

Compte-rendu sur la

IIIème Réunion du Groupe de Travail des Epidémiologistes de  
l'OCEAC

PAR

J.P. Adam

Inspecteur Général de Recherches

Avant propos

Invité par le Secrétaire général de l'Organisation, j'ai assisté en tant que représentant de l'ORSTOM dans le cadre de l'accord nous liant à l'OCEAC, à la réunion des épidémiologistes des cinq états d'Afrique Centrale. La séance d'ouverture des travaux a eu lieu le 4 octobre 1983 à 9 heures sous la présidence effective de son Excellence Mr le Professeur H. Nkoulou, Ministre de la Santé Publique de la République Unie du Cameroun. Cette cérémonie, ainsi que les séances de travail, se sont tenues dans la salle de cours du service de l'enseignement de l'OCEAC.

Liste des participants

Outre les délégations des cinq états de l'OCEAC, on notait la présence d'un représentant de la Guinée équatoriale dont l'entrée dans l'organisation doit être officialisée lors de la prochaine réunion ministérielle inter-Etats qui se tiendra à Brazzaville les 18 et 19 Novembre 1983.

I. Délégation de la République Unie du Cameroun

Dr MAFIAMBIA P.C.	Directeur de la Médecine Préventive et de l'Hygiène Publique.
Dr KESSENG MABEN	Directeur Adjoint de la Médecine Préventive et de l'Hygiène Publique.
Dr VINET	Chef du Bureau Lèpre.
Dr HEYRAUD	Chef du bureau Tuberculose-Médecin Chef du Service de Pneumo-Phtisiologie de l'Annexe Jamot et du DAT de Yaoundé.
Mr MESSINA B.T.	Chef du Service d'Epidémiologie et du Paludisme.
MR TINA P.	Chef de Service adjoint N°1 d'Epidémiolo-

- 6 AOÛT 1984  
O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : 15321 ex 1

Cote : B

15321 ex 1  
B

(P. 118)

	gie et du Paludisme.
Mr UM-UM S.	Chef de Service N°2 d'Epidémiologie et du Paludisme.
Mr AVENEC F.	Chef du Bureau du Paludisme.
Dr SICARD J.M.	Médecin Chef de la Section Provinciale de Médecine Préventive et d'Hygiène Publique du Littoral - Douala.

II. Délégation de la République Centrafricaine

Dr LIMBASSA J.	Directeur de la Médecine Préventive et de Lutte contre les Grandes Endémies.
Dr ROUNGOU J.B.	Chef de la Région Sanitaire N°2.
Dr NGUEMBI E.	Chef de la Région Sanitaire N°3.

III. Délégation de la République Populaire du Congo

Dr MADZOU G.	Chef du Service d'Epidémiologie et des Grandes Endémies.
Dr KAOUDI E.	Chef du Service Pneumo-Phtisiologie, Coordinateur du Programme de Lutte contre la Tuberculose.
Dr NGOUAMBA P.	Chef du Service d'Etude et Programmation Chef du Programme National de Lutte contre le Paludisme.

IV. Délégation du Gabon

Dr. ABANDJA J.	Directeur Général-Adjoint Technique.
Dr. BEKALE-BE-NGUIE	Directeur de la Médecine Préventive.
Dr. HAMONO B.	Conseiller Technique Service des Grandes Endémies.
Dr KOMBILA P.	Médecin Chef du Service d'Hygiène Scolaire et Universitaire.

V. Délégation de Guinée Equatoriale.

Dr ENEME OYONO	Chef du Service d'Epidémiologie et des Grandes Endémies.
----------------	----------------------------------------------------------

VI. Délégation du Tchad

Dr DANYOD	Médecin Chef du Service d'Epidémiologie
-----------	-----------------------------------------

Dr FATCHOU	et de la Direction des Grandes Endémies.
Dr GUELINA	Médecin Chef du Secteur III Moundou.
Dr LAMARQUE	Médecin Chef du Secteur IV Sahr.
	Conseiller Technique Direction des Grandes Endémies.

VII. O.C.E.A.C.

Dr SENTILHES L.	Secrétaire Général.
Dr KOUKA-BEMBA D.	Secrétaire Général adjoint
Dr CAVALLO A.	Chef du Service Techniques
Dr DELOLME H.	Chef du Service Technique adjoint.
Dr COT M.	Service National.
Dr MERLIN M.	Chef du Service d'Epidémiologie et Statistiques .
Dr JOSSERAN R.	Chef du Centre d'Enseignement et de Documentation.

