

- 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).

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

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. Encore faudrait-il distinguer les ICN des prospections de ceux calculés à partir des dépistages passifs.

2. - Du 1er malade à la création du Secteur.

La trypanosomiase humaine était déjà suspectée avant la première guerre mondiale, dans l'aire géographique qui deviendra le Secteur de Santé Rurale de Man. A l'époque 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 premiers 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 4), bien que ces symptômes aient été déjà décrits à Man et Odienné par BOYE en 1893 (In Rapport JAMOT, 1935).

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 Man 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 (5/09/1932) 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 1 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 1 : Action des équipes mobiles en AOF et au Togo de 1935 à 1939.

L'échec de cette politique sanitaire 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.

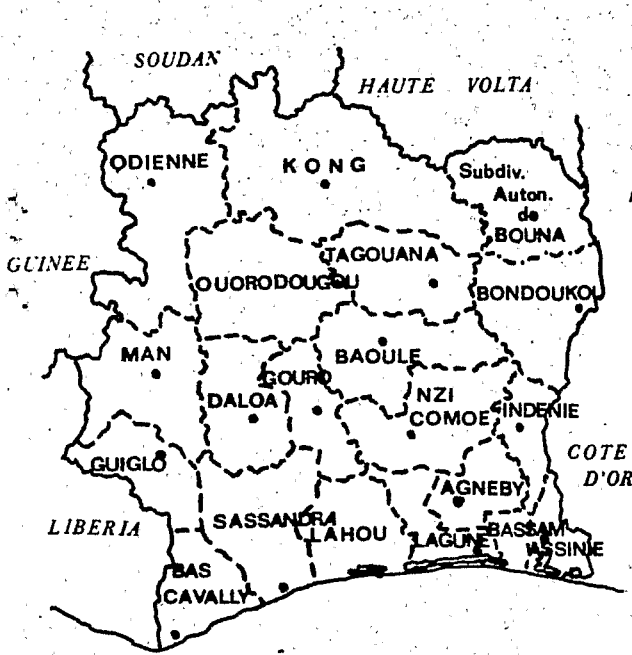
L'une des caractéristiques majeures de cette nouvelle politique, outre la spécificité du Service et son autonomie, fut la découpe de l'AOF en secteurs spéciaux pour les zones de forte endémicité trypanique et en secteurs annexes pour les zones plus faiblement touchées. Ces secteurs annexes servant de plus, de barrières protectrices aux zones indemnes. Pour la Côte d'Ivoire, il y avait 14 secteurs spéciaux : 11 en Haute Côte et 3 en Basse Côte (carte 5).

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

Le Secteur Spécial N° 12 fut ouvert par arrêté le 31 Août 1939. Il couvrait 2 subdivisions. Celle de Man, administrativement rattachée aux subdivisions de Danané - Toulepleu - Guiglo et Duékoué, et celle de Touba dépendant de l'administration de Séguéla - Mankono. A son ouverture il avait déjà en compte 6188 trypanosomés.

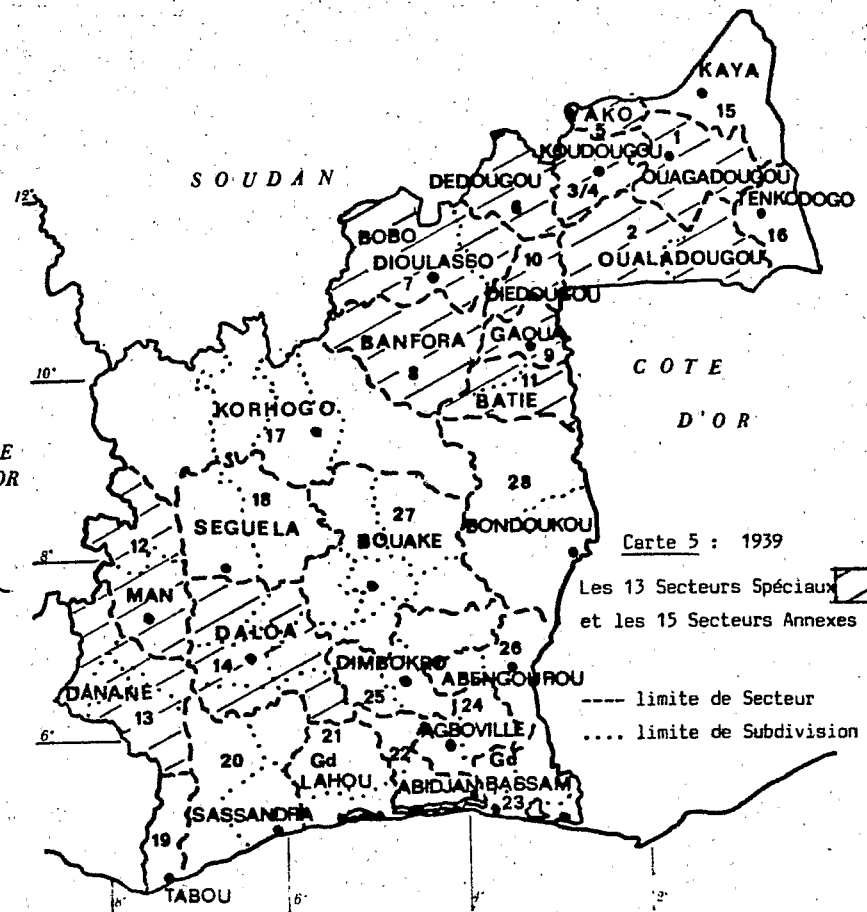
La Subdivision de Man avec ses 12 cantons (cartouche carte 2) est presque exactement superposable au secteur actuel (carte 2) de même que la subdivision de Touba, non encore découpée en cantons, l'est pour l'actuel secteur de Touba.

Les recensements de 1931-1932 partiellement complétés en 1938, font état de 131.341 habitants pour la subdivision de Man et 55.841 habitants pour celle de Touba.



Carte 4 : Découpage Administratif de la Côte d'Ivoire 1916/1932

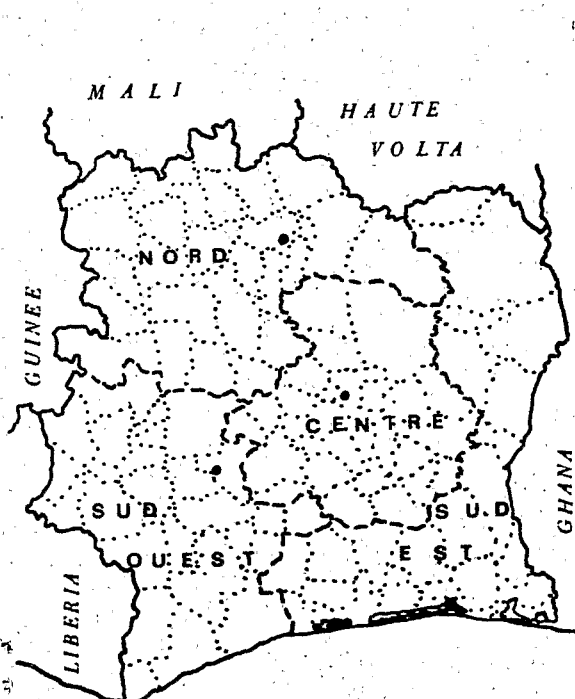
- frontière
- - - limite de cercle
- chef lieu de cercle



