Pôle 2

O . C . C . G . E . O . R . S . T . O . M .

INSTITUT PIERRE RICHET

B.P. 1500 - BOUAKE - COTE D'IVOIRE

LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE EN COTE D'IVOIRE*

XV - Le Secteur de Santé Rurale d'ABIDJAN
(de l'origine au 31/12/1985)

par

L. PENCHENIER **

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire
N° : 23516
Cote : B 68 M
15 MARS 1987

N° 02/IPR/RAP/87

---

* Ce programme de Recherche effectué avec le Centre d'Entomologie Médicale et Vétérinaire de BOUAKE a reçu le soutien financier du Programme Spécial PNUD/Banque Mondiale/OMS de Recherche et de Formation concernant les Maladies Tropicales.

** Parasitologiste de l'ORSTOM - Institut Pierre RICHET (OCCGE) B.P. 1500 BOUAKE (Côte d'Ivoire) et Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération (ORSTOM).

SOMMAIRE

INTRODUCTION P 1

I - LE MILIEU P 2

II - LES HOMMES P 4

III - LES GLOSSINES P 6

IV - LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE DANS LE SECTEUR D'ABIDJAN P 7

IV.1 - Les indices P 7

IV.2 - Le secteur d'ABIDJAN de l'origine à 1959 P 8

IV.2.1 - Création du secteur P 8

IV.2.2 - Evolution de la trypanosomiase de 1948 à 1959 P 9

IV.3 - Le secteur d'ABIDJAN de 1960 à 1986 P 12

IV.3.1-Evolution géographique du secteur P 12

IV.3.2 - Evolution de la trypanosomiase P 13

IV.3.3 - Analyse des dossiers existants P 16

CONCLUSION P 19

REMERCIEMENTS P 20

BIBLIOGRAPHIE P 21

INTRODUCTION

On a trop dit et écrit ces dernières années que la région de VAVOUA-DALOA était "Le foyer" - terme discutable - ivoirien de la trypanosomiases humaine, voire "Le foyer" de l'Afrique de l'Ouest francophone.

Certes cette région a flambé en 1977, mais cette flambée due vraisemblablement aux conséquences de l'essor agricole, reposait sur les conditions bio-climatiques des années précédentes qui avaient entraîné de fortes densités de glossines et surtout sur l'existence de trypanosomés épars dans les campements et jamais prospectés. Or ce réservoir humain existe - à un moindre degré - dans la plupart des secteurs de Côte d'Ivoire sous la forme, comme à VAVOUA, de planteurs dispersés, isolés dans leurs campements et qui ne sont dépistés qu'à l'occasion d'une consultation dans un centre de soins. Ce réservoir est d'autant plus sous estimé que, depuis près de 10 ans, hormis des secteurs comme DALOA ou ABOISSO, on peut considérer qu'aucune prospection systématique n'a couvert l'ensemble des cantons des secteurs.

Ce rapport (quoiqu'étant numéroté XV pour respecter la chronologie mise en annexe) est le quatrième d'une série de 25 - Un pour chaque Secteur de Santé Rurale de Côte d'Ivoire - dont l'objectif est, à travers l'historique descriptif des secteurs et l'analyse de l'ensemble des dossiers disponibles de ces dernières années, de préciser l'évolution locale de la trypanosomiase depuis le premier malade dépisté jusqu'à nos jours et de tenter de préciser la répartition actuelle de cette maladie en tenant compte de l'origine réelle et des déplacements des malades. A cet égard le secteur d'ABIDJAN est assez particulier de par l'importance et la mobilité de sa population urbaine et par une situation écologique peu propice aux glossines.

I - LE MILIEU

Le secteur d'ABIDJAN s'étale le long de la côte atlantique sur un peu plus de 150 kms en englobant la totalité de la lagune Ebrié et ne remonte, au nord, que sur 40 à 100 kms (Cartes 1 et 2). La ville d'ABIDJAN est située à 5°19 de latitude et 4° de longitude ouest.

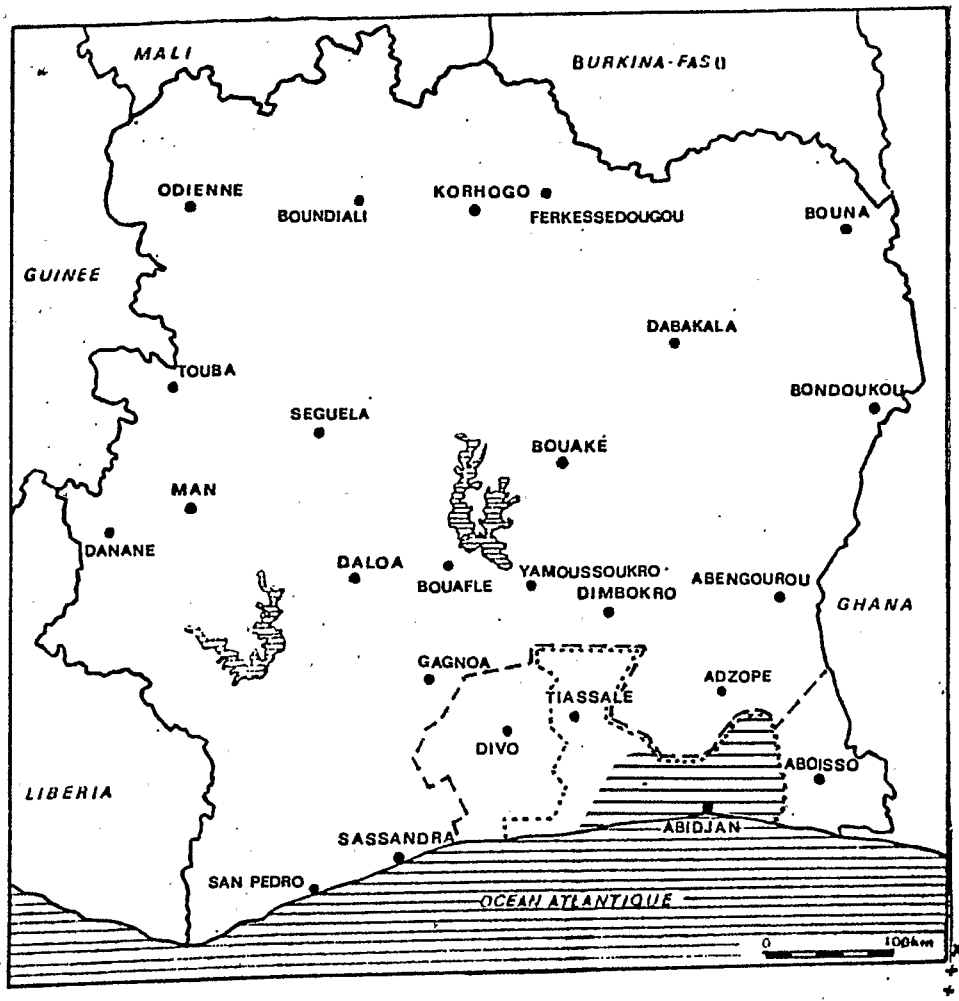
Il est limité à l'ouest par le secteur de TIASSALE, à l'est par celui d'ABOISSO et au nord par ceux d'AGBOVILLE et d'ADZOPE.

