

Situation des schistosomoses en Côte d'Ivoire

L. Kouakou

■ Présentation générale et répartition

Avec une superficie de 322 462 km², la Côte d'Ivoire est située entre le 5^e et le 11^e degrés de latitude nord et les 3^e et 9^e degrés de longitude ouest. Elle mesure 650 km du nord au sud et de l'est à l'ouest. Elle est limitée par le Ghana à l'est, la Guinée et le Liberia à l'ouest, le Burkina Faso et le Mali au nord et l'océan Atlantique au sud. Compte tenu de sa position en latitude, la Côte d'Ivoire est un territoire bien arrosé. Les précipitations y sont particulièrement abondantes et les cours d'eau traversant les régions forestières maintiennent toujours un environnement humide très favorable au développement des bulins et des planorbes hôtes intermédiaires des bilharzioses. Avec la construction de cinq grands barrages sur les principaux axes hydrographiques, le pays a connu d'importantes modifications qui jouent un rôle certain dans les conditions de transmission de la maladie, d'autant plus fortement que les pratiques agricoles se multiplient. Les efforts d'autosuffisance alimentaire font que les aménagements hydro-agricoles se multiplient et les agriculteurs sont de plus en plus nombreux à s'installer près des cours d'eau des régions forestières. Dans les régions d'Adzopé, Agboville, Man, Danané et Tiassalé, où les cours d'eau sont nombreux, les colonies de mollusques sont présentes toute l'année et les prévalences de la maladie très élevées. En 1970, 82 % des enfants de Vatouo (département de Danané) étaient atteints de bilharziose intestinale et 64 % étaient atteints de bilharziose urinaire à Kpéapleu (département de Man):

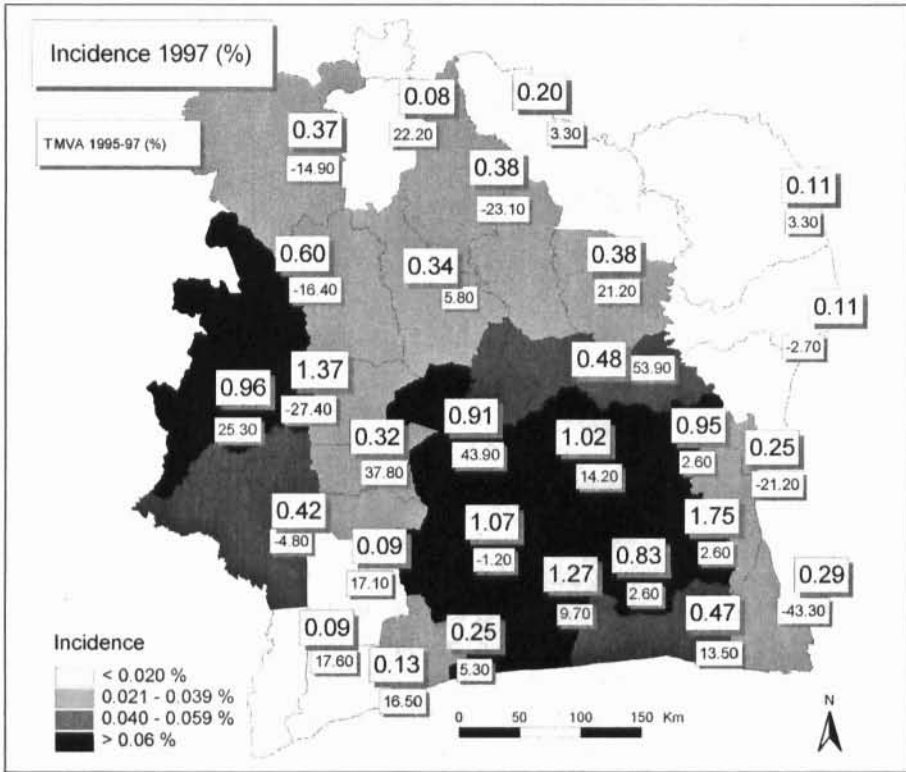


Figure 1
Incidence de la schistosomose uro-génitale en Côte d'Ivoire
(TMVA = taux moyen de variation annuel)

