

O. C. C. G. E.

O. R. S. T. O. M.

INSTITUT PIERRE RICHET

BP. 1500 - BOUAKE - COTE D'IVOIRE

LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE EN COTE D'IVOIRE *

XVIII. Le Secteur de Santé Rurale de DIVO

(de l'origine au 31/12/1986).

par

L. PENCHENIER **

G. KOUADIO KOUAME ***

N° 21/IPR/RAP/87

* Ce programme de Recherche effectué avec le Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire de BOUAKE 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 RICHET (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 DIVO.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	P. 1
I - LE MILIEU	2
II - LES HOMMES	4
III - LES GLOSSINES	6
IV - LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE DANS LE SECTEUR DE DIVO	6
IV.1 - HISTORIQUE DU SECTEUR	6
IV.1.1 - Création du Secteur	6
IV.1.2 - Evolution de la Trypanosomiase du début du siècle à 1974	7
IV.2 - EVOLUTION DE LA TRYPANOSOMIASE DE 1974 à 1983	10
IV.3 - LA TRYPANOSOMIASE DEPUIS L'OUVERTURE DU SECTEUR	12
V - CONCLUSION	14
REMERCIEMENTS	14
BIBLIOGRAPHIE	15

R E S U M E

Le Secteur de Santé Rurale de DIVO, quoique n'étant pas un secteur où la trypanosomiase humaine puisse être considérée comme une priorité, n'en demeure pas moins un secteur où s'effectue la transmission de la maladie. L'importance de cette transmission est difficile à préciser par manque de données détaillées. Les rares en notre possession montrent que la région de LAKOTA a été, dans les années 63-64, une zone active de transmission et qu'en 1986, on dépiste encore des malades contaminés localement. La situation actuelle pouvant parfaitement se détériorer, il est nécessaire que le secteur demeure vigilant vis-à-vis de cette endémie.

M O T S C L E S :

Trypanosomiase Humaine - Côte d'Ivoire - DIVO - Répartition - Historique - Groupes Ethniques - Migration - Transmission - Glossines - Epidémiologie.

I N T R O D U C T I O N

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

Le tout jeune secteur de DIVO n'a pas encore d'Histoire. Son passé est mêlé à celui des secteurs de TIISSALE et surtout d'ABIDJAN. Mais, que ce soit dans les archives de ces deux secteurs ou dans ses trois années d'existence, il est fait état de la trypanosomiase humaine.

Contrairement au secteur de DALOA, ABENGOUROU, ABOISSO..., il n'est pas question ici d'une endémie préoccupante mais de cas sporadiques dont il ne faut pas minimiser l'importance. La flambée épidémique de 1977 vers VAVOUA était vraisemblablement due aux conséquences de l'essor agricole, aux conditions bio-climatiques des années précédentes qui avaient entraîné de fortes densités de glossines et surtout à l'existence de trypanosomés épars dans les campements et jamais prospectés. Or, ce réservoir humain existe - à un moindre degré - dans la plupart des secteurs de Côte d'Ivoire sous la forme, comme à VAVOUA, de planteurs dispersés, isolés dans leurs campements 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.