Carte 5 : 1939

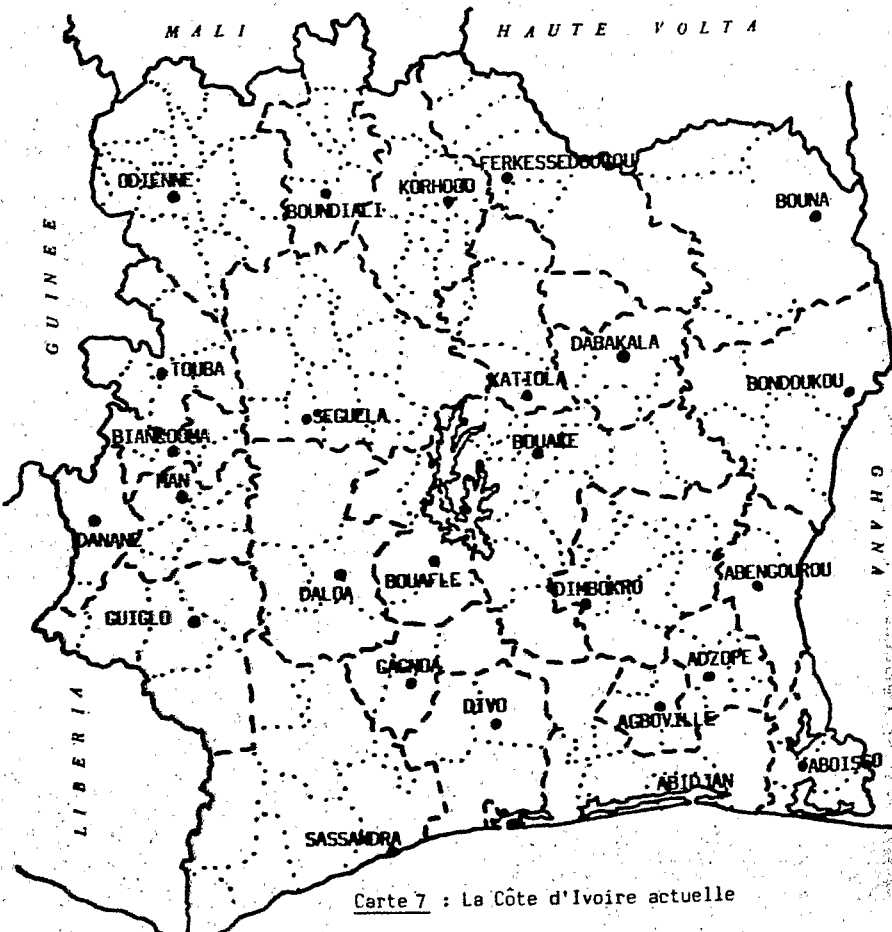
Les 13 Secteurs Spéciaux et les 15 Secteurs Annexes

- - - limite de Secteur
- limite de Subdivision



Carte 6 : La Côte d'Ivoire en 1958

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



Carte 7 : La Côte d'Ivoire actuelle

A son ouverture, le service dirigé par l'Assistant Médical contractuel TCHABROFF, anciennement en poste en AEF, comprenait : 1 Médecin Auxiliaire (Sanga TOURE) - 14 infirmiers et 2 chauffeurs. Les difficultés rencontrées dans ce secteur et les rythmes de mutation imposés par l'administration ont entraîné un renouvellement quasi annuel des Médecins Chefs (tableau 2).

Dès le début les prospections vont se heurter aux difficultés du relief, impliquant des déplacements à pied ou à cheval, et surtout au refus des populations et à la mauvaise volonté des administrateurs coloniaux en place dans la région. En 1940 seuls seront prospectés les cantons de Souin, Péomé et Toura (19.128 personnes examinées). La présentation est très faible, de 41% dans le canton de Péomé et de 48,1% dans celui de Souin ce qui fait qualifier cette année par MURAZ de "désastreuse". Mais il n'y a pas que les prospections qui permettent de dépister de nouveaux trypanosomés. Il y a aussi les dépistages des équipes de traitement, des centres de soins, des recrutements militaires et des postes filtres. Ces derniers sont au nombre de 2. L'un au bac du Bafing (ouvert le 25/06/1940) et l'autre au bac de Semien (ouvert le 5/07/1940). Si le poste filtre de Semien continuera à fonctionner jusqu'à la fin de l'AOF, celui de Bafing sera supprimé entre 1943 et 1948 par manque de personnel et pour mauvais rendement.

L'indice de virus en circulation est, en 1941 (tableau 3), l'un des plus élevé de l'AOF. Il n'est dépassé que par la subdivision de Gueckedou en Guinée (4,24%). Cette même année, pour l'ensemble de la Côte d'Ivoire, il est de 0,62%. En annexe se trouvent rassemblés, à titre d'exemple, les principaux résultats du secteur en 1941. Ceux pour l'ensemble de la période 1939-1958 sont regroupés dans le tableau 4. Dans le tableau 5 les ICN sont détaillées par canton

	ICN	ICT	ICV
Des cantons prospectés	9,19	14,40	-
De l'ensemble du secteur	-	7,81	3,17

Tableau 3 : Les indices en 1941 dans le Secteur de Man. (Pour les seules prospections).

Années	Titre ou Grade	Nom
1939 - 1941	Assistant médical	TCHABROFF
1941 - 1943	Capitaine	LARTIGAU
1943 - 1944	Lieutenant	BRUMPT
1944 - 1945	Docteur	BENIER
1945 - 1947	Lieutenant	GAUTHERET
1947 - 1949	Capitaine	MARCHALAND
	?	?
1952 - 1953	Capitaine	GOMES
1953	Lieutenant	RICOSSE
1953 - 1955	Capitaine	PERSON
1956 - 1957	Capitaine	RIVIER
1957 - 1958	Commandant	RIVES
1959 - 1962	Lieutenant	GODIN
1962 - 1965	Capitaine	BRONSTEIN
1965 - 1970	Commandant	BERNARD
1970 - 1972	Capitaine	PAULMIER
1972 - 1974	Capitaine	SANT SALVY
1974 - 1976	Capitaine	GARROUDY
1976 - 1980	Commandant	NOVION
1980 - 1982	Capitaine	QUINTEL
1982 - 1985	Capitaine	TODESCO
1985 -		ASSALE

Tableau 2 : Médecins-Chefs du Secteur de Man, de sa création au 31/12/1985.