La bilharziose urinaire semble être la plus répandue. Elle est signalée dans presque tout le pays, alors que la bilharziose intestinale se retrouve dans les régions montagneuses de l'ouest. En dehors du réseau hydrographique, il existe de nombreux lacs naturels dérivant de plusieurs petites rivières qui arrosent le pays. Les lacs artificiels se trouvent surtout au centre du pays (Yamoussoukro). À côté de ces grands lacs de barrage, on observe aujourd'hui dans les régions du centre et du nord qui sont les plus sensibles aux déficits hydriques, de petites retenues d'eau réalisées par les communes, les sociétés de développement et des personnes à titre privé. Cette multitude de petites collections d'eau, en favorisant le développement agropastoral, constitue des gîtes de prédilection des mollusques, hôtes intermédiaires de la schistosomiase.

Aspect épidémiologique de la bilharziose

Déjà en 1951, Deschiens estimait à 36,8 % le taux national d'infestation occasionnée par *Schistosoma haematobium* et 1,6 % celui causé par *S. mansoni*. En 1958, 4496 cas de schistosomiase étaient recensés pour l'ensemble du pays dont la population avoisinait à l'époque 2500000 habitants. En 1969, le taux d'infestation s'élevait à 2,4 % pour la schistosomiase urinaire et 3,1 % pour la schistosomiase intestinale.

Environnement physique des schistosomiasés

Les formations forestières le long des cours d'eau maintiennent toujours une atmosphère humide très favorable au développement des bulins et des planorbes hôte intermédiaires des schistosomiasés. En effet, plusieurs hôtes intermédiaires de *S. haematobium* (*Bulinus globosus* et *B. truncatus*) ont été récoltés à Bouna dans le nord-est, à Boundiali et Odienné dans le nord-ouest, à Danané dans l'Ouest, à Kossou dans le centre, à San Pédro dans le sud-ouest et à Adzopé dans le sud-est. *Biomphalaria pfeifferi*, l'unique hôte intermédiaire de *S. mansoni* dans le pays, est présent dans toutes les régions lorsque l'eau est maintenue à une température modérée grâce à un écran végétal. Toutefois, la densité de ces colonies reste inférieure à celle des bulins, surtout dans les zones bénéficiant annuellement de moins de 1500 mm de précipitations.

Répartition des populations infestées

Schistosoma haematobium

Depuis 1980, on constate une progression sensible de l'aire d'infestation de *Schistosoma* au fur et à mesure des réalisations d'aménagement hydro-agricoles. Il a été diagnostiqué au nord du pays, parmi les populations travaillant dans les plantations de canne à sucre, près de Ferkessédougou (4,3 %), au centre du pays auprès d'enfants fréquentant les lacs artificiels de Yamoussoukro (13 %) ou dans ses environs à Lolobo (92 %), Sakiaré (82 %), Akakro-N'zipli (71 %) et enfin à

l'est du pays autour d'Abengourou, en particulier dans le village d'Amoriakro (61,9 %). On a procédé à la détection de nouveaux foyers de transmission dans les zones endémiques déjà connues, centrées sur le lac de Kossou ou sur les villes d'Agboville et Adzopé. Selon les rapports des districts, le taux moyen d'infestation chez les écoliers de la région de Bouaflé est de 17,5 % avec une grande variabilité en fonction des localités. Il en est de même dans le secteur d'Agboville : 8,9 % à Azaguié-Ahoua, 37 % à Guéssigué, 19,2 % à Rubino.

