

UN FOYER DE MALADIE DU SOMMEIL SANS GLOSSINE
PÉRIDOMESTIQUE: KINGOYI (CONGO)

par

J.P. GOUTEUX

Centre ORSTOM de Bangui, BP 893, Bangui, République Centrafricaine

Le foyer du Niari: une transmission péridomestique

Kingoyi, ex-Comba fait partie de ce que Frézil (1, 2) a dénommé « foyer du Niari ». Ce foyer intègre un ensemble de villes et villages situés dans la région de la Bouenza principalement, débordant également sur les régions du Niari à l'est et du Pool à l'ouest. Ce foyer, pris donc au sens typologique du terme, s'étend sur la principale voie de communication du pays, un axe routier correspondant à l'ancienne « Route des Caravanes », doublé par l'axe ferroviaire « Congo-Océan ». Son unité bio-géographique est donnée par un paysage de savane à *Hyparrhenia*, caractéristique de la Bouenza et par le fleuve Niari (ou Kouillou) qui longe ces deux axes de Loudima à Loutété. Ce foyer a été le siège d'une épidémie dévastatrice entre 1898 et 1909 (6) suivie d'une endémie tenace jusqu'en 1942 qui n'a régressé qu'en 1956, après d'importantes campagnes de lomidinisation. Des poussées épidémiques se sont manifestées ensuite à plusieurs reprises à partir des années soixante, avec une incidence importante en 1970 (1).

Dans ce foyer, les études épidémiologiques fines entreprises par Frézil et son équipe révèlent que la transmission de la maladie s'effectue « à l'intérieur même des villages, où le contact homme-glossine est très étroit » (2). De fait, lors d'études ultérieures, des populations de *Glossina palpalis palpalis* péridomestiques ont été mises en évidence dans 60 des 63 villages prospectés (Gouteux, non publié) et une lutte antivectorielle a été menée de 1984 à 1987 dans 55 villages de la région, au cours d'une campagne auto-gérée par les habitants (5).

**Reviviscence actuelle de l'endémie à Kingoyi:
un nouveau cas de figure épidémiologique**

Après la découverte de quelques cas de maladie du sommeil à Kingoyi, ce village a fait l'objet d'un dépistage actif aussi exhaustif que possible. En novembre 1987, 21 malades ont été dépistés parmi les 366 habitants examinés (J.L. Lemesre, comm. pers.). A l'exception de deux d'entre eux, tous les malades étaient en première période, indice d'un réveil récent de l'endémie.

L'évaluation des densités glossiniennes au niveau du village a été entreprise en février 1988 (saison des pluies). Les captures ont été effectuées

24 OCT. 1991

ORSTOM Fonds Documentaire

N° 34.531.2x1

Cote : B

PSD M

PM102

pendant quatre jours à l'aide de 21 pièges pyramidaux (4) munis d'un système de capture permanent (3). La disposition des pièges est donnée dans la fig. 1. Les 21 points de capture se sont avérés tous négatifs sauf un, où une femelle *G. palpalis palpalis* a été prise. Ces résultats inattendus permettent de conclure sans équivoque qu'il n'y a pas de population de tsé-tsé péri-domestique établie à Kingoyi.

Ce constat a justifié une enquête sur les lieux de transmission probable. Celle-ci a été effectuée en accompagnant sur leurs lieux de travail 8 malades ou leurs parents, ainsi que 20 témoins. La quasi-totalité des activités agricoles des villageois se déroulent dans 9 zones, situées dans un rayon de 6 km autour du centre de Kingoyi. Les malades interrogés travaillent principalement au sud du village, alors que les témoins sont plus uniformément répartis, avec néanmoins une prépondérance dans les zones nord et est.

Une transmission non-péridomestique est-elle généralisable à d'autres villages du foyer ?

