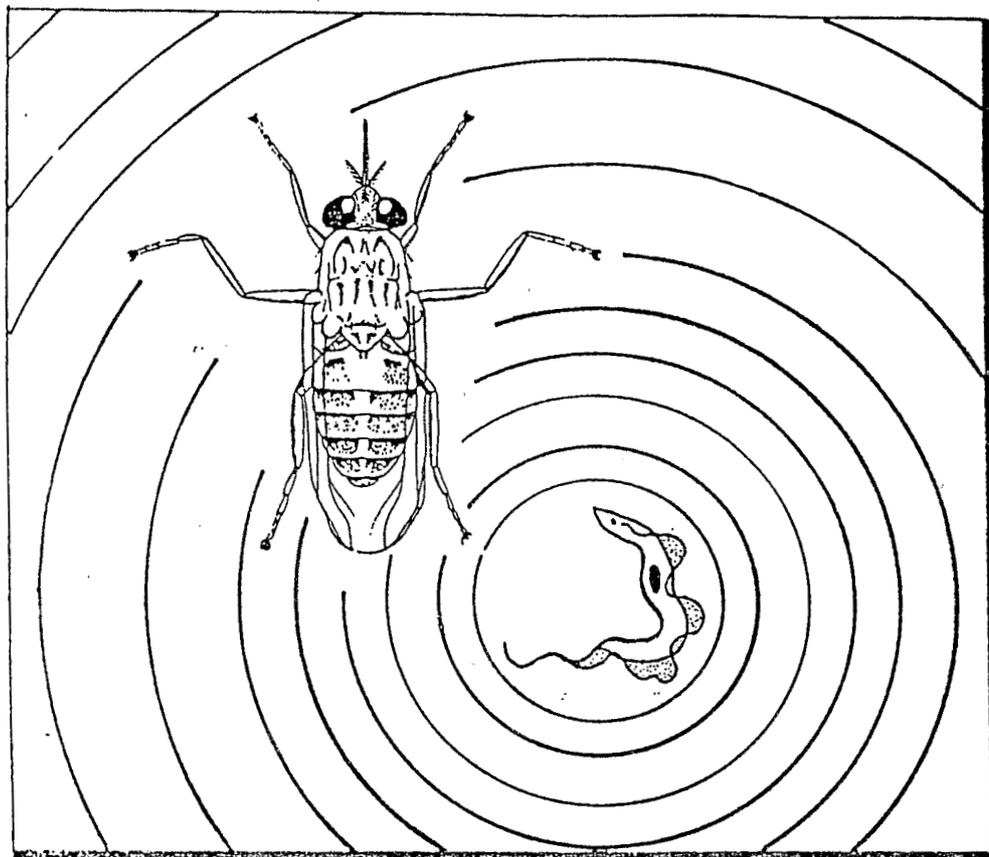


O. R. S. T. O. M.

Institut Français de Recherche Scientifique
pour le Développement en Coopération



service

ENTOMOLOGIE MEDICALE
&
PARASITOLOGIE

N° 6 RAP/ENT/MED/BZV/86

BILAN DES LUTTES PAR PIEGEAGE
CONTRE LES VECTEURS DE TRYPANOSOMOSES
EN REPUBLIQUE POPULAIRE DU CONGO
-Programme d'action et perspectives-

par

Jean-Paul Gouteux

Noel Bissadidi

François Noireau



ORSTOM

Centre de Brazzaville, B.P. 181

République Populaire du Congo

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° 28.914 ex 1

Cote B

BILAN DES LUTTES PAR PIEGEAGE
CONTRE LES VECTEURS DE TRYPANOSOMOSE
AU CONGO
PROGRAMME D'ACTION ET PERSPECTIVES

par Jean-Paul GOUTEUX, Noel BISSADIDI et François NOIREAU

INTRODUCTION

La trypanosomiase, maladie mortelle en l'absence de traitement, est en pleine recrudescence en République Populaire du Congo.

En 1984, 436 malades ont été traités, 60% d'entre eux s'étant présentés d'eux-mêmes à une consultation (dépistage passif). En 1985 le nombre de cas de maladie du sommeil dépistés au Congo a dépassé le millier, nombre encore jamais atteint depuis les grandes épidémies historiques (1880-1920). Ces chiffres, liés à l'amélioration des techniques de dépistage (Duteurtre et Gouteux, 1986), révèlent l'importance de l'endémie sommeilleuse dans ce pays. Notons cependant que de nombreux foyers actifs sont en ce moment déjà neutralisés par la destruction du vecteur.

Les quatre cinquième des malades dépistés proviennent des foyers du Niari, région de la Bouenza, situés le long du principal axe de communication ferroviaire et routier du pays (axe Congo-Océan). Outre l'aspect éthique, l'aspect économique est important, car cette région est le grenier du pays et de nombreux employés d'entreprises agricoles ou agro-alimentaires sont touchés.