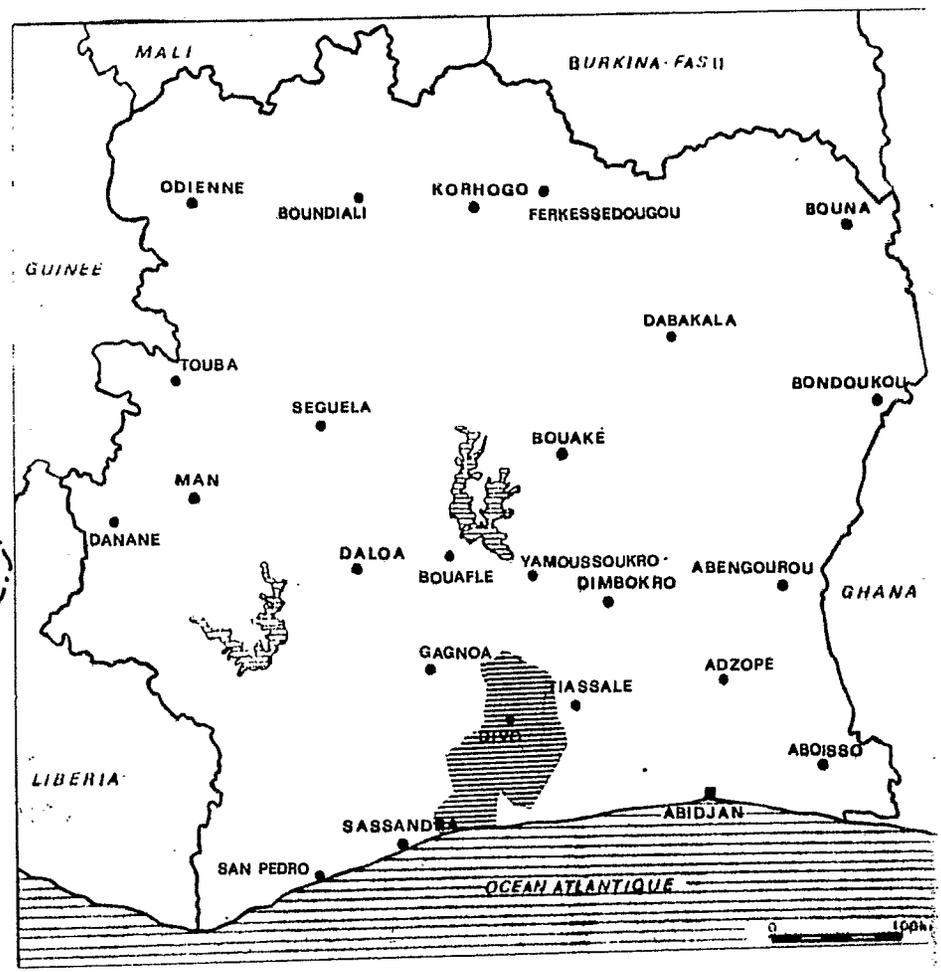
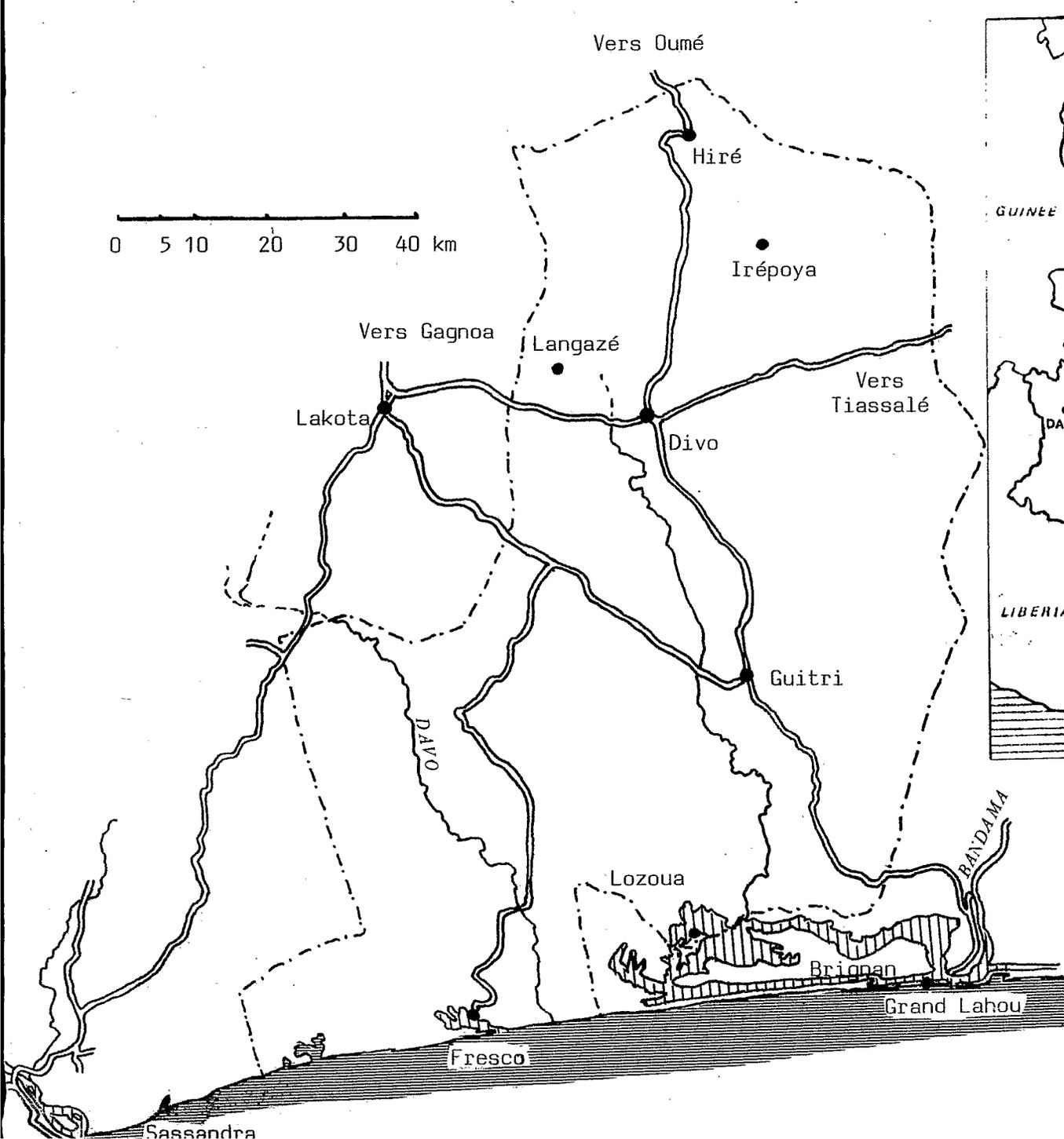
I. LE MILIEU