Quoique sans relief, le secteur a longtemps posé des problèmes d'accés du fait de son système lagunaire. Ainsi, le canton AKROU, distant d'une quinzaine de kilomètres par eau, n'avait encore jamais été prospecté en 1960. Il en était de même de la subdivision d'ADIAKE.

Le climat est très humide avec une pluviométrie moyenne allant de 1 700 mm à l'ouest du secteur, à plus de 2 100 mm sur ABIDJAN et l'est du secteur. La grande saison des pluies s'étale d'avril à juillet avec son maximum en octobre (8 à 10 jours de pluie). L'insolation varie dans l'année entre 75 et 175 h par jours (maximums en février et novembre).

La végétation du secteur d'ABIDJAN est bien évidemment du type guinéen. La forêt, fortement défrichée, est souvent marécageuse et les lagunes sont fréquemment bordées de mangroves.

L'activité de la région est principalement industrielle et portuaire, mais elle est également axée sur le latex, les oléagineux, l'ananas et la canne à sucre.

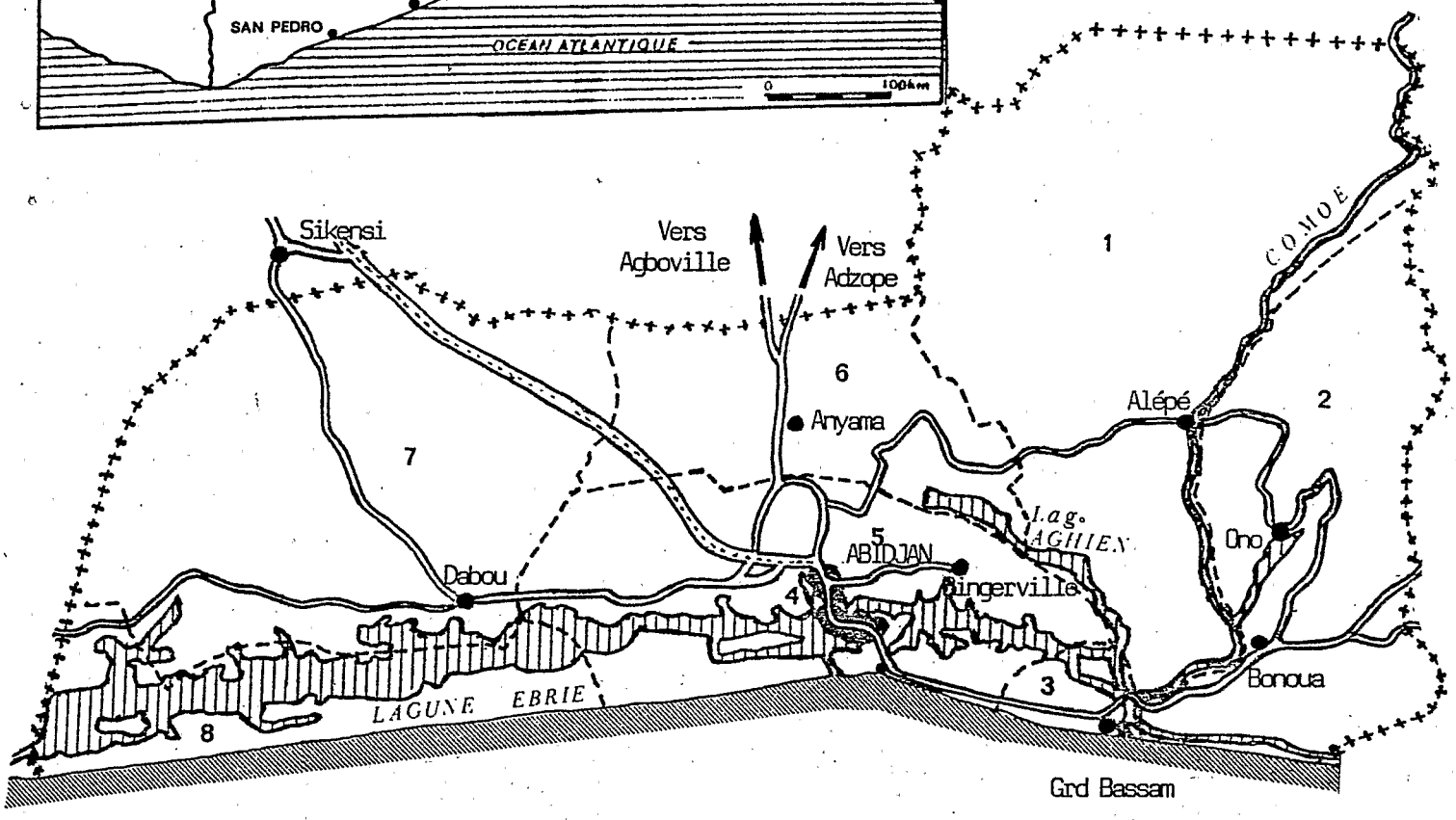


Carte 1 : Localisation du Secteur d'ABIDJAN en Côte d'Ivoire

.....: Limites en 1948

— — —: Limites en 1960

: Limites actuelles



Carte 2 : L'actuel Secteur d'ABIDJAN et ses 8 Sous-Préfectures

1. ALEPE
2. BONOUA
3. GRAND BASSAM
4. ABIDJAN
5. BINGERVILLE
6. ANYAMA
7. DABOU
8. JACQUEVILLE

II - LES HOMMES

Bien qu'entièrement situé en pays Akan, le secteur d'ABIDJAN est avant tout une zone de peuplement mélangé. Les autochtones appartiennent aux ethnies Attié, Ebrié, Adioukrou, Alladien, Ahizi, M'Bato et Abouré. Ces ethnies, comme leurs grandes soeurs Baoulé, Agni, Abé ... ont un système de parenté basé sur la double filiation (conservation des liens matri et patrilinéaires). Leur système social est monarchique et ils sont animistes. Mais pour ce dernier point il faut tenir compte de la religion catholique fortement implantée sur la côte par de nombreuses sectes.

Depuis l'occupation française de la région (10 mars 1893) (Domergue-Cloarec, 1984), GRAND BASSAM (française depuis 1843) draine une nombreuse main d'oeuvre allogène, mais c'est surtout depuis la mise en chantier du chemin de fer (1903) et l'arrivée du Gouverneur Angoulvan (1907) que s'est multipliée la population étrangère : tirailleurs, miliciens, gens de service, porteurs, manoeuvres ...)