Outre la présence de populations de glossines dans le village même, ce sont des considérations épidémiologiques qui ont permis à Frézil et al. (2) d'établir la nature péridomestique de la transmission de la maladie du sommeil. Dans le foyer du Niari, ces auteurs ont relevé que le nombre de malades adultes masculins est significativement supérieur au féminin (60 % environ, alors que le sex-ratio est de 48 % d'homme). Cette constatation s'expliquerait par le mode d'activité des hommes et des femmes. Durant les heures chaudes de la journée, au moment du pic d'activité des glossines, les femmes passent une grande partie de leur temps aux champs et aux points de rouissage du manioc, alors que les hommes restent au village. L'absence de glossines péridomestiques à Kingoyi, remet donc en question la généralisation de ce mode de transmission péridomestique (1). En effet, le village peut être fréquenté par quelques glossines « sauvages » erratiques, mais les densités restent apparemment trop faibles pour permettre l'établissement de populations strictement péridomestiques et donc une transmission de ce type. Les points de contact homme/mouches peuvent être éloignés du village et liés à l'activité agricole: rouissages du manioc (exclusivement féminin), travaux dans les champs vivriers en bordures des marigots (avec parfois une participation masculine). En l'absence à la fois des animaux domestiques et du gros gibier, ces populations de glossines sauvages compensent leur faible abondance par un contact très étroit avec l'homme. Les essais de lutte conduits dans la région ont d'ailleurs parfois révélé l'existence d'un problème lié à ces populations de glossines sauvages: les villageois déplaçaient souvent les pièges dans les champs et les bas-fonds, sur leur lieux de travail, après l'élimination des tsé-tsé du village (3). Il est possible que, dans certains cas, ces tsé-tsé non-péridomestiques aient joué un rôle épidémiologique non négligeable.

(1) Lors de leur étude du foyer du Niari, Frézil et ses collaborateurs avaient déjà trouvé à Kingoyi (Comba) une proportion d'adultes trypanosomés différent de celle des autres villages: 63% de femmes, ce qui équivaut à peu près aux données actuelles. A l'époque les glossines n'avaient pas fait l'objet d'étude dans ce village (2).