Le secteur de DIVO s'étend de la Côte Atlantique à la hauteur de GAGNOA et du Bandama à la rivière Davo qui se jette dans le Sassandra. De forme grossièrement carrée, il fait dans les cent vingt kilomètres de côté (carte 1).

Il est bordé, à l'ouest par le secteur de SASSANDRA, à l'est par celui de TIASSALE et au nord par le secteur de GAGNOA. Au sud il est limité par cinquante kilomètres d'Océan Atlantique, le reste de son littoral lui ayant été amputé par le secteur de TIASSALE.

Le relief du secteur est plat. Le climat est similaire à celui de TIASSALE. Pluviométrie moyenne de 1 600 mm dans le sud et 1 400 mm dans le nord avec, au sud, la grande saison des pluies qui s'étale d'avril à juillet avec son maximum en juin (près de 25 jours de pluie dans le mois) et la petite de septembre à novembre avec son maximum en octobre (8 à 10 jours de pluie). L'insolation y varie dans l'année entre 75 et 175 h par trente jours (maximums en février et novembre). Dans le nord la différence entre les deux saisons des pluies est nettement moins marquée. Le maximum mensuel de journées de pluies ne dépasse pas dix. Par contre l'insolation y est plus importante, variant de 100 à plus de 200 h par trente jours.

La végétation du secteur va du type guinéen ombrophile au sud, avec une forêt fortement défrichée, souvent marécageuse, au type guinéen mésophile au nord, dominé par une forêt dense humide semi-décidue très défrichée par l'homme.



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

Carte 2 : Le Secteur de DIVO

II. LES HOMMES

Le peuplement ethnique du secteur appartient presque exclusivement au groupe culturel Krou alors que celui du secteur de TIASSALE est exclusivement Akan. Seule fait exception une petite zone au sud de l'axe DIVO-LAKOTA où vivent des Akans : les Egas. Hormis le sud-ouest du secteur où l'on trouve des Godiés (leur zone de peuplement correspond surtout au secteur de SASSANDRA), les représentants du groupe Krou sont les Didas.

