

RAPPORT SUR LA REUNION OFFICIEUSE O.M.S./O.C.C.G.E. SUR LA  
FIEVRE JAUNE DE BOBO-DIOULASSO, 20 AU 23 MARS 1971

Par J. HAMON

14 OCT. 1971

La réunion officielle sur l'épidémiologie et le contrôle de la fièvre jaune en Afrique tropicale, organisée à Bobo-Dioulasso du 20 au 23 mars 1971 sous l'égide de l'O.M.S. et de l'O.C.C.G.E., a été une réunion éminemment pratique.

Elle a regroupé des spécialistes de la santé publique et de la Fièvre jaune de l'O.M.S. (Genève, Abidjan et Brazzaville), de l'O.C.E.A.C., de l'O.C.C.G.E., de l'Institution Rockefeller (Ibadan et New-Haven), du N.C.D.C. (Accra), de la Communauté Est-africaine (E.A.V.R.I., Entebbé), des Instituts Pasteur (Bangui et Dakar) et de l'O.R.S.T.O.M. (Bangui, Bobo-Dioulasso, Dakar et Yaoundé).

Cette réunion a permis d'accroître et d'accélérer l'échange d'informations entre les différents laboratoires et organisations s'intéressant à la fièvre jaune en Afrique tropicale. Des données ont été notamment présentées sur les épidémies de fièvre jaune de 1970 du centre-nord du Ghana et du Nigéria qui montrent l'activité du virus amaril au voisinage de la Côte d'Ivoire, du Dahomey, de la Haute-Volta, du Niger et du Togo.

Une partie importante des travaux a été consacrée aux opérations de surveillance (circulation du virus chez l'homme et les autres primates, taux de séro-conversion des populations, abondance des vecteurs) qui devraient servir de guides pour la planification des mesures préventives dont les deux principales sont incontestablement la vaccination et l'élimination mécanique des vecteurs domestiques.

Les problèmes techniques posés par l'organisation des vaccinations et par la destruction des vecteurs en cas d'épidémie ont également été étudiés en détail.

Les participants ont noté que la situation était très inquiétante sur le plan régional et que les données de base indispensables pour l'organisation de la prévention rationnelle de la fièvre jaune manquaient complètement dans de nombreux pays, la situation la moins défavorable étant observée dans les Etats membres de l'O.C.C.G.E.

Les conclusions de cette réunion ont jeté les bases d'une politique raisonnée de prévention et de contrôle de la Fièvre jaune en Afrique tropicale. Parmi les conclusions de la réunion figurent notamment les recommandations suivantes :

Ento Medo

L'activité du système de surveillance actuellement mis en place par l'O.M.S. doit être renforcée par la sensibilisation du personnel médical et para médical appartenant à l'échelon périphérique. Celui-ci devra être attentif à toute augmentation de mortalité, soit par ictere, soit par cause fébrile non déterminée survenant en moins de dix jours. En vue de permettre la confirmation rapide des cas suspects, le recours aux examens de laboratoire doit être facilité par la mise en place de matériel de prélèvement et une vaste diffusion de notes techniques.

En dehors des épidémies, il convient d'effectuer des enquêtes sérologiques dans le but de préciser la réceptivité des populations, l'activité du virus amaril et l'efficacité des vaccinations antérieures.

Les données de base sur la distribution et l'abondance d'Aedes aegypti et des autres vecteurs potentiels de fièvre jaune ne sont disponibles que dans un nombre très limité de pays. Il conviendrait de combler au plus tôt cette lacune en utilisant au maximum les possibilités offertes par les services nationaux et inter-états et par les consultants à moyen ou long terme. L'O.M.S. pourrait accélérer ces études en aidant les services compétents existants et en fournissant un plus grand nombre de consultants spécialisés chaque fois qu'il existe une infrastructure d'accueil satisfaisante. Les mêmes solutions pourraient être adoptées pour accélérer les recherches sur la circulation du virus amaril chez les vertébrés sauvages et chez l'homme.

Les Centres de surveillance épidémiologique de l'O.M.S. pour l'Afrique, situés à Abidjan et à Nairobi, centralisent et diffusent les informations concernant la fièvre jaune et peuvent organiser, sur demande des Etats intéressés, des enquêtes épidémiologiques et des interventions d'urgence en cas d'épidémie. Les Etats d'Afrique pourraient probablement obtenir plus de services de ces Centres qu'il n'en obtiennent actuellement et il conviendrait d'attirer leur attention sur ce point.

