

HISTORIQUE ET EVOLUTION DE LA MALADIE DU SOMMEIL
AU CONGO.

PENCHENIER Laurent

RESUME

Il semble que le faible peuplement du Congo (2 millions d'habitants pour un territoire d'une superficie égale aux 2/3 de la France) puisse être imputable en grande partie à la trypanosomiase. Vers la fin de la première décennie du XX^{ème} siècle la trypanosomiase était presque au maximum de son extension géographique. Elle régressera surtout grâce aux campagnes de lomidinisation des années 45-50. Ces campagnes ont été commencées, au Congo, à Kayes, en 1947 puis étendues progressivement à tout le territoire. Mossaka, en 1951, sera une des dernière région à en bénéficier. L'histoire de la maladie en sera profondément modifiée. En 1953 les résultats étaient spectaculaires et en 1956 tous les indices utilisés pour évaluer l'endémie tombaient aux alentours de 0%. En 1964, sur l'ensemble du Congo, il y a 75 nouveaux trypanosomés dépistés pour 468.000 personnes visitées (population totale 860 000).

A la fin des années 70 la trypanosomiase se réveille brutalement au Congo. Malgré les efforts des différentes équipes qui se sont succédées depuis sur le terrain, dans le foyer de la Bouenza, la prévalence cumulée demeure très élevée avec en particulier 6,47% en 1992, année où l'on a dépisté le plus de malades sur l'ensemble du Congo depuis les années 50. L'histoire moderne de la trypanosomiase au Congo a commencée en 1895. Un siècle après la maladie y est toujours dangereusement présente. C'est ce siècle que nous décrivons ici.

Mots clés : Trypanosomiase humaine africaine, Congo, Historique, OCEAC.

INTRODUCTION

La maladie du sommeil était très ancienne dans la plaine du Niari sur le fleuve Congo, tant à l'embouchure de la Sangha, que de la Likouala et de l'Oubangui.

A la fin du siècle dernier les foyers endémiques le long des rives du Congo étaient très limités du fait d'un équilibre entre le parasite et son hôte humain. Cet équilibre a été rompu, à partir de 1895, par les grands mouvements de populations qu'a entraîné la progression coloniale. Des populations jusque là non trypanosomées ont été mises en contact avec le parasite déclenchant l'épidémie de 1896-1897 qui aboutira à une extension dramatique de l'endémie dans des populations vierges le long de la route des caravanes et le long des affluents du Congo. Le tribut payé par le seul bassin du Congo à la fin du siècle dernier serait de plus de 500 000 morts (J Duggan *in* Mulligan, 1970).

1. Laboratoire de Recherche sur les Trypanosomiasés - OCEAC - BP 288 Yaoundé - Cameroun.

SITUATION AVANT LA CREATION
DE L'OCEAC (1900-1963)

Au début du siècle on peut dénombrer jusqu'à 18 foyers principaux (carte 1). Schématiquement, et pour rester au plus proche des descriptions de la fin du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècle nous pouvons les ramener à 6 zones décrites ci-dessous. L'ensemble sera regroupé pendant l'époque de l'A.E.F. (Afrique Equatoriale Française) sous la dénomination régionale de «Moyen-Congo» qui était constitué, jusqu'en 1935, de 4 secteurs : le II^{ème} d'Impfondo, le IV^{ème} de Mindouli, le IX^{ème} de Franceville et le XII^{ème} de Carnot. Il n'y avait donc que 2 secteurs pour le Congo actuel. En 1935 le remplacement des 4 colonies de l'A.E.F. par 20 départements amène la restructuration du Moyen-Congo qui se subdivise alors en 5 régions : Kouilou, Niari-Ogooué, Pool, Oubangui-Mina et Sangha.

1. Les foyers du Kouilou, du Mayombe et de la Lékoumou

Ce sont des foyers fugaces qui s'éteindront avant la

Bull liais doc OCEAC 1996 ; 29(3)



création de l'OCEAC. Le foyer du Kouilou correspond à la région s'étendant de l'atlantique au Mayombe. Celui du Mayombe recouvre la chaîne du même nom. Enfin le foyer de la Lékoumou correspond à toute la région s'étendant à l'est du Mayombe, entre la frontière gabonaise et la vallée du Niari. La trypanosomiase y sévira brièvement le long de la route Sibiti - Komono - Mossendjo.

