

# Le pian chez les peuples de la forêt équatoriale du Nord-Congo et du sud de la République Centrafricaine

Gérard Salomone\*

Le pian est une tréponématose endémique, non vénérienne, handicapante et mutilante, atteignant en premier lieu les enfants des régions tropicales et sub-tropicales (Afrique noire, îles du Pacifique, Indonésie, Nouvelle-Guinée, Nord de l'Amérique du Sud, Caraïbes, Asie du Sud-Est). L'agent du pian, *Treponema pallidum ssp pertenue* ou Tréponème variété Y (de Yaws, dénomination anglo-saxonne du Pian) fut découvert par Castellini en 1905.

Sur le plan clinique, le pian évolue en trois périodes : le chancre pianique est l'accident récent, les pianomes, lésions ressemblant à des framboises, apparaissent trois semaines après et peuvent atteindre l'ensemble du corps. Ces lésions disparues, suit une période de latence pouvant durer jusqu'à 10 ans au cours de laquelle apparaîtront les accidents tardifs dont les plus fréquents sont les périostites et les ostéites (en particulier la *gangosa* qui peut détruire le massif facial).

La sérologie syphilitique classique (BW, Kahn, Kline, Meinicke, VDRL) comme le test de Nelson, d'immuno-fluorescence (FTA Test) ou d'hémagglutination passive (TPHA) sont positifs au début de la phase secondaire et le demeurent. Ces réactions sont communes à toutes les tréponématoses. Dans les campagnes de masse, ce sont les réactions d'agglutination, comme le VDRL, qui sont le plus utilisées. La recherche des anticorps par FTA Test ou par TPHA est utilisée pour contrôler les sérums trouvés positifs. Au cours des campagnes dans les zones défavorisées, il est possible de recueillir sur du papier buvard une simple goutte de sang obtenue par piqûre du bout d'un doigt et de l'envoyer à un laboratoire pour réaliser les tests sérologiques.

La transmission se fait le plus souvent d'une manière directe, non vénérienne, par contact direct d'une lésion infectée avec une effraction

---

\* Association T.M.C, 67 rue Auguste Lacaussade, 97434 La Saline les bains, La Réunion, France

cutanée ou muqueuse, ou plus rarement indirecte, par l'intermédiaire de linges souillés ou d'ustensiles de cuisine communs à une famille. Seules les lésions de pian récent sont contagieuses. Le rôle de certaines mouches, du genre *Hippelates*, a également été démontré.

La maladie est endémique dans les communautés défavorisées à l'écart des principaux courants de développement socio-économique, ayant peu ou pas accès à la santé. Chez ces populations dont l'hygiène est rudimentaire et où les membres vivent dans la promiscuité, la maladie atteint presque tous les enfants entre 2 et 15 ans et 70 % des adultes ont une sérologie positive, témoignage d'un pian ancien. Par ailleurs, une tréponématose simienne a été mise en évidence chez les babouins et chez les chimpanzés.

Le pian se rencontre dans les régions chaudes et humides à végétation dense, de climat équatorial ou subéquatorial, à précipitations abondantes réparties toute l'année ou tout au moins sur deux saisons. La végétation est constituée d'une forêt ombrophile ou sempervirente, domaine, en Afrique, des populations Pygmées. Les foyers d'endémie les plus actifs se trouvent dans ces zones forestières, sur les terrains alluvionnaires de formation récente, dans les marécages, sur le bord des lagunes ou le long des principaux cours d'eau. Les zones latéritiques sont moins atteintes. L'apparition des acacias, des épineux marque la limite de l'endémicité. Les régions sablonneuses pré-désertiques sont indemnes, et les cas importés n'y ont pas tendance à la diffusion. Toutefois, la présence de pian sur les hauts plateaux tropicaux montre que le climat n'est pas une explication suffisante à la séparation entre régions propices au pian et celles propices à la syphilis endémique (*bejel*).

En Afrique centrale le réservoir traditionnel de pian se trouve chez les populations des forêts équatoriales du Nord-Congo, du Sud de la RCA, du Gabon, du Sud-Cameroun et de la RDC. La persistance de ce réservoir, malgré les campagnes de masse effectuées en RCA entre 1977 et 1980 et au Congo entre les années 1956 et 58, est signalée par l'OCEAC depuis 1989, et confirmée par les enquêtes réalisées par les services des grandes endémies centrafricains et congolais et l'association TMC. Ces enquêtes montrent également que la prévalence de l'affection est plus importante chez les Pygmées, en particuliers chez les Aka du Nord-Congo, qui constitueraient le réservoir de virus.

## Résultats régionaux

En RCA, l'endémie pianique chez les populations forestières a été étudiée par Cicera *et al.* (1977), Widi-Wirski *et al.* (1980), Heymer (1985) et Martin *et al.* (1990). Au Congo, dans les dernières années de la coloni-

sation, ce sont tout d'abord les rapports du SGMHP (Service Général Mobile d'Hygiène et de Prophylaxie) qui traitent de la question. Il faut attendre 1986 pour que D. Obvala, médecin chef du service des Grandes endémies de la région d'Impfondo effectue une série de tournées dans le district de Dongou et d'Epéna et constate que le pian était endémique voire hyperendémique dans ces zones.

