

# Situation des schistosomoses au Togo

K. Agbo

## I Introduction

Le Togo a une superficie de 56 781 km<sup>2</sup>. Le pays compte 4,5 millions d'habitants ; il est divisé en 31 préfectures, elles-mêmes regroupées en 5 régions économiques.

Le territoire est partagé en 3 bassins hydrographiques : au nord, le bassin de l'Oti, avec ses principaux affluents, le Kara, le Koumongou et le Mô ; au centre, le bassin du Mono avec ses deux affluents, l'Anié et l'Ogou ; au sud, le bassin côtier drainé par le Sio, qui se jette dans le lac Togo, lequel communique avec l'océan Atlantique, et ses affluents le Lili et le Haho.

De plus, il existe des lacs artificiels : les ouvrages hydro-agricoles de la région des Savanes, au nord du pays, et le lac de retenue du barrage de Nangbéto, sur le Mono. Un second barrage, également sur le Mono, est prévu à Adjarala, au sud de Nangbéto.

Le climat est de type tropical au nord du 8<sup>e</sup> parallèle, avec une saison sèche et une saison des pluies, et sub-équatorial au sud du pays, avec deux saisons des pluies.

## Épidémiologie des schistosomes

### *Historique des travaux sur les schistosomes*

La prévalence des schistosomes a fait l'objet d'études focales entre 1925 et 1995. Pelletier, en 1925, a découvert des foyers de schistosomes au sud du Togo. GAUD (1955) a signalé des cas originaires de la région maritime. SELLIN *et al.* (1977) a décrit une prévalence de 31,7 % de *Schistosoma haematobium* et 6,6 % de *S. mansoni* à Kara et Sokodé. Les hôtes intermédiaires identifiés étaient respectivement *Bulinus globosus* et *Biomphalaria pfeifferi* (SELLIN *et al.*, 1982).

Ces études focales n'ont débouché sur aucun programme de lutte concret.

### *Enquête nationale*

Une enquête nationale a été entreprise à partir de 1996 (AGBO, non publié). Les enquêtes ont été menées dans les préfectures par des équipes périphériques avec l'aide de l'équipe centrale composée de quatre biologistes. Celle-ci a assuré la formation des équipes des préfectures, ainsi que leur équipement. L'échantillonnage a été effectué par un choix aléatoire de 50 % des écoles recensées et a concerné une tranche d'âge comprise entre 5 et 20 ans.

La prévalence par préfecture présente une forte hétérogénéité. *S. haematobium* est prédominant par rapport à *S. mansoni*. Les prévalences dans les préfectures varient entre 5 et 73 %. La prévalence de *S. haematobium* était estimée à 25,5 % et celle de *S. mansoni* à 2,2 % chez les écoliers de 5 à 20 ans. *B. globosus* et *Bi. pfeifferi* sont les hôtes intermédiaires confirmés par de nombreux travaux.

## Programme national

À la suite d'un atelier national, les principes du dépistage et du traitement actifs ont été établis.

### *Objectif*

L'objectif du programme est de réduire la morbidité.

### *Stratégies*

Un double dépistage, passif et actif, a été recommandé. Le traitement des cas sera effectué au sein d'un système de surveillance intégré au service de santé.

#### **Dépistage des cas**

Il est effectué à tous les niveaux du système de santé. Dans la communauté, le diagnostic sera actif. Les agents de santé communautaires sensibiliseront la communauté. Les cas suspects seront référés au centre de santé périphérique (dispensaire et centre de santé médico-social) où le traitement par praziquantel sera administré. Les complications seront dépistées à l'hôpital de district où elles seront soit prises en charge à ce niveau, soit adressées au centre hospitalier régional ou au niveau central selon le type de complication.

Le coût du traitement est de 250 F CFA le comprimé de praziquantel.

#### **Autres méthodes**

L'information-éducation-communication (IEC) sera développée à tous les niveaux du système de santé grâce à des modules éducatifs qui sont en cours d'élaboration. Le groupe cible est composé des écoliers. Les enseignants sont donc appelés à jouer un rôle important dans la sensibilisation des écoliers et la distribution du traitement.

## Formation

Les agents de santé et les agents de santé communautaires bénéficieront d'une formation adaptée.

## Recherche opérationnelle

Elle vient compléter le dispositif et aidera à l'amélioration et à l'ajustement des stratégies.

## I Difficultés de mise en œuvre

Les problèmes rencontrés sont de trois ordres :

- absence de financement, ce qui est un obstacle à la plupart des activités;
- démotivation des agents de santé communautaire qui travaillent bénévolement;
- le manque de module IEC pour les niveaux scolaire et communautaire.

L'insuffisance de sensibilisation des autorités politiques demeure la raison essentielle des difficultés observées.

## Bibliographie

GAUD J., 1955 —  
Les bilharzioses en Afrique  
occidentale et en Afrique centrale.  
*Bull. OMS*, 13 : 209-258.

SELLIN B., RENAUT A.,  
SIMONKOVICH E., 1982 —  
Enquête parasitologique  
et malacologique sur les  
schistosomes dans les  
circonscriptions de Notsé,  
Tsévié, Tabligbo, Vo et Aného  
(république du Togo). Rapport  
Cermes, Niamey, n° 07/82, 4 p.

SELLIN B., SIMONKOVICH E., 1980 —  
*Les schistosomoses dans les  
circonscriptions de Mango et Bassari  
(République du Togo)*. Doc. Tech.  
OCCGE, Bobo Dioulasso, n° 7358,  
7 p.

SELLIN B., SIMONKOVICH E.,  
OVAZZA L., 1977 —  
*L'endémie bilharzienne dans les  
régions de Lama-Kara et Sokodé  
(République du Togo)*. Doc. Tech.  
OCCGE, Bobo Dioulasso, n° 6351,  
6 p.