Les foyers du Kouilou et du Mayombe

L'épidémie importante qui s'y est développée dans les années 1898-1908 est en complète régression en 1924. La construction du chemin de fer Congo-Océan (1921-1934) entraînera une nouvelle flambée. Les 515 km de voie ferrée feront de très nombreux morts dans la traversée du Mayombe. La main d'œuvre importée payera un très lourd tribut à la trypanosomiase. Ainsi il n'y aura que très peu de survivants parmi la grosse colonie de travailleurs Saras venus du Tchad. A partir de 1935 ces foyers ne sont plus cités que pour indiquer qu'ils sont satisfaisants. En 1958 on ne compte que 8 trypanosomés pour toute la région du Kouilou.

Le foyer de la Lékoumou

Il a eu une évolution similaire aux précédents mais l'endémie a persisté autour de Sibiti jusque dans les années 1950 (le seul foyer cité en 1935 est celui, limité, qui entoure Sibiti). C'est surtout la route de Sibiti-Loudima qui est touchée. Du côté de Zanaga, qui correspond au foyer gabonais du Haut Ogooué (centré sur Franceville), l'un des foyers les plus importants dans les années 1907-1924, l'endémie reste forte jusqu'en 1930, année à partir de laquelle le taux de contaminations nouvelles passe en dessous de 1% pour l'ensemble du secteur (0,67% en 1932). En 1953 il ne reste qu'un petit foyer autour de Zanaga et en 1956 le foyer peut être considéré comme éteint.

2. Les Foyers du Niari et du Pool

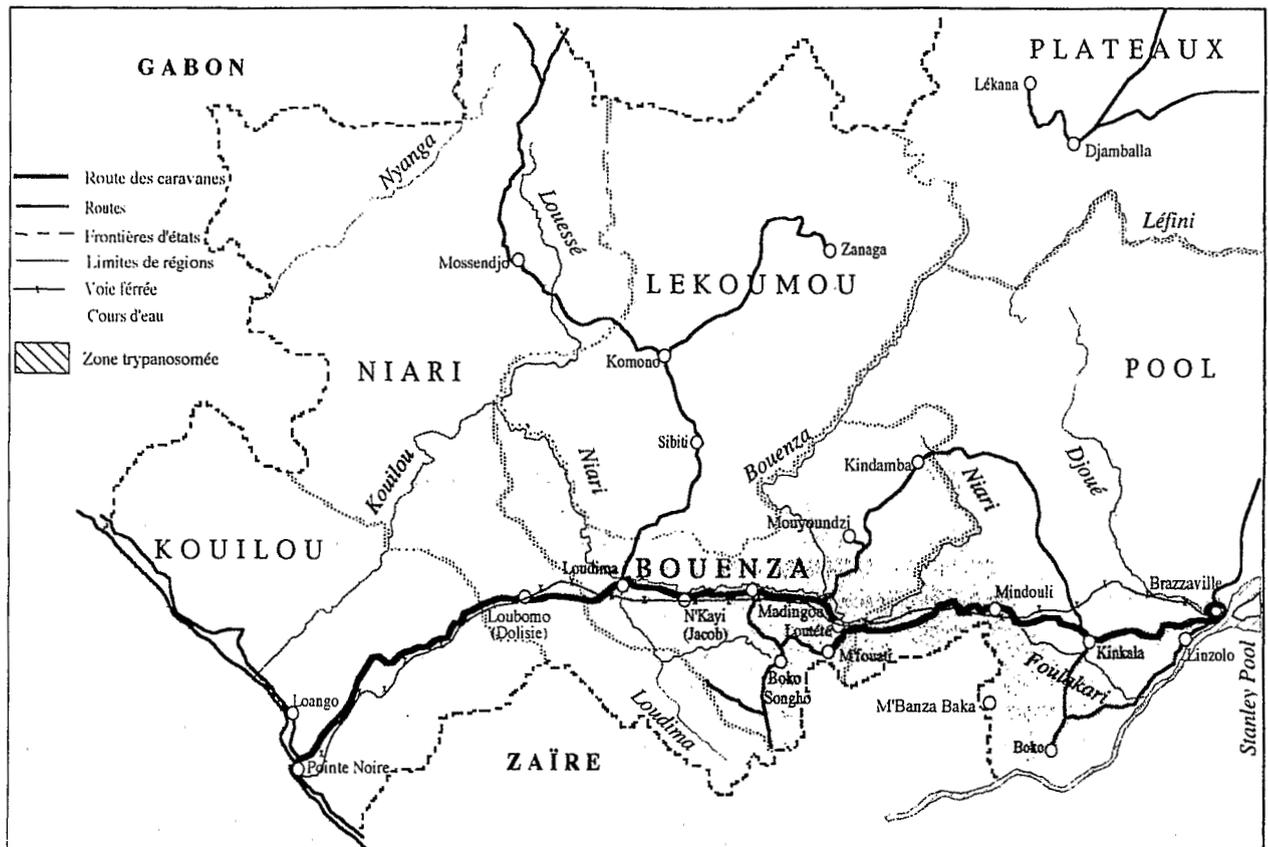
Les foyers de Dolisie (future Loubomo), Loudima et Jacob (future N'Kayi) sont relativement liés entre eux. Ils se répartissent d'ouest en est le long du Niari, dans l'ordre énoncé, et se prolongent, vers l'est par le foyer de Madingou puis, de celui-ci, au sud vers le foyer de Boko Songho et au nord vers celui de la Bouenza, plus à l'est vers le foyer de Loutété, M'Fouati puis le foyer de Mindouli auquel il faut rattacher Kinkala et le foyer de Brazzaville. Au sud de Kinkala on trouve le foyer de Boko-Linzolo (carte 2).