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.				
1939	44.790	1.975	4,50	977	37	4,49	5.713	6,59	331
1940	55.742	1.269	2,38	2.427	10	2,29	7.315	6,63	372
1941	51.378	1.620	3,85	9.387	13	3,17	6.649	21,42	575
1942	90.438	1.696	2,31	17.297	66	1,94	8.293	21	191
1943	87.022	1.744	2,39	14.210	66	2,06	10.063	18,33	595
1944	83.315	1.677	2,41	13.994	138	2,17	9.941	18,80	1.451
1945	92.921	1.098	1,46	18.191	105	1,29	10.690	20,75	1.319
1946	81.428	453	0,65	11.835	40	0,65	9.780	15,09	1.794
1947	54.027	366	0,77	6.527	29	0,73	4.274	12,75	878
1948	82.508	666	0,88	4.884	25	0,86	3.829	6,72	967
1949	114.667	711	0,63	2.507	5	0,60	3.694	2,80	704
1950	157.646	621	0,40	3.043	5	0,37	3.871	2,32	319
1951	155.196	547	0,35	3.100	1	0,33	3.251	2,34	502
1952	186.288	370	0,20	3.129	0	0,16	3.021	1,86	500
1953	155.491	173	0,11	2.074	1	0,08	2.807	1,44	333
1954	178.228	123	0,06	1.952	-	0,04	2.461	1,15	424
1955	220.288	95	0,04	1.351	4	0,02	2.185	0,65	339
1956	220.546	65	0,02	780	-	0,02	1.946	0,45	286
1957	245.529	40	0,016	420	-	0,016	1.862	0,18	108
1958	273.094	20	0,0073	293	3	0,0061	442	0,11	81
	2.630.538	16.349							12.069

Tableau 4 : Evolution de la trypanosomiase dans le Secteur de Man de 1939 à 1958.

Cantons	Population recensée (1940)	I. C. N.																		
		1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Blouno	8.244	5,40	4,37	2,21	-	2,08	1,74	1,69	0,81	1,04	-	1,35			0,05	0,48	0,019	0,03	0,008	0,01
Yati	15.393	8,70	2,98	6,95	-	4,30	1,39	1,60	0,90	0,85	1,05	0,69			-	0,04	0,01	0,01	0,005	-
Man	13.959	2,20	0,82	-	-	-	1,98	0,83	0,96	0,77	0,77	0,35			0,03	0,06	0,009	0	0,00	0,01
Kâ	8.058	0,60	0,35	-	-	10,02	-	10,27	0,26	-	10,27	0,26			0,03	0,04	0	0	0,00	-
Douessé		7,80	3,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	-	-
Sémien	1.648	0,65	0,19	-	-	2,03	-	2,26	-	1,29	0,72	0,56			0,16	0	0,09	0	-	0,02
Gan	6.448	2,10	0,98	-	-	-	0,88	0,71	0,47	0,48	0,64	0,51			0,05	0,05	0,019	0,01	0,00	-
Sipilou	5.347	8,30	2,33	-	-	5,02	4,04	1,68	-	1,04	0,72	0,26			0,07	0,08	0	0	-	0,02
Souin	3.555	-	2,40	-	-	1,05	1,34	0,92	0,86	0,69	0,63	1,00			0,07	0,09	0,03	0,01	-	-
Péomé	10.454	-	10,81	-	-	10,55	-	10,33	-	-	10,37	0,27			10,02	0,08	0	0	0,007	-
Tao	14.954	-	0,41	-	-	0,55	-	0,47	0,06	-	1,04	0,76			0,15	0,05	0,03	0	-	0,04
Toura	11.444	-	2,82	-	-	2,04	-	2,06	0,86	-	1,43	0,92			0,14	0,21	0,09	0,02	0,02	0,02

Tableau N° 5 : Evolution par canton des I.C.N. dans le Secteur de Man de 1939 à 1958.

- : Non prospecté. Il semble qu'à partir de 1941 le canton de Douessé ait été absorbé par celui de Toura.

: Données inconnues.

L'endémie trypanique dans le secteur, malgré son importance et malgré les problèmes de terrain, va régresser relativement vite (tableau 4 - courbe 1).

Les foyers vont être circonscrits dans les années 40-41 et leur réduction va commencer à être sensible en 1945 (ICN inférieur à 2%). C'est cette année là que le "Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) va être créé (22/01/1945) en remplacement du SGAMS. Cette décision est la conséquence de la réduction de l'endémie dans toute l'AOF. La situation n'exigeant plus une lutte intensive, 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

Si pour Man 1945 est la lère année où l'ICN descend en dessous de 2% et où le nombre de déclarés guéris est supérieur à celui des nouveaux trypanosomés (1319 contre 1098), il n'en demeure pas moins que ce secteur reste le point noir de la trypanosomiase avec les subdivisions de Duékoué et Danané. Dans presque tous les cantons de Man, la contamination a régressé mais elle demeure très active avec un ICN supérieur à 2% dans 2 cantons et entre 1,69% et 1,60% dans 2 autres.

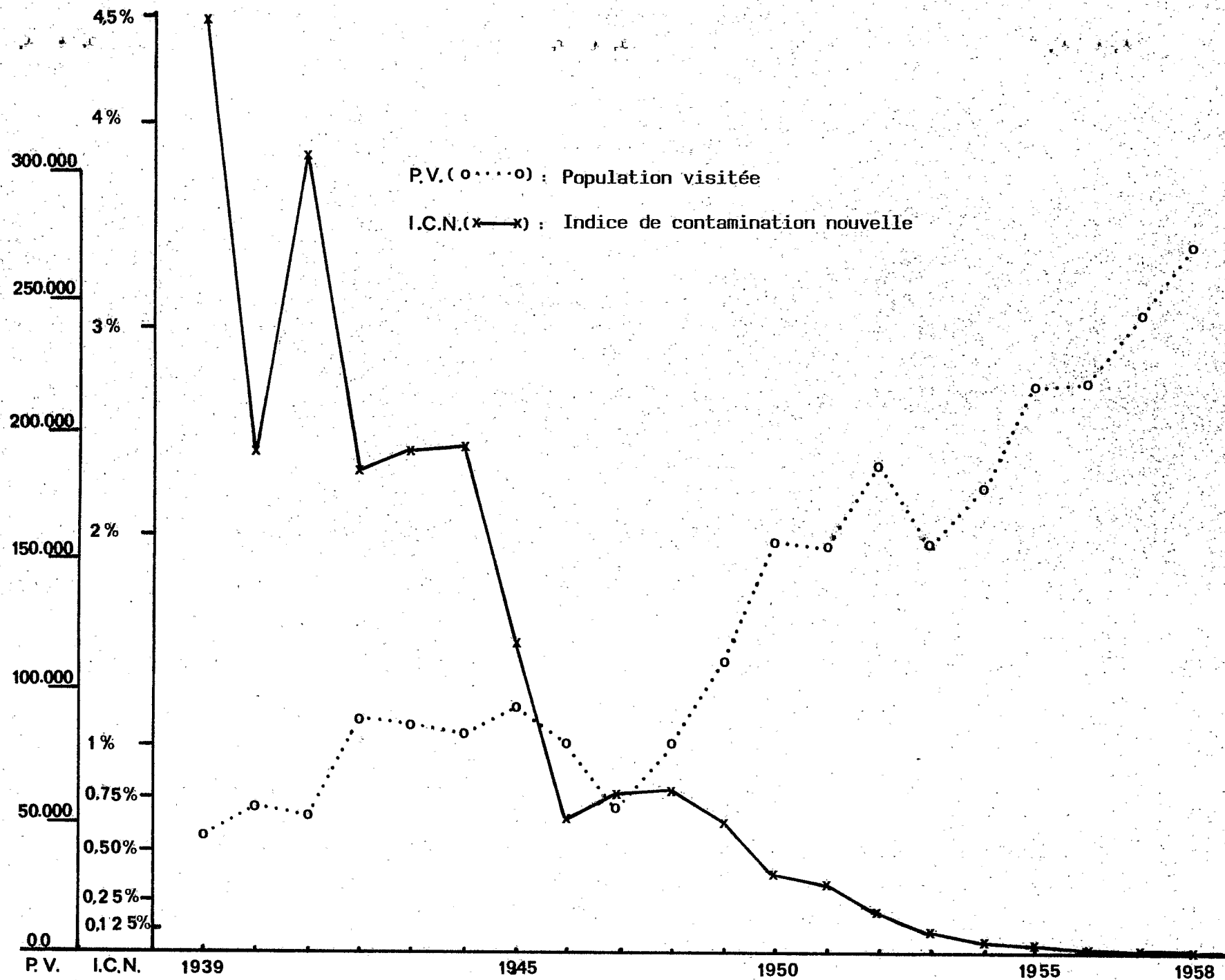
Le Médecin Colonel LE ROUZIC, alors Directeur du SGHMP, explique cette situation par l'existence d'un réservoir permanent de virus due à la non présentation aux prospections et aux échanges permanents avec le Libéria voisin non contrôlé. Il incrimine également les difficultés de la lutte contre les mouches en forêt et l'échec des mesures de prophylaxie agronomique (déforestation en particulier, qui, dans cette zone bioclimatique particulière, favorise G.palpalis aux dépens des espèces zoophiles et non potentiellement vectrices).

