

O. C. C. G. E.

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

I N S T I T U T P I E R R E R I C H E T

B P 1 5 0 0 - B O U A K E - C O T E D ' I V O I R E

-----

ARCHIVAGE ET ORIGINE REELLE DES MALADES TRYPANOSOMES

DANS LES SECTEURS DE SANTE RURALE DE COTE D'IVOIRE

par

L. PENCHENIER \*

et

J. P. EOUZAN \*\*

N° 27/IPR/RAP/87

---

\* 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).

\*\* Entomologiste de l'ORSTOM - Directeur de l'Institut Pierre Richet (OCCGE) - même adresse.

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 24 701 ex-1

Cote : 13

21 AVR. 1988

La connaissance de la situation épidémiologique d'une pathologie comme la Trypanosomiase Humaine Africaine passe par la connaissance des lieux de contamination probable. Cette évidence est d'autant plus importante en Côte d'Ivoire (comparée à des pays comme le Congo, le Zaïre...) que, dans la plupart des secteurs de Côte d'Ivoire, on ne peut pas parler de "foyer". A de rares exceptions près les cas sont isolés comme si la présence d'un malade ne découlait pas de l'existence d'autres malades. Cette situation épidémiologique est extrêmement intéressante car elle pose le problème du mode de contamination et donc du réservoir de parasites.

Le point commun de ces malades est leur présence plus ou moins prolongée dans des plantations, soit qu'ils vivent dans des campements, soit qu'ils s'y rendent pendant les vacances, soit enfin que, vivant à la ville ou au village, ils vont aux champs tous les jours.

L'existence de ces malades isolés quoique pouvant être à l'origine d'une contamination locale, ne peut être considérée comme un risque majeur pour l'ensemble de la population des villages du secteur. Par contre l'extension des plantations de culture de traite (café - cacao) risque de poser à plus ou moins long terme un problème. Les populations qui y vivent, réparties dans une multitude de petits campements au milieu des plantations, sont mal recensées et encore moins contrôlées. Une telle situation est tout à fait favorable à la transmission de la maladie (LAVEISSIERE et al. 1986 a et b) et l'isolement des individus peut permettre de l'ignorer longtemps, celle-ci n'apparaissant aux autorités médicales que lorsqu'elle a pris un caractère épidémique. C'est, rappelons-le, ce qui s'est passé à VAVOUA.

Cette méconnaissance de la situation épidémiologique peut être aggravée par l'enregistrement des malades. Dans le cas de Sassandra que nous prendrons comme exemple, le fait est frappant puisque, pour la période 1980 - 1985, le secteur déclare 2 malades, les archives du ministère de la santé en signale 3 et, en examinant les dossiers des secteurs de MAN et GAGNOA, on s'aperçoit que, pour cette période, on en dénombre 14 !

L'étude du registre de GAGNOA sur lequel sont reportés les NT (Nouveaux Trypanosomés) du secteur de 1937 à 1984 (ce registre ouvert en 1962, renumérote tous les dossiers des années précédentes qui ont pu être retrouvés) fait état, entre 1940 et 1960, de 46 NT pour le département de SASSANDRA dont 28 pour le canton GODIE Est, 13 pour le canton NEYAU, et de 30 pour le département de SOUBRE dont 7 pour le canton BOBUO, 7 pour le canton GUIBUO et 6 pour le canton LOBE (Tableau 1) et carte.