À la fin des années 80, les experts de l'OCEAC attirèrent l'attention sur la recrudescence de cette affection en Afrique centrale, désignèrent les Pygmées comme réservoir de pian. Par ailleurs, l'apparition de cas de pian dans des villages bantous, qui en étaient jusque-là indemnes, indiquait une régression des soins de santé primaires. Ils proposaient de pratiquer à nouveau, dans ces régions forestières, des campagnes de traitement de masse contre cette affection et considéraient que le pian était en passe de redevenir un problème de santé publique.

Nous limiterons notre étude au pays Aka. Cette région est délimitée à l'Est par l'Oubangui, à l'Ouest par la Sangha et au Nord par la Lobaye. C'est la zone de migrations des Pygmées Aka, migrations qui s'effectuent sans beaucoup de respect pour la frontière congolo-centrafricaine. Les villageois, Bantous et Oubangiens (définis ci-après comme "Grands Noirs", pour suivre Bahuchet), sont installés le long des fleuves et des nombreuses rivières qui parcourent cette région forestière.

En Centrafrique ces enquêtes ont été effectuées sur la Sangha et sur la Lobaye ; elles comportent des renseignements cliniques et sérologiques (VDRL, FTA-ABS, TPHA). Au Congo, en revanche, ce sont des rapports de tournées de traitement ne comprenant que des données cliniques et le nombre de cas traités. Dans les deux cas, l'âge des sujets est rarement indiqué ainsi que l'origine ethnique. En outre, quelques résultats concernant les populations Pygmées du sud-Cameroun seront donnés à titre de comparaison. Le tableau 1 résume de façon synoptique l'ensemble des enquêtes.

### ***Le versant centrafricain (Lobaye et Sangha)***

En 1974 une enquête médico-biologique de l'état de santé des Pygmées de la Lobaye fut demandée par le Président à vie de la République centrafricaine au Centre Eurafricain de Biologie humaine (Cicera *et al.*, 1977). Les études sérologiques furent réalisées au laboratoire sérologique de transfusion sanguine en liaison avec le Centre d'Hémostylogie du CNRS, à Toulouse. Trois missions furent effectuées au Sud de Bokoka, pendant la saison sèche, de novembre à février, saison où les Pygmées se sédentarisent, participent aux travaux des champs de leurs "maîtres" et se salarient sur les plantations. Les campements étudiés se situaient à une heure de marche de Bokoka et comprenaient 20 à 30 personnes. Les réactions sérologiques pratiquées furent celles de Kline, Reiter et Kolmer. L'enquête concluait à l'infestation massive des Pygmées.

Tableau 1 : Prévalences comparées du pian chez les Pygmées et les Grands Noirs

Régions SANGHA, LOBAYE (RCA)

	PYGMÉES	GRANDS NOIRS
Cicera et coll. (1977) Région de Bokako	196 sujets examinés 76.6 % de sérologies positives	14 % de sérums suspects chez les Sara
Widi-Wirski et coll. (1978-79) Sangha (Lidyombo, Bayenga) Lobaye (Bobelet, Bambalia) Bagandou, Sakaba, Ikoumba, Loko, Zomia)	Signes cliniques : 50 % Sérologie positive : 86 % enfants, 95 % adultes	Signes cliniques : 30% Sérologie positive : 78 % enfants 98 % adultes
Heymer (1985) Lobaye (Loko, Zomia, Lotemo)	250 cas de pian traités	
Sarradon et coll. (1986) Pointe Sud-Ouest de la Sangha de RCA	Aucun cas de pian sur la Sangha	
Martin et coll. (1987) Sangha Vallée de la Lobaye	Sur 533 sujets, étaient atteints :2 adultes, 27 enfants divisés en trois groupes Bien suivis : 0 cas Contrôlés :10 % Non contrôlés : 28 %	
Martin et coll. (1990), Hervé et coll.(1992) Lobaye : Est et Sud de Mongoumba	Pourcentage de pianomes (5.6 %) et de sérologies évolutives (19.6%) Identiques chez les enfants des Pygmées et des villageois Mais : TPHA plus élevé chez les enfants Pygmées Davantage de VDRL+ chez les adultes Pygmées	
Louis F.J. et coll. (1993) Sangha : Nola	25 % de prévalence clinique	

Régions SANGHA, LIKOUALA, EPENA (Congo)

SGMHP (1958) 1956 : Sangha : 2660 Likouala : 3290 1958 : Sangha : 796 Likouala : 1500	Pour les auteurs du rapport les Pygmées étaient atteints de manière massive par l'affection	Pas de distinction ethnique
Obvala (1986) Likouala Moulai-Pelat, 1992 Likouala et Sangha	2026 sujets, 61.8 % de cas de pian 40 % de TPHA+	Pas de précision 28 % de TPHA+
TMC (1995) Sangha : Oubangui Ibenga Motaba Epéna	Prévalence clinique : 2702 sujets traités, prévalence >50 % 2486 >50 % 3082 >30 % 2004 >30%	Pas de précision. Seuls les chiffres de l'OMS sont disponibles et montrent une faible atteinte des populations Grands Noirs