C O M M E N T A I R E S

Le Docteur SENTILHES : M. HAMON a insisté tout à l'heure sur la nécessité d'une surveillance épidémiologique constante pour pouvoir dépister les premiers cas d'une autre bouffée épidémique de fièvre jaune.

Il nous a paru, effectivement, très important que tous les infirmiers soient sensibilisés à ce problème et nous signalent tous les cas d'ictères fébriles et en particulier tous les décès d'ictères fébriles, survenus avant le dixième jour. C'est pour cela qu'après la flambée épidémique survenue en Haute-Volta et au début de la saison des pluies dernière nous avons diffusé à toutes les formations sanitaires du pays une note prescrivant que toutes les formations sanitaires devaient nous signaler, avec le télégramme hebdomadaire des maladies transmissibles, tous les ictères constatés dans la semaine et le nombre de décès survenus chez ces ictériques. Les directives habituelles devant un décès chez un ictérique avant le dixième jour étaient appliquées, et la plupart de ces cas signalés ont fait l'objet de prélèvements post-mortem qui ont été transmis à la section d'Anatomie-pathologique du Centre Muraz

Ceci à un avantage à notre avis, c'est que l'attention de tous les infirmiers responsables des formations sanitaires se trouve mobilisée toutes les semaines, puisqu'ils doivent remplir leur compte-rendu et cela permet aux médecins de suivre d'un peu plus près des décès qui auraient pu ne pas être signalés immédiatement à leur attention. Il me semble que cette surveillance épidémiologique est importante. Depuis la dernière saison des pluies, 138 ictères nous ont été signalés avec 17 décès suspects qui ont fait l'objet d'examens anatomo-pathologiques négatifs.

Le Docteur Ousmane SOW : Lors de l'épidémie de fièvre jaune en 1969, il avait été dégagé quelques principes de surveillance épidémiologique et de mesures à prendre pour l'hivernage, parce qu'on craignait encore un regain de cette maladie après les pluies. Dans ce cadre, il avait été proposé de créer certains hôpitaux sentinelles, qu'on doterait de viscérotomes car les autopsies, dans les zones rurales, posent parfois des problèmes d'ordre social. En ce qui concerne plus particulièrement le Mali, nous avons retenu certains hôpitaux, dans les zones potentiellement dangereuses, mais je ne sais quelle suite a été donnée en ce qui concerne les viscérotomes.

Le Docteur BRES : La première intention de l'O.M.S. avait été, en effet, de diffuser le plus largement possible l'usage des viscérotomes. Mais cette question est venue en discussion, au Comité qui s'est tenu ici à Bobo-Dioulasso, et il est apparu que le problème fondamental était l'acceptabilité d'un acte post-mortem par les populations. Sur ce point le viscérotome n'apporte aucun avantage si bien que, finalement, il semble chaque fois qu'on peut utiliser le viscérotome, on peut faire une incision sous

costale minimum et prélever dans d'aussi bonnes conditions et avec un matériel cette fois beaucoup plus simple, un prélèvement convenable pour l'histo-pathologiste. Et l'absence de ce viscérotome à ce moment là, ne servirait guère que de prétexte pour ne pas opérer ce prélèvement.

Le Professeur LAPEYSSONNIE : Je crois que ceci est assez important. Est-ce que vous êtes tous d'accord qu'une population, en principe rurale, acceptera une minime incision pratiquée sur un cadavre si elle accepte le viscérotome ? Ou, en d'autres termes et à l'envers, est-ce que vous ne serez pas amenés à utiliser le viscérotome là où l'on ne vous permettra pas de toucher un cadavre ? Quelle est l'opinion de M. SENTILHES, qui, je crois, à quelques raisons d'avoir une expérience à ce sujet ?

Le Docteur SENTILHES : Notre expérience de 1969 nous a montré que, en zone rurale, le premier prélèvement post-mortem a posé des problèmes. Contrairement à toutes les prescriptions et à toutes les règles, il a fallu transporter le premier cadavre dans un Centre hospitalier pour faire une autopsie et prélever un morceau de foie. Par contre une fois que l'épidémie a été connue de la population, il n'y a plus eu de problème. Une incision sous-costale, bien suffisante pour faire un prélèvement, a été acceptée par tous.

Le Professeur LAPEYSSONNIE : Au viscérotome de l'ancienne école, ne pourrait-on pas substituer un instrument plus moderne, de taille plus réduite, qui serait le milieu entre l'ancien viscérotome et l'aiguille à P.B.S. ?