Les Krous sont caractérisés par une société de type lignager à filiation patrilinéaire, à résidence patrilocale et à mariage virilocal. L'unité majeure est la tribu composée de clans associés. Le clan est le groupe de descendance le plus vaste et son importance dépendra de l'ancienneté de son ancêtre commun. Cette prédominance de la descendance se retrouve au sein du clan dans les lignages moyens, mineurs ou minimaux. Ainsi, les Didas regroupent 68 tribus d'un maximum de 3 000 personnes chacune. Chaque village est constitué d'un certain nombre de lignages moyens ou "*Lokpa*" qui sont des patrilignages localisés remontant à un ancêtre commun à la 4, 5 ou 6ème génération ascendante. Le Lokpa se divise en "*Sizi*" (maisons) qui est un lignage mineur ou minimal. Ce type social où la parenté joue un rôle prépondérant aboutit à une absence de pouvoir central. La seule autorité réellement incontestée est l'aîné du lignage.

Les Krous sont monothéistes, mais leur Dieu nécessite, pour le joindre, des divinités intermédiaires, les génies, ce qui donne un panthéon multiple où se côtoient bons génies, sorcières, êtres fabuleux... Les ancêtres n'occupent qu'une place insignifiante dans cet ensemble.

Hommes de forêt, incontestablement d'origine autochtone, les Krous vivent de cultures de clairière (riz, manioc...) et, depuis le développement des cultures de traite, de la production des plantations de café et cacao.

Le secteur de DIVO, depuis 1984, date à laquelle on lui a adjoint la sous-préfecture de FRESCO précédemment rattachée au secteur de GAGNOA, est composé de 4 sous-préfectures regroupant 11 cantons (carte 2 et tableau 1).

SOUS PREFECTURE	CANTONS	SUPERFICIE	POPULATION
DIVO	ABOHIRI MENEHIRI ZEDIE DIES GARO GUIBOUA	2 630 km ²	143 815
HIRE	WATA ZEGO	560 km ²	31 391
GUITRY	YOCOBOUE GAGBA	2 890 km ²	49 383
FRESCO	GODIE	1 840 km ²	19 182
		7 920 km ²	243 771

**TABEAU 1 : Le secteur de DIVO.
Recensement de 1985.**

III. LES GLOSSINES

Dans leur étude sur la répartition des glossines en Côte d'Ivoire, LAVEISSIERE et CHALLIER (1981) ne signalent aucune glossine dans le secteur et nous n'avons pas trouvé trace d'étude entomologique dans les rapports citant la région DIVO-LAKOTA-FRESCO. Néanmoins les glossines existent. Elles nous ont été signalées par les infirmiers du secteur. Il est très vraisemblable que *Glossina palpalis* soit présente dans tout le secteur.

IV. LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE DANS LE SECTEUR DE DIVO

IV.1 - HISTORIQUE DU SECTEUR

IV.1.1 - Création du secteur.

Nous ne reprendrons pas ici le détail de l'historique du secteur de DIVO à l'époque où il n'était pas encore individualisé. Nous l'avons déjà décrit par ailleurs (PENCHENIER et al. 1987 a et b). Nous nous contenterons d'en signaler les points marquants.

L'historique des Secteurs de Santé rurale de Côte d'Ivoire est étroitement attachée à l'histoire de la trypanosomiase en Afrique de l'Ouest et directement issue de celle des services ayant lutté contre cette endémie (Service Autonome de la Maladie du Sommeil -SGAMS- ; Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie - SGHMP ; Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies - OCCGE-) (cf. Annexe 1 et PENCHENIER et al. 1986 a et b).

Comme le secteur de santé rurale de TIASSALE, le secteur de santé rurale de DIVO est issu du secteur annexe n° 22, créé par arrêté du 31/08/1939 et officieusement ouvert 10 ans après, le 1/08/1948 (arrêté du 31/07/1948).

En 1960 le secteur annexe n° 22, dénommé Secteur Départemental d'ABIDJAN-DIVO correspondait aux actuels secteurs d'ABIDJAN, ABOISSO, TIASSALE et DIVO. A cette époque le recensement indiquait 439 000 habitants. En 1966, avec une population qui est passée à 674 300 personnes, dont 285 000 pour la seule ville d'ABIDJAN, le secteur n'avait qu'une seule hyposerie située à PORT-BOUET et composée de 10 lits.