L'année suivante, afin de faciliter le travail des équipes de prospection, la subdivision de Touba est détachée de celle de Man. Elle dépendra désormais du Secteur Spécial N° 14 de Daloa-Séguéla (13/07/1946).

En 1947, deux événements 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 (Cassamance) la prophylaxie chimique par la pentamidine est mise en place pour l'ensemble du territoire (instruction du 19/08/1946).



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

Dans le secteur de Man les premiers essais auront lieu en 1948 et seront un échec. A Sipilou 377 habitants acceptent la piqûre et 131 la refusent. Ils ne sont que 71 à Gangoplen à l'accepter. Ailleurs la résistance est telle que la prophylaxie chimique sera abandonnée afin de ne pas compromettre les prospections.

Ce n'est qu'en 1952 que la prophylaxie chimique commencera à être couronnée de succès, celui-ci allant croissant dans les années suivantes au point qu'en 1955 la région montagneuse et boisée de la subdivision de Man sera classée en zone de faible endémicité alors qu'elle était jusqu'alors considérée comme hautement infestée. Le seul canton encore qualifié de foyer est celui de Blouno où l'ICN est de 0,19% et l'ICT de 0,81%. Ce canton, il faut le souligner, prolonge le foyer de Duékoué qui, à cause de l'attitude des Guérés, a été qualifié par le Médecin Colonel LE ROUZIC de "suicidaire". Dans les autres cantons l'ICN est inférieur à 0,10% de même que l'IVC. La présence de nombreux AT explique que l'ICT de ces cantons soit plus élevé.

Cette même année, un effort important a été fait qui a permis de dresser le bilan du secteur. En effet, tous les cantons ont été prospectés et 220.288 personnes ont été examinées dont 131.694 en prospection. 2 points sont à souligner :

1 - Parmi les 95 NT dépistés, 25 sont étrangers au secteur (comme en 1941) :

- 6 ont été dépistés par les postes filtres. Ils étaient tous originaires du cercle de Séguéla. 5 d'entre eux venaient de la subdivision de Touba (dépistés au bac du Bafing).

- 19 se sont présentés à l'hypnose. 6 étaient d'origine guinéenne - 1 soudanaise et 6 venaient de la subdivision de Duékoué. Les 6 derniers étaient originaires des cercles de Séguéla et Odienné.

C'est dire que seuls 7 des 25 étrangers au secteur n'étaient pas ivoiriens.

2 - 33% des NT ont été dépistés par les équipes de prospection et 77% par les hypnoseries et postes filtres, alors que dans les premières années de la lutte c'était plus de 80% des malades que dépistaient les équipes de prospection et de traitement. A cela il faut ajouter que 83% des malades dépistés lors des prospections ont des trypanosomes dans le système lymphatico sanguin alors qu'ils ne sont plus que 52% parmi ceux dépistés dans les centres de soins. Cette constatation est assez générale. On diagnostique plus de première période en prospection alors que dans les hypnoseries, les malades venant tardivement, se sont surtout des individus déjà en seconde période qui sont dépistés.

3 ans plus tard, en 1958, tous le secteur était à nouveau prospecté. Le tableau 6 en donne les principaux résultats.

Population recensée	Population examinée	NT dépistés			ICN	ICT	IVC
		en prospection	à l'hypnose	aux postes filtres			
155.895	138.449	2	14	4	0,007%	0,11%	0,005%

Tableau 6 : Bilan de l'année 1958.

C'est sur cette note optimiste que le 14 Octobre 1959 est créé le service des Grandes Endémies en remplacement du SGHMP qui a disparu avec l'AOF en Avril de la même année.

4 - De la création de l'OCCGE au 31 Décembre 1985.

a) 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" (O.C.C.G.E.) le 25 Avril 1960 à Abidjan lors d'une réunion inter-ministérielle.

Pour le Secteur de Man ces changements politiques et administratifs auront surtout pour conséquence de lui adjoindre les secteurs de Touba (subdivisions de Touba, Ouahinou et Borotou) et de Séguéla (subdivisions de Séguéla, Worofla, Mankoho, Tiéninghoué, Kani et Dianra). C'est une population de 406.200 habitants qu'en 1966 il a en charge (SGECI - Synthèse d'activité 1966). En 1970 le secteur acquiert enfin sa forme actuelle qui regroupe les Départements de Man et Biankouma.

Outre 16 centres de zones, une hyponserie et 3 léproseries, le Secteur de Man dispose de 2 équipes de prospection polyvalentes couvrant chacune 6 cantons par an à raison d'un canton par prospection. Ces équipes, devant le peu de NT dépistes par rapport à ceux diagnostiqués dans les Centre de zones, arrêteront dès 1970, d'orienter leurs efforts vers la trypanosomiose. Le départ à la retraite en 1982 du chef d'équipe, aboutira à l'arrêt des prospections.

b) Divergences entre les sources d'informations :

En 1984, la remise en état d'une partie des bâtiments de la base du secteur a malheureusement entraîné la destruction de toutes les archives "trypano". Il ne reste que le registre des contrôles. Celui-ci a été ouvert en Juin 1953 et a été, curieusement, interrompu en Mai 1959 pour n'être repris qu'en Juin 1971. Il n'est donc possible d'apprécier l'origine des malades (lieu de résidence, ethnie ...) qu'à partir de cette date.