Le Docteur BRES : Nous avons étudié la question avec la maison DRAPIER qui fabrique le viscérotome. Du point de vue fabrication, diminuer les dimensions ne présente guère d'intérêt et je pense que, du point de vue pièce anatomo-pathologique, il vaut mieux avoir les dimensions de 1,2 cm sur 1,2 cm, plutôt qu'une carotte plus petite.

Le Professeur JANSSENS : Monsieur le Président, nous avons eu, à partir de 1938, une assez grosse expérience du viscérotome. Nous utilisions dans le temps le viscérotome de Rickard, qui était un instrument assez brutal et qui avait par-dessus le marché le défaut que la guillotine qui devait fermer cassait assez facilement. Toutes les formations, au Congo, disposaient de un ou deux de ces instruments. La récolte a été extrêmement maigre. En fait, les dizaines de milliers de préparations qui ont été étudiées provenaient d'autopsies plus ou moins complètes et très peu de viscérotomies.

Ceci est une chose et je voudrais en passant à un autre sujet poser une question à M. HAMON. A-t-on une idée, à l'heure actuelle, d'une limite éventuelle d'altitude à partir de laquelle la transmission de la fièvre jaune se ferait moins bien ou ne se ferait plus ?

Monsieur HAMON : Je crois que cette limite d'altitude à partir de laquelle la transmission ne se ferait plus est déduite uniquement des essais de laboratoire. On sait qu'en dessous d'une certaine température le cycle intrinsèque du virus chez le vecteur est tellement long que, pratiquement, le moustique ne peut plus transmettre. Au point de vue observations sur le terrain, il y a eu des cas de fièvre jaune authentifiés par l'isolement du virus, soit chez le malade, soit chez le singe, soit chez le moustique à des altitudes de 1200 à 1500 mètres, ce qui est déjà très élevé pour la majeure partie de l'Afrique Tropicale.

Le point le plus important qui s'est dégagé, au point de vue vecteurs, des discussions de ces derniers jours, c'est que la plupart des épidémies importantes d'Afrique de l'Ouest et celle d'Ethiopie ont été causées par des moustiques qui n'étaient pas Aedes aegypti. La lutte contre ce dernier reste vitale pour éviter qu'on ait des épidémies urbaines, par exemple; mais il est certain que les grandes flambées épidémiques qui viennent de frapper le Nigeria sont dues à des vecteurs sauvages, comme celle d'Ethiopie et comme probablement, une partie de celle de Haute-Volta. Et c'est là certainement, un facteur extrêmement préoccupant, parce que ce sont des insectes contre lesquelles on ne peut pas grand chose, sauf en cas d'épidémie, par des moyens coûteux faisant appel aux avions.

Le Professeur LAPEYSSONNIE : C'est une raison de plus d'assumer des programmes de vaccination, à 100 % si possible.

Je crois que nous pouvons arrêter ici la discussion sur la fièvre jaune, en soulignant à ce propos encore combien ces pestilences qui ne représentaient, il y a quelques années, qu'un danger potentiel et que certains avaient même enterrées en les qualifiant d'historiques et de moyenâgeuses, sont encore, et malheureusement, présentes parmi nous.

Nous allons nous attaquer maintenant au mal le plus ancien du monde, la Lèpre, et je vais demander au Médecin Général LANGUILLON de nous exposer les recherches thérapeutiques sur la Lèpre à l'Institut Marchoux de Bamako, qu'il dirige depuis longtemps et de façon si brillante.

BILAN DES VACCINATIONS ANTI-AMARILES

ETATS	1965	1966	1967	1968	1969	1970	OBSERVATIONS
COTE D'IVOIRE	47.569	179.485	79.144	13.144	92.156	36.202	(1)(1) dont 727 mixtes (V.A.)
DAHOMY	0	0	0	0	17.932	58.529	(1)(1) dont 897 mixtes (V.A.)
HAUTE-VOLTA	449.466	430.574	253.589	240.914	638.835	1.076.631	(1)(1) dont 3551 mixtes (V.A.)
MALI	398.730	318.758	533.155	953.265	540.181	301.204	(1)(1) dont 300.310 mixtes (VA)
MAURITANIE							
NIGER		46.162	80.180	77.446	440.373	384.846	
SENEGAL	2.030.950	416.816	205.026	54.963	95.123	729.347	(1)(1) dont 41.800 mixtes (VA)
TOGO	7.701	6.466	5.857	178.157	6.541	342.631	(1)(1) dont 10757 mixtes (V.A.)
TOTAUX	2.934.416	1.398.261	1.157.371	1.517.889	1.831.141	2.929.390	