Il y avait en outre un observateur de l'équipe de "Médecins sans frontière" de Ndjaména et le Dr ROUR, chargée d'une mission d'étude des maladies diarrhéiques de l'enfance pour l'OMS.

Ordre du jour

Il comportait quatre points et des "Questions diverses" à savoir : Point 1 : Mise en oeuvre de la phase III de la fiche programme relative au renforcement des Systèmes nationaux de recueil des données de surveillance des maladies transmissibles endémo-épidémiques.

Point 2 : Bilan de l'évaluation en cours de la lutte antituberculeuse menée depuis 10 ans dans les états.

Point 3 : Définition des bases communes d'intervention des états membres dans le cadre des Plans nationaux de lutte antipaludique.

Point 4 : Application d'une stratégie modifiée de la lutte contre la lèpre à la suite des recommandations du groupe des experts de l'OMS de 1981.

Questions diverses : XVème Conférence Technique.

XIXème Stage d'Infirmiers Contrôleurs

Lèpre-Tuberculose.

Le seul point où notre département se trouvait concerné était celui relatif à la lutte antipaludique.

L'objectif de l'inscription de ce point à l'ordre du

jour était le souci de donner suite au vœu émis lors de la 14ème Conférence Technique de l'OCEAC de voir actualisées nos connaissances sur le paludisme en Afrique Centrale et réalisée une mise au point sur les actions possibles dans la sous-région.

La discussion a comporté trois volets :

a) nécessité d'une surveillance de l'éventuelle apparition d'une résistance de Plasmodium falciparum à la Chloroquine. Cette résistance est, jusqu'alors, réputée inexistante en Afrique Centrale. Le Secrétaire Général de l'OCEAC envisage de développer, au laboratoire de ses services techniques, un test de contrôle ; d'organiser des sondages périodiques dans les états et de développer l'information diffusée aux praticiens. On a noté l'exposé de Mr Avenec sur "Recherche sur la sensibilité du P. falciparum à la chloroquine dans trois villages du département de la Lékié, province Centre-Sud - République Unie du Cameroun", travail réalisé par l'orateur en collaboration avec Moyou S.R. de Kumba. Toutes les souches montraient une bonne sensibilité au test in vivo réalisé sur les élèves des écoles âgés de moins de 14 ans. L'étude a porté sur 147 enfants à Essong, 263 à Nkolossan et 133 Mbenega.

b) Données épidémiologiques actuelles

Le Dr Messina, du Cameroun, présentait, après un rapide historique des actions antipaludiques entreprises à partir des années 50, l'état de la surveillance d'apparition d'une résistance à la chloroquine de P. falciparum, notait que la Direction de la Médecine préventive s'apprête à entreprendre les enquêtes nécessaires à la remise à jour des données épidémiologiques (parasitologiques et entomologiques) qui datent de 1969. Ce basant sur le "Rapport de mission sur la lutte antipaludique au Cameroun" établi par le Dr I. Guey, consultant à court terme de l'OMS (29 janvier-24 février 1983), l'orateur indique que la stratégie de lutte, dont le but est la prévention et la réduction de la mortalité paludéenne, repose principalement sur la chimioprophylaxie des groupes cibles (jeunes enfants et femmes enceintes) et la chimiothérapie des cas cliniques et des suspects. On base beaucoup d'espoir dans le développement des soins de Santé Primaires et la mise en place des Comité de Santé de village. La lutte antivectorielle est surtout prévue par des méthodes physiques d'assainissement de l'environnement et, éventuellement par insecticides dont le choix reste à définir. La lutte biologique est

évoquée mais en la subordonnant à des études de réalisation technique suivant le milieu, d'impact et de rentabilité.

La pulvérisation intradomiciliaire ne peut intervenir que si l'on observe des infections sporozoïtiques très élevées chez les anophèles vecteurs et un taux important de mortalité infantile palustre. En tout état de cause elle devrait être précédée d'une étude sur le comportement des vecteurs et leur sensibilité vis à vis de l'insecticide retenu.

L'éducation sanitaire, qui fait partie des charges des formations de santé Primaire, devra inculquer aux populations l'habitude de réduire les gîtes potentiels par des moyens simples : drainage, comblement, obturation. Le rapport du Dr I. Guye était distribué aux délégués.

c) Possibilités actuelles de lutte dans les états

Il y eu d'autres interventions, en particulier de la part du délégué du Congo. De toutes il ressort que l'effort financier principal des états porte, et portera à l'avenir, sur l'achat d'antipaludiques. A noter qu'en RCA seul le groupe des femmes enceintes bénéficie d'une prophylaxie médicamenteuse. Les enfants ne sont pas protégés mais tout accès fébrile est traité.