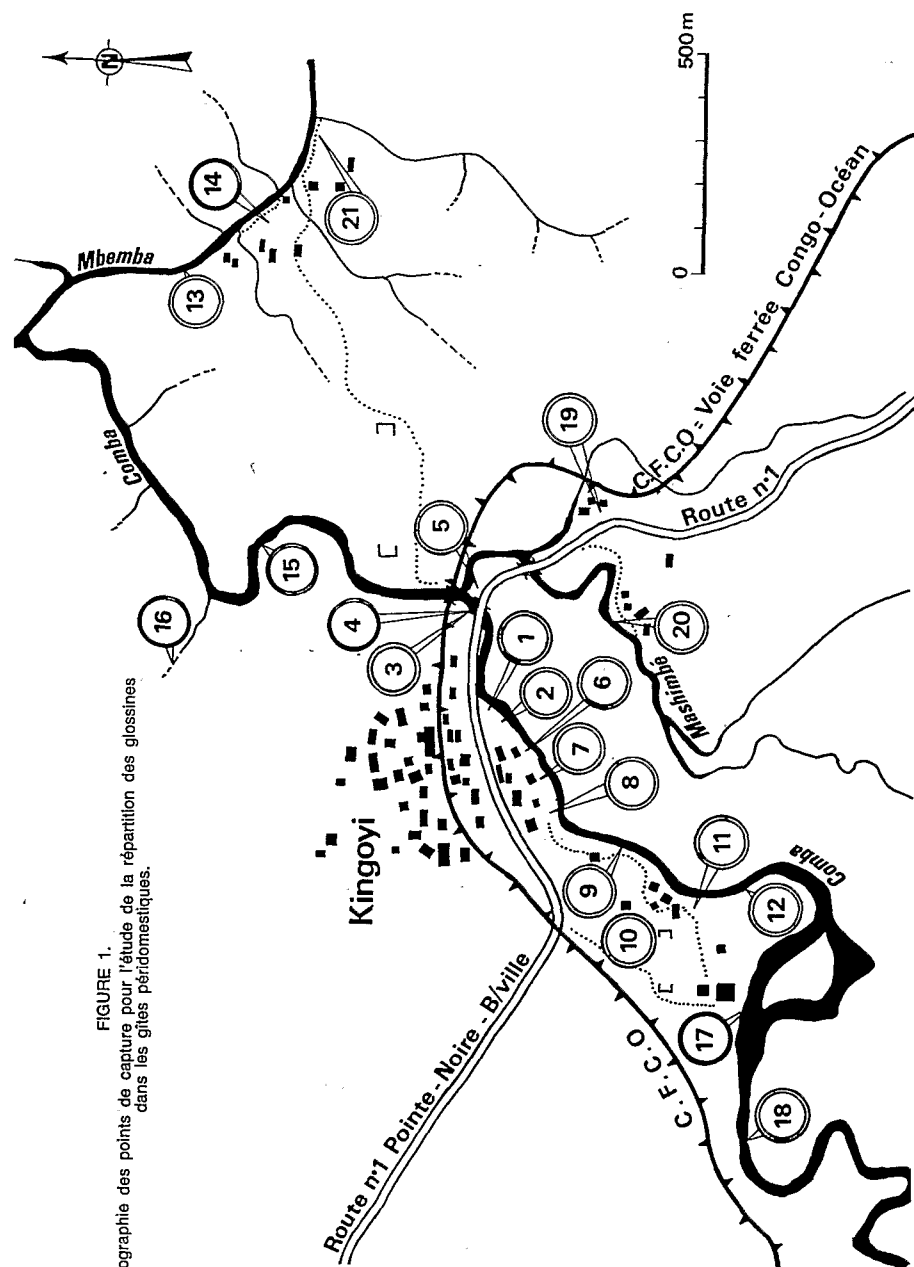


FIGURE 1.
Cartographie des points de capture pour l'étude de la répartition des glossines dans les gîtes péridomestiques.

L'incrimination de populations de tsé-tsé sauvages rend la lutte antivectorielle beaucoup plus difficile que s'il s'agit de populations péri-domestiques, concentrées aux abords du village. En effet la zone à traiter serait de 80 km² environ à Kingoyi et comprendrait plusieurs dizaines de points de rouissage et de petits marigots. Dans les villages plus peuplés que Kingoyi, les champs sont encore plus éloignés, et cette zone serait considérable. La présente enquête ne permet évidemment pas de déterminer les lieux de transmission avec une certitude absolue. Elle donne néanmoins de sérieuses présomptions pour deux zones situées au sud du village et comprenant cinq ou six points de rouissage du manioc. La présence de tsé-tsé dans certains de ces points, associée à celle de trypanosomés, en font des zones prioritaires pour effectuer une lutte antivectorielle.

Le problème de la lutte antivectorielle est d'en évaluer précisément l'efficacité. En effet, avec des disponibilités financières limitées, le partage des crédits devra se faire entre le contrôle du vecteur et le dépistage des malades. C'est un choix lourd de conséquence dans le cas d'une maladie mortelle comme la trypanosomiase. La mise au point d'une méthode de lutte antivectorielle simple et peu coûteuse par piégeage (5) a permis de la rendre financièrement envisageable. Comme il est utopique de prétendre éradiquer le vecteur, l'efficacité de la lutte dépendra beaucoup de la connaissance des lieux de transmission et donc de l'intelligence épidémiologique du foyer considéré, chaque cas étant, à priori, un cas particulier.

Remerciements. — J.R. Malonga a réalisé les enquêtes cartographiques et épidémiologiques. D. Sinda a participé aux enquêtes entomologiques. J.L. Lemesre, A. Toudic, F. Noireau et F. Samba ont effectué le dépistage des malades. F. D'Amico a relu ce manuscrit. Qu'ils soient tous ici remerciés pour leur amicale collaboration. Je remercie également J.L. Frézil pour sa bienveillante attention.

Reçu pour publication le 29 janvier 1991.

REFERENCES

1. Frézil JL: La trypanosomiase humaine en République Populaire du Congo. Trav. Doc. ORSTOM, n° 155, 1983, 165 pp.
2. Frézil JL, Eouzan JP, Alary JC, Malonga JR, Ginoux PY: Epidémiologie de la trypanosomiase humaine en République Populaire du Congo. II — Le foyer du Niari. Cah. ORSTOM sér. Ent. méd. Parasit., 18, 329-346.
3. Gouteux JP, Bansimba P, Bissadidi N, Noireau F: La prise en charge de la lutte contre les tsé-tsé par les communautés rurales: premiers essais dans cinq villages congolais. Ann. Soc. belge Méd. trop., 1987, 67, 37-49.
4. Gouteux JP, Lancien J: le piège pyramidal à tsé-tsé pour la capture et la lutte. Essais comparatifs et description de nouveaux systèmes de capture. Trop. Med. Parasit., 1986, 37, 61-66.
5. Gouteux JP, Sinda D: Community participation in the control of tsetse flies. Large scale trials using the pyramid trap in the Congo. Trop. Med. Parasit., 1990, 41, 49-55.
6. Martin G, Lebœuf, Roubaud E: La maladie du sommeil au Congo français, 1906-1908. Paris, Masson, 1909.