Le secteur est composé de 7 sous-préfectures plus la ville d'ABIDJAN. Sa population, selon le recensement de 1985, était de 2 145 484 habitants dont 1 691 758 pour la ville d'ABIDJAN. Le détail de ce recensement est donné dans le tableau 1.

	SOUS PREFECTURE			VILLE		
	Autocht.	Etrang.	S/Préfect.	Autocht.	Etrang.	Total
ABIDJAN	-	-	-	1 036 445	655 313	1 691 758
ALEPE	34 456	6 919	41 371	-	-	2 387
ANYAMA	28 141	34 394	62 535	6 408	21 470	27 878
BINGERVILLE	28 185	1 447	42 632	13 353	2 821	16 174
BONOUA	26 245	13 762	40 007	12 485	3 141	15 626
DABOU	84 286	20 487	104 773	27 448	6 277	33 765
GD-BASSAM	22 312	9 732	32 044	-	-	-
JACQUEVILLE	15 400	9 181	24 581	5 834	4 119	9 953
TOTAL	239 025	95 922	347 943	1 102 013	693 141	1 797 541

Tableau 1 : Le secteur d'ABIDJAN. Recensement de 1985.

Pour obtenir le nombre total d'habitants il faut additionner "ville" et "sous-préfecture".

On peut constater quelques petites erreurs dans les relevés du recensement. Ne sachant s'il s'agit d'erreurs de transcription ou de calcul, nous les avons laissées. La plus importante concerne BINGERVILLE où, pour la sous-préfecture, si l'on additionne "étrangers" + "autochtones" on obtient 29 632 au lieu des 42 632 indiqués.

La lecture du Tableau 1 montre que le secteur d'ABIDJAN totalise 789 063 étrangers, soit 36,78 % de la population, auxquels, pour connaître le nombre d'allogènes *stricto sensu* il faudrait ajouter les ivoiriens originaires d'autres régions du pays, ce qui n'apparaît pas ici.

III - LES GLOSSINES

A la suite de la découverte d'un cas de trypanosomiase chez un enfant de BINGERVILLE, Bouët fut chargé, en 1915, par le Gouvernement Général, d'enquêter dans cette région qu'il avait déjà étudiée de 1906 à 1908. A cette occasion il signalait que les glossines étaient très communes dans tous les villages et le long de la lagune Ebrié. Il en a capturé 458, toutes des *Glossina palpalis* . Leur dissection a montré que 12 d'entr'elles étaient parasitées par des trypanosomes d'animaux. Il n'a trouvé aucune glande salivaire infectée. Bouët, cherchant un réservoir de "virus", a également enquêté sur les animaux. Selon lui il n'y a, en dehors de quelques chiens, aucun animal domestique autour de BINGERVILLE. Ils auraient tous été écartés par décision administrative. Bouët en conclut que le seul réservoir est humain, d'autant que, précise-t-il, alors que les glossines sont connues de tous (sous de nombreuses dénominations vernaculaires), la maladie est, par contre totalement inconnue des autochtones.

Bouffard (1930), reprenant tous les cas de trypanosomiase connus dans le cercle d'ABIDJAN, s'étonne de leur caractère sporadique et isolé. Il s'étonne également du peu de virulence du parasite (faible parasitémie, échec de transmissions aux animaux ...) et conclut qu'il doit exister un réservoir animal pour expliquer la persistance de la maladie au bord des lagunes. Selon lui, de par la rareté et la dispersion des cas humains, l'homme ne peut être le réservoir et les glossines ne peuvent l'être non plus puisque, quoique très nombreuses dans la région, aucune n'a été trouvée parasitée par *Trypanosoma gambiense* . Signalons à ce sujet que le porc, principal animal incriminé en afrique de l'Ouest (Penchenier *et al.* 1985), est extrêmement rare dans les villages du secteur d'ABIDJAN.

Les conditions écologiques nécessaires à la prolifération des glossines sont maintenant rarement réunies dans le secteur d'ABIDJAN. Nous sommes loin ici des biotopes que sont les plantations de café et de cacao (Laveissière *et al.* 1986 a et b). L'essor économique et la déforestation qui en a résulté n'a pas que supprimé les gîtes des glossines, elle a également réduit le gibier dans de notables proportions réduisant ainsi les sources alimentaires. Il reste néanmoins de nombreuses surfaces boisées

et les palmiers à huile sont de très bons gîtes à glossines.

Dans leur étude sur la répartition des glossines en Côte d'Ivoire, Laveissière et Challier (1981) ne signalent que *Glossina palpalis* et seulement au bord de la Komoé, vers ALEPE.

IV - LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE DANS LE SECTEUR D'ABIDJAN

IV.1 - Les indices

L'utilisation des données recueillies par les services sanitaires et l'interprétation claire et simple de celles-ci a conduit à la création d'indices permettant d'apprécier l'évolution - intensification ou régression - de la maladie et la comparaison entre régions. Avant d'aborder cette évolution dans le secteur d'ABIDJAN, voici un rappel des définitions de ces indices.

Les trois principaux sont :

L'Indice de Contamination Nouvelle (ICN),
L'Indice de Contamination Totale (ICT),
L'Indice de Virus en circulation (IVC).

Déjà utilisés en 1940 par Muraz dans le premier rapport annuel du Service Général Autonome de la Maladie du Sommeil, ces indices furent et sont toujours employés dans tous les pays trypanosomés de langue française. En 1959 un Comité d'Experts des Statistiques Sanitaires de l'OMS en préconisa l'utilisation.

- L'Indice de Contamination Nouvelle (ICN)

Il indique l'activité des transmision dans une population indemne pour une période donnée.

$$ICN = \frac{\text{(NT* dépistés) (dans l'année)} \times 100}{\text{(ensemble de la) (population) (examinée)} - \text{(AT** réexaminés)}}$$

---

* NT = Nouveaux Trypanosomés

** AT = Anciens Trypanosomés

- L'Indice de Contamination Totale (ICT)

Cet indice exprime la somme de tous les trypanosomés existants (NT + AT) dépistés par l'ensemble des services sanitaires (prospections - centres de soins ...) depuis le début de l'enquête. Sont exclus : les morts, les disparus, les guéris.

En fin d'épidémie, alors que l'ICN tend vers 0, l'ICT peut demeurer élevé s'il existe encore de nombreux AT en traitement. A moins d'une nouvelle flambée, l'ICT tendra également vers 0.

$$ICT = \frac{\text{(Nombre total des) (cas pris en charge)} \times 100}{\text{(Population totale au) (dernier recensement)}}$$

- L'Indice de Virus en Circulation (IVC)

Il représente le potentiel de transmission de la maladie en prenant en compte l'ensemble du réservoir humain de virus (NT + AT toujours positifs).

$$IVC = \frac{\text{(Nt de l'année) (+ AT toujours positifs)} \times 100}{\text{(ensemble de la population) (examinée)}}$$

Le calcul de l'ICN et de l'IVC implique la connaissance du nombre de personnes examinées par l'ensemble des services sanitaires, ce qui n'est pas toujours aisé.