Exception faite de Kinkala-Brazzaville qui sont dis-

tants d'un peu plus d'une centaine de kilomètres, chaque agglomération citée n'est éloignée de sa voisine que de 30 à 60 km. C'est dire qu'il y a une grande contiguïté entre ces foyers pourtant considérés de tout temps comme individualisés. Cette situation géographique a été source d'un certain nombre de confusions, d'autant que de Loudima à Loutété, tous les foyers se trouvent dans la région dénommée «Bouenza». Celle-ci se trouvant sur le Niari, affluent du Kouilou, beaucoup d'auteurs la désigne sous le nom de «Niari», réservant le terme de Bouenza à la région située au nord de Madingou et Loutété, région où coule la rivière Bouenza. Ajoutons à cela que le terme de Bouenza recouvre parfois la seule agglomération de Bouansa entre Loutété et Madingou.

L'étude des foyers du Niari se complique encore du fait des modifications administratives des années 60-70. Les foyers de Dolisie et Loudima faisaient partie du secteur 2 des grandes endémies et celui de Jacob, du secteur 1. Depuis 1968 ils ont tous été rattachés au secteur 1 qui de ce fait s'étend de Brazzaville au Mayombe ! Cette restructuration des secteurs a eu pour conséquences, d'une part une dilution des efforts de dépistage, les anciens services locaux des grandes endémies ayant été pour partie supprimés, et d'autre part une centralisation bénéfique, les difficultés du dépistage ayant amené à la constitution d'un Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase. Pour plus de compréhension, nous ne ferons plus références aux secteurs ni aux régions administratives des années 60 mais aux 9 régions administratives mises en place dans les années 80 en remplacement des 15 préfectures du début des années 60 : Kouilou, Niari, Bouanza, Lékoumou, Pool, Plateaux, Cuvette, Sangha, Likouala (carte 1 et 3). Nous ferons une exception pour 2 des régions : le Niari qui est situé administrativement à l'ouest de la Lékoumou et de la Bouenza, de la frontière gabonaise à la frontière zaïroise, et qui n'est nulle part en contact avec la rivière Niari (!) et la Bouenza qui correspond administrativement à la vallée du Niari. Ce que nous appelons Niari est la vallée du Niari et ce que nous appelons Bouenza correspond au cours de la Bouenza et à la région située à l'est de ce cours (Mouyondzi, Kindamba...).

On peut subdiviser l'ensemble des foyers de la maladie en 8, dont 4 pour le Niari, 1 pour la Bouenza et 3 pour le Pool.



Carte 2 : Le foyer du Bas-Congo en 1908 (d'après Martin *et al.* 1909)

Les foyers du Niari (Dolisie-Loudima, Madingou, Loutété et Boko Songho)

Le foyer de Dolisie-Loudima, celui de Madingou (Jacob à cheval entre les 2 est classiquement associé à Loudima ce qui ne nous paraît pas une évidence) et celui de Loutété auquel on rattache M'Fouati constituent les 3 foyers de l'ancienne route des caravanes qui va devenir la route nationale N°1. Au sud, en dehors de cette route, dans les hauteurs du plateau des cataractes, se trouve le 4ème foyer, celui de Boko Songho.

