

INSTITUT PIERRE RICHET
B.P. 1500 - BOUAKE - COTE D'IVOIRE

LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE EN COTE D'IVOIRE *

IX. Le Secteur de Santé Rurale de SASSANDRA
(de l'origine au 31/07/1987)

par

L. PENCHENIER **

GBANE KARAMOKO ***

N° 26/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).

*** Médecin Chef du Secteur de Santé Rurale de SASSANDRA.

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 24706 ex 1

Cote : B

21 AVR. 1988

SOMMAIRE

RESUME	
MOTS CLEFS	
INTRODUCTION	1
I. LE MILIEU	2
II. LES HOMMES	4
III. LES GLOSSINES	6
IV. LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE DANS LE SECTEUR DE SASSANDRA	6
IV.1. HISTORIQUE DU SECTEUR	6
IV.1.1. De 1939 à 1960	6
IV.1.2. De 1960 à 1980	8
IV.1.3. De 1980 à 1987	10
IV.2. ETUDE DES DOSSIERS DE L'OUVERTURE DU SECTEUR A AOUT 1987	11
V. CONCLUSION	14
REMERCIEMENTS	15
BIBLIOGRAPHIE	16

RESUME

L'analyse de la situation épidémiologique de la Trypanosomiase Humaine dans le secteur de SASSANDRA montre que cette pathologie a été et est toujours présente. Les cas signalés ces dernières années l'ont été dans la région de SOUBRE, mais on ne peut pas parler de "foyer" car, à de rares exceptions près, il s'agit de cas isolés dans des plantations comme si la présence d'un malade ne découlait pas de l'existence d'autres malades. Cette situation épidémiologique est extrêmement intéressante car elle pose le problème du mode de contamination et donc du réservoir de parasites.

Un autre problème est posé par l'origine des dossiers. Ils sont comptabilisés au lieu de dépistage et non au lieu de résidence (et donc probablement de contamination) ce qui a pour conséquence de fausser la carte de répartition des malades. Ainsi, entre 1980 et 1985, selon le secteur, il y a eu 2 malades dépistés alors qu'en regardant les archives des secteurs voisins ce nombre est porté à 14.

MOTS CLES

Trypanosomiase Humaine - Côte d'Ivoire - Sassandra - Répartition - Historique - Groupes Ethniques - Migration - Transmission - Glossines - épidémiologie

I N T R O D U C T I O N

Ce rapport fait partie d'une série de 25 - un pour chaque Secteur de Santé Rurale de Côte d'Ivoire - dont l'objectif est, à travers l'historique descriptive 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.

Le nombre annuel des malades dépistés en Côte d'Ivoire est faible par rapport aux dépistages d'Afrique Centrale, mais, alors que dans ces pays les malades sont en contact entre eux (et l'ont parle de "Foyers"), en Côte d'Ivoire les malades apparaissent souvent comme des cas sporadiques reposant à chaque fois le problème du mode de contamination et plus particulièrement celui du réservoir animal.

Quoiqu'il en soit, le réservoir humain existe 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.