IV.2 - Le secteur d'ABIDJAN, de l'origine à 1959

IV.2.1 - Création du secteur

L'historique des Secteurs de Santé Rurale de Côte d'Ivoire est étroitement attaché à l'histoire de la trypanosomiase en Afrique de l'Ouest et directement issue de celle des services ayant lutté contre cette endémie (Service Autonome de la Maladie du Sommeil -SGAMS- ; Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie -SGHMP- ; Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies -OCCGE-). Les activités du secteur d'ABIDJAN ayant commencé assez tardivement, nous ne reprendrons pas ici la partie historique qui a été détaillée dans les précédents rapports sur MAN et DANANE (Penchenier *et al.* 1986 a et b).

Le secteur annexe n° 22, créé par arrêté du 31/8/1939 a été officiellement ouvert 10 ans après, le 1/8/1948 (arrêté du 31/7/1948).* Il comprenait alors la commune mixte d'ABIDJAN et les subdivisions de BINGERVILLE, DABOU et TIASSALE (Carte 1) dont la population recensée était de 180 000 habitants. Il était dirigé par le médecin chef du cercle d'ABIDJAN assisté de 3 infirmiers en poste dans les dispensaires d'ADJAME et de TREICHVILLE. Ses principaux objectifs étaient le dépistage et le traitement de la trypanosomiase et de la lèpre dans ses 2 dispensaires. Il fallut attendre quelques années pour que le secteur soit pourvu d'une équipe de prospection. A la veille de la création du Service d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie de la Côte d'Ivoire (SHMP), en 1958, il était doté d'une équipe de prospection légère (2 infirmiers et 1 auxiliaire), d'un circuit auto lèpre et de deux circuits vélo. Encore faut-il préciser que le circuit auto ne fonctionna que quelques mois.

L'arrêté du 31/12/1958 portant création du SHMP de Côte d'Ivoire a accru l'étendue du secteur qui dès lors comprend les cercles d'ABIDJAN, GRAND BASSAM, ABOISSO et GRAND LAHOU. Cet arrêté, appliqué qu'à partir de juillet 1959, a été enterriné lors de la création, le 14/10/1959, du Service des Grandes Endémies. Cette même année 3 nouveaux infirmiers étaient affectés au secteur.

IV.2.2 - Evolution de la trypanosomiase de 1948 à 1959

D'après les documents disponibles (en particulier Bouët 1908 et 1916, Sorel et Vivie *in* Bouët, Bouffart 1930, Blanchard et Bauvallet *in* Bouffard), il n'y aurait eu que deux cas autochtones dans le secteur du début du siècle à 1929. En 1905 Vivie signale neuf cas pour toute la colonie : quatre à BASSAM, trois à LAHOU et deux à TOUMODI. Ils sont tous originaires du Sénégal ou du Soudan. Bouët en 1908, suite à son enquête de 1906-1908, n'a dépisté que sept malades, le plus au sud étant de BOUAKE (2 à BOUAKE, 2 à KOROGHO, 2 à TOUBA et 1 à ODIENNE). Les données des archives des formations sanitaires (correspondant au secteur d'ABIDJAN de l'époque) analysées par Bouët pour la période allant de 1906 à 1915 sont regroupées dans le Tableau 2. Sur les trente six malades notés, trois seulement sont originaires du cercle d'ABIDJAN et ne l'ont pas quitté. Tous les autres sont des cas importés.

* En annexe 1 se trouvent 4 cartes montrant l'évolution des secteurs de Côte d'Ivoire de 1916 à 1985.

	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	TOTAL
BASSAM	1	0	2	0	0	2	2	3	3	0	13
BINGERVILLE	0	1	0	1	0	1	0	0	1°	1°	5
ABIDJAN	1	4	1	1	0	2	0	1	1	0	11
ABOISSO	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	4
LAHOU	0	0	1	0	1	0	0	0	1°	0	3
TOTAL	2	5	4	5	1	5	3	4	6	1	36

Tableau 2 : Malades reconnus trypanosomés dans le cercle d'ABIDJAN de 1905 à 1915.

Les chiffres marqués "°" correspondent aux malades autochtones.
Les autres sont des cas importés.

Le malade dépisté en 1914 à l'ambulance de BINGERVILLE était un enfant né à MOOSSOU près de BASSAM et n'ayant jamais quitté la région. Il fut impossible de suivre l'enfant qui a disparu. Celui diagnostiqué à LAHOU, est également un enfant, né à LAHOU et en pension depuis quatre ans à l'école de BINGERVILLE. Il n'a pas quitté la région. C'est ce deuxième cas qui amena le Gouvernement Général à demander à Bouët une enquête. Lors de celle-ci Bouët pratiqua 665 examens de sang et ne trouva qu'un malade. Il s'agissait d'un ébrié d'ADJAME de 16-18 ans n'ayant voyagé qu'à ABIDJAN, BASSAM et ALEPE sans y avoir séjourné. C'est le malade de BINGERVILLE 1915 du Tableau 2.

Par la suite, il faudra attendre 1921 pour que l'on signale un nouveau cas. Il s'agit d'un métis qui, d'après Bauvallet qui l'a diagnostiqué, se serait contaminé à BONDOUKOU. Peu après, à l'occasion de vaccinations jennériennes, Bauvallet examinera 7 000 personnes mais ne trouvera aucun trypanosomé. Depuis cette date jusqu'en 1929, aucun cas ne sera signalé.

Nous n'avons pas trouvé trace d'autre document faisant état de la maladie dans les années qui suivirent. Pourtant elle existe puisque les rapports annuels du SGHMP (créé le 22/1/45 et basé à BOBO-DIOULASSO) donne le chiffre de 657 trypanosomés dépistés de 1948 au 31/12/1959 dont 14 pour l'année 1948, année de l'ouverture du secteur (Tableau 3). Qu'en est-il de la période 1930 - 1947 ?

Rien n'indique que les malades recensés soient originaires du secteur. Il est même probable qu'ils ne soient venus à ABIDJAN que du fait de laur maladie puisque dans les rapports détaillés on ne trouve pas mention de malades dépistés lors de prospections et que la plus part des trypanosomés sont en seconde période. Ainsi, parmi les 48 malades de 1959, 41 sont étrangers au secteur (dont 21 étrangers à la Côte d'Ivoire).