Deux mesures doivent être associées pour contrôler cette maladie:

- dépister et traiter tous les malades
- lutter contre le vecteur

Devant la difficulté de dépister et traiter tous les malades, seule l'élimination des mouches tsétsé peut assurer rapidement l'arrêt de la transmission de la maladie.

Nous faisons ici un bilan des luttes antivectorielles supervisées par l'ORSTOM et réalisées conjointement avec le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase. Nous proposons également de continuer cet effort de lutte par un nouveau type d'action. Cette action s'appuie sur les Soins de Santé Primaires et notamment les Comités de Santé mis en place dans chaque village, pour la prise en charge de la lutte par les villageois eux-mêmes.

L'exécution de ce programme devrait permettre d'avoir un impact rapide et important sur la transmission de la maladie du sommeil dans tout le pays.

1) NECESSITE D'UNE LUTTE ANTIVECTORIELLE

La lutte contre les tsétsé à l'aide d'épandages aériens et au sol s'est montrée peu concluante et d'un prix exorbitant.

En 1977, un nouveau piège à tsétsé a été créé puis constamment amélioré par des chercheurs de l'ORSTOM. Dès 1980 la lutte par piégeage a été introduite au Congo, avec des résultats spectaculaires. Les succès obtenus ont conduit les instances internationales, notamment l'OMS à reconnaître le piégeage comme le moyen le plus efficace, le plus économique et le plus accessible aux communautés rurales pour la lutte contre les tsétsé.

De plus ce type d'action est en total accord avec la politique des Soins de Santé Primaires, préconisée par l'OMS et adoptée par le Congo.

C'est pourquoi nous proposons ici un programme pour DEVELOPPER, STRUCTURER et ORGANISER à long terme la lutte antivectorielle par piégeage au CONGO, qui pourrait devenir dans ce domaine un pays pilote.

2) LES ESSAIS DE LUTTE REALISES AU CONGO

En 1983-84, seulement un millier de pièges ont pu être fabriqués et installés par les chercheurs de l'ORSTOM. Le foyer de la LEFINI a bénéficié à lui seul de près de 500 pièges. Les autres efforts de lutte par piégeage ont été effectués dans la région de la Bouenza (LOUDIMA, KAYES, LOUTETE et les villages environnants), dans la région des plateaux (MBE) et dans la région de la cuvette (OKOYO). Le piégeage a permis d'éradiquer la maladie dans le foyer de la LEFINI, ainsi qu'à KOUNZOULOU-MIRANDA, KINZABA, YAMBA et KAYES. Si des résultats satisfaisants ont bien été obtenus, l'effort de lutte était encore insuffisant. En effet, la maladie se répand rapidement le long des grands axes de communication (foyers du Niari, le long de la voie Congo-Océan; foyers du fleuve) et la lutte nécessite une action rapide sur tous les fronts. Un foyer non traité est en effet une menace permanente pour le reste du pays.

Grâce au nouveau piège à système de capture permanent, un effort considérable a été réalisé en 1985 dans la Bouenza: 36 villages comportant près de 12.000 habitants et constituant des foyers de trypanosomiase actifs ont été traités (voir rapport en annexe). Au total, 68.148 glossines ont été éliminées dans 29 d'entre-eux (pour des raisons expérimentales, la récolte des mouches n'a pas été faite partout). Les taux de réduction par rapport à la population initiale de mouches sont les suivants: plus de 99 % (15 villages), de 97 à 98 % (9 villages) et de 86 à 98 % (7 villages). Les mouches ont donc été, soit éradiquées, soit réduites à des densités extrêmement faibles (mouches de réinvasion). Ces succès sont autant d'encouragements à étendre et amplifier l'effort de lutte dans cette région où les perspectives d'éradication sont réalistes. Une publication sur ces résultats est en préparation (Gouteux, Noireau et Sinda, 1986).

Début 1986 vient de commencer une vaste opération de prise en charge de la lutte par les villageois. Cinq villages et cinq quartiers du district de MADINGOU sont inclus dans cette opération. Il existe en effet dans cette zone une transmission de la maladie de type péri-urbain et en 1985 sur 7.275 personnes visitées, 83 sont trypanosomées. Mais ces chiffres ne reflètent pas toute la réalité de l'endémie dans la région, car les prospections ont été limitées à quelques zones jugées prioritaires.

3) LA PARTICIPATION VILLAGEOISE

Les communautés rurales des foyers concernés se sont montrées très sensibilisées par ce moyen de lutte dont elles pouvaient constater directement l'efficacité. Elles ont accepté de prendre en charge l'entretien des pièges (essais de KAYES et KINZABA). La demande d'installation de nouveaux pièges est même pressante et révèle à quel point les villageois sont motivés par ce type de lutte dont ils peuvent constater directement les effets.