Sur le plan de la lutte antivectorielle seuls les mesures antilarvaires sont retenues étant entendu que la charge d'éventuels campagnes d'house spraying dans les grandes cités revient aux Services d'Hygiène Urbaine.

A la demande du Secrétaire Général j'ai fait un court exposé sur "les limites de la lutte antianophélienne".

Il a été insisté sur le rôle de l'éducation sanitaire des populations.

Le Dr Cavallo, chef du Service Techniques du Secrétariat Général a fait un exposé visant à mettre en évidence les bases d'une stratégie antipaludique communes aux 5 états. Il note que les actions doivent porter sur : la surveillance de l'apparition d'une résistance de P. falciparum à la chloroquine

- l'approfondissement des connaissances sur les données épidémiologiques par réalisation d'enquêtes paludométriques.

- la possibilité actuelle de lutte, dans les états membres, d'une manière coordonnée où le Secrétariat Général a un rôle à jouer.

Au sujet de la résistance à la chloroquine, le Dr Cavallo rappelle que si elle n'a pas été mise en évidence jusqu'alors en Afrique centrale, <sup>sa</sup> nature de type chromosomique fait qu'elle a pour

caractéristique de s'étendre en "tache d'huile". Il importe donc de déceler le plus précocement possible son apparition.

C'est à la découverte en 1976 d'une méthode de culture in vitro de l'hématozoaire de Laveran que l'on doit de pouvoir étudier désormais en laboratoire et sur le terrain l'action des antimalariques sur des hématies parasitées par des souches de P. falciparum; d'apprécier leur action sur les jeunes formes asexuées. Les tests les plus faciles à réaliser sont :

- le test standard OMS ou "macrotest" (c'est en réalité un milieu de survie des hématozoaires et ce test donne des "indications").
- le microtest de Rieckmann.
- le test de 48 heures utilisant la culture.

Le Service Technique du Secrétariat Général propose la création d'un laboratoire où l'on pourrait pratiquer ces tests à la demande des états (en fait celui de Rieckmann principalement).

Sur le terrain il importe de sensibiliser les praticiens au problème des résistances.

La possibilité d'une étude dynamique de la prémunition contre le paludisme en zone rurale est possible par mise en oeuvre de tests sérologiques (Elisa, I.F.I.). L'étude devrait porter sur diverses tranches d'âges de la population et ceci dans des zones géographiques diverses. Elles devraient permettre de déterminer l'âge d'installation de la prémunition dans chaque région et éventuellement le retard apporté à cette installation par la pratique de la chimio prophylaxie.

L'actualisation des données épidémiologiques devra être obtenue par la réalisation d'enquêtes paludométriques portant sur la population humaine : établissement des indices splénique, gamétocytaire, plasmodique et enquêtes immunologiques; sur la population anophélienne : détermination de l'espèce vectrice, établissement des indices oocystique et sporozoïtique, du taux de parité et de l'espérance de vie.

Il faudra mettre l'accent sur la corrélation de ces divers indices avec la pluviométrie et les conditions sítiales de transmission en région de sahel, de savane ou de forêt.

Le Secrétariat Général de l'OCEAC pourra apporter son assistance à la réalisation de ses enquêtes et assurer la formation du personnel de santé publique nécessaire suivant les demandes des états.

Les stratégies de lutte mises au point dans les états

tiennent compte des recommandations de l'OMS basées sur les faits suivants :

- L'éradication est illusoire
- le contrôle est possible par chimioprophylaxie collective à demi dose des groupes à haut risque (enfants de 0 à 5 ans et femmes enceintes) et la chimiothérapie au niveau des formations de santé primaire de tous les accès fébriles afin de diminuer la mortalité par accidents aigus.

J.P. Adam rappelle ensuite brièvement l'enseignement des grandes campagnes de pulvérisation intradomiciliaires. Cette méthode lorsqu'elle a été bien employée a diminué la transmission du paludisme mais sans jamais parvenir, en Afrique continentale, à l'arrêter. Diverses raisons motivent cet échec dont on peut retenir la sélection de souches d'anophèles résistantes aux insecticides mais aussi apparition d'un phénomène d'irritabilité due au dépôt d'insecticide, les coutumes locales des villageois de passer partie de la nuit hors des habitations, l'existence de cases de culture échappant aux pulvérisations, etc. Souvent aussi on a pu incriminer des problèmes de logistique : rupture de stock d'insecticide, difficulté de déplacement des équipes ou d'approvisionnement en eau, manque de techniciens qualifiés, insuffisance du financement ou tarissement d'une de ses sources. Parfois la raison était technique par erreur de dosage ou qualité défectueuse du travail. On a assisté partout au retour de l'endémie palustre à son niveau antérieur.