En 1974 le secteur de TIASSALE sera individualisé et la gestion du secteur de DIVO lui sera confié. Neuf ans après le secteur de DIVO acquérait son indépendance. Ouvert début 1983 par un infirmier major, il ne sera pris officiellement en charge par le Dr KOUADIO KOUAME, son actuel médecin chef, qu'en novembre de la même année.

IV.1.2 - Evolution de la trypanosomiase du début du siècle à 1974

L'analyse des archives ne donne que peu de renseignements sur l'origine des malades. Dans les publications du premier quart de ce siècle sur la trypanosomiase en Basse Côte (BOUET, BOUFFARD...), il n'est pas fait état de la région qui deviendra le secteur de DIVO alors que des malades sont signalés vers LAHOU. Les années suivantes ne sont pas plus parlantes. Même l'ouverture du secteur d'ABIDJAN n'apportera pas plus de renseignements. En effet, dans les documents disponibles, il est rarement fait mention de l'origine des malades centralisés à l'hyposerie de PORT BOUET. Ainsi, dans le rapport de 1958 écrit par LATTIER (Médecin responsable de la circonscription médicale de GRAND LAHOU qui regroupait en fait les subdivisions de GRAND LAHOU, DIVO et LAKOTA) il n'y a que trois lignes sur la trypanosomiase et encore n'y est-il pas fait mention de malades dépistés. Il y est seulement demandé que, du fait de l'arrivée de nombreux travailleurs du nord, une prospection soit rapidement organisée.

Pourtant les malades existent puisque les rapports annuels du SGHMP (créé le 22/01/45 et basé à BOBO-DIOULASSO) donne le chiffre de 657 trypanosomés dépistés de 1948 au 31/12/1959 dont 14 pour l'année 1948, année de l'ouverture du secteur d'ABIDJAN. Rien n'indique que les malades recensés soient originaires du secteur d'ABIDJAN, à *fortiori* de la région

de DIVO ou LAKOTA. Il est même probable que ces malades ne soient venus à ABIDJAN que du fait de leur maladie puisque dans les rapports détaillés on ne signale aucun malade dépisté lors de prospections et que la plupart des trypanosomés sont en seconde période. Ainsi, parmi les 48 malades de 1959, 41 sont étrangers au secteur (dont 21 étrangers à la Côte d'Ivoire). Quoique ne permettant pas de différencier les malades d'après leurs origines, nous donnons dans le tableau 2 les chiffres disponibles pour l'ensemble du secteur d'ABIDJAN.

Le nombre de malades dépistés de 1960 à 1974 est donné dans le tableau 3. Les rapports couvrant cette période ne subdivisent les trypanosomés qu'en "Ressortissants" ou "Etrangers" au secteur. Il n'est donc pas possible de se faire une idée des lieux présumés de contamination des malades. Une précision intéressante est apportée en 63-64 par SENTHILES, alors médecin chef du secteur d'ABIDJAN. Dans ces deux rapports annuels il signale qu'en 1963, 14 malades ont été dépistés à LAKOTA et 1 à DIVO et qu'en 1964 il en a été dépisté respectivement 9 et 0. Ces 24 malades sont classés comme malades du secteur et non comme Ivoiriens étrangers au secteur ou non Ivoiriens. En 1963, 106 malades du secteur ont été dépistés alors que, dans le même temps, il n'y a eu que 10 Ivoiriens étrangers au secteur et 3 non Ivoiriens trouvés trypanosomés. En 1964 le rapport entre ces trois groupes varie sensiblement les effectifs passant respectivement à 35, 13 et 4. Il semble donc qu'à cette époque la maladie concernait essentiellement les autochtones (89 % des malades en 63 et 67 % en 64) et que la région de LAKOTA était particulièrement concernée (13 % des malades autochtones en 63 et 26 % en 64). Seule la région d'AYAME est plus touchée. Mais il faut se garder d'en conclure que les malades se sont contaminés à DIVO. En effet, si l'on se limite à l'analyse des origines des malades, comme cela a été fait pour les autres rapports, on obtient des résultats sensiblement différents. Ainsi, dans le cas des 17 trypanosomés probablement contaminés à AYAME en 1964, 4 sont d'origine voltaïque et 6 d'origine malienne.