I. LE MILIEU

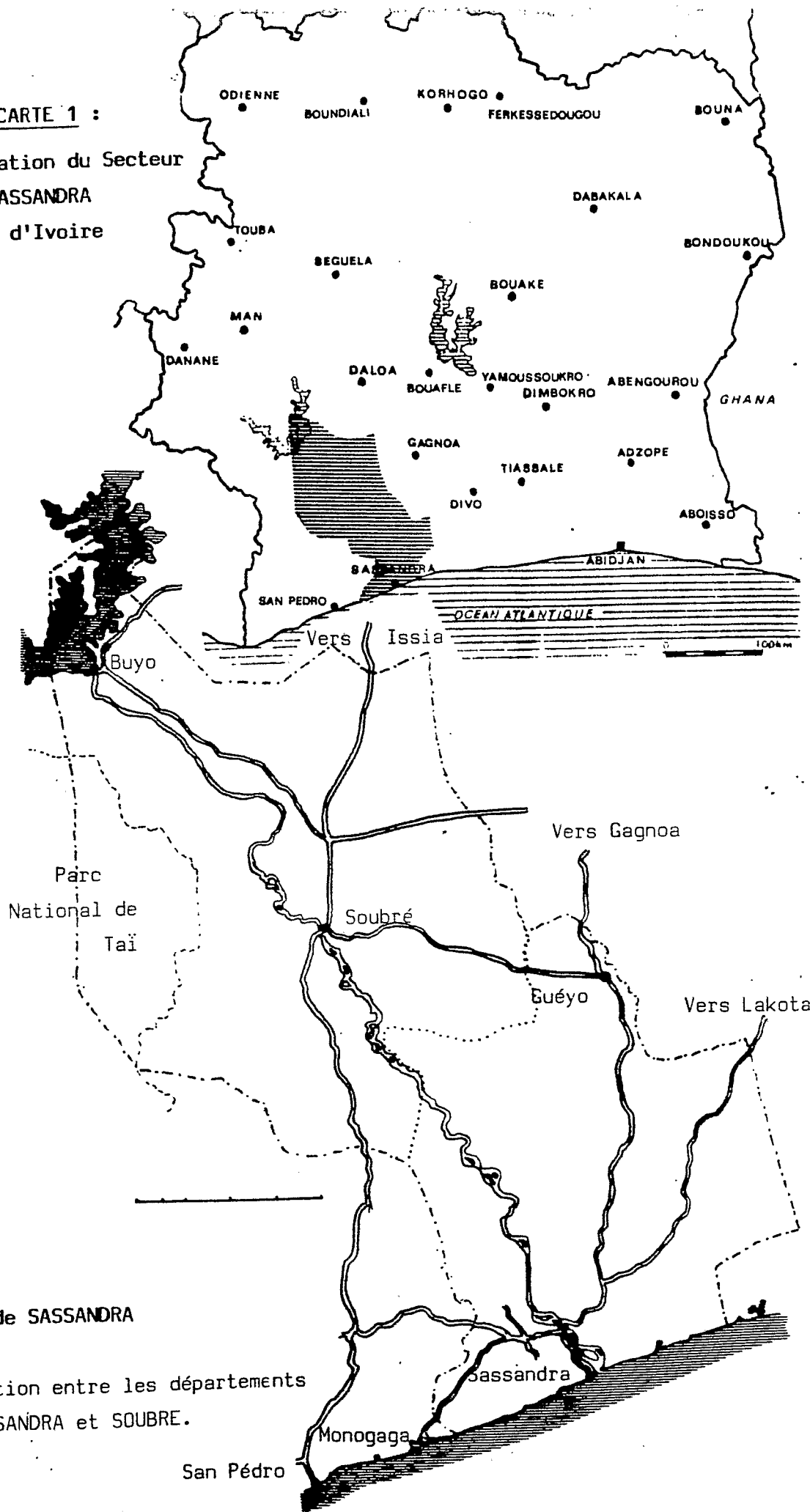
Le secteur de SASSANDRA est limité, au sud, par la côte atlantique, de la pointe de MONOGAGA jusqu'à mi-distance entre SASSANDRA et FRESCO. Sa limite nord se trouve dans la retenue d'eau de BUYO. Au sud-ouest il est limité par le secteur de SAN PEDRO et au nord-ouest par celui de DANANE. Contigu, au nord-est avec le secteur de DALOA, à l'est avec celui de GAGNOA et au sud-est avec celui de DIVO, il est traversé, dans son grand axe, par le fleuve SASSANDRA et englobe, au nord-ouest, une partie de la forêt de TAI (carte 1 et 2).

Le relief du secteur est vallonné avec, dans la réserve de TAI, des monts culminant autour de 400 mètres. La pluviométrie moyenne annuelle varie peu, de 1 600 mm à l'est du secteur, à 1 800 à l'ouest. Seule une petite bande littorale allant de SASSANDRA à la limite du secteur de DIVO est inférieure à 1 600 mm (1 500 mm). Sur la côte la grande saison des pluies est très marquée avec un maximum en juin de plus de 20 jours de pluie dans le mois alors qu'en novembre, au maximum de la petite saison des pluies, le nombre de jours de pluie dans le mois est de 6. Au nord, par contre, les deux saisons des pluies sont similaires. La grande saison des pluies va de mars à juin avec un maximum de 9 jours de pluie en juin et la petite saison des pluies va de septembre à novembre avec un maximum de 7 jours de pluie en septembre.

La végétation du secteur est du type guinéen ombrophile. Hormis les zones défrichées, la forêt est du type dense, humide, sempervirente. Sur la côte on trouve, entre SASSANDRA et le secteur de DIVO, des mangroves et quelques forêts marécageuses. La partie du secteur située à l'ouest du fleuve SASSANDRA est de faciès sassandrien, caractérisée par une centaine d'espèces d'arbres ou arbustes propres à l'ouest ivoirien. La frange nord-est du secteur est du type guinéen mésophile.

CARTE 1 :

Localisation du Secteur
de SASSANDRA
en Côte d'Ivoire

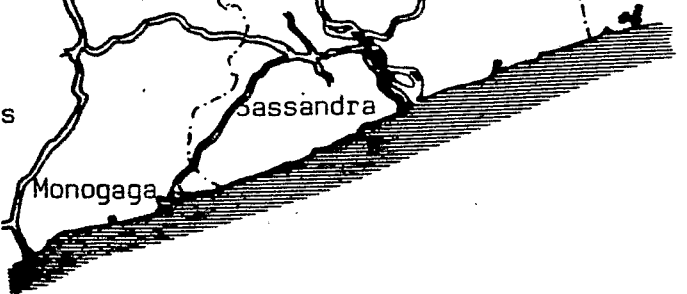


CARTE 2 :

Le Secteur de SASSANDRA

..... Séparation entre les départements
de SASSANDRA et SOUBRE.

San Pédro



II. LES HOMMES

Le peuplement ethnique du secteur appartient exclusivement au groupe culturel Krou. Sept ethnies sont représentées : les Godiés à l'est, les Bétés au nord-est, les Kodias au centre le long du SASSANDRA, les Bakwés à l'ouest et d'est en ouest sur la bande littorale, les Kotrohou, les Neyos et les Wanés.