	POPULATION		N.T.	INDICES	
	RECENSEE	VISITEE		I.C.N.	I.C.T.
1948	180 000	-?-	14	-?-	-?-
1949	-?-	-?-	66	-?-	-?-
1950	-?-	26 226	72	-?-	-?-
1951	-?-	39 697	60	-?-	-?-
1952	-?-	32 739	73	-?-	-?-
1953	-?-	69 591	96	-?-	-?-
1954	-?-	68 855	62	-?-	-?-
1955	-?-	39 005	47	-?-	-?-
1956	225 000	98 259	38	-?-	-?-
1957	-?-	136 809	55	0,040	0,04
1958	-?-	117 314	26	0,019	0,08
1959	439 000	153 228	48	0,034	0,03
TOTAL	-?-	781 723	657	-?-	-?-

Tableau 3 : Evolution de la trypanosomiase dans le secteur annexe d'ABIDJAN de 1948 à 1959.

Source : Rapports annuels - Archives du Ministère de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire.

IV.3 - Le secteur d'ABIDJAN de 1960 à 1985

IV.3.1 - Evolution géographique du secteur

En 1960 le secteur annexe n° 22, dénommé Secteur Départemental d'ABIDJAN-DIVO (le sous-secteur de DIVO, en passe d'être individualisé, était géré par celui d'ABIDJAN), correspondait exactement aux actuels secteurs d'ABIDJAN, ABOISSO, TIASSALE et DIVO (Carte n° 1). Les quatre cercles qui le composaient se subdivisaient en :

- Cercle de GRAND-LAHOU : Subdivisions de GRAND-LAHOU (6 cantons), de DIVO (7 cantons) et de LAKOTA (7 cantons).
- Cercle d'ABIDJAN : Subdivisions de TIASSALE (2 cantons), de DABOU (5 cantons), de BINGERVILLE (7 cantons) et commune d'ABIDJAN.
- Cercle de GRAND-BASSAM : Subdivisions de GRAND-BASSAM (1 canton), d'ALEPE (2 cantons) et commune de GRAND-BASSAM.
- Cercle d'ABOISSO : Subdivisions d'ABOISSO (5 cantons) et d'ADIAKE (3 cantons).

A cette époque le recensement indiquait 439 000 habitants. En 1966, avec une population qui est passée à 674 300 habitants, dont 285 000 pour la seule ville d'ABIDJAN, le secteur n'avait qu'une seule Hypnoserie située à PORT-BOUET et composée de 10 lits (situation qui prévaut encore actuellement).

C'est en 1974 que le secteur de TIASSALE sera individualisé. La gestion du secteur de DIVO étant confiée à celui de TIASSALE, le secteur d'ABIDJAN se trouve réduit de près de la moitié. Ce n'est qu'en 1979 que le secteur acquiert sa forme actuelle, mais, quoique maintenant séparé du secteur d'ABOISSO, il continuera jusqu'en 1982 à en assurer les prospections.

IV.3.2 - Evolution de la trypanosomiase

L'analyse des rapports montre que, de toute évidence, la majeure partie des trypanosomés provient de la région d'AYAME, en pays Sanwi, à la frontière du Ghana dans le prolongement sud du foyer d'ABENGOUROU. Jusqu'à ces dernières années, il n'est pas possible de se faire une idée des lieux présumés de contamination des malades. Hormis 1963 et 1964 où un effort a été fait en ce sens, les rapports des autres années ne subdivisent les trypanosomés qu'en "Ressortissants" ou "Etrangers" au secteur. Le tableau 4 donne la répartition des 119 malades de 1963 et de 52 des 61 malades de 1964 selon les lieux probables de contamination (Source : rapports annuels du secteur - Dr Senthiles). Le tableau 5 fait le bilan des dépistages de 1960 à 1965.

		1963	1964
Malades du Secteur	AYAME	58	17
	ABOISSO	17	5
	ADIAKE	2	1
	GRAND-BASSAM	6	1
	ABIDJAN	2	0
	BINGERVILLE	4	2
	LAKOTA	14	9
	DIVO	1	0
	TIASSALE	2	0
	TOTAL	106	35
Malades Ivoiriens étrangers au Secteur	M'BATO	1	0
	AGBOVILLE	1	0
	ADZOPE	2	0
	OUME	0	2
	SASSANDRA	1	0
	ODIENNE	0	2
	BOUNDIALI	0	2
	TINGRELA	1	0
	ABENGOUROU	1	2
	BONGOUANOU	2	0
	TOUMODI	0	2
	DIMBOKRO	0	1
	ISSIA	0	1
	DALOA	0	1
	ZUENOULA	1	0
	TOTAL	10	13
Malades étrangers	MALI	1	4
	HAUTE-VOLTA	1	0
	GHANA	1	0
	TOTAL	3	4
TOTAL GENERAL		**119**	**52**

Tableau 4 : Nombre de malades du secteur en 1964 et 1965 selon leurs lieux de contamination probable.

Si, comme on peut le supposer, l'enquête épidémiologique de Senthiles a été bien faite, il apparaît que, en 1963 plus de 89 % et en 1964 plus de 67 % des malades se sont contaminés dans le secteur d'ABIDJAN (dont, respectivement, 71 et 63 % d'entre eux dans les seules régions d'AYAME et ABOISSO). Par contre très peu de malades auraient été contaminés à l'étranger. Si l'on se limite à l'analyse des origines des malades, comme cela a été fait pour les autres rapports, on obtient des résultats sensiblement différents. Si l'on prend le cas des 17 trypanosomés probablement contaminés à AYAME en 1964, 4 sont d'origine voltaïque et 6 d'origine malienne.

Année	NT		Année	NT		Année	NT	
	ABIDJAN	R.C.I.		ABIDJAN	R.C.I.		ABIDJAN	R.C.I.
1960	40	835	1969	20	176	1978	7	391
1961	90	968	1970	11	148	1979	14	428
1962	101	918	1971	4	104	1980	4	378
1963	119	840	1972	8	110	1981	2	410
1964	61	577	1973	14	131	1982	1	253
1965	44	394	1974	16	93	1983	2	289
1966	?	320	1975	8	219	1984	-	246
1967	28	275	1976	12	269	1985	4	243
1968	17	376	1977	16	502			

Tableau 5 : Bilan des dépistages à ABIDJAN et en Côte d'Ivoire de 1960 à 1985 (Sources Ministère de la Santé Publique et de la Population).

Alors que, de l'origine (1948) à 1959, il y a eu 657 malades dépistés dans le secteur, il n'y en a plus que 643 de 1960 à 1985, période 2 fois ½ plus longue que la précédente (soit respectivement une moyenne de 55 et 25 malades par an). La régression du nombre des NT particulièrement nette à partir de 1970, l'est encore plus depuis 1980. Il est certain que la diminution du nombre des dépistés est principalement due à l'amélioration des techniques employées et surtout aux conséquences de la lomidinisation de masse, mais il ne faut pas oublier, dans l'analyse des chiffres, que depuis 1974 le secteur a été réduit de moitié et que depuis 1980 les dossiers d'ABOISSO ne sont plus pris en compte à ABIDJAN.