Région SUD-CAMEROUN

Pampligione et coll. (1975) Lomié, Akom II	333 sujets signes cliniques : 4.5 % sérologie positive : 80 à 90 %	
Louis et coll. (1989) : OCEAC (1982-88) Province maritime, Ntem, Dja	4350 cas sans précision ethnique mais zones de migration Pygmées	
Louis et coll. (1993) : OCEAC (1991) Dispensaire de Djoum	Sur 2000 sujets, 2,5 de cas de pian annuellement	0 cas sur 10 000 sujets

Durant la saison sèche de 1978-79 des enquêtes de prévalence de pian clinique et sérologique (VDRL et TPHA) furent faites sur des populations Pygmées de la Sangha (Lidyombo et Bayenga) et de la Lobaye (Bobolet, Bambalia, Bagandou, Sakaba, Ikoumba, Loko, Zomia) et sur les populations de villageois Grands Noirs voisins de cette dernière région (Widi-Wirski *et al.*, 1980). Les auteurs concluaient que le pian était hyperendémique chez les populations nomades de la forêt équatoriale et chez les populations des villages éloignés de l'infrastructure sanitaire.

En 1984, Heymer, au cours d'une étude sur la sédentarisation, l'acculturation et les maladies infectieuses chez les Pygmées Bayaka de la Lobaye, constata que le pian était hyperendémique chez les Pygmées au sud de cette rivière (Heymer, 1985). Il traita dans la région de Loko, Zomia et Lotemo, 250 personnes atteintes de pian et il accusa la politique de sédentarisation des Pygmées d'être la première cause du développement du pian. Il fit remarquer que cette sédentarisation avait suivi la construction du pont de Zomia et l'aménagement des pistes forestières jusqu'au Congo. Ces travaux avaient favorisé l'avance des cultivateurs dans la forêt et la sortie des Pygmées vers les villages, provoquant ainsi des contacts plus fréquents entre les deux populations. Pour cet auteur, avant les années 70 les Pygmées ne connaissaient pas le pian !

En 1986 Sarradon et Sarradon, étudiant les Pygmées Babinga situés dans la région de la Sangha à la pointe Sud-Ouest de la République centrafricaine, ne rencontra pas de pian dans les campements visités.

En 1987, une étude (Martin *et al.*, 1987) fut réalisée sur la Sangha et dans la vallée de la Lobaye pour apprécier l'incidence du pian chez les Pygmées dans les villages mêmes que Cicera et ses collaborateurs avaient visité 10 ans auparavant. Les résultats confirmaient la classique association entre le niveau d'hygiène et de développement et l'étendue de la maladie. Les auteurs concluaient à l'importance impressionnante du pian chez les enfants sans hygiène. Par ailleurs, alors que les investigations de laboratoire montraient que le TPHA était négatif durant la première période de la maladie, le FTA-ABS était positif et, en conséquence, plus sensible.

En 1989-90 (Hervé *et al.*, 1992 ; Martin *et al.*, 1990), une nouvelle étude clinique et sérologique (TPHA et VDRL) fut menée par ces auteurs dans les campements Pygmées situés à 10 Km à l'Est et au Sud de Mougounba, en Lobaye, dans le but d'apprécier le réservoir de virus de l'endémie pianique dans cette région à partir de laquelle la maladie se répandait dans le pays malgré les campagnes de traitement de masse antérieures (1977-1980). Ces études montrèrent que ce foyer était encore actif. Dans cette zone de contact entre Pygmées nomades et ethnies sédentaires (Ngando, Mbatu, Mozambo, Ngbaka), les taux d'atteintes clinique et sérologique observés laissaient penser aux auteurs que la population Pygmées constituait, comme auparavant, le réservoir principal de pian.

D'une part, les résultats démontraient l'insuffisance du seul dépistage clinique pour évaluer le niveau d'endémie pianique des populations. En effet, existait une différence notable de prévalence entre cas cliniques et cas sérologiques.

D'autre part le pian apparaissait comme une affection qui sévissait en foyer. Le foyer de la Lobaye, continu avec celui de la Sangha situé plus à l'ouest, avait toujours été considéré comme un foyer pianique traditionnel. Les autres régions de la RCA étaient en revanche peu touchées par l'affection.

Le réservoir de virus était localisé chez les Pygmées et les Villageois en contact avec eux et les résultats ne montrèrent pas de différence significative dans la prévalence des pianomes ni dans la sérologie mais que les enfants Pygmées étaient davantage exposés à l'infection par *T. pertenuae* que les enfants villageois. Par ailleurs, il existait davantage de VDRL+ parmi les adultes Pygmées que parmi les villageois.

Enfin la chute du taux de prévalence par rapport à 1980 (80 %) s'expliquait par l'application d'un traitement de masse total (TMT) en 1980, suivi entre 1980 et 1985 de traitements ponctuels des cas cliniques. Le TMT avait donc réduit de moitié le niveau d'endémie pianique mais il n'avait pas stérilisé le réservoir ni stoppé la transmission de *T. pertenuae*. Au contraire, cette enquête évoquait une recrudescence du pian comme le faisait suspecter par ailleurs le nombre de cas cliniques déclaré par les formations sanitaires de la Lobaye, passé de 227 en 1985 à 1 031 en 1989.