Le groupe Krou est caractérisé par une société de type lignager à filiation patrilinéaire, à résidence patrilocale et à mariage virilocal. L'unité majeure est la tribu composée de clans associés. Le clan est le groupe de descendance le plus vaste et son importance dépendra de l'ancienneté de son ancêtre commun. Cette prédominance de la descendance se retrouve au sein du clan dans les lignages moyens, mineurs ou minimaux. Ainsi, les Godiés (de gwé-dgi qui veut dire "chimpanzé-panthère" surnom qui leur a été donné par les Neyos à cause de leur caractère querelleur), sont au nombre d'environ 20 000 dont les tribus ou "bli" sont composées de fédérations de 2 à plusieurs patrilignages moyens. Chaque patrilignage, ou "lolokpa", occupe le même village, ses membres ne peuvent se marier entre eux. La subdivision suivante est le "séré" (lignage mineur ou minimal).

Ce type social où la parenté joue un rôle prépondérant aboutit à une absence de pouvoir central. La seule autorité réellement incontestée est l'aîné du lignage. Les Bakwés sont le plus bel exemple de société politique de type minimal. Les rapports de pouvoir et de parenté y sont étroitement confondus.

Les Krous sont monothéistes, mais leur Dieu nécessite, pour le joindre, des divinités intermédiaires, les génies, ce qui donne un panthéon multiple où se côtoient bons génies, sorcières, êtres fabuleux... Les ancêtres n'occupent qu'une place insignifiante dans cet ensemble.

Hommes de forêt, incontestablement d'origine autochtone, les représentants du groupe Krou vivent de cultures de clairière (riz, manioc...) et, depuis le développement des cultures de traite, de la production des plantations de café et cacao. Cet attachement à la forêt se retrouve

dans le nom de l'ethnie Bakwé qui aurait son origine dans l'expression "ba-kwé" qui veut dire "attraper-tirer", qu'ils scandaient lors des travaux de levage et de traction. Ils sont surnommés "touwé" par les Krous, ce qui veut dire "(ceux qui sont) sous les arbres".

Le secteur couvre 2 départements (SASSANDRA et SOUBRE) de chacun 2 sous-préfectures. Sa superficie totale est de 13 460 km² et sa population, d'après le recensement de 1985, est de 201 541 habitants (Tableau 1).

SOUS-PREFECTURE	Nbre de VILLAGES	SUPERFICIE	AUTOCHTONES	POPULATION ETRANGERS	TOTAL
SASSANDRA	92	4 550 km ²	31 599	10 776	42 375
GUEYO	18	640 km ²	12 063	8 478	20 541
SOUBRE	98	5 740 km ²	85 249	31 530	116 779
BUYO	13	2 530 km ²	13 322	8 524	21 846
		13 460 km ²	142 233	59 308	201 541

TABLEAU 1 : Le Secteur de SASSANDRA. Recensement de 1985.

III. LES GLOSSINES

Comme pour les autres secteurs côtiers, nous ne disposons que de renseignements limités sur les populations de glossines. Dans leur étude sur la répartition des glossines en Côte d'Ivoire, LAVEISSIERE et CHALLIER (1981) signalent Glossina palpalis sur la côte et à SOUBRE, G.f. fusca à SASSANDRA et SOUBRE et G. nigrofusca à SASSANDRA. En 1941 le rapport annuel du secteur signale que dans la subdivision administrative de SASSANDRA les glossines sont nombreuses. Il s'agit de G. palpalis, G. fusca et, chose surprenante, G. morsitans (cf. IV.I.I). Il est vraisemblable qu'il doit s'agir d'une erreur d'identification ou de transcription.

IV. LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE DANS LE SECTEUR DE SASSANDRA

IV.1 - HISTORIQUE DU SECTEUR

IV.1.1. De 1939 à 1960

L'historique du secteur de SASSANDRA, jusqu'en 1972, est étroitement dépendante du secteur de GAGNOA, aussi, pour cette période, renvoyons-nous le lecteur au rapport sur GAGNOA (à paraître). Nous n'indiquerons ici que les points importants et les chiffres concernant spécifiquement la région correspondant à l'actuel secteur.

En 1939, le colonel MURAZ, alors directeur du jeune "Service Général Autonome de la Maladie du sommeil" (SGAMS) créé le 30 janvier de cette année, découpa l'AOF en Secteurs Spéciaux pour les zones de forte endémicité trypanique et en Secteurs Annexes pour les zones plus faiblement touchées. Ces secteurs annexes servant, de plus, de barrière protectrice aux zones indemnes. Pour la Côte d'Ivoire, il y avait 14 secteurs spéciaux : 11 en Haute Côte et 3 (MAN, DANNANE et DALOA) en Moyenne Côte (PENCHENIER et al. 1986 b et annexe 1). La région de l'actuel secteur de SASSANDRA fut érigé en secteur annexe (N° 20) sous le nom de secteur annexe de SASSANDRA le 31/08/1939. Il gardera ce nom jusqu'en

1943 où il prendra la dénomination de secteur de GAGNOA (Décision du 31/03/43). De 1958 à 1960 l'ensemble du secteur de GAGNOA est rattaché au secteur de DALOA. En 1972 les régions de SASSANDRA et SOUBRE sont séparées du secteur de GAGNOA pour être rattachées au nouveau secteur de SAN PEDRO (PENCHENIER et al. 1987). Ce n'est qu'en 1980 que sera créé l'actuel secteur de SASSANDRA.