ANNEES	POPULATION		N. T.	INDICES	
	RECENSEE	VISITEE		I. C. N.	I. C. T.
1948	180 000	?	14	?	?
1949	?	?	66	?	?
1950	?	26 226	72	?	?
1951	?	39 697	60	?	?
1952	?	32 739	73	?	?
1953	?	69 591	96	?	?
1954	?	68 855	62	?	?
1955	?	39 005	47	?	?
1956	225 000	98 259	47	?	?
1957	?	136 809	55	0,040	0,04
1958	?	117 314	26	0,019	0,08
1959	439 000	153 228	48	0,034	0,03
TOTAL	?	781 723	657	?	?

TABEAU 2 : Evolution de la trypanosomiase dans le secteur annexe d'ABIDJAN de 1948 à 1959.

Source : Rapports annuels - Archives du Ministère de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire.

N.T. = Nouveaux trypanosomés

I.C.N. = Indice de contamination nouvelle (NT dépistés dans l'année x 100 / ensemble de la population examinée - anciens trypanosomés réexaminés).

I.C.T. = Indice de contamination totale (nombre total des cas pris en charge x 100 / population totale du dernier recensement).

ANNEE	NOUVEAUX TRYPANOSOMES		ANNEE	NOUVEAUX TRYPANOSOMES	
	ABIDJAN	R. C. I.		ABIDJAN	R. C. I.
1960	40	835	1968	17	376
1961	90	968	1969	20	176
1962	101	918	1970	11	148
1963	119	840	1971	4	104
1964	61	577	1972	8	110
1965	44	394	1973	14	131
1966	?	320	1974	16	93
1967	28	275			

TABLEAU 3 : Bilan des dépistages à ABIDJAN et en Côte d'Ivoire de 1960 à 1974.

Source : Ministère de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire.

IV.2 - EVOLUTION DE LA TRYPANOSOMIASE DE 1974 à 1983

Lors de son ouverture, en 1974, le secteur de TIASSALE englobait celui de DIVO. Il fut ouvert par le Dr YAPO, rapidement remplacé par l'infirmier major Idrissa QUATTARA. En 1978, le Dr PORTIER en devient Médecin Chef, puis, en 1980 le Dr BUSSIÈRE, et, depuis 1982, le Dr MARTINET. Ce n'est qu'en 1983 que le secteur de DIVO acquerra son indépendance.

En 1976 une équipe de prospection polyvalente fut créée. Les prospections eurent lieu de 1976 à 1984. Depuis, pour des raisons matérielles il n'y a plus eu de prospections. Il fallait quatre ans à cette équipe pour couvrir l'ensemble des cantons du secteur (bord lagunaire excepté qui, comme déjà signalé, n'a jamais été prospecté) et les malades dépistés étaient aussitôt adressés, sans dossiers, à l'hypnose de PORT BOUET, ce qui explique qu'il n'y ait, aucune archive pour cette période. Les seules archives disponibles sont un registre ouvert en 1980. Nous

disposons, pour la période allant de 1972 à 1982, des fiches statistiques du Centre Muraz (OCCGE) et, de 1973 à 1983, de celles du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Pour la période 1980-1983 nous avons, par le secteur, des renseignements plus détaillés.

Comme cela a été indiqué dans les autres rapports, il existe une certaine discordance entre les sources de données. Ne pouvant trancher, nous avons regroupé dans le tableau 4 les différentes données chiffrées disponibles.

ANNEES	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	TOTAL
OCCGE	8	4	1	10	0	4	0	4	4	0	5	?	40
RCI	?	1	1	10	2	4	0	0	4	0	5	1	28
Secteur	?	?	?	?	?	?	?	?	1	0	4	2	7

TABLEAU 4 : Bilan des données chiffrées des malades du secteur de 1972 à 1983.

Sources : Archives de l'OCCGE
Archives du Ministère de la Santé (RCI)
Archives du secteur.