Cette enquête, comme celles pratiquées après les campagnes de masse de 1950 et 1960, montra que le pian était à l'état hyperendémique dans les populations Pygmées et dans les populations des villages éloignés chez lesquelles la recrudescence du pian était attribuée à leurs contacts avec les Pygmées, du fait de la sédentarisation et de la scolarisation des enfants de ceux-ci. En conclusion, pour ces auteurs, en 1992, dans la vallée de la Lobaye, la population Pygmée constituait toujours le réservoir essentiel du pian.

Selon Louis *et al.* (1989), en RCA, la prévalence du pian chez les Pygmées s'élevait à 25 % au dispensaire de Nola, et les premiers cas de pian étaient rencontrés chez les Bantous de la ville.

### ***Le versant congolais***

Au Congo, les campagnes du SGMHP (1955-1958) contre le pian commencèrent en 1955, 27 614 cas furent alors recensés. En 1958, les chiffres étaient tombés de moitié (15 066 cas).

En 1955, selon le SGMHP l'affection sévissait dans les régions humides et forestières parmi les populations dont le niveau de vie était le plus bas et qui étaient aussi les plus éloignées de la route. Cette maladie avait totalement disparu des villes. Une expérience pilote de traitement systé-

matique des impubères et contacts à l'aide de l'Extencilline, fut réalisée avec succès dans la région de la Sangha chez les populations riveraines du fleuve par une équipe du SGMHP. Le rapport émettait le souhait que les campagnes nouvelles soient entreprises sur une grande échelle suivant un plan géographique de dispersion à partir de la première zone de traitement.

En 1956, l'auteur du rapport faisait les mêmes remarques que pour l'année 1955 : "l'affection restait cantonnée dans les régions humides et forestières chez les populations au niveau de vie le plus bas. Les individus de race Pygmée payaient un très lourd tribut à cette tréponématose". Des campagnes de dépianisation par l'Extencilline avaient donné d'excellents résultats dans la Sangha, le Likouala-Mossaka et dans certains foyers du Haut-Niari. L'auteur conseillait alors d'accentuer l'effort et d'étendre les campagnes systématiques de dépianisation à toutes les zones d'endémie. Dans la Sangha, les chiffres étaient les suivants : Ouesso, 1 326 cas, Souanké, 1 334 cas. Dans la Likouala : Impfondo, 559 cas, Dongou, 1 689 cas, Epéna, 1 042 cas.

En 1957, l'auteur du rapport signalait l'amorce de recul de l'affection. Les campagnes de dépianisation opérées dans les régions de la Likouala, Likouala-Mossaka, dans la Sangha et le Niari commençaient à porter leurs fruits. Si la zone forestière de la Likouala et de la Sangha restaient encore insuffisamment contrôlées, il apparaissait clairement, pour l'auteur du rapport, que là où se trouvait le "babinga", l'endémie évoluait sur un mode nettement majeur et que l'autochtone ayant des contacts avec lui, était davantage infecté. L'auteur estimait que des campagnes de masse poursuivies avec régularité devaient permettre de venir à bout des foyers pianiques de la grande forêt. Le rapport présentait les chiffres suivants : dans la Sangha, Ouesso 352 cas, 509 à Souanké ; dans la Likouala, 244 cas à Impfondo, 212 à Epéna et 609 cas à Dongou.

Le rapport de 1958 était plus laconique. L'auteur indiquait que les campagnes de masse commençaient à être efficaces puisqu'elles étaient parvenues à réduire de moitié l'importance de cette tréponématose. Les chiffres dans la Sangha donnaient pour Ouesso 617 cas, pour Souanké 179 et dans la Likouala, 1 500 cas.

Obvala (1986), médecin chef des grandes endémies du secteur d'Impfondo, en étudiant les populations de la Likouala et l'efficacité de l'Extencilline dans le traitement du pian, constata que ce dernier se rencontrait presque exclusivement chez les Pygmées, qui constituaient le tiers de la population de la région. Les Bantous en étaient exempts pour des raisons tenant, selon lui, à l'amélioration de l'hygiène de l'habitat. En décembre 1983, au cours d'une tournée de prospection médicale dans le district d'Epéna (axe Ouest), et dans la période de mai à octobre 1984 lors de deux tournées de prospection médicale dans le district de Dongou (axe nord), il nota de nombreux cas de pian chez les Pygmées : sur les

2 026 Pygmées examinés, 1 253 cas de pian clinique soit un pourcentage de 61.8 %. La tranche d'âge de 0 à 15 ans était la plus touchée et la forme clinique de pian primaire y était prédominante. Les lésions graves s'observaient surtout chez les personnes âgées (ulcération des muscles et des tendons, ostéopériostites). Tous les cas furent traités à l'Extencilline selon le protocole habituel. Le traitement s'étendit ensuite aux personnes en contact. Dans les villages, où plus d'habitants étaient atteints, un traitement de masse total fut appliqué. Les tournées entreprises, après cette période d'étude, montrèrent une évolution satisfaisante des cas traités en l'espace de deux semaines, ce qui prouvait que cette tréponématose non vénérienne était parfaitement contrôlable sous réserve de disposer des moyens logistiques, prophylactiques et thérapeutiques suffisants. Il conclut que l'affection pianique était une priorité sanitaire dans la région de la Likouala. Son intensité était la suivante : état endémique sur la rivière Ibenga ; état endémique sur la rivière Motaba et, à partir d'Epena ; vers le nord-ouest, Mboua-Miganga terre des Kabounga : état hyperendémique ; vers le Nord-est, Bondeka-Mbandza-Terre de Mindzoulou, état endémique. Enfin sur l'axe Nord, Bétou-Betikouba, état endémique.