Shistosoma mansoni

Au début de la décennie 1970-1980, la bilharziose intestinale a été enregistrée essentiellement dans la région d'Adzopé, au sud-est du pays à Moapé (30 %) et dans le secteur de Danané à Vatouo (67 %), Léampleu (65 %), et Bèpleu (49 %) situé complètement à l'ouest. Dans la région d'Odienné, deux individus sur trois souffrent de bilharziose intestinale alors qu'un individu sur cinq souffre de la forme urinaire. Pour l'ensemble de la région de Man, les taux d'infestations sont comparables. Dans de nombreuses localités, les deux formes sont détectées : Beupleu 71 % pour *S. mansoni* et 11 % pour *S. haematobium*, Ipouata 80 % pour *S. haematobium* et 50 % pour *S. mansoni*. L'absence de *S. mansoni* est cependant confirmée dans les secteurs de San Pédro, Tiassalé, Lakota, Daloa et sur le pourtour du lac Kossou. Très récemment, *S. mansoni* a été décelé de manière préoccupante chez des individus vivants dans le nord du pays près de Ferkessédougou (Sodesucre). Dans le sud-est, de nouveaux foyers sont apparus : Azaguié-Ahoua (35,6 %), Guéssigué (22,5 %), Rubino (15,6 %).

Situation des deux formes

Si on se réfère aux statistiques des structures de santé, on constate que tous les secteurs médicaux ont enregistré en 1983 un certain nombre de cas de bilharzioses. Les secteurs les plus touchés pour la bilharziose urinaire sont ceux d'Adzopé (19,8 %) Bouaflé (25,7 %) et Korhogo (26,4 %). Pour la bilharziose intestinale, il s'agit des secteurs de Bouaké au centre (12,8 %), de Danané (13 %) et de Man (18,6 %) à l'ouest et surtout ceux du nord : Korhogo (31,2 %) et Boundiali (24,5 %). En 1997, la prévalence nationale était de 0,69 ‰. Les districts les plus touchés sont Adzopé (1,75 ‰), Man (1,37 ‰) et Divo (1,27 ‰). En revanche, très peu de cas ont été signalés dans

les districts de Boundiali (0,05 ‰), Tabou (0,09 ‰) et Soubré (0,09 ‰). Entre 1995 et 1997, la prévalence de la bilharziose urinaire augmente régulièrement sur le territoire national : elle était de 0,53 ‰ en 1995, de 0,57 ‰ en 1996 et de 0,69 ‰ en 1997, soit un taux moyen de progression annuel de + 13,8 %. L'augmentation la plus significative a été enregistrée au niveau de la région du centre nord (+ 45 %), du sud et du nord (+ 30,2 %). En fait, cette augmentation régionale est liée à une augmentation importante enregistrée, d'une part, dans le district de Bouaké (+ 53,9 %) pour la région du centre et, d'autre part, au niveau des districts de Tiassalé (+ 47,2 %) et de Korhogo (+ 91,8 %) respectivement dans les régions du sud et du nord. En ce qui concerne les données obtenues à partir des différentes études menées par l'équipe du centre suisse de recherche scientifique et l'Université de Cocody, on note une répartition de la présence de la bilharziose intestinale dans les régions des montagnes, surtout dans le district de Man où les prévalences varient entre 20 et 60 % au niveau des enfants scolarisés et celle de la bilharziose urinaire dans la région des lagunes dans le district de Tiassalé où les dernières enquêtes ont révélé des prévalences allant jusqu'à 100 % chez les enfants dans certaines localités comme Taabo. Il apparaît de cette situation que la bilharziose est largement répandue dans le pays. Les données des structures sanitaires la révèle tant bien que mal. Conscient de cette réalité, le ministère de la Santé publique a créé depuis 1994 par arrêté ministériel n° 427/M.S.P/CAB du 2 novembre 1994 un service de lutte contre cette endémie au sein de la direction exécutive du programme national de lutte contre l'onchocercose, la trypanosomiase humaine africaine et la dracunculose. C'est en 1996, par arrêté n° 560/M.S.P/CAB du 4 novembre 1996, qu'un chef de ce service à été nommé.

■ Stratégie nationale de lutte

Il faut dire qu'un premier document programme a été rédigé en 1998, puis nous avons bénéficié de la collaboration de l'OMS pour affiner ce document en 1999. Ainsi, plusieurs stratégies ont été préconisées et classées en stratégies prioritaires, secondaires et de renforcement du système de santé.