Parmi les malades comptabilisés par le secteur, il en est qui sont maintenant rattachés à DIVO. Quoiqu'inscrits sur le registre de TIASSALE, et donc reportés dans le tableau 4, ils ont reçu un numéro au secteur de DIVO lors de son ouverture. Il s'agit d'un malade de 1982 et d'un de 83.

De 1980 à 1983 il n'y a que cinq dossiers relativement détaillés. Leur faible nombre a permis de les rassembler dans le tableau 5.

ANNEE	LIEU DE RESIDENCE	P.	S.	DN.	LIEU D'ORIGINE	ETHNIE	LIEU DE DEPISTAGE
1980	LOZOUA (GUITRI)	2	M	59	Burkina-Faso	Mossi	ABIDJAN
1982	BLE (DIVO)	2	F	42	BLE	Baoulé	BS. TIASSALE
	WOUAREBO (DIVO)	2	F	62	WOUAREBO	Baoulé	BS. TIASSALE
	IREPORYA (DIVO)	2	M	55	GOUMI (BF)	Gourounsi	CZ. DIVO
1983	LAGAZE (DIVO)	2	M	48	ODIENNE	Sénoufo	CZ. DIVO

TABLEAU 5 : Données sur les malades du secteur de 1980 à 1983.

Sources : Archives du secteur.

P. = Période S. = Sexe DN. = Date de naissance
 BS = Base de secteur CZ = Centre de zone

Ces cinq dossiers sont ceux de malades de la sous-préfecture de DIVO. Le malade de 1980 s'est vraisemblablement contaminé vers GUITRI (il vit dans l'île de LOZOUA). Pour les deux premiers de 1982 la contamination s'est sûrement faite au lieu de résidence. Le troisième a pu se contaminer au Burkina et le malade de 1983 à BOUAFLE.

IV.3 - LA TRYPANOSOMIASE DEPUIS L'OUVERTURE DU SECTEUR

Avant l'ouverture du secteur, outre les malades du tableau 5, 2 malades (comptabilisés dans le tableau 4) avaient été dépistés dans ce qui sera le secteur de DIVO. Leurs dossiers ont été transmis en 1983 à DIVO où ils ont reçu les numéros d'archives 1 et 2. Pour le premier, il s'agit d'un enfant de huit ans d'origine malienne, né et dépisté à LAGAZE (S/P DIVO) en 82. Il n'avait jamais quitté LAGAZE. Il était en deuxième période et est décédé de sa maladie. Le deuxième est également un enfant. Agé de 11 ans, il est né à GRO (S/P DIVO) et est d'ethnie Dida. Il n'a jamais quitté son village. Lui aussi était en deuxième période.

Depuis l'ouverture du secteur, 4 nouveaux trypanosomés ont été dépistés, 1 en 1984 et 3 en 1986. Leurs dossiers sont résumés dans le tableau 6.

ANNEE	LIEU DE RESIDENCE	P.	S.	DN.	LIEU D'ORIGINE	ETHNIE	LIEU DE DEPISTAGE
1984	DIVO	?	F	58	Burkina-Faso	Mossi	BS. DIVO
1986	DIVO (Ville)	?	F	44	Mali	Dioula	BS. DIVO
	DIVO (en campement)	?	F	33	Mali	Dioula	au campement
	KOUKOUEDOU (DIVO)	?	F	59	Burkina-Faso	Mossi	BS. DIVO

TABLEAU 6 : Données sur les malades du secteur de 1984 à 1986.

Sources : Archives du secteur.

P. = Période

S. = Sexe

DN. = Date de naissance

Deux de ces 4 malades se sont vraisemblablement contaminés dans le secteur de DIVO. Il s'agit du premier et du deuxième malade de 1986. Selon leur dossier, ils n'auraient pas quitté la région depuis 15 ans pour le premier et 10 ans pour le deuxième. Le malade de 1984 serait à DIVO depuis 3 ans et le dernier de 86, depuis 3 ans également.

Sur l'ensemble des 11 malades dépistés dans le secteur de DIVO depuis 1980, il y en a donc 7 qui se sont très probablement contaminés localement.