Une étude réalisée dans la région de la Likouala et de la Sangha pour apprécier l'importance de l'infection du virus VIH en zone rurale congolaise (Moulai-Pelat *et al.* 1990), mit en évidence que les Pygmées avaient un taux de séroprévalence en VIH plus bas que les Bantous (0.9 % contre 5.4 %), que le taux HTLV1 était comparable dans les deux populations (3 % chez les Pygmées contre 5.5 % chez les Bantous) et qu'il existait une forte prévalence du pian expliquant les fréquentes cicatrices sérologiques (40 % de TPHA+ chez les Pygmées contre 28 % chez les Bantous).

Entre 1991 et 1995, l'association TMC (Salomone, 2000) organisa dans le Nord-Congo, en collaboration avec les missions catholiques et le Service des Grandes Endémies (S.G.E.), des tournées de lutte contre le pian dans les régions de la Likouala et de la Sangha. Ces tournées mirent en évidence une prévalence clinique supérieure à 30 % chez les Pygmées Aka de ces régions, confirmant ainsi les enquêtes effectuées par Obvala en 1986. Dix mille cas de pian et contacts furent traités. Les résultats confirmèrent que le pian est toujours hyperendémique chez les Pygmées de la Sangha et de la Likouala, la prévalence variant de 30 à 50 % dans les groupes examinés. La distribution selon l'âge et le sexe était habituelle : la fréquence décroissait des enfants aux hommes en passant par les femmes. Les chiffres enregistrés montrent que la franche amélioration de l'endémie après 4 ans de traitement (les missionnaires constatèrent de nombreux cas blanchis aux tournées successives). Toutefois l'incidence toujours forte pourrait s'expliquer par la venue de Pygmées des régions frontalières. Le traitement du réservoir Pygmée nécessiterait des campagnes de masse combinées sur les deux versants, congolais et centrafricain, du pays Aka. Les membres de l'association s'interrogèrent sur les



raisons de la persistance de ce foyer de pian chez les Pygmées, et la constitution d'un Observatoire de la santé des Pygmées fut suggérée.

### ***La situation au Sud-Cameroun***

Le 30 décembre 1969, le Père Dhellemes écrivait du dispensaire catholique de Djoum "le pian est une maladie endémique qui a pratiquement disparu chez les Bantous mais que l'on retrouve encore dans presque tous les camps Pygmées à cause du manque d'hygiène. Pour obtenir une guérison et supprimer le foyer endémique une seule solution : traiter aux antibiotiques tous les malades et tous ceux qui sont en contact avec eux, c'est-à-dire le campement tout entier... On ressort la valise médicale, les seringues, les aiguilles, alcool, et tout le monde y passe en faisant l'appel pour n'oublier personne...".

Pendant les hivers 1969-70 et 1970-71 (Pampliglione et Wilkinson, 1975), sur 333 Pygmées Bayaka et Badjelli des régions de Lomié et de Akom II au Cameroun examinés, 4,5 % avaient des signes cliniques et 80 à 90 % une sérologie positive. En revanche, la syphilis était très rare chez les Pygmées. Il convient de rappeler que ces régions étaient déjà hyperendémiques dans les années 50.

La situation du pian au Cameroun de 1982 à 1988 montra une hyperendémicité du pian dans les provinces maritimes forestières et dans la région du Ntem et du Dja sur les frontières gabonaises et congolaises. 4 350 cas étaient ainsi notifiés à l'OCEAC par le gouvernement en 1988 (Louis *et al.*, 1989). Aucune précision ethnique n'apparaissait dans le rapport mais les régions les plus touchées correspondaient aux zones de migrations des Pygmées.

Selon Louis *et al.* (1993), la compilation en 1991 du registre de consultations de dispensaires missionnaires de Djoum au sud-Cameroun permit de constater que le diagnostic était posé en moyenne 50 fois par an, exclusivement chez les Pygmées dont la population était estimée à 2 000 individus, soit un taux annuel de détection de 2,5 %, alors qu'aucun cas n'était recensé chez les 10 000 Bantous.

Ces résultats confirment l'existence d'un réservoir de pian chez les populations de la forêt équatoriale d'Afrique centrale. Cette endémie est plus importante au Congo qu'en Centrafrique et au Cameroun. Au Cameroun et au Congo, les Pygmées sont quasiment les seuls individus atteints.

Au Congo, les tournées d'Obvala et de TMC ont diminué la prévalence mais n'ont pas pu, ici aussi, stériliser les foyers de pian. Il n'existe dans ce pays, ni camp de sédentarisation ni réseau missionnaire conséquent. Au Cameroun le pian réapparaît dans les villages de Grands Noirs éloignés des centres économiques. La présence de nombreuses missions religieuses dans le Sud, en zone Pygmées, permet de mieux contrôler l'endémie chez ces populations.