A côté de l'option chimioprophylaxie-chimiothérapie des états qui y consacrent environ 75% de l'enveloppe "paludisme", il y a cependant place pour des mesures antilarvaires principalement par amélioration de l'environnement. L'adduction d'eau potable dans chaque village, retenue comme priorité par le gouvernement de la R.U.C., est à cet égard exemplaire. La mise en place de Comités de Santé de village doit beaucoup contribuer au succès de la lutte antianophélienne en organisant la lutte physique contre les gîtes larvaires et par une action d'éducation sanitaire de la population visant à améliorer la prévention individuelle des contacts homme/vecteur : modification des coutumes, utilisation plus large et rationnelle des moustiquaires de lit et des grillages sur les ouvertures des habitations.

Dans les collectivités c'est dans le cadre des soins de santé primaire que doivent être appliquées, avec l'assistance des

services antipaludiques, certaines mesures dont la réduction des gîtes larvaires par aménagement du milieu, la lutte antilarvaire par épandages d'insecticides, éventuellement la lutte antilarvaire biologique (poissons larvivores), pour les grandes cités, parfois, pulvérisations intradomiciliaires toujours complétées par les autres mesures.

Les délégations de chaque état exposent ensuite les actions entreprises :

République Centrafricaine : Traitement à la chloroquine de tous les accès fébriles. Chimio prophylaxie uniquement aux femmes enceintes. Pas d'action actuelle contre le vecteur.

République Populaire du Congo : Chimiothérapie de tout accès fébrile. Chimio prophylaxie dans les centres de PMI, les crèches et les écoles. Education sanitaire des populations. Intégration progressive de la lutte antipalustre avec les soins de santé primaire.

République Unie du Cameroun : Chimio prophylaxie des enfants et femmes enceintes. Chimiothérapie des cas fébriles. Lutte antivectorielle. Tests de résistance à la chloroquine.

République Gabonaise : Chimiothérapie des accès fébriles. Chimio prophylaxie des enfants et femmes enceintes. Lutte anti vectorielle. Education sanitaire.

République du Tchad : Programme national interrompu par les événements. Il existe un projet de lutte antilarvaire couplé à un programme de chimio prophylaxie pour les enfants de 0 à 6 ans et les femmes enceintes. Ces actions seront regroupées dans les soins de santé primaire.

Guinée équatoriale : Programme en route depuis 3 mois avec création de zones pilotes où l'on pratique la chimio prophylaxie aux enfants de 0 à 5 ans et aux femmes enceintes. L'extension de cette action est prévue au reste du pays

Le Secrétaire général constate que chaque état a établi un plan de lutte reposant essentiellement sur les soins de santé primaire. Le paludisme doit désormais figurer parmi les priorités de l'organisation. Les points suivants ont été retenus :

- Installer au Service Technique du Secrétariat Général



un laboratoire équipé pour réaliser des tests de résistance du plasmodium à la chloroquine.

- Réactualiser les connaissances épidémiologiques par des enquêtes paludométriques et immunologiques.

- Accélérer la formation spécialisée et l'information continue des personnels de santé en matière de lutte antipaludique. Les délégués ont insisté particulièrement sur ce dernier point.

### Conclusion

Cette réunion n'a pas apporté grand chose de nouveau sur le plan paludisme étant donné que la situation n'a guère évolué à ce point de vue dans les Etats de l'OCEAC depuis la dernière Conférence Technique. Elle a eu cependant le grand intérêt de me permettre de reprendre contact avec les délégués du Tchad et de RCA et singulièrement le Dr Limbassa. Avec ce dernier nous avons mis au point les grandes lignes de notre prochaine mission en RCA dans le cadre de l'étude de faisabilité d'une campagne de lutte contre l'onchocercose. Par ailleurs le Dr. Limbassa m'a fait part de son désir de voir entreprises des enquêtes sur la transmission de la trypanosomiase dans le nord et le sud ouest de son pays.

Yaoundé, le 8 octobre 1983