Les premières indications sur l'importance de la trypanosomiase dans le secteur sont données par le rapport du SGAMS de 1940 (rapport du commandant LE RESTE, alors médecin chef du secteur annexe N° 20). Celui-ci signale qu'au 30/06/1940 il y a 456 trypanosomés dans le secteur. A la fin de cette même année, on compte 63 nouveaux trypanosomés (NT) pour 37 817 personnes visitées. C'est, des 3 unités administratives qui constituent le secteur (SASSANDRA, SOUBRE et GAGNOA - 61 145 km²), celle de SASSANDRA qui est incontestablement la plus touchée quoiqu'étant, en superficie, la plus petite. Ainsi, en 1941, sur les 152 NT du secteur (pour 38 038 visités), 60 proviennent de l'unité administrative de SASSANDRA qui compte 7 500 habitants. Le rapport précise que les glossines y sont nombreuses (G. palpalis, G. fusca, G. morsitans). En 1943 les 141 NT (pour 32 712 visités se répartissent comme suit : GAGNOA 33, SASSANDRA 50 et SOUBRE 58. Pourtant c'est la région de GAGNOA qui inquiète le plus les autorités car elle regroupe les 3/4 de la population du secteur et que c'est là que se trouve les gros de la main-d'oeuvre venue du nord. Cette inquiétude sera confirmée dans les chiffres les années suivantes, car, à partir de 1944, la région de GAGNOA deviendra la région la plus touchée du secteur. Cette année là, parmi les 23 417 personnes vues en consultation 68 NT sont dépistés dont 46 à GAGNOA, 14 à SASSANDRA et 8 à SOUBRE. A ceux-ci il faut ajouter 15 NT dépistés en prospection (22 917 visités - lieux de prospection ?) ce qui fait 83 NT pour l'année. En 1945, année de la création du Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP), pour une population recensée de 100 000 personnes, on dénombrait 1 111 trypanosomés dépistés sur l'ensemble du secteur depuis le début des prospections. Cela dit il est précisé que, du fait des nombreuses personnes non recensées vivant dans les plantations, il faudrait doubler le nombre officiel des habitants du secteur et que, si les malades dépistés dans les formations fixes sont plus nombreux que ceux dépistés en prospections, c'est dû au fait que les Agnis viennent consulter dès les premiers signes de la maladie et se présentent avec toute leur famille.

Par arrêté du 31/07/1946 la subdivision d'OUME est incorporée au secteur de GAGNOA rendant plus difficile l'appréciation de l'endémie à SASSANDRA. A partir de 1958 cela devient encore plus difficile car, d'une part le secteur est rattaché à celui de DALOA ce qui a pour conséquence de globaliser les statistiques, et d'autre part la subdivision de SASSANDRA ne fournit que peu de renseignements ce dont se plaignent les rapports. Le chiffre donné pour le secteur de DALOA en 1958 est de 122 NT, ce qui laisse à penser, compte tenu du fait que l'on recense, dans les années précédentes, plus de malades dans le secteur de DALOA que dans celui de GAGNOA, que l'endémie a fortement régressée dans la subdivision de SASSANDRA.

L'étude du registre de GAGNOA sur lequel sont reportés les NT du secteur de 1937 à 1984 (ce registre ouvert en 1962, renumérote tous les dossiers des années précédentes qui ont pu être retrouvés) fait état, entre 1940 et 1960, de 46 NT pour le département de SASSANDRA dont 28 pour le canton GODIE Est et 13 pour le canton NEYAU, et de 30 pour le département de SOUBRE dont 7 pour le canton BOBUO, 7 pour le canton GUIBUO et 6 pour le canton LOBE (Tableau 2).

IV.1.2. De 1960 à 1980

De 1960 à 1972 l'histoire du secteur se confond avec celle du secteur de GAGNOA et l'état des archives de celui-ci est tel qu'il est difficile de faire avec certitude la part entre les malades provenant de la région de SASSANDRA, SOUBRE ou GAGNOA. Il ne semble pas que les régions de SOUBRE et SASSANDRA aient posé des problèmes, il est donc possible que le silence des rapports à leur sujet soit dû à une absence de prospection, l'effort du secteur ayant porté, de 1961 à 1970 sur les cantons de PACCOLO et GUEBIE situés près de la ville de GAGNOA. Dans le registre des NT de GAGNOA parmi les 120 malades dépistés pendant la période 1962-1972, on relève 4 malades dont le lieu de contamination probable serait SASSANDRA et 3 pour SOUBRE. Pour 1961, dans ce même registre on relève 29 NT dépistés dans l'année (le registre n'étant réellement fiable qu'à partir de 1962, l'année 1961 est placée à part, cf. IV.1.1.) dont 6 qui se

seraient contaminés dans le département de SASSANDRA et 5 dans celui de SOUBRE (Tableau 2). Ces chiffres sont à prendre avec réserve. Il semble qu'en fait de "lieu de contamination probable" ce soit le "lieu d'origine des malades" qui ait été inscrit. Dans ces conditions on ne peut pas savoir combien, parmi les malades classés "Maliens", "Burkinabés" et même "Ivoiriens", ont résidé et ont donc pu se contaminer dans ce qui deviendra le secteur de SASSANDRA.