IV.3.3 - Analyse des dossiers existants

Il se pose, pour ABIDJAN, du fait de la multiplicité des centres de soins, un gros problème de centralisation des dossiers, au point que les autorités compétantes ne savent parfois plus s'il y a eu ou non des trypanosomés dépistés dans l'année. Nous avons pu retrouver trace de 27 dossiers allant de 1979 à 1985. Sont exclus de ce nombre 30 dossiers archivés à ABOISSO, dossiers couvrant une période allant de 1961 à 1978 et qui ont été adressés à ce secteur par le médecin chef d'ABIDJAN lorsque le secteur a acquis son autonomie (cf. rapport n° 16 sur ABOISSO).

Ces 27 dossiers correspondent aux 27 NT comptabilisés de 1979 à 1985 dans le Tableau 4. Or, après discussion avec les infirmiers du secteur et des médecins de l'hôpital de TREICHVILLE, il semble certain qu'il y ait eu plus de 27 malades durant cette période. En 1984, par exemple, on nous signale 2 malades alors qu'il n'en est trouvé trace nulle part. Force est donc de nous limiter à ces dossiers.

Il n'est malheureusement pas possible de déterminer les lieux de contamination probable des malades car les dossiers ne comportent aucun renseignement épidémiologique, en particulier quant aux déplacements des malades ou, pour les étrangers, quant à l'année de leur arrivée en Côte d'Ivoire. La question n'a été posée que pour un dossier. Il s'agit d'une enfant de Koumassi (ABIDJAN) qui n'aurait jamais quitté ce quartier. Cela laisse à penser que, dans les autres cas les médecins ont systématiquement considéré que la contamination n'avait pas eu lieu dans le secteur. Nous avons regroupé dans le Tableau 6 tous les renseignements en notre possession.

ANNEE	LIEU DE RESIDENCE	PERIODE	LIEU D'ORIGINE	LIEU DE DEPISTAGE
1979	? / AYAME	2	? / AYAME	PORT-BOUE
	SANDOUKRO / BASSAM	1	TZOKAN / ?	SANDOUKRO
	KOFFIKRO / BASSAM	1	MALI	KOFFIKRO
	KETESSO / AYAME	2	SOZONOU / BORONOU	KETESSO
	KETESSO / AYAME	2	PA / BORONOU	KETESSO
	YAOU / AYAME	1	YAOU / AYAME	YAOU
	SANKRO / AYAME	2	BURKINA-FASO	SANKRO
	? / AYAME	2	BURKINA-FASO	AYAME
	? / AYAME	2	AYAME	ABOISSO
	? / ?	2	MALI	?
	? / ?	2	OUELLO / KORHOGO	ABIDJAN-BS
	KOFFIKRO / ABOISSO	2	MALI	KOFFIKRO
	ARRAH / BONGOUANOU	2	BURKINA-FASO	PORT BOUE
	BORAN / SINFRA	2	MALI	ABIDJAN-BS
1980	? / ?	2	DIANFLA / BOUAFLE	PORT BOUE
	BONOUA / BASSAM	2	N'KOMEYE / ?	TREICHEVILLE
	? / ?	2	BURKINA-FASO	PORT BOUE
	Cpt BEBO / BINGERVILLE	1	BINGERVILLE	BINGERVILLE
1981	ANDOKOI / YOPOUGON	2	YOPOUGON	PORT BOUE
	ANYAMA / ABIDJAN	2	ANYAMA	PORT BOUE
1982	? / AYAME	2	MALI	PORT BOUE
1983	? / TIASSALE	2	MALI	PORT BOUE
	KOUMASSI / ABIDJAN	2	KOUMASSI	PORT BOUE
1984	? / ?	?	?	?
1985	? / ?	?	ODJIHAYO / ISSIA	ABIDJAN-BS
	ABOBO GARE	?	YAMOUSSOUKRO	ABIDJAN-BS
	BERZIAKA / ZUENOULA	?	BERZIAKA / ZUENOULA	ABIDJAN-BS
	? / ?	?	BONOUA / BASSAM	ABIDJAN-BS

Tableau 6 : Données sur les malades du secteur de 1979 à 1985.
Sources : Archives du secteur.
ABIDJAN-BS = Base de Secteur d'ABIDJAN

9 des 27 malades vivent dans la région d'AYAME et doivent donc être considérés comme des malades du secteur d'ABOISSO. 7 sont sans indication de résidence. Pour les 11 malades restant, il est impossible de déterminer s'ils ont pu se contaminer dans le secteur. Dans le cas de l'enfant de KOUMASSI, bien qu'elle n'ait jamais quitté ce quartier, il ne peut être question de "foyer" local. Peut-être a-t-elle été contaminée par "repas interrompu" à l'occasion d'un contact avec un trypanosomé ou lors d'une injection, à moins que, malgré les dires de la famille, elle ait séjourné en brousse. Quoiqu'il en soit la contamination devait être relativement ancienne puisque l'enfant était en deuxième période.

CONCLUSION

La question qui se pose sans cesse lorsque l'on étudie la trypanosomiase dans une région donnée est de savoir quelle est la proportion de malades contaminés sur place ce qui sous-entend de déterminer les lieux de contamination des trypanosomés. Dans le cas du secteur d'ABIDJAN qui, dans son histoire, a connu un apport allogène important et permanant, les médecins ont toujours considéré, peut-être à tort, que les malades s'étaient contaminés hors du secteur. L'analyse des archives ne permet pas de contredire cette opinion. Il est certain que le grand pourvoyeur de malades a été le secteur d'ABOISSO et que, compte tenu du grand nombre de deuxièmes périodes dépistées à ABIDJAN et du caractère mobile de cette population, les autres malades ont parfaitement pu se contaminer ailleurs, que ce soit dans une autre région de Côte d'Ivoire ou à l'étranger. Sur les 27 malades du Tableau 4, il n'y en a que 4 dont le lieu de résidence et le lieu d'origine soient situés dans la région d'ABIDJAN (BINGERVILLE, YOPOUGON, ANYAMA et KOUMASSI). Parmi ces 4 malades un seul semble ne pas s'être déplacé, ce qui, avec les 3 malades de 1914-1915 fait que la question de la contamination locale ne se pose réellement que pour 4 malades sur les quelques 1 337 dépistés connus dans le secteur (37 jusqu'en 1929, 657 de 1948 à 1959, 643 de 1960 à 1985).