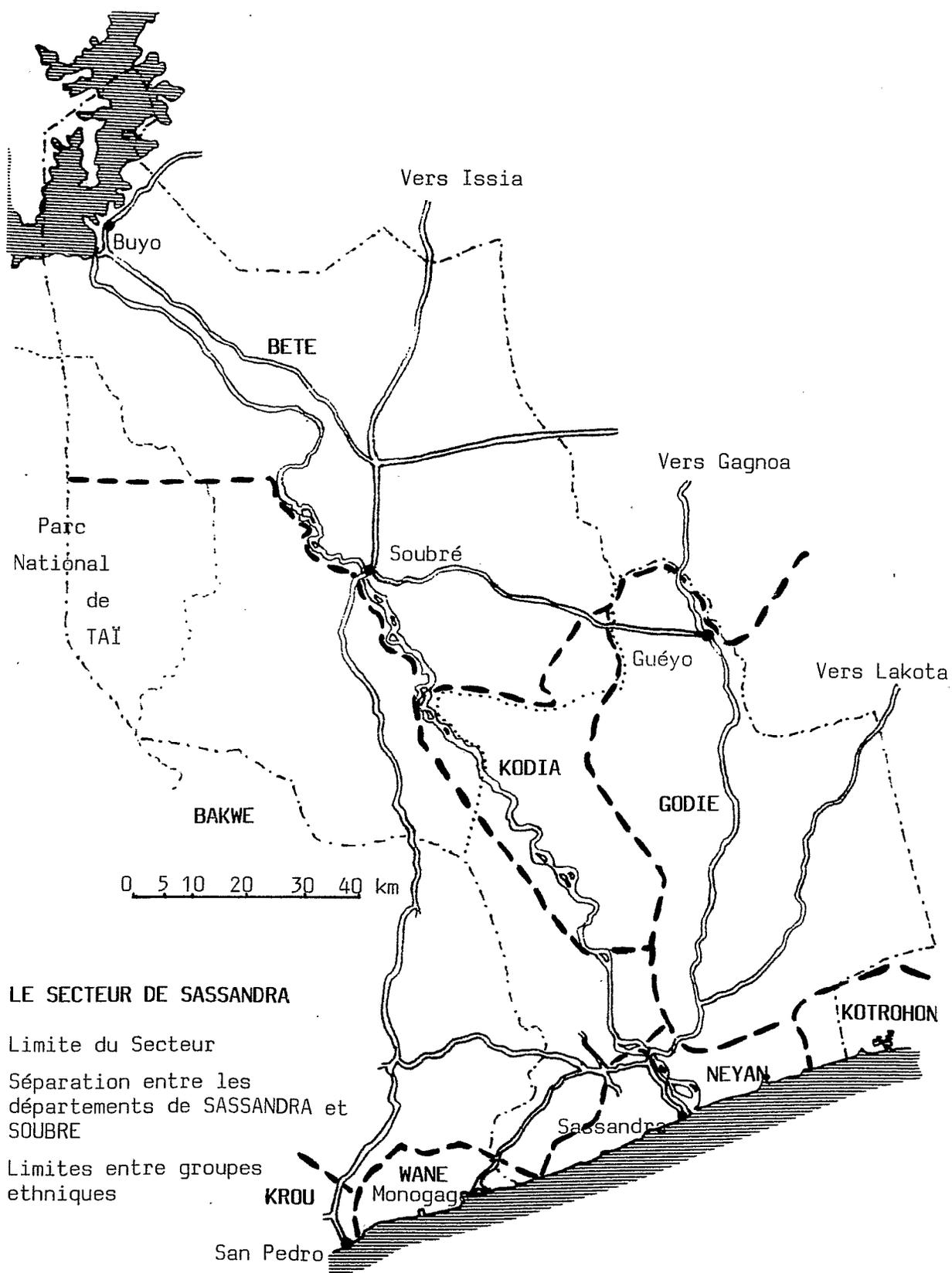
ANNEES	SS	SB	ANNEES	SS	SB	ANNEES	SS	SB	ANNEES	SS	SB
1940			1950	1		1960	3	2	1970 à 1979		
1941		1	1951	3		1961	6	5			
1942			1952	6	1	1962	1	1	1980		1
1943		1	1953	4	1	1963		2	1981		1
1944			1954	2	1	1964	2	1	1982		5
1945	1		1955	1	1	1965			1983		2
1946			1956	3	4	1966			1984		1
1947			1957	9	6	1967			1985		1
1948			1958	6	5	1968			1986		1
1949	1		1959	6	6	1969			1987		1

**TABLEAU 1 : Nombre de dossiers de malades du secteur de SASSANDRA archivés dans le secteur de GAGNOA.**

Dossiers ayant trait à des malades du département de :