Années	SS	SB	Années	SS	SB	Années	SS	SB	Années	SS	SB
1940			1950	1		1960	3	2	1970 à 1979		
1941		1	1951	3		1961	6	5			
1942			1952	6	1	1962	1	1	1980		1
1943		1	1953	4	1	1963		2	1981		1
1944			1954	2	1	1964	2	1	1982		5
1945	1		1955	1	1	1965			1983		2
1946			1956	3	4	1966			1984		1
1947			1957	9	6	1967			1985		1
1948			1958	6	5	1968			1986		1
1949	1		1959	6	6	1969			1987		1

TABLEAU 2 : Nombre de dossiers de malades du secteur de SASSANDRA archivés dans le secteur de GAGNOA.

Dossiers ayant trait à des malades du département de :

SS = SASSANDRA

SB = SOUBRE

En 1972 le secteur de SAN PEDRO est créé. Il englobe les subdivisions de SOUBRE et SASSANDRA. Mais ce n'est qu'en 1975 que commenceront réellement les activités du secteur. Elles porteront surtout sur les régions de SOUBRE et SASSANDRA. En 1975 une prospection polyvalente est organisée dans la subdivision de SOUBRE. Quelques 40 000 personnes sont visitées (présentation estimée à 70-75 %). Aucun NT n'est dépisté. En 1976 et 1977 les prospections portent sur la subdivision de SASSANDRA. 73 434 visités, aucun NT. Pourtant, pendant cette période, les archives de l'OCCGE et du Ministère de la Santé (RCI) font respectivement état de 10 et 9 malades (1 en 72, 7 en 74 et 2 en 76. Le malade de 72 ne figure pas dans les statistiques du Ministère). L'étude des dossiers des malades montre que 5 des malades de 74 sont à rattacher à SASSANDRA. Les 5 autres dossiers n'ont pas été retrouvés. En 1979 un malade sur les 3 dépistés dans l'année est de SASSANDRA (Penchenier et al. 1987).

IV.1.3. De 1980 à 1987

Bien que le secteur de SASSANDRA ait acquis son autonomie le 1er janvier 1980, les prospections polyvalentes en association avec le secteur de SAN PEDRO continueront jusqu'en juillet 1980. Un seul malade a été dépisté par le secteur. Pour se faire une idée de l'évolution de la maladie dans le secteur il faut examiner les dossiers de GAGNOA car la population du département de SOUBRE va plus facilement consulter à GAGNOA qui n'est distant que de 100 km goudronnés qu'à SASSANDRA située à 163 km dont 70 de piste. 13 de ces dossiers sont ceux de malades de SOUBRE (1 en 1980, 1 en 1981, 5 en 1982, 2 en 1983, 1 en 1984, 85, 86 et 87). Il semble que nous avons là l'ensemble des dossiers de GAGNOA rattachables au secteur de SASSANDRA. A ceux-ci il faut ajouter 2 NT fichés à GAGNOA mais non numérotés dans ce secteur (il s'agirait de malades dépistés par SASSANDRA en 80 et en 85 et adressés à GAGNOA pour traitement. Celui de 85 n'est pas signalé dans les archives de SASSANDRA) et 1 NT dépisté à MAN en 1983 (N° 29 du Tableau 9 du rapport de PENCHENIER et al. 1986 a) ce qui porte à 16 le nombre des NT du secteur de SASSANDRA fichés hors de ce secteur entre 1980 et 1987, sous réserve de l'existence d'autres dossiers dans d'autres secteurs, en particulier

dans celui de DALOA. TODESCO, alors médecin chef du secteur de MAN, signalait dans une lettre en date du 3.5.84 que plusieurs malades dépistés à MAN provenaient de la région de DUEKOUÉ - ISSIA - SOUBRE.

Durant cette même période les archives du secteur ne font état que de 2 malades, l'un dépisté par le secteur en 80 (et adressé à GAGNOA pour traitement) et l'autre dépisté par GAGNOA. Il s'agit du malade de GAGNOA de 1981 qui est donc comptabilisé 2 fois. La fiche statistique annuelle du ministère de la santé vient encore compliquer les choses puisqu'elle fait état de l'existence d'un NT pour 1982, 83 et 85. Ainsi, pour 1982, selon que l'on tienne compte des archives de SASSANDRA, GAGNOA ou du ministère, on trouve respectivement 0, 5 ou 1 NT. Le problème qui se pose ici est assez général en Côte d'Ivoire. Souvent les malades sont enregistrés dans le secteur où ils ont été dépistés et non dans celui où ils vivent et où ils se sont contaminés ce qui gonfle le nombre des NT des secteurs à grandes agglomérations comme GAGNOA. Le cas est particulièrement marquant pour DALOA où, malgré l'effort du PRCT (Projet de Recherche clinique sur la Trypanosomiase) pour signaler les NT dépistés aux secteurs dont ils dépendent, les malades sont souvent enregistrés comme contaminés dans le secteur de DALOA et ignorés dans leur secteur d'origine.

IV.2 - ETUDE DES DOSSIERS DE L'OUVERTURE DU SECTEUR A AOUT 1987

Nous nous limiterons à 15 des 16 dossiers signalés plus haut (IV.1.3.) car le malade dépisté par SASSANDRA en 1980 est en fait un malade dépendant du secteur de SAN PEDRO. Il est né à BABOUSSOUKO dans la Sous-Préfecture de GRAND BEREBI qu'il n'a jamais quitté.