Mis à part la région d'AYAME où la transmission existe, il n'apparaît donc aucun "foyer" dans le secteur d'ABIDJAN. Il n'empèche que l'importance du brassage humain existant autour d'ABIDJAN peut être favorable à des transmissions mécaniques et donc que des cas autochtones sont tout à fait possibles. Cette situation n'est certes pas un problème de santé publique, mais il ne faut pas la négliger car la promiscuité et le manque d'hygiène de certaines habitations peuvent parfaitement, grâce aux nombreux gîtes d'insectes hématophages, entraîner de petites épidémies dont le diagnostique, dans ce contexte, peut ne pas être évident.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont aux Docteurs K. KANGA Médecin Chef du Secteur d'ABIDJAN, J. RIVE du Ministère de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire, J. PROD'HON, J.P. EOUZAN et C. LAVEISSIERE de l'O.R.S.T.O.M. pour l'aide qu'ils nous ont apportée à tous les niveaux de ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

ANONYME, 1974 - Atlas de Côte d'Ivoire. ORSTOM -IGT, édit. : Ministère du Plan de Côte d'Ivoire.

BOUET (G.), 1908 - Journal Officiel de la Côte d'Ivoire, 29 février 1908, n° 4, pg. 75.

BOUET (G.), 1916 - Existence d'un petit foyer de trypanosomiase humaine à la Basse Côte d'Ivoire. Bull. Soc. Path. Exot. Séance du 8 mars 1916., 168 - 186.

BOUFFARD (G.), 1930 - La trypanosomiase humaine en Côte d'Ivoire. Bull. Soc. Path. Exot. Séance du 12 novembre 1930., 922 - 927.

DOMERGUE-CLOAREC (D.), 1984 - Politique Coloniale Française et Réalités Coloniales : l'exemple de la santé en Côte d'Ivoire. 1905-1958. Th. Ex. es Lettre et Sc. Hum. - Université Poitiers.

LAVEISSIERE (C.) et CHALLIER (A.), 1981 - La répartition des glossines en Côte d'Ivoire. Notice explicative n° 89 - 2 cartes au 1/2 000 000. ORSTOM - Paris.

LAVEISSIERE (C.), HERVOUET (J.P.) et COURET (D.), 1986 (a) - Localisation et fréquence du contact homme/glossine en secteur forestier de Côte d'Ivoire. 1. Recherche des points épidémiologiquement dangereux dans l'environnement végétal. Cah. ORSTOM, sér. Ent. Méd. et Parasitol., XXIV, n° 1, 21-35.

LAVEISSIERE (C.), HERVOUET (J.P.) et COURET (D.), 1986 (b) - Localisation et fréquence du contact homme/glossine en secteur forestier de Côte d'Ivoire. 2. Le facteur humain et la transmission de la trypanosomiase. Cah. ORSTOM, sér. Ent. Méd. et Parasitol., XXIV, n° 1, 45-57.

PENCHENIER (L.) et N'GUESSAN (P.), 1985 - Le réservoir animal de la Trypanosomiase humaine (Rapport pour la 8ème Réunion Technique des Médecins Chefs de Secteur de Santé Rurale) - Décembre 1985 -. Rapport OCCGE/IPR, n° 36/IPR/Rap/85, 11 pgs.

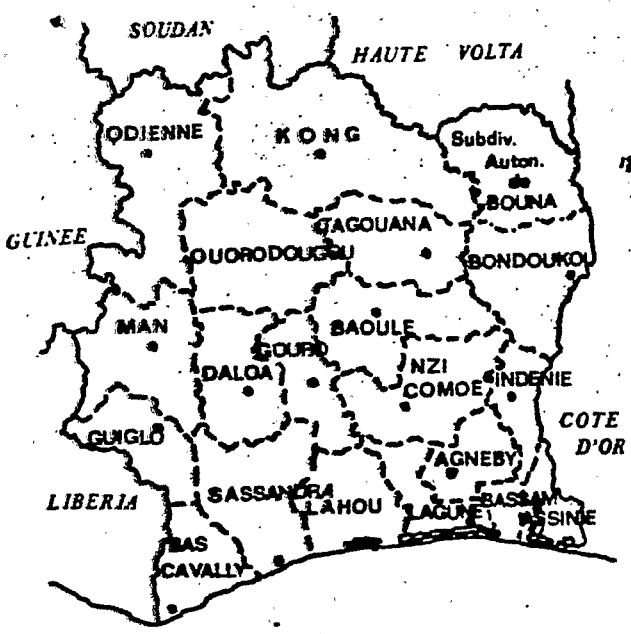
PENCHENIER (L.), HERVOUET (J.P.) et ASSALE (A.), 1986 (a) - La Trypanosomiase Humaine en Côte d'Ivoire. II : Le Secteur de Santé Rurale de Man (du début des prospections au 31/12/1985). Rapport OCCGE/IPR, n° 12/IPR/Rap/86, 33 pgs.

PENCHENIER (L.) et AMANAMAN (A.), 1986 (b) - La Trypanosomiase Humaine en Côte d'Ivoire. III : Le Secteur de Santé Rurale de Danané (du début des prospections au 31/12/1985). Rapport OCCGE/IPR, n° 23/IPR/RAP/86, 56 pgs.

SGAMS et SGHMP - Rapports annuels 1940 à 1958. OCCGE - Centre Muraz - Bobo-Dioulasso.

Service des Grandes Endémies de Côte d'Ivoire, 1966, Synthèse d'Activités 1960 - 1966.