Stratégies prioritaires

Dépistage et traitement

Comme recommandé par l'OMS pour son efficacité directe sur la morbidité et son appartenance stricte au domaine médical facilitant son intégration dans les services de santé, trois approches de traitement sont retenues :

- dépistage et prise en charge des cas dans les structures sanitaires ;
- traitement des enfants d'âge scolaire ;
- traitement à travers les structures scolaires.

Information – Éducation – Communication (IEC)

Cette approche mettra l'accent essentiellement sur la connaissance du mode de transmission, l'assainissement du milieu de vie et sur la prévention des formes graves. Il sera effectué avec l'appui du système éducatif, des communautés et des autres secteurs de développement.

Stratégies secondaires

- Lutte contre le vecteur.
- Promotion de l'utilisation de latrines.
- Promotion de l'approvisionnement en eau saine.

Stratégies de renforcement du système de santé

- Mobilisation et participation de la communauté.
- Formation et équipement des structures.
- Intégration de la surveillance épidémiologique dans le système d'information sanitaire.
- Recherche opérationnelle et identification d'indicateurs de suivi et d'évaluation.

Le plan d'action budgétisé est de 271 000 000 F CFA (492 728 US\$).

I Difficultés de mise en œuvre du programme

Évaluation de l'endémie

Les différentes données statistiques obtenues sont le fait de dépistages passifs en dehors des travaux entrepris par le centre suisse de recherche scientifique en collaboration avec l'université de Cocody (Abidjan). On constate que, lorsqu'il y a un dépistage actif, le taux de prévalence est assez considérable (par exemple, il est de 100 % à Taabo dans la région de Tiassalé), aussi souhaitons nous effectuer une enquête nationale à l'aide d'un questionnaire pour infirmer ou confirmer les taux de prévalence des districts sanitaires et établir une cartographie fiable.

Moyens humains

Le personnel du programme bilharziose est constitué de celui de la direction exécutive ne comprenant ni spécialiste en malacologie, ni spécialiste en L.E.C, ni spécialiste en assainissement. Le chef du service est un médecin généraliste qui doit être formé en santé publique.

Formation du personnel de terrain

La perception du personnel de santé en général sur l'endémie bilharzienne est approximative, aussi un recyclage s'avère indispensable surtout dans les régions les plus touchées par la maladie.

Financement

Le financement tarde à venir. En effet, depuis sa création, le programme n'a encore rien reçu du ministère.

I Perspectives

Distribution de l'endémie

Il est important que nous puissions réaliser une cartographie nationale de l'endémie pour organiser la lutte.

Problèmes logistiques

La mise en œuvre des activités de contrôle de la maladie accuse un retard par rapport à nos prévisions faute de moyen ; mais nous avons espoir que cela va se résoudre dans un proche avenir.

Accessibilité de la chimiothérapie

Il faut rendre le praziquantel (Biltricide®) plus accessible par la baisse du prix de vente aux populations et par l'amélioration du circuit de distribution.

I Conclusion

Les bilharzioses constituent une réalité en Côte d'Ivoire. Les structures de lutte et les moyens humains existent. Il faut des appuis techniques et financiers pour un démarrage réel du programme.

Bibliographie

DESCHIENS R., 1951 —
Le problème sanitaire
des bilharzioses dans
les territoires de l'Union française
(fréquence, mollusques vecteurs,
conditions écologiques). *Bull. Soc.
Path. Ex.*, 44 : 631-667.

N'GORAN E. K., DIABATE S.,
UTZINGER J., SELLIN B., 1997 —

Changes in human schistosomiasis
levels after the construction of two
large hydroelectric dams in central
Côte d'Ivoire. *Bull. WHO*, 75 :
541-545.

NOZAIS J.-P., DOUCET J.,
DUNAND J., 1980 —
Panorama de la bilharziose en Côte
d'Ivoire. *Méd. Trop.*, 40 : 41-44.