ANNEE	LIEU DE RESIDENCE	DUREE DANS CE LIEU	P.	S.	DN.	LIEU DE NAISSANCE	ETHNIE
1980	SOUBRE	9 ans	1	F	68	GAGNOA	Mossi
1981	IFACI (SOUBRE)	2 ans	2	M	53	BURKINA F.	Mossi
1982	BRETIHIO (SOUBRE)	5 ans	1	M	63	KATIOLA	Tagouana
	SOUBRE et VI (BUYO)	Toujours	2	F	70	R.C.I.	Bété
	SOUBRE (campement)	6 ans	2	F	52	BURKINA F.	Mossi
	GBAZERE (SOUBRE)	Toujours	2	M	29	GBAZERE	Bété
	SOUBRE (campement)	6 ans	1	M	75	BURKINA F.	Mossi
1983	SOUBRE	?	2	M	55	?	Dioula
	SODEFOR (SOUBRE)	10 mois	2	M	58	BURKINA F.	Lobi
	SOUBRE (campement)	8 ans	2	M	63	TOUBA	Yakouba
1984	OUREYO (SOUBRE)	2,5 ans	2	M	64	BURKINA F.	Mossi
1985	OURAGABRE (SOUBRE)	?	2	M	78	?	Dioula
	ZERGBEU (SOUBRE)	4 ans	1	M	?	BURKINA F.	Mossi
1986	SOUBRE	12 ans	2	F	?	BURKINA F.	Dioula
1987	OURAHIO (SOUBRE)	10 ans	2	M	56	BURKINA F.	Gourounsi

TABEAU 3 : Données sur les malades du secteur de 1980 à août 1987.

P. = Période

S. = Sexe

DN. = Date de naissance

La malade de 1980 et la deuxième de 1982 sont toutes 2 élèves à SOUBRE et rejoignent, pendant les vacances, leurs parents au campement (près de SOUBRE pour la première et près de BUYO pour le seconde).

Le malade de 1981 était depuis 6 ans en R.C.I. mais il n'est pas précisé où il vivait avant de travailler à l'IFACI.

La troisième malade de 1982 a pu se contaminer à VAVOUA où elle s'est rendue pour le traitement de son fils (pathologie ?). Il est à noter qu'elle est la mère du cinquième malade de 1982.

Nous avons peu de renseignements sur les malades de 1983. La seule chose indiquée pour le premier est qu'il vit à SOUBRE, quant au deuxième, aucune information ne permet de savoir ce qu'il faisait avant d'être à la SODEFOR. Il en est de même pour le premier malade de 1985. Le deuxième, pour sa part, a vécu 4 ans à ZUENOULA avant de se rendre à ZERGBEU. Le troisième, vit depuis 8 ans dans un campement près de SOUBRE. Il a été dépisté par le secteur de MAN.

Il semble que pour 7 des 14 malades on puisse considérer qu'ils se sont contaminés dans le secteur. Pour la mère et l'enfant dépistés en 1982, ils ont pu se contaminer dans le secteur ou vers VAVOUA. Le deuxième malade de 1983, s'il n'est pas dans le secteur depuis plus de 10 mois (ce qui ne peut être vérifié), ne s'y est vraisemblablement pas contaminé. Il en est de même pour le malade de 1981, mais celui-ci a dû se contaminer en R.C.I. Pour les 3 autres (premier malade de 1983, malade de 1984 et premier malade de 1985) les renseignements sont insuffisants pour estimer quoique ce soit.

Contrairement à ce qui se passait dans les années 50 et au début des années 60, il apparaît que les NT proviennent du seul département de SOUBRE. Cela ne permet pas pour autant de conclure que le département de SASSANDRA est indemne de trypanosomiase.

V. CONCLUSION

La trypanosomiase sévit indiscutablement dans le secteur de SASSANDRA où elle semble se focaliser autour de SOUBRE, mais, comme dans la plupart des secteurs de Côte d'Ivoire, on ne peut pas parler de "foyer". A de rares exceptions près les cas sont isolés comme si la présence d'un malade ne découlait pas de l'existence d'autres malades. Cette situation épidémiologique est extrêmement intéressante car elle pose le problème du mode de contamination et donc du réservoir de parasites.

Le point commun de ces malades est leur présence plus ou moins prolongée dans des plantations, soit qu'ils vivent dans des campements, soit qu'ils s'y rendent pendant les vacances, soit enfin que, quoique vivant à la ville ou au village, ils vont aux champs tous les jours.

La présence de ces malades isolés bien que pouvant être à l'origine d'une contamination locale, ne peut être considérée comme un risque majeur pour l'ensemble de la population des villages du secteur. Par contre l'extension des plantations de culture de traite (café - cacao) risque de poser à plus ou moins long terme un problème. Les populations qui y vivent, réparties dans une multitude de petits campements au milieu des plantations, sont mal recensées et encore moins contrôlées. Une telle situation est tout à fait favorable à la transmission de la maladie (LAVEISSIERE et al. 1986 a et b) et l'isolement des individus peut permettre de l'ignorer longtemps, celle-ci n'apparaissant aux autorités médicales que lorsqu'elle a pris un caractère épidémique. C'est, rappelons-le, ce qui s'est passé à VAVOUA.