Par ailleurs le décompte des dossiers existant encore au Secteur montre que leur nombre ne correspond pas à celui porté sur les fiches statistiques de l'OCCGE qui ont servi à la rédaction de la plupart des études faites sur la trypanosomiase en Côte d'Ivoire (tableau 7) (LEGAIT, 1974 - LOZAC'HMEUR, 1984).

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Total
OCCGE	3	4	1	1	3	0	5	0	1	0	0	18
Secteur	5	5	1	2	3	1	4	0	2	0	0	23

Tableau 7 : Nouveaux trypanosomés recensés dans le Secteur de Man de 1972 à 1982.

Discordance entre les fiches statistiques de l'OCCGE et les dossiers du Secteur.

Année	NT		Année	NT		Année	NT	
	Man	RCI		Man	RCI		Man	RCI
1959	?	867	1968	1	376	1977	1	502
1960	31	835	1969	4	176	1978	4	391
1961	38	968	1970	1	148	1979	0	428
1962*	40	918	1971	4	104	1980	2	378
1963	31	840	1972	5	110	1981	0	410
1964	10	577	1973	5	131	1982	0	253
1965	6	394	1974	1	93	1983	2	289
1966	9	320	1975	2	219	1984	2	246
1967	6	275	1976	3	269	1985	2	243

Tableau 8 : Bilan des dépistages en Côte d'Ivoire de 1959 à 1985 (sources fiches statistiques OCCGE sauf 1983 à 1985) et à Man de 1971 à 1985 (sources dossiers des malades - Idem pour RCI 1983 à 1985).

* De 1962 à 1970 le Secteur englobe le Département de Séguéla (cf. 4a).

Enfin dernière divergence flagrante, si l'on compare le total des malades dépistés depuis le début des prospections au numéros des fiches du secteur, on s'aperçoit que jusqu'à 1950, il y a correspondance entre nombre de malades et numéros des fiches, mais à partir de 1951 l'écart se creuse au point qu'à la fin de 1958 le rapport annuel du SGHMP fait état de 18.133 malades recensés dans la subdivision de Man alors que la fiche du dernier dépisté de l'année (20/12/58) porte le numéro 17.603.

c) Analyse des dossiers de 1971 à 1985.

Les contradictions ou tout au moins les différences entre les données archivées au centre Muraz (OCCGE) et celles encore au secteur, rendent difficile toute étude fiable de la situation. Le nombre de dossiers recensés au secteur étant supérieur au nombre de malades comptabilisés dans les fiches statistiques de la Côte d'Ivoire et ces dossiers donnant plus d'informations que les relevés mensuels ou annuels, ce sont ceux qui ont servi à l'analyse ci-après pour les 15 dernières années.

Nombre des 33 dossiers recensés durant la période 1971-1985 sont incomplets, néanmoins il en ressort que (tableau 9) :

1°/ 63,6% des malades sont des hommes et que 81,8% des malades sont en 2ème période. Cette situation est caractéristique des dépistages dans les centres de soins. Quand les malades sont dépistés lors des prospections, la répartition par sexe des malades est relativement équilibrée et le nombre des lères périodes est supérieur ou avoisine celui des 2èmes périodes. Par contre, dans les centres de soins, les malades viennent le plus souvent consulter tardivement et le rapport homme/femme avoisine fréquemment les 2/1 ce qui est le cas ici.*

2°/ 18 malades (54,5%) sont extérieurs au secteur. 4 sont étrangers (3 guinéens et 1 malien) à la Côte d'Ivoire. Pour 2 d'entre eux on peut préciser le lieu de leur contamination. L'un (N° 25 du tableau 9) était depuis 3 ans dans un campement de la région de Duékoué et sa maladie est indiquée comme remontant à 2 ans, ce qui laisserait supposer qu'il s'est contaminé en Côte d'Ivoire. L'autre (N° 27 du tableau 9) n'étant en Côte d'Ivoire que depuis 1 an s'est manifestement contaminé en Guinée (tableau 10)*

* cf. 3 derniers paragraphes) p. 27.

Année	N°	Lieu d'origine	Lieu de Résidence			Sexe	Age	Ethnie	Période
			Village	Sous-Préfecture	Département				
1971	1	Odienné				H	30	Dioula	II
	2	Séguéla				F	30	Dioula	II
	3	Séguéla				H	25	Koyaka	II
	4	Touba				H	40	Mahou	I
1972	5	Séguéla				F	30	Koyaka	I
	6	Touba				H	22	Sénoufo	II
	7	Glanlé	Glanlé	Sipilou	Biankouma	F	30	Yakouba	I
	8	Glanlé	Glanlé	Sipilou	Biankouma	H	12	Yakouba	II
	9	Glanlé	Glanlé	Sipilou	Biankouma	H	12	Yakouba	I
1973	10	Glanlé	Glanlé	Sipilou	Biankouma	H	25	Yakouba	II
	11	Baibly	Baibly	Kouibly	Man	H	11	Wobé	II
	12	Glanlé	Glanlé	Sipilou	Biankouma	H	8	Yakouba	II
	13	Kessably	Kessably	Kouibly	Man	H	18	Wobé	II
	14	Séguéla				H	30	Sénoufo	II
1974	15	Guinée (Mamou)				F	15	Soussou	II
1975	16	Santa	Santa	Biankouma	Biankouma	F	12	Yakouba	II
	17	Séguéla				H	6	Dioula	II
1976	18	Diébouzon	Diébouzon	Bangolo	Man	F	25	Guéré	II
	19	Djourouzon	Djourouzon	Bangolo	Man	H	45	Guéré	II
	20	Touba				H	28	Yakouba	II
1977	21	Sokourola	Sokourola	Sipilou	Biankouma	F	12	Dioula	I
1978	22	Gbapleu	Gbapleu	Man	Man	H	35	Yakouba	II
	23	Glanlé	Glanlé	Sipilou	Biankouma	H	19	Yakouba	II
	24	Guegbeu	Guegbeu	Duékoué	Guiglo	F	3	Dioula	II
	25	Guinée (Kankan)	Duékoué	Duékoué	Guiglo	H	9	Malinké	II
1980	26	Douéla	Douélé	Logoualé	Man	H	31	Yakouba	II
	27	Guinée (Madiana)				F	12	Malinké	I
1983	28	Touba				H	30	Koyaka	II
	29	Touba				H	22	Yakouba	II
1984	30	Touba				H	16	Dioula	II
	31	Touba	N'Gatasso	Touba	Touba	F	17	Koyaka	II
1985	32	Nidrou	Nidrou	Kouibly	Man	F	22	Wobé	II
	33	Mali				F	?	Bambara	II

Tableau 9 : Récapitulatif des 33 dossiers de Man de la période 1971 - 1985.

		Lieu de contamination	
		Probable	Supposé
SSR Man	Sipilou	7 (7-8-9-10-12-21-23)	
	Kouibly	3 (11-13-32)	
	Bangolo	2 (18-19)	
	Biankouma	1 (16)	
	Man	1 (22)	
	Logoualé	1 (26)	
TOTAL :		15	
	Touba	1 (30)	4 (4-6-20)
	Touba ou Daloa	1 (28)	
	Touba ou Soubré	1 (29)	
	Séguéla		5 (2-3-5-14-17)
	Duékoué	2 (24-25)	
	Odienné		1 (1)
TOTAL :		5	10
	Guinée	1 (27)	1 (15)
	Mali		1 (33)
TOTAL :		1	2

Tableau 10 : Lieux où les 33 malades se sont vraisemblablement contaminés.