SS = SASSANDRA

SB = SOUBRE



Nous ne reviendrons pas sur la période qui a précédé l'ouverture du secteur qui a été étudié par ailleurs (PENCHENIER et al. 1987) pour nous cantonner à ces 7 dernières années. Bien que le secteur de SASSANDRA ait acquis son autonomie le 1er janvier 1980, pour se faire une idée de l'évolution de la maladie dans le secteur il faut examiner les dossiers de GAGNOA car la population du département de SOUBRE va plus facilement consulter à GAGNOA qui n'est distant que de 100 km goudronnés qu'à SASSANDRA située à 163 km dont 70 de piste.

Treize de ces dossiers sont ceux de malades de SOUBRE (1 en 1980, 1 en 81, 5 en 1982, 2 en 1983, 1 en 1984, 85, 86 et 87). Il semble que nous avons là l'ensemble des dossiers de GAGNOA rattachables au secteur de SASSANDRA. A ceux-ci il faut ajouter 2 NT fichés à GAGNOA mais non numérotés dans ce secteur (il s'agirait de malades dépistés par SASSANDRA en 80 et en 85 et adressés à GAGNOA pour traitement. Celui de 85 n'est pas signalé dans les archives de SASSANDRA) et 1 NT dépisté à MAN en 1983 (PENCHENIER et al. 1986) ce qui porte à 16 le nombre des NT du secteur de SASSANDRA fichés hors de ce secteur entre 1980 et 1987, sous réserve de l'existence d'autres dossiers dans d'autres secteurs, en particulier dans celui de DALOA. Notons que TODESCO, alors médecin chef du secteur de MAN, signalait dans une lettre en date du 3/05/84 que plusieurs malades dépistés à MAN provenaient de la région DUEKOUÉ - ISSIA - SOUBRE.

Durant cette même période les archives du secteur ne font état que de 2 malades, l'un dépisté par le secteur en 80 (et adressé à GAGNOA pour traitement) et l'autre dépisté par GAGNOA. Il s'agit du malade de GAGNOA de 1981 qui est donc comptabilisé 2 fois. La fiche statistique annuelle du Ministère de la Santé vient encore compliquer les choses puisqu'elle fait état de l'existence d'un NT pour 1982, 83 et 85. Ainsi, pour 1982, selon que l'on tienne compte des archives de SASSANDRA, GAGNOA ou du ministère, on trouve respectivement 0, 5 ou 1 NT. Rappelons que pour l'ensemble de la période allant de 1980 à 1985 nous avons respectivement 2, 13 et 3 NT (le 14<sup>me</sup> NT dépisté durant cette période provenait de MAN).

Pour être complet nous donnons ci-dessous (Tableau 2) le détail de ces dossiers et l'analyse que nous en avons faite. Nous nous limiterons à 15 des 16 dossiers signalés car le malade dépisté par SASSANDRA en 1980 est en fait un malade dépendant du secteur de SAN PEDRO. Il est né à BABOUSSOUKO dans la Sous-Préfecture de GRAND BEREBI qu'il n'a jamais quitté.

ANNEE	LIEU DE RESIDENCE	DUREE DANS CE LIEU	P.	S.	DN.	LIEU DE NAISSANCE	ETHNIE
1980	SOUBRE	9 ans	1	F	68	GAGNOA	Mossi
1981	IFACI (SOUBRE)	2 ans	2	M	53	BURKINA F.	Mossi
1982	BRETIHIO (SOUBRE)	5 ans	1	M	63	KATIOLA	Tagouana
	SOUBRE et VI (BUYO)	Toujours	2	F	70	R.C.I.	Bété
	SOUBRE (campement)	6 ans	2	F	52	BURKINA F.	Mossi
	GBAZERE (SOUBRE)	Toujours	2	M	29	GBAZERE	Bété
	SOUBRE (campement)	6 ans	1	M	75	BURKINA F.	Mossi
	1983	SOUBRE	?	2	M	55	?
1983	SODEFOR (SOUBRE)	10 mois	2	M	58	BURKINA F.	Lobi
	SOUBRE (campement)	8 ans	2	M	63	TOUBA	Yakouba
	1984	OUREYO (SOUBRE)	2,5 ans	2	M	64	BURKINA F.
1985	OURAGABRE (SOUBRE)	?	2	M	78	?	Dioula
	ZERGBEU (SOUBRE)	4 ans	1	M	?	BURKINA F.	Mossi
1986	SOUBRE	12 ans	2	F	?	BURKINA F.	Dioula
1987	OURAHIO (SOUBRE)	10 ans	2	M	56	BURKINA F.	Gourounsi