Cette méconnaissance de la situation épidémiologique peut être aggravée par l'enregistrement des malades. Dans le cas de SASSANDRA le fait est frappant puisque, pour la période 1980 - 1985, le secteur déclare 2 malades, les archives du ministère de la santé en signale 3 et, en examinant les dossiers des secteurs de MAN et GAGNOA, on s'aperçoit que, pour cette période, on en dénombre 14 ! Il est important, pour

pouvoir suivre l'évolution de la trypanosomiase en Côte d'Ivoire, que les cas dépistés soient comptabilisés dans les secteurs où ils résident et donc où ils ont pu se contaminer et non dans ceux où ils ont été dépistés.

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont aux Docteurs J. RIVE du Ministère de la Santé Publique et de la Population de Côte d'Ivoire, J. P. EOUZAN et C. LAVEISSIERE de l'ORSTOM pour l'aide qu'ils nous ont apportée à tous les niveaux de ce travail.

B I B L I O G R A P H I E

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

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, série 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.), 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, 29 pgs.

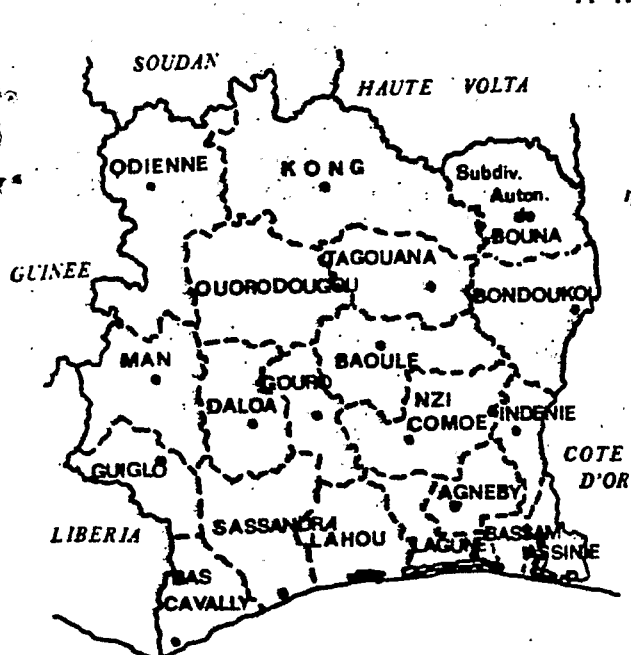
PENCHENIER (L.), et AMANAMAN (A.), 1986 (b) - La Trypanosomiase Humaine en Côte d'Ivoire. III Le Secteur de Santé Rurale de DANANE (du début des prospections au 31/12/1985). Rapport OCCGE/IPR, N° 23/IPR/RAP/86, 56 pgs.

PENCHENIER (L.), PIOLLET (M.) et DOUGROU SAWOURE (A.), 1987 - La
Trypanosomiase Humaine en Côte d'Ivoire. X Le Secteur de Santé
Rurale de SAN PEDRO (de l'origine au 31/12/1986). Rapport
OCCGE/IPR, N° 23/IPR/RAP/87, 17 pgs.

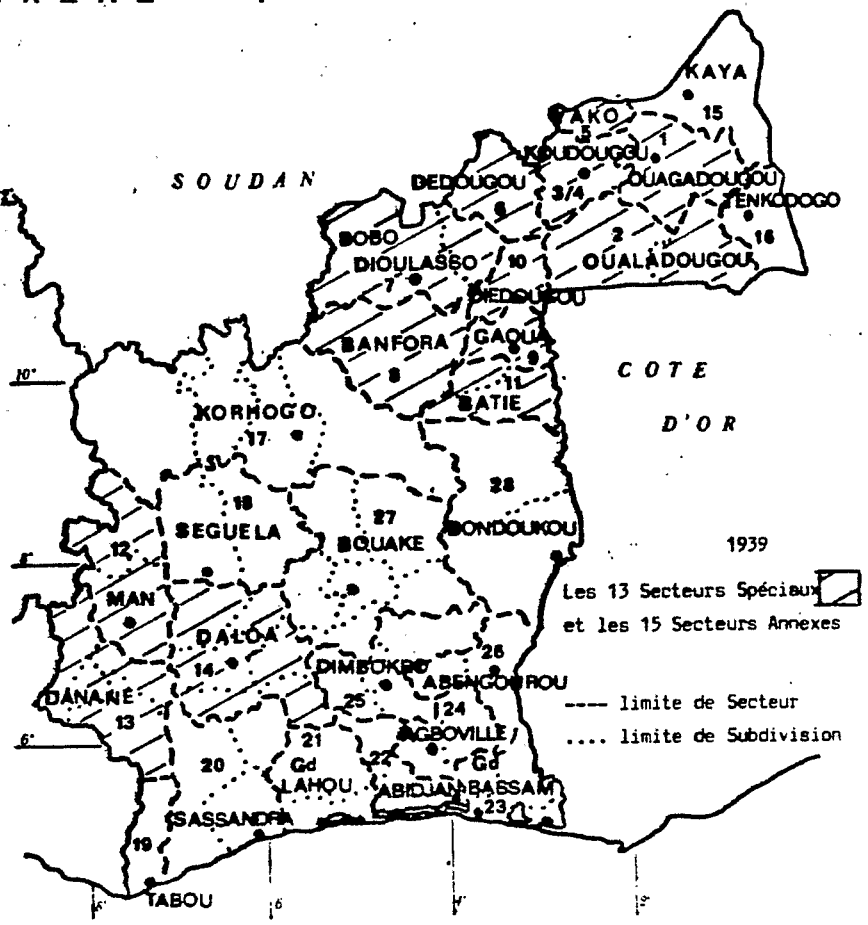
SGAMS et SGHMT - Rapports annuels 1940 à 1958. OCCGE - Centre Muraz -
BOBO-DIOULASSO.