() = N° du malade dans le tableau 8.

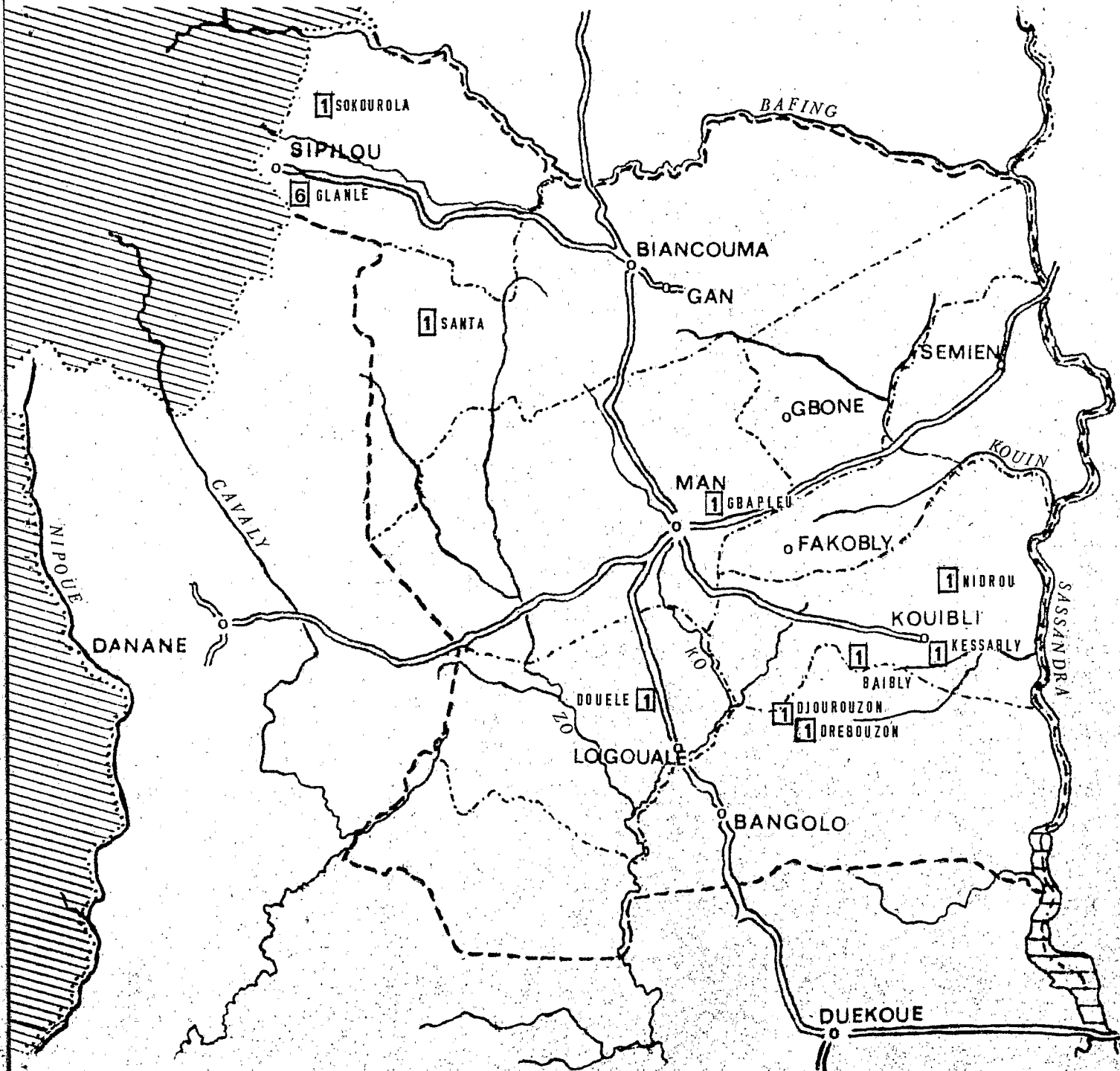
Parmi les 14 autres malades extérieurs au secteur, 7 sont originaires de la région de Touba, 5 de celle de Séguéla, 1 de Duékoué et 1 d'Odienné. 2 des malades originaires de Touba ont séjourné à Daloa et l'un de ceux-ci vit depuis 8 ans dans un campement près de Soubéré. Un 3ème malade originaire de Touba a été dépisté à la base de ce secteur et envoyé à Man pour traitement. Il n'y a aucun renseignement complémentaire pour les 11 derniers malades extérieurs au secteur (tableau 10).

Aucun des 15 malades originaires du secteur ne semble avoir séjourné longtemps hors de son village. Il est donc probable qu'ils se sont contaminés sur place, auquel cas 7 ont été trypanosomés dans la région de Sipilou, 3 dans celle de Kouibly, 2 vers Bangolo et 1 pour chacune des sous-préfectures de Biankouma, Man et Logoualé (tableau 10). Il faut signaler que les villages des 2 malades de la sous-préfecture de Bangolo (Diébouzan et Djourouzan) et les villages de 2 des malades de la sous-préfecture de Kouibly (Baibly et Kessably) sont distants d'une dizaine de kilomètres (carte 8).

3°/ Pour 14 des 33 malades, le mode de dépistage est connu. 5 l'ont été lors d'une enquête dans le village de Glanlé (N° 7, 8, 9, 10 et 12 du tableau 9). Les raisons de cette enquête (et non prospection) ne sont pas précisées. Peut-être que si cette enquête avait été étendue à d'autres villages elle eut abouti au dépistage d'un plus grand nombre de malade ? En tout cas il semble que cette enquête ait été extrêmement orientée car 4 des 5 malades sont des hommes et en 2ème période (cf. paragr. c. 1 p. 20), 7 des 9 autres malades ont été diagnostiqués en consultation à la base du secteur (N° 18, 19, 23, 25, 26, 28 et 32). L'un de ceux-ci vient également de Glanlé. Il a été adressé par ses parents. Enfin, pour les 2 derniers, l'un a été dépisté à la base du secteur de Touba (N° 31) et l'autre au centre de zone de Bangolo.

4°/ 3 malades sont décédés (N° 15, 27 et 28), 2 ont fuit (N° 12 et 24), tous les autres ont été traités.

Quoique calme à première vue (environ 2 malades par an) la situation dans le secteur de Man n'est pas sans inquiétude, en particulier dans la région de Sipilou frontalière avec la Guinée. Cette région a toujours été une de celles où l'ICN et l'ICT étaient les plus élevés. Bien que les résultats de ces dernières années soient rassurants (les 2 derniers malades dépistés dans ce canton l'on été en 1977 et 1978 et un barrage mobile installé durant les 3 mois d'hivernage de 1979 n'a rien dépisté) ils ne doivent pas faire relâcher la surveillance, d'autant que des 18 malades extérieurs au secteur, 13 viendraient des secteurs limitrophes de Touba, Séguéla et Danané.