**TABLEAU 2 : Données sur les malades du secteur de 1980 à août 1987.**

P. = Période

S. = Sexe

DN. = Date de naissance

La malade de 1980 et la deuxième de 1982 sont toutes deux élèves à SOUBRE et rejoignent, pendant les vacances, leurs parents au campement (près de SOUBRE pour la première et près de BUYO pour la seconde).

Le malade de 1981 était depuis 6 ans en RCI mais il n'est pas précisé où il vivait avant de travailler à l'IFACI.

La troisième malade de 1982 a pu se contaminer à VAVOUA où elle s'est rendue pour le traitement de son fils (pathologie ?). Il est à noter qu'elle est la mère du cinquième malade de 1982.

Nous avons peu de renseignements sur les malades de 1983. La seule chose indiquée pour le premier est qu'il vit à SOUBRE, quant au deuxième, aucune information ne permet de savoir ce qu'il faisait avant d'être à la SODEFOR. Il en est de même pour le premier malade de 1985. La deuxième, pour sa part, a vécu 4 ans à ZUENOULA avant de se rendre à ZERGBEU. Le troisième vit depuis 8 ans dans un campement près de SOUBRE. Il a été dépisté par le secteur de MAN.

Il semble que pour 7 des 14 malades on puisse considérer qu'ils se sont contaminés dans le secteur. Pour la mère et l'enfant dépistés en 1982, ils ont pu se contaminer dans le secteur ou vers VAVOUA. Le deuxième malade de 1983, s'il n'est pas dans le secteur depuis plus de 10 mois (ce qui ne peut être vérifié), ne s'y est vraisemblablement pas contaminé. Il en est de même pour le malade de 1981, mais celui-ci a dû se contaminer en RCI. Pour les 3 autres (1er malade de 1983, malade de 1984 et 1er malade de 1985) les renseignements sont insuffisants pour estimer quoique ce soit.

## C O N C L U S I O N

Le problème qui se pose ici est assez général en COTE D'IVOIRE. Souvent les malades sont enregistrés dans le secteur où ils ont été dépistés et non dans celui où ils vivent et où ils se sont contaminés ce qui gonfle le nombre des NT des secteurs à grandes agglomérations comme GAGNOA. Le cas est particulièrement marquant pour DALOA où, malgré l'effort du PRCT (Projet de Recherche Clinique sur la Trypanosomiase) pour signaler les NT dépistés aux secteurs dont ils dépendent, les malades sont souvent enregistrés comme contaminés dans le secteur de DALOA et ignorés dans leur secteur d'origine.

Il est extrêmement important que les Médecins Chefs de Secteur prennent conscience de cet état de fait et tachent d'y remédier, sinon on risque de prendre en considération des régions où les risques de contamination sont faibles, délaissant par méconnaissance les zones de transmission.

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

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, série 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 Trypanosomiase Humaine en Côte d'Ivoire. II - le Secteur de Santé Rurale de MAN (du début des prospections au 31.12.1985). Rapport OCCGE/IPR, N° 12/IPR/RAP/86, 29 pages.

PENCHENIER (L.) et GBANE (K.), 1987 - La Trypanosomiase Humaine en Côte d'Ivoire. XV - le Secteur de Santé Rurale de SASSANDRA (de l'origine au 31.07.1987). Rapport OCCGE/IPR, N° 26/IPR/RAP/87, 17 pages.