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

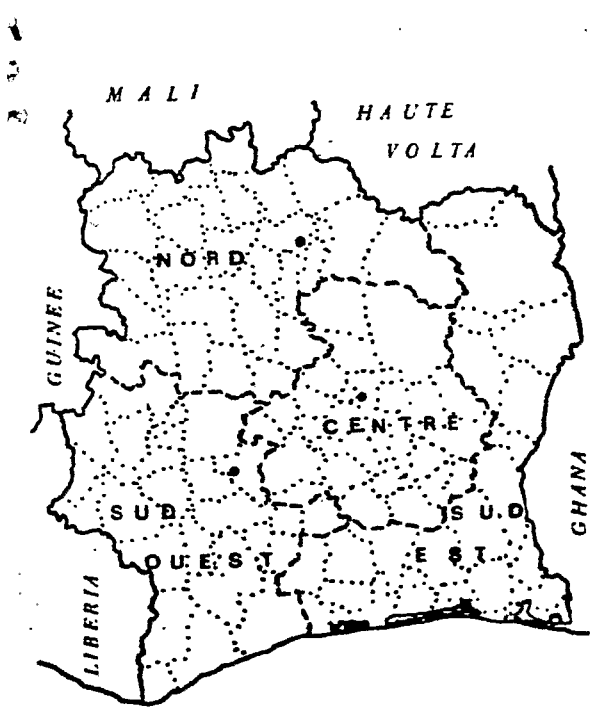
ANNEXE 1



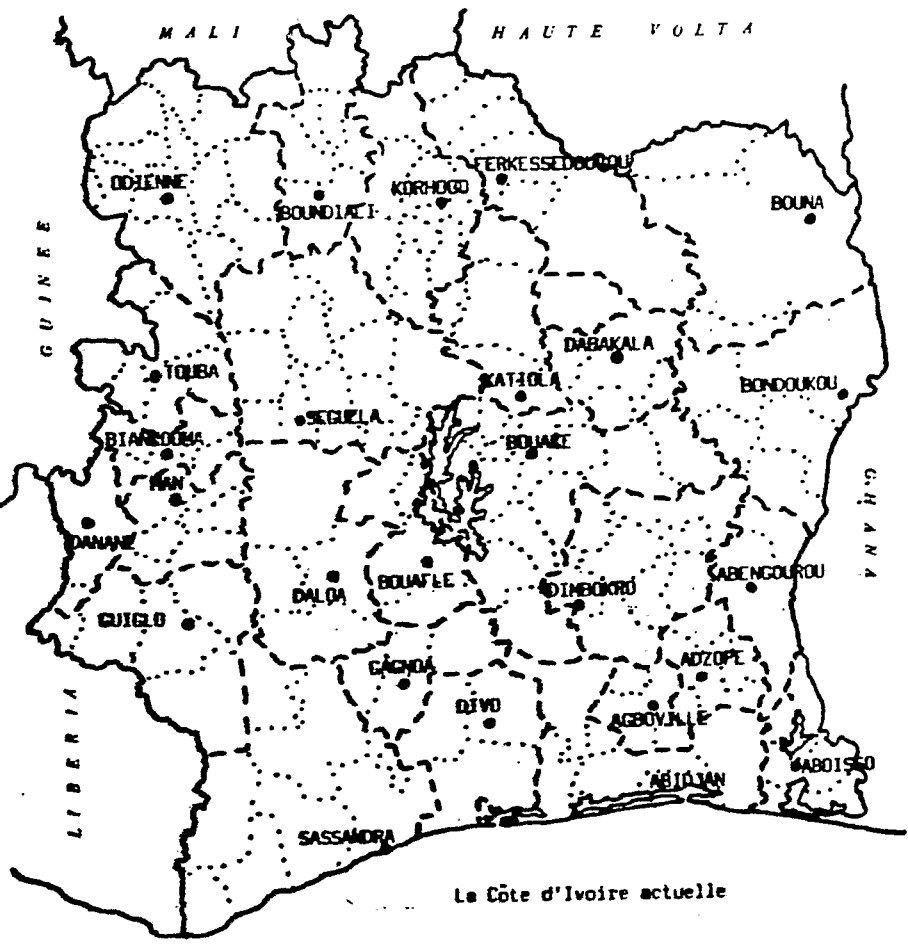
: Découpage Administratif
 de la Côte d'Ivoire
 1916/1932
 — frontière
 - - - limite de cercle
 ● chef lieu de cercle



1939
 Les 13 Secteurs Spéciaux
 et les 15 Secteurs Annexes
 - - - limite de Secteur
 limite de Subdivision



La Côte d'Ivoire en 1958
 — frontière
 - - - limite de département
 limite de sous-préfecture
 ● chef lieu de département



La Côte d'Ivoire actuelle

ANNEXE 2

=====

La trypanosomiase humaine en Côte d'Ivoire

Du début des prospections au 31 Décembre 1985

Liste des rapports par secteur

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