V. CONCLUSION

Il y a une contradiction entre le fait que le secteur de DIVO n'ait presque jamais été cité en matière de Trypanosomiase humaine et le fait que les deux seules données chiffrées sur ce secteur (rapports de 1963-64 et dossiers de 1980-86) montre la présence d'un nombre non négligeable de malades vraisemblablement contaminés dans le secteur. Le caractère sporadique des cas ne permet pas de préciser des zones à risque, même s'il semble que la sous-préfecture de DIVO soit la plus concernée.

Comme pour le secteur de TIASSALE, la situation ne justifie pas les frais de la mise en place d'une équipe de prospection, mais des actions ponctuelles (à LAGAZE par exemple), dans le cadre des prospections polyvalentes ne sont pas à écarter.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont aux Docteurs J. RIVE du Ministère de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire, J. PROD'HON, J. P. EOUZAN et C. LAVEISSIERE de l'O.R.S.T.O.M. pour l'aide qu'ils nous ont apportée à tous les niveaux de ce travail.

B I B L I O G R A P H I E

- ANONYME, 1974 - Atlas de Côte d'Ivoire. ORSTOM -IGT. édit. : Ministère du Plan de Côte d'Ivoire.
- BOUET (G.), 1908 - Journal officiel de la Côte d'Ivoire, 29 février 1908, n° 4, pg. 75.
- BOUET (G.), 1916 - Existence d'un petit foyer de trypanosomiase humaine à la Basse Côte d'Ivoire. Bull. Soc. Path. Exot. Séance du 8 mars 1916., 168 - 186.
- BOUFFARD (G.), 1930 - La trypanosomiasis humaine en Côte d'Ivoire. Bull. Soc. Path. Exot. Séance du 12 novembre 1930, 922 - 927.
- 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 1/2000 000. ORSTOM - Paris.
- LAVEISSIERE (C.), HERVOUET (J.P.) et COURET (D.), 1986 (a) - Localisation et fréquence du contact homme/glossine en secteur forestier de Côte d'Ivoire. 1. Recherche des points épidémiologiquement dangereux dans l'environnement végétal. Cah. ORSTOM, sér. Ent. Méd. et Parasitol., XXIV, N° 1, 21-35.
- LAVEISSIERE (C.), HERVOUET (J. P.) et COURET (D.), 1986 (b) - Localisation et fréquence du contact homme/glossine en secteur forestier de Côte d'Ivoire. 2. Le facteur humain et la transmission de la trypanosomiase. Cah. ORSTOM, sér. Ent. Méd. et Parasitol., XXIV, N° 1, 45-57.

PENCHENIER (L.), HERVOUET (J. P.) et ASSALE (A.), 1986 (a) - La Trypanosomias Humaine en Côte d'Ivoire. II : Le Secteur de Santé Rurale de Man (du début des prospections au 31/12/1985). Rapport OCCGE/IPR, N° 12/IPR/RAP/86, 33 pgs.

PENCHENIER (L.), et AMANAMAN (A.), 1986 (b) - La Trypanosomias Humaine en Côte d'Ivoire. III le Secteur de Santé Rurale de Danané (du début des prospections au 31/12/1985). Rapport OCCGE/IPR, N° 23/IPR/RAP/86, 56 pgs.

PENCHENIER (L.), 1987 (a) - La Trypanosomias Humaine en Côte d'Ivoire. XV : le Secteur de Santé Rurale d'Abidjan (du début des prospections au 31/12/1985). Rapport OCCGE/IPR, N° 02/IPR/RAP/87, 24 pgs.

PENCHENIER (L.) et MARTINET (M.), 1987 (b) - La Trypanosomias Humaine en Côte d'Ivoire. XVII : le Secteur de Santé Rurale de Tiassalé (du début des prospections au 31/12/1986). Rapport OCCGE/IPR, N°20/IPR/RAP/87, 16 pgs.

SGAMS et SGHMP - Rapports annuels 1940 à 1958. OCCGE - Centre Muraz - Bobo-Dioulasso.

Service des Grandes Endémies de Côte d'Ivoire, 1966, Synthèse d'Activités 1960 - 1966.