Carte 8 : Répartition des malades du Secteur de 1971 à 1985.

DISCUSSION.

Dès le début de la lutte organisée contre la maladie du sommeil, le Secteur Spécial N° 12 de Man-Touba était considéré comme l'un des points noirs de la trypanosomiase en AOF. Ce qualificatif lui demeurera attaché jusque dans les années 50 - 55.

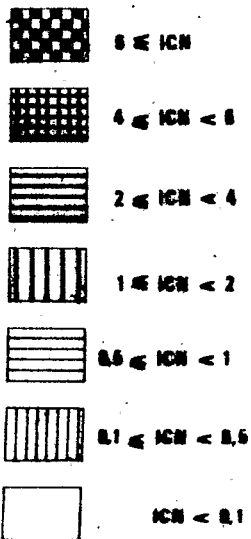
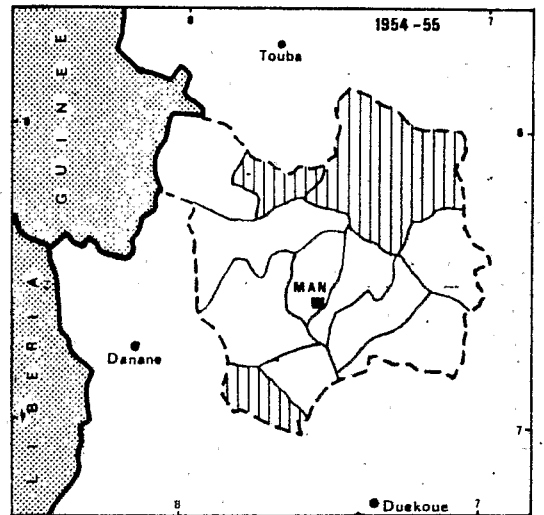
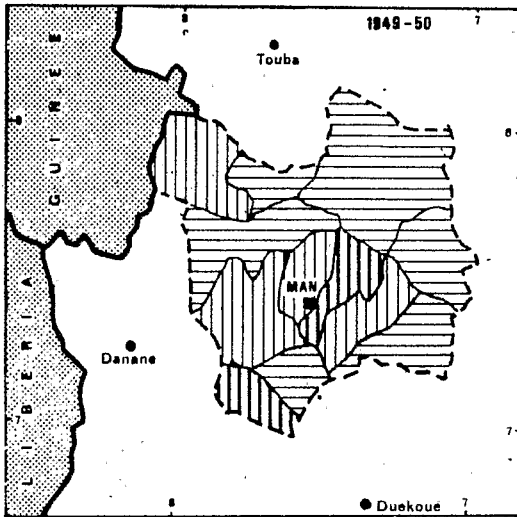
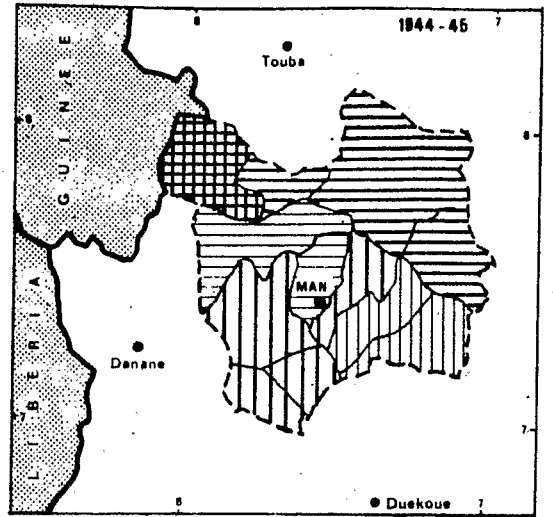
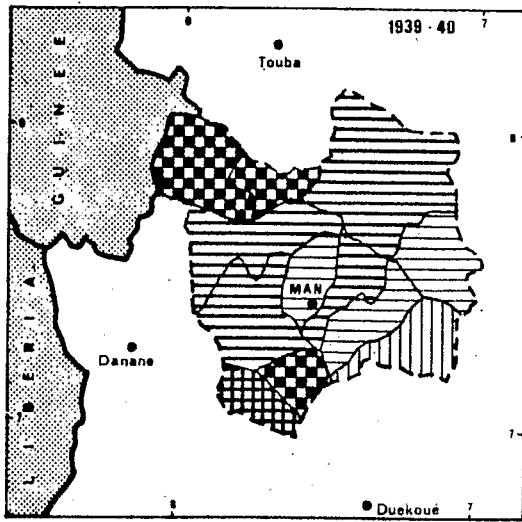
Dans les premières années les équipes médicales se heurteront aux conditions géographiques (relief accidenté, forêts ...), humaines (résistance des populations, proximités frontalières ...) et administratives (mauvaise coopération). Les effets de ces obstacles se ressentiront jusqu'en 1944 puisque de 1939 à 1944 l'ICN plafonnera entre 4,5 et 2,31% ! Ce n'est qu'en 1946 que le recul de la maladie commencera à se faire nettement sentir, mais il faudra attendre 1954 pour que, avec un ICN inférieur à 0,1%, on puisse classer Man dans les secteurs de faible endémicité. Ce succès dû d'une part à la systématisation et à l'implémentation de la lutte (44.790 personnes visitées en 1939 - 273.094 en 1958 - cf. tableau 4) et d'autre part aux effets de la lomidinisation de masse, n'a pas été uniforme dans tous les cantons du secteur. Dans les années 1939-1940, 8 des 12 cantons avaient un ICN supérieur à 2%. Les cantons de Kâ, Péomé et Sémien, avec un ICN compris entre 1 et 0,5% n'en demeuraient pas moins des foyers importants. Seul le canton de Tao (ICN = 0,41) pouvait être considéré comme de moyenne endémicité. (Carte 9 et tableau 5). Dans les années 54 - 55, seuls 3 cantons ont un ICN supérieur à 0,1 : les cantons de Touba, Bloumo et Tao. Ce dernier qui, de 1939 à 1946 est demeuré le moins touché, a vu le nombre de ses nouveaux trypanosomés augmenter nettement dans les années 1948-1953. Il semble que ce phénomène soit dû à la proximité du foyer de Duékoué. La lente régression de la maladie dans le canton de Bloumo s'explique par le fait qu'il est le prolongement du canton de Danané. Quant au canton de Toura, l'importance de son ICN est peut-être due à des malades provenant du secteur de Séguéla (cf. p. 17).

La THA à Man apparaît nettement comme une maladie autochtone. L'influence des allogènes dans la chaîne épidémiologique de la maladie bien qu'en croissance y est loin d'être prépondérante. Certes les renseignements sont rares jusqu'en 1971. Les 2 seules données utilisables sont celles de 1941 et 1955. Pour chacune de ces 2 années, 25 étrangers au secteur ont été dépistés soit respectivement 1,54 et 26,31% des nouveaux trypanosomés diagnostiqués dans l'année.