Ces foyers qui ont flambé en 1898-1908, persisteront après les années 20. Au début des années 1930, c'est, avec la Cuvette, la seule région à avoir un indice de contaminations nouvelles supérieur à 1% (1,55% en 1933 pour les subdivisions de Loudima et Madingou), mais en 1935 on ne parle plus que du petit foyer de Madingou. En 1939 l'indice de Virus en circulation (IVC : somme des anciens et nouveaux trypanosomés rapportée à la population totale examinée) est, pour l'ensemble des secteurs, de 1,01%. En 1942 on reparle de Dolisie, Madingou et Boko Songho. Il faudra attendre 1956 et de nombreuses campagnes de lomidinisations pour que l'ensemble des foyers soit ramené à un faible taux d'endémicité. L'IVC passe, à Dolisie, de 5% en 1946 à 0,09% en 1950. Entre le 1er et le 2ème semestre de 1949, année où a commencé la chimioprophylaxie, l'IVC passe de 3,1% à 0,7%. Seul le foyer de Madingou, quoique affaibli, persiste. A Madingou-Centre, en 1947, l'IVC était de 1,6%.

Le foyer de la Bouenza

Au nord, le long de la route de Bouansa à Kindamba s'étale le foyer que nous appelons «Bouenza». En 1908 l'endémie y est encore très forte et, en 1920 on compte 5% de trypanosomés à Mouyoundzi. En 1947 l'IVC était, pour la région, de 9,2%, atteignant par endroits les 20 et 30%. Il faudra également attendre la fin des années 50 pour voir le foyer s'éteindre ou presque.

Les foyers du Pool (Mindouli, Boko-Linzolo et Brazzaville)

Le foyer de Mindouli succède à l'est à celui de Loutété. Celui de Brazzaville n'est pas un foyer à proprement parlé dans la mesure où la plupart des cas qui y ont été dépistés étaient des cas importés. Au sud de ces 2 foyers se trouve celui de Boko qui va en longeant le

fleuve, de Mbanza-Baka près de Mindouli à Linzolo près de Brazzaville. Tout comme les foyers du Kouilou, du Mayombe et de la Lékoumou, ce foyer s'éteindra avant la création de l'OCEAC. Le foyer de Mindouli persistera après 1956 alors que les autres (sauf Brazzaville qui reçoit des malades en provenance de toutes les régions) seront pratiquement éteints dès 1953.

C'est dans cette région du Niari que seront faites, vers 1930, les premières études pour l'installation de villages définitifs loin des lieux de contamination. Là les déplacements réussiront plus ou moins car les villages n'ont été que peu déplacés, mais ce sera un échec dans d'autres régions comme celle d'Impfondo (Bas-Oubangui) où les villages seront transplantés à plus de 200 km de leurs lieux d'origine (Lalouel, 1949).

3. Le foyer du Couloir

Il va de l'entrée du Stanley Pool (à quelques kilomètres en amont de Brazzaville), jusqu'à M'Pouya et correspond à la partie rétrécie du fleuve Zaïre. Sur tout ce trajet il est bordé de hautes falaises au dessus desquelles se trouvent les plateaux Batékés.

Connu depuis 1887, il a été particulièrement meurtrier au début du siècle (cas de la mission de Berghe Ste Marie¹). De 1936 à 1946 l'IVC se situe entre 2,6 et 2%. En 1946 l'endémie y était encore forte et il fallut pas moins de 11 campagnes de lomidinisations entre 1948 et 1954 pour faire tomber l'indice de contamination nouvelle à 0%.

De 1955 à 1958 les cas qui ont été dépistés étaient tous des cas isolés.

4. Les foyers de la Léfini, de la N'Kéni et de l'Alima (foyers des plateaux)

Ces foyers correspondent chacun à un cours d'eau dont ils portent le nom. Il faut distinguer les trypanosomés issus de leurs embouchures et ceux provenant de leurs cours supérieurs qui se perdent sur les plateaux Batékés. Le foyer de la Léfini ne pose pas trop de problèmes à l'inverse du foyer de la N'Kéni et de celui de l'Alima dont les cours supérieurs correspondent pour le foyer de la N'Kéni à Djambala et Gamboma, et pour celui de l'Alima, à Okoyo et Boundji.

1. Voir l'article " Historique et Evolution de la maladie du sommeil dans les pays de l'OCEAC" dans ce même numéro.

En 1908 l'endémie sévit surtout sur la Haute-N'Kéni et est pratiquement inexistante à son embouchure, alors qu'en 1947 la situation s'inverse (IVC de 5,7% vers le Zaïre et de 0,32% sur les plateaux. La région de Djambala et Lékana flambra en 1949 pour s'éteindre rapidement en 1953 après 4 campagnes de lomidinisation.