En Centrafrique les villageois au contact des Pygmées ont une prévalence du même ordre mais le différentiel de prévalence est toujours en leur faveur. Dans tous les cas les enfants sont infestés de manière prépondérante et la clinique est toujours insuffisante pour apprécier la prévalence réelle de l'infection : des études sérologiques sont indispensables. Les campagnes de masse qui se sont déroulées entre 1977 et 1980 le long de la Sangha et de la Lobaye ont certes fait chuter la prévalence de moitié dans les populations forestières de cette région mais elles ne sont pas venues à bout du réservoir de pian chez les Pygmées. De nouvelles campagnes semblent nécessaires. La sédentarisation des Pygmées le long de la Lobaye facilite toutefois leur mise en œuvre.

Ces travaux montrent également qu'il n'existe pas, en zone forestière, en RCA comme au Congo, de réseaux de soins capables de contrôler l'endémie malgré les recommandations anciennes de l'OMS. Le Cameroun semble jouir, en revanche, d'un système de soins de santé primaires plus efficace.

## Conclusion

Pourquoi les Pygmées sont-ils plus atteints par le pian que les Grands Noirs ? Les réponses sont, sans doute, différentes selon le pays étudié. Au Congo, pays où nous avons participé à la lutte contre le pian, la différence de vulnérabilité entre Pygmées et Grands Noirs à cette affection, nous semble la conséquence de problèmes d'environnement écologique, de faisabilité médicale, de différence de modes de vie, de rapports antagonistes entre les deux groupes et de phénomènes économiques et politiques inscrits dans la longue durée :

— *Sur le plan écologique* : Un contact plus proche et plus fréquent avec le réservoir animal.

Quel rôle l'écosystème forestier et le réservoir animal jouent-ils dans ce différentiel de vulnérabilité ? Le contact fréquent entre les Pygmées et les différents singes de la région n'est-il pas un facteur de pénalisation supplémentaire quand on sait qu'il existe un réservoir animal du virus ? Une réinfestation au cours de la chasse est-elle possible ? La difficulté de guérison des plaies en forêt et leur fréquente surinfection sont des facteurs également à prendre en compte. Vivre dans la forêt ou à la lisière de celle-ci modifie-t-il l'évolution d'une pathologie tropicale ?

— *Sur le plan médical* : l'absence de centre de santé en forêt et de volonté politique d'éradication du pian dans les zones reculées pénalisent les Pygmées par rapport aux Grands Noirs.

Les centres de santé sont quasiment inexistantes dans le Nord-Congo, malgré les déclarations politiques répétées en faveur des SSP. Le service des grandes endémies ne dispose plus de bateaux ni de médicaments

nécessaires aux tournées. Aucun réseau de soins fonctionnel n'existe le long des principaux fleuves de la région.

Les budgets de santé ont privilégié Brazzaville (CHU) et, dans les régions, les constructions hospitalières de prestige (hôpitaux d'Ouessou et d'Impfondo), sans assurer leur approvisionnement et leur maintenance. Si ces centres de santé existaient, les Pygmées y auraient-ils accès ? Le manque d'argent (puisque depuis l'Initiative de Bamako les soins de base doivent être payants) et l'antagonisme ethnique ne seraient-ils pas des obstacles ?

Par ailleurs pourquoi l'Extencilline serait-elle disponible dans les centres de santé alors que le pian n'est plus un problème de santé publique pour l'OMS et les bailleurs de fonds internationaux, en particulier la Banque Mondiale et qu'aucun programme de lutte contre cette affection n'est envisagé aujourd'hui au Congo ? En effet, dans le Nord-Congo, la majorité des Grands Noirs vit dans les deux grosses villes d'Ouessou et d'Impfondo où, selon les données fournies à l'OMS, le pian a quasiment disparu. En revanche, dans la brousse, les tournées effectuées par Obvala et TMC montrent l'infestation massive des Pygmées et l'atteinte beaucoup plus ponctuelle des grands Noirs, mais l'absence d'enquêtes systématiques et de recensement rendent l'évaluation difficile.

Enfin, si le pian était à nouveau considéré dans ces régions comme un problème de santé publique, les recommandations de l'OMS en matière de traitement de l'endémie pianique seraient-elles applicables ? En effet, comment effectuer le contrôle de l'endémie pianique après la phase d'attaque par campagne de masse et entretenir la surveillance dans des régions où n'existent pas de centre de santé ? Par ailleurs, les populations Pygmées doivent-elles attendre que les soins de santé primaires soient fonctionnels, et peut-on récuser les campagnes de masse dans ces régions ? La mise en œuvre de campagnes de traitement est onéreuse : y a-t-il une volonté de l'administration et de l'État d'éradiquer le pian dans ces régions, dans la mesure où il ne concerne que des populations marginales ? Et si cette volonté politique existait, le système de santé congolais serait-il en mesure de le réaliser sans l'appui des missionnaires comme au Cameroun et sans l'existence de camps de sédentarisation comme en Centrafrique ? Un problème de santé de cette importance peut-il être laissé à des religieux ou à une association ?

— *Sur le plan social* : Les Pygmées sont-ils des Congolais à part entière ?