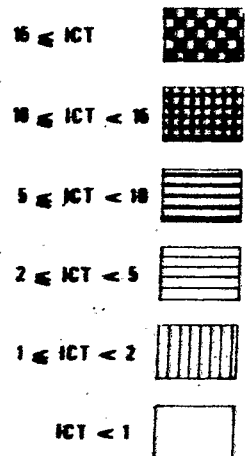
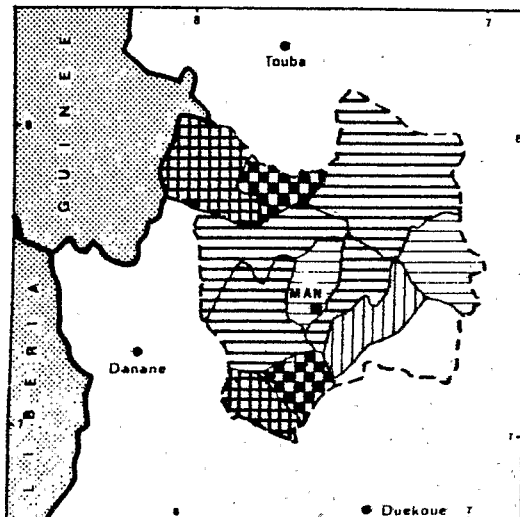
Entre 1971 et 1985 ils sont 17, soit 51,5% des dépistés.

Carte 9 :

SECTEUR SPECIAL N° 12: MAN
EVOLUTION DES I.C.N 1939 - 1955



I.C.T EN 1940



7 inconnu

ECHELLE

100 km

L'origine géographique de ces étrangers au secteur n'est pas connue pour 1941. En 1955, 7 des 25 étrangers n'étaient pas Ivoiriens (cf. p. 17) et entre 1971 et 1985 il n'y en avait que 4 ce qui ramène à 7,3% et 12,21% le nombre des étrangers à la Côte d'Ivoire dépistés en 1955 et durant ces 15 dernières années. Les Ivoiriens étrangers au secteur sont dans leur totalité originaires des 3 subdivisions voisines de Man (Touba, Séguéla et Duékoué), et de celle d'Odienné.

Alors que le nombre des malades étrangers au secteur régresse (25 en une année - 17 en 15 ans) leur taux par rapport aux malades du secteur augmente (1,54% en 1941 - 51,5% ces dernières années). Il est vraisemblable que cette situation est due aux conditions de vie des malades. Le manque de données ne permet pas de tirer des conclusions mais il est à signaler que les dossiers des étrangers au secteur portent souvent la mention "vit au campement" alors qu'une telle information est rarement indiquée pour les malades du secteur.

Il apparaît donc qu'il serait intéressant qu'une étude de l'occupation des sols, durant la même période, soit entreprise et qu'elle précise l'importance de la main d'oeuvre allogène ainsi que la répartition ethnique entre villages, gros campements et campements isolés (à ce sujet voir LAVEISSIERE et al., sous presse).

Durant les prospections se sont surtout des malades en lère période qui sont dépistés. Ainsi, le bilan des prospections du 1er semestre 1940 précise qu'il y avait 162 malades en lère période, 23 en deuxième et 29 douteux. En 1941 il y en avait respectivement 698, 243 et 77 Cette constatation, générale dans tous les secteurs, demeure vraie de nos jours (constatation personnelle - MEROUZE* - comm. pers.). De même, en prospection, il n'y a pas de différences significatives entre le nombre de malades du sexe masculin ou féminin. Par contre, dans les formations fixes, le déséquilibre est marqué. Les 2/3 environ des NT dépistés sont des hommes et le nombre des 2èmes périodes est 6 fois plus important que celui des lères (tableau 9 - et paragr. 1 et 2 p. 20) (PENCHENIER et al., 1985).

Dans ces conditions on peut considérer qu'une meilleure estimation du nombre des malades vivants dans un secteur (quoiqu'encore très fortement sous évaluée 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/lère période en sorte que l'on ait, au minimum, 2 fois plus de lère période que de 2ème.

Pour le Secteur de Man cela reviendrait à 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 33 malades qui auraient dû être dépistés ces 15 dernières années mais 114 !

* Médecin-Chef du Secteur de Santé Rurale de Daloa - 1980 - 1984.

CONCLUSION.

La régression de la trypanosomiase humaine dans le Secteur de Santé Rurale de Man apparaît comme spectaculaire puisque le nombre des NT est passé de 1.975 en 1939 à 2 en 1985. Mais il faut se garder de considérer cette maladie comme pratiquement inexistante du secteur. Le nombre de NT dépisté n'est que le reflet extrêmement sous évalué de la situation réelle, situation totalement méconnue depuis l'arrêt des prospections dans les années 70. D'après l'origine des malades dépistés ces dernières années, se sont principalement la sous-préfecture de Sipilou et la région de Kouibly - Fakobly qui seraient à surveiller. Il ne faut pas sous-estimer le problème, car l'existence de malades dispersés dans des campements peut, à l'occasion des modifications apportées par l'homme dans la végétation, entraîner une flambée épidémique comme ce fut le cas à Vavoua.

RÉMERCIEMENTS.

Nos remerciements vont aux Docteurs J. RIVE du Ministère de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire, J. PROD'HON de l'ORSTOM et P. LECHUGA du Centre de Documentation de l'OCCGE, ainsi qu'à C. LAVEISSIERE pour les renseignements qu'il nous a fournis et à J.P. EOUZAN qui a bien voulu corriger le manuscrit.

BIBLIOGRAPHIE.

- Collectif, 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.), 1985 - Localisation et fréquence du contact homme/glossine en secteur forestier de Côte d'Ivoire. Cah. ORSTOM, Sér. Ent. Méd. et Parasitol., Paris, (sous presse).
- 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 pages.
- PENCHENIER (L.) et CUNIN (P.), 1985 - La Trypanosomiase Humaine en Côte d'Ivoire. I : le Secteur de Santé Rurale de Yamoussoukro (1/01/1979 au 31/12/1985). Rapport OCCGE/IPR, N° 37/IPR/Rap/85, 9 pp..
- SGAMS et SGHMP - Rapport annuels 1940 à 1958. OCCGE - Centre Muraz - Bobo-Dioulasso.
- Service des Grandes Endémies de Côte d'Ivoire, 1966, Synthèses d'Activités 1960 - 1966.
- SOREL et RONINEAU, 1932 - La Trypanosomiase en AOF. L'hygiène sociale, N° 71. Journées médicales coloniales, Février 1932, 1419-1422.

ANNEXE I

=====

Bilan des dépistages de l'année 1941.

Prospections

85 jours de mission

20.309 personnes vues pour 23.961 recensées, soit 80,16% de présence.

994 NT dépistés.

Equipes de traitement

10.746 AT convoqués - 9.498 revus dont Man : 9.387 - Touba 111.

13 AT positifs dont 1 réinfestation et 3 chimiorésistances.

372 NT dépistés.

Centres de soins

203 NT dépistés

Postes filtres

22.053 passages contrôlés.

51 NT dépistés.

NT étrangers au secteur dépistés dans l'année

25 (origine non précisée mais il semble qu'il s'agisse en majorité Ivoiriens).

Total NT dépistés dans l'année : 1620.

Total dépistés dans le secteur depuis le début des prospections : 9.950

dont : - Man 8.791

- Touba 1.159.

A N N E X E II

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 | |