L'atelier de confection de pièges à BRAZZAVILLE emploie actuellement quatre personnes et plus de 500 pièges pourraient être fournis tous les mois. Un progrès remarquable a donc été réalisé au niveau de la production des pièges, cependant il reste le problème de la pose et du suivi du piégeage.

Actuellement, les chercheurs de l'ORSTOM eux-mêmes assurent la quasi-totalité de la lutte et cela ne peut suffire à une action à grande échelle. Il est nécessaire de généraliser la participation villageoise car une seule équipe ne peut assurer la pose des pièges et le suivi du piégeage sur l'ensemble des foyers congolais (Foyers de la Cuvette, dont MOSSAKA, du Couloir avec MBE, NGABE et La LEFINI, foyers de forêt de MBOMO et l'ensemble des foyers de la BOUENZA).

4) LA STRATEGIE ADOPTEE

Il était donc nécessaire de créer dès 1985 des unités de lutte villageoise appelées "Comités de Santé". Chaque village ou quartier en possède actuellement un. Ces comités de Santé sont directement issus de la politique des Soins de Santé primaires préconisée par l'OMS et développée au Congo.

L'équipe de lutte, dans un premier temps se charge d'initier les villageois à tout ce qui est relatif au piégeage: préparation des accessoires, montage et emplacements des pièges (voir la brochure de vulgarisation en annexe). L'équipe distribue ensuite à chaque comité le nombre de pièges nécessaire d'après ses estimations. Les Comités de Santé assurent la pose, les relevés périodiques, le déplacement et l'entretien des pièges dans sa zone.

Outre le matériel de piégeage, l'équipe fournit également une brochure explicative simplifiée et une trousse d'accessoires d'entretien permettant une action opérationnelle et efficace (cf. annexe).

Rappelons que les pièges sont de type pyramidal (modèle Lancien-Gouteux, 1985) et fabriqués à Brazzaville par un atelier supervisé par les Grandes Endémies.

5) LES BUTS A ATTEINDRE

Il faut:

- Obtenir des unités de lutte villageoises responsabilisées et parfaitement fonctionnelles.
- Donner une impulsion concrète à l'ensemble des opérations de prise en charge, afin de les étendre à d'autres foyers de la Bouenza et même du Congo. Cela, d'une part, par la réussite de l'opération et d'autre part, par la capacité intrinsèque des villageois à promouvoir la technique en dehors de leur localité.
- Réussir à incorporer cette opération dans les projets de développement. Ce point fait l'objet d'une recherche en collaboration avec l'Institut de Développement Rural (IDR) de Brazzaville.

6) PROPOSITION D'ACTION

6.1. Protocole

Les villageois procèdent eux-mêmes à la pose des pièges. Grâce au système de capture permanent ils peuvent visualiser concrètement l'action du piège en voyant s'accumuler les tsétsé dans le récipient.

A l'issue de quatre relevés successifs les pièges dont les captures sont nulles sont changés de place. Ce procédé permet la mobilité des pièges et leur déplacement dans les lieux du village et de ses environs encore susceptibles d'héberger des glossines.

L'équipe de lutte passera pendant un an, une fois par mois, pour le contrôle du travail fait par les villageois. C'est au cours de ces missions de

supervision que sont discutés les problèmes techniques rencontrés au cours du mois.

6.2. Matériel

Outre les pièges pyramidaux à tsétsé, les villageois reçoivent une "trousse de capture" comprenant le nécessaire pour la réparation des pièges et le comptage des mouches (cuvette, entonnoir, pince souple, sac de rechange, fil et aiguilles). Ils bénéficient de la brochure explicative (voir annexe) et des fiches de relevés.

Ce matériel est remis aux responsables des comités de santé de village et de quartiers.

Le nombre de pièges nécessaire pour traiter un village varie entre 25 à 100. Il faut également deux trousse complètes par Comité de Santé.

6.3. Investissement à réaliser.

Actuellement le Congo dispose d'une équipe de lutte antivectorielle. Les seules limitations à son action sont des contraintes financières (frais de déplacements et investissement en matériel).

L'essentiel de l'investissement à réaliser se situe dans la fabrication des pièges.

Un piège revient à 2500 frs CFA.

Les trousse reviennent 1.000 frs l'unité.

Le gazoil et l'Eau de Javel (liquide de conservation), la ficelle pour la sustentation des pièges, les accessoires de réserve (sac de capture, baguettes de plastique pour les pièges) reviennent, ensemble, à environ 500 frs CFA par piège posés.

CONCLUSION

Cette opération de prise en charge de la lutte antivectorielle par les villageois est une "première" réalisée au Congo. Sa réussite aurait des conséquences très importantes dans la poursuite et l'extension de la lutte contre l'endémie sommeilleuse. Elle ferait du Congo un pays pilote dont l'expérience profiterait à tous.