ANNEXE 1

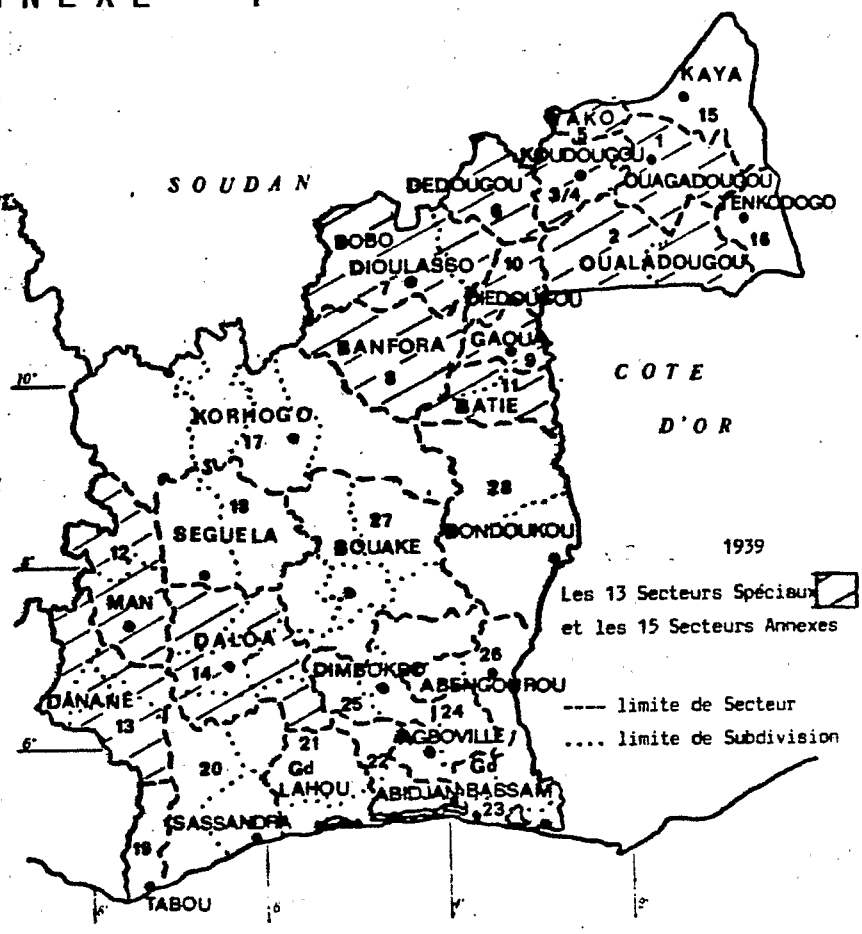


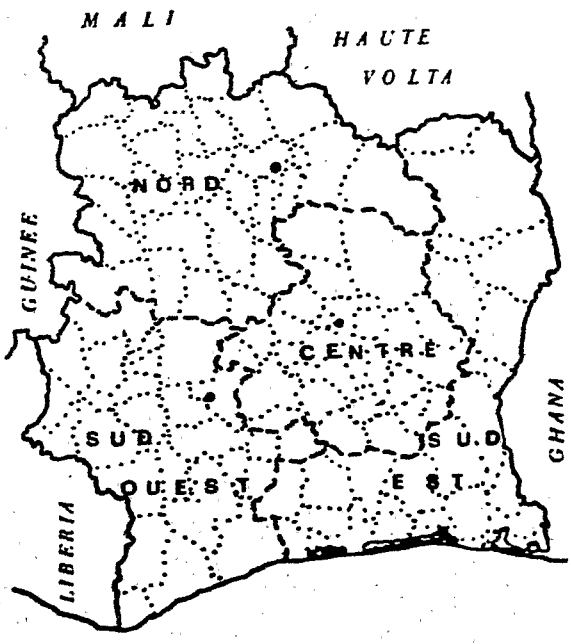
: Découpage Administratif de la Côte d'Ivoire 1916/1932

—— frontière

---- limite de cercle

● chef lieu de cercle





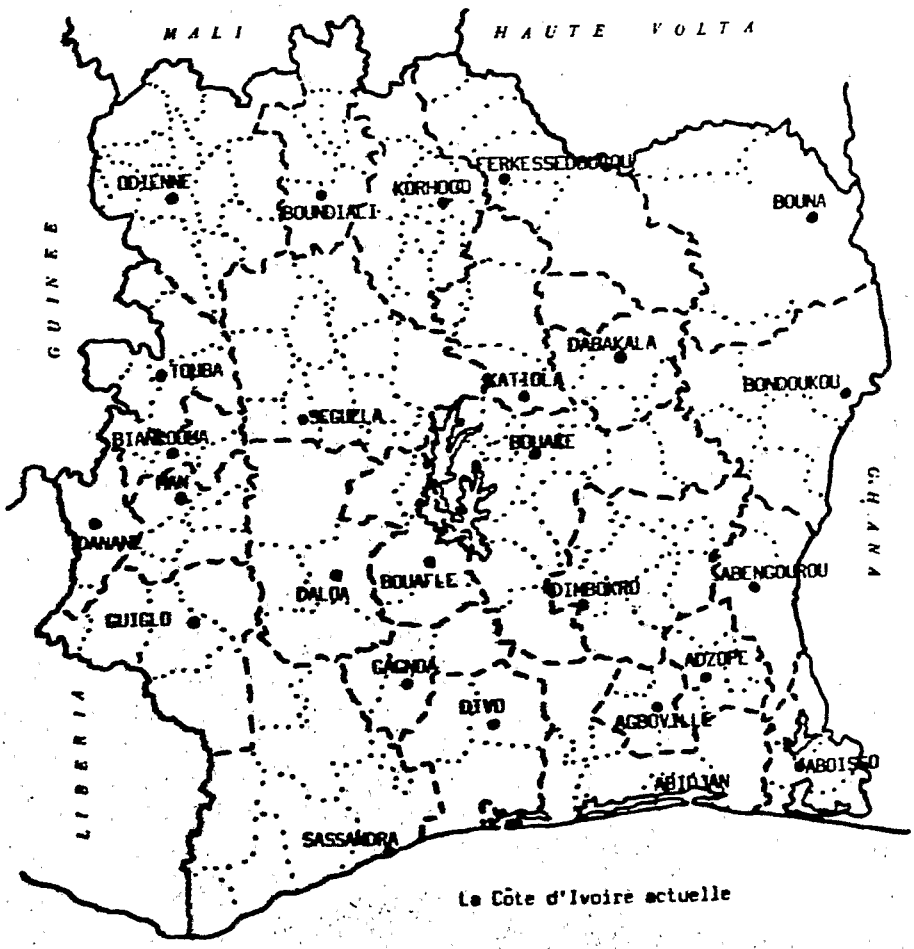
La Côte d'Ivoire en 1958

—— frontière

---- limite de département

.... limite de sous-préfecture

● chef lieu de département



La Côte d'Ivoire actuelle

A N N E X E 2

La trypanosomiase humaine en Côte d'Ivoire

Du début des prospections au 31 Décembre 1985

Liste des rapports par secteur

1 - Yamoussoukro
2 - Man
3 - Danané
4 - Daloa
5 - Bouaflé
6 - Séguéla
7 - Touba
8 - Gagnoa
9 - Sassandra
10 - San Pédro
11 - Adzopé
12 - Abengourou
13 - Bondoukou
14 - Bouna
15 - Abidjan
16 - Aboisso
17 - Tiassalé
18 - Divo
19 - Bouaké
20 - Dimbokro
21 - Dabakala
22 - Korhogo
23 - Ferkessédougou
24 - Boundiali
25 - Odienné

ANNEXE 3

La trypanosomiase humaine en Côte d'Ivoire

Du début des prospections au 31 Décembre 1985

Liste des rapports par secteur

1 - Yamoussoukro
2 - Man
3 - Danané
4 - Daloa
5 - Bouaflé
6 - Séguéla
7 - Touba
8 - Gagnoa
9 - Sassandra
10 - San Pédro
11 - Adzopé
12 - Abengourou
13 - Bondoukou
14 - Bouna
15 - Abidjan
16 - Aboisso
17 - Tiassalé
18 - Divo
19 - Bouaké
20 - Dimbokro
21 - Dabakala
22 - Korhogo
23 - Ferkessédougou
24 - Boundiali
25 - Odienné