Pour certains auteurs, la persistance du pian est d'origine sociale. Déjà, en 1950, le Dr Vaucel directeur du Service de santé de la France d'Outremer, considérait cette affection comme "un problème social et non médical et les étapes de sa disparition représentaient", pour lui, "un des meilleurs critères des progrès de l'hygiène publique" (Vaucel, 1950). Si l'hygiène publique a effectivement fait des progrès considérables au sein des populations de Grands Noirs puisque le pian a quasiment disparu des villages et

que seuls les Grands Noirs vivant au contact des Pygmées sont encore atteints par cette affection, pourquoi l'hygiène n'a-t-elle pas progressé dans les campements Pygmées ?

Le nomadisme et la sédentarisation ont été tour-à-tour incriminés. Le tableau ci-dessous montre que la prévalence du pian est plus élevée au Congo où les Pygmées "nomades" sont les plus nombreux que dans les camps de sédentarisation centrafricains ou des missions camerounaises pour la simple raison que des tournées de traitement et un contrôle de l'endémie sont périodiquement effectués dans ces camps. Le nomadisme rend l'accès au traitement plus difficile. Il est d'autre part responsable de la diffusion à tout le pays Aka de l'endémie pianique et oblige à un traitement de l'ensemble des groupes Pygmées.

Toutefois ce "nomadisme" des Pygmées (pour des raisons cynégétiques, d'évitement ou matrimoniales) doit également être analysé au vu des données anthropologiques. En effet, actuellement, la majorité des Pygmées "nomades" s'établissent une grande partie de l'année dans des campements situés à une distance assez proche des villages Grands Noirs avec lesquels ils entretiennent des relations particulières que Bahuchet a qualifiées de "patronage" au sens romain du terme. De nos jours, pour des raisons économiques (le besoin en main-d'œuvre servile pour les exploitations familiales augmente du fait de l'exode rural et de la marginalisation économique des régions forestières), les "patrons" exercent un contrôle de plus en plus étroit sur leurs "clients" Pygmées. En conséquence, ils connaissent parfaitement leur famille, leur activité et leur position géographique : le nomadisme des Pygmées est sous surveillance.

Mais, ce patronage ne s'accompagne ni d'un droit à la santé, ni d'un droit à une scolarité normale, ni du respect des droits économiques (sous-évaluation de leurs prestations cynégétiques ou en natures, de leurs salaires, pas de protection de l'État contre certaines formes d'endettement), ni des droits civiques élémentaires (absence de recensement, difficultés pour les Pygmées d'obtenir des papiers d'identité, pratiques autoritaires de l'administration et des villageois sur lesquelles l'État ferme les yeux), et fait de ces populations de véritables immigrés de l'intérieur.

Ce rapport de forces entre les deux communautés et l'attitude de l'État sont passés sous silence dans la quasi-totalité des publications médicales. Ils sont, en revanche, parfaitement analysés dans les travaux des ethnologues (Balandier, 1957 ; Bahuchet, en cours ; Delobea *et al.*, 1989). Ne sont-ils pas responsables de la persistance dans les campements pygmées de conditions d'hygiène et de promiscuité propices à la persistance de l'endémie pianique.

C'est pour répondre à ces questions et continuer de manière plus efficace la lutte contre ce fléau que nous proposons de constituer un *Observatoire de la santé des Pygmées*, constitué d'universitaires spécialisés dans la

médecine tropicale, d'ethnologues présents dans la région, de juristes au fait des problèmes de droit soulevés par les peuples tribaux, d'historiens de l'Afrique centrale et de représentants d'associations humanitaires ayant travaillé chez les Pygmées. La composition pluridisciplinaire de ce groupe permettrait d'intégrer à la stratégie à mener les problèmes liés aux particularités des maladies, aux migrations des populations Pygmées, aux antagonismes ethniques, aux volontés assimilationnistes des pouvoirs, aux difficultés économiques et à la marginalisation de l'hinterland africain.

La disparition du pian dans ces populations sera, pour nous, une preuve parmi d'autres (papiers d'identité, scolarité...) de leur intégration à la société dominante. D'une manière plus générale, la distribution de la maladie dans la région dessine la carte des inégalités sanitaires et des territoires où l'accès à un service de santé minimal est absent.

## BIBLIOGRAPHIE

- BAHUCHET S., en cours. *Encyclopédie des Pygmées Aka*, Paris, SELAF.
- BALANDIER G, 1957, *Afrique ambiguë*. Paris, Plon.
- CICERA P., PALISSON M.J., PINERD G., JAEGER G., 1977, La sérologie tréponémique dans une population de Pygmées Bi-Aka centrafricaine, *Bull. Soc. Path. Exot.*, 70 : 32-36.
- DELOBEAU J.M. 1989, Yamonzombo et Yandenga. Les relations entre les villages Monzombo et les campements Pygmées Akas dans la sous préfecture de Mongoumba, Paris, SELAF.
- HERVE V., KASSA KELEMBHO E., NORMAND P., GEORGES A., MATHIOT C., MARTIN P. 1992, Résurgence du pian en République centrafricaine, rôle de la population Pygmée comme réservoir de virus, *Bull. Soc. Path. Exot.*, 85 : 342-346.
- HEYMER A. 1985, Sédentarisation, acculturation et maladie infectieuse, un problème socio-écologique des Pygmées Bayaka. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 78 : 226-238.
- LOUIS F.J., MIALHES P., TREBUCQ A., BERTRAND, MAUBERT, LOUIS J.P., 1993, Le pian chez les Pygmées, indicateur de régression de soins de santé primaire en Afrique centrale, *Cahiers santé*, 3 : 128-32.
- LOUIS J. P., TREBUCQ A., GELAS H. 1989, Situation de l'endémie pianique dans les Etats-membres de l'OCEAC, *Bull. liais. Doc. OCEAC*, n°89-90.
- MARTIN B.M.V., GONZALES J.P., MARTIN M.H., GEORGES-COURBOT M.C., PALISSON M.J. et GEORGES A.J. 1988, Clinical Aspects and Usefulness of Indirect Absorbed Immunofluorescence for Diagnosis of Yaws in Central Africa, *Journal of Clinical Microbiology*, 2432-2433.
- MARTIN P., KELEMBHO E., NORMAND P., 1990, Etude de l'endémie pianique chez les enfants Pygmées de RCA. 31<sup>ème</sup> Congrès International de Médecine Tropicale de Langue Française, Lomé, Togo, 5-8 nov 1990.
- MOULAI-PELAT J. P., MAKUVA M., PENCHENIER L., JANNIN J., FADAT G., MIEHANKANDA J., 1992, Les Pygmées : une ethnie à l'abri des MST ? *Médecine d'Afrique Noire*, 39 (2).

- OBVALA D. 1986, Efficacité de l'Extencilline dans le traitement du pian et prévalence de cette endémie dans la région de la Likouala (Congo). *Bull. de l'OCEAC*, 73.
- PAMPLIGLIONE S. et WILKINSON A.E. 1975, A study of Yaws among Pygmies of Cameroon and Zaïre. *Brit. J. Vener. Dis.*, 51 : 165.
- SALOMONE G., 2000, La lutte contre les grandes endémies des populations des forêts équatoriales. L'exemple du pian chez les Pymées du Nord-Congo. Thèse de Sciences Juridiques et politiques, Université Paris VII.
- SARRADON A., SARRADON A. 1986, Les Pygmées du Centrafrique : approche de leur pathologie. *Médecine d'Afrique Noire*, 196 : 33.
- SGMHP, 1958, *Archives du Service de Santé de la France d'Outre-mer*, Le Pharo, Marseille, rapports de mission : 1955, 1956, 1957, 1958.
- T.M.C., 1995, *La lutte contre le pian chez les Pygmées du Nord-Congo, 1991-1995*. Rapports de mission.
- VAUCEL M.A. 1950, Le pian dans les territoires africains français. *Archives du Service de Santé de la France d'Outre-mer*, Le Pharo, Marseille.
- WIDI-WIRSKI R., DECOSTA J., MEHEUS A. 1980, Prévalence du pian chez les Pygmées de Centrafrique, *Ann. Soc. Belge Méd Trop.*, 60 : 61-67.

# Travaux de la Société d'Écologie Humaine

Directeur de la Publication : Nicole Vernazza-Licht

Déjà parus :

*L'homme et le Lac, 1995*

*Impact de l'homme sur les milieux naturels : Perceptions et mesures, 1996*

*Villes du Sud et environnement, 1997*

*L'homme et la lagune. De l'espace naturel à l'espace urbanisé, 1998*

Cet ouvrage trouve son origine dans les X<sup>e</sup> journées scientifiques de la Société d'Écologie Humaine (Marseille, novembre 1998) organisées par la SEH, le programme Avenir des Peuples des Forêts Tropicales et l'UMR 6578 du CNRS-Université de la Méditerranée. Elles ont bénéficié de l'appui du programme "Environnement, vie, sociétés" du CNRS et du Département "Environnement, technologies et société" de l'Université de Provence.

Les éditeurs scientifiques tiennent à remercier : Patrick Baudot (Université de Provence, Marseille), Edmond Dounias (IRD, Montpellier), Alain Froment (IRD, Orléans), Annette Hladik (CNRS, Paris), Annie Hubert (CNRS, Bordeaux), Pierre Lemonnier (CNRS, Marseille), Glenn Smith (LASEMA, Paris) et Theodore Trefon (APFT, Bruxelles) pour leur aide précieuse dans la relecture de certains manuscrits.

Cet ouvrage a été publié avec le concours financier de l'Union Européenne (programme APFT, DG Développement) et du Conseil Général des Bouches-du-Rhône.

*Les opinions émises dans le cadre de chaque article n'engagent que leurs auteurs.*

SOCIÉTÉ D'ÉCOLOGIE HUMAINE

c/o UMR 6578 du CNRS-Université de la Méditerranée

Faculté de Médecine, 27, boulevard Jean-Moulin

13385 Marseille cedex 5

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2000

ISBN 2-9511840-5-0

ISSN 1284-5590

*Tous droits réservés pour tous pays*

© Éditions de Bergier

476 chemin de Bergier, 06740 Châteauneuf de Grasse

bergier@wanadoo.fr

# L'HOMME ET LA FORÊT TROPICALE

**Éditeurs scientifiques**

Serge Bahuchet, Daniel Bley,  
Hélène Pagezy, Nicole Vernazza-Licht

Travaux de  
la Société  
d'Ecologie  
Humaine



1999