Sur l'Alima, l'endémie aurait commencé vers 1900. L'axe de circulation que constitue l'Alima sera en pleine épidémie en 1917. Elle va nettement régresser dès 1924 pour reprendre vers 1947 dans son cours supérieur (entre la Lékéti et Oyo). 2 campagnes de lomidinisation en viendront à bout.

5. Les foyers de la Cuvette

Ils s'agit de l'actuel foyer de Mossaka qui était subdivisé en foyer de la basse Sangha (Loukoléla, Liranga, Pikounda) et foyer de la Likouala-Mossaka (Mossaka, Owando, Makoua, Ewo, Mbomo). Il faut le distinguer du foyer de la Haute-Sangha qui couvre surtout la RCA et qui, au Congo, correspond à Ouessou.

Les confluent de la Sangha et de l'Oubangui avec le Zaïre ont été les témoins de l'épidémie catastrophique qui a décimé la région à la fin du siècle dernier et au début de celui-ci. En 1935 les foyers de la Cuvette (Mossaka, Loukoléla) et du Bas-Oubangui (Epéna) sont ceux qui présentent les plus forts indices de virus en circulation (respectivement 7,7%, 6,4% et 10,7%). La situation demeurera sérieuse jusqu'en 1949 (IVC de 1,78%) puis, comme ailleurs du fait des campagnes de lomidinisation, l'endémie régressera pour atteindre le seuil 0 en 1956.

Le foyer de la Haute-Sangha n'a jamais été un problème du côté congolais même si la région de Moloundou (village camerounais situé sur la frontière avec le Congo) a été épidémique au début du siècle et dans les années 30.

6. Le foyer du Bas-Oubangui (Likouala)

Cette région s'étend de l'embouchure de l'Oubangui jusqu'à Bangui. Ce que l'on entend au Congo par foyer du Bas-Oubangui est en fait le foyer d'Impfondo. Il est centré sur les villes d'Impfondo et d'Epéna et fait partie de l'actuelle région de la Likouala. C'est surtout à partir de 1913 que la maladie se développe dans la région et, là aussi, elle régressera de 1949 à 1953 pour pratiquement disparaître en 1956.

En 1914, Ouzilleau y trouvera 2 000 malades pour 13 000 personnes visitées. Le secteur de santé sera créé en 1918. Cette année là 1 003 malades seront dépistés.

Devant cette flambée, les villages de l'intérieur sont semble-t-il abandonnés (une révolte ayant eu lieu en 1929, des archives ont été perdues). L'épidémie régresse pour repartir en 1929. En 1930, à Impfondo, 69 malades sont mis en évidence, 327 à Dongou et 220 à Epéna. Le secteur II d'Impfondo est alors, avec 2 secteurs du Gabon, celui de Makokou (IXc) et celui de Lastourville (IXb), l'un des 3 secteurs de l'A.E.F. dont les taux d'infections nouvelles sont les plus élevés (4,2%). Comme nous l'avons signalé, en 1935 Epéna a le plus fort taux de virus en circulation du Congo (10,7%).

Les efforts de Muraz, Cresté, Mazé et Dussaud portent leurs fruits mais une nouvelle flambée se déclenche en 1938 dans le nord du district, de Dongou à Epéna. Les indices de contamination nouvelle atteignent par endroit 31% (Enyellé) et 16,47% pour l'ensemble de la région. En 1940 l'alerte est passée. En 1946 on signale une recrudescence de l'endémie, mais la situation d'ensemble s'améliore très nettement du fait, de 1945 à 1948, de prospections annuelles systématiques de la zone. Durant cette période la population aura diminué de 13 (district d'Epéna) à 40% (district de Dongou).

SITUATION DEPUIS LA CREATION DE L'OCEAC (1963-1995)

Lors de la création de l'OCEAC on dénombre 15 foyers dans l'ensemble de la zone couverte par l'Organisation. Le Congo en compte 3 dans lesquels se répartissent 19 malades : les foyers de Loudima-Jacob, de Dolisie et de la Nkéni.

Le foyer de Jacob

Le foyer de Jacob est à l'époque, avec celui de Loudima, le plus important du Congo. Il va se révéler inquiétant dès 1964 (50 nouveaux trypanosomés) car une exploitation sucrière est en train de s'y mettre en place avec une importante main d'œuvre mobile. La prévalence de l'endémie baissera considérablement entre 1964 et 1967 (6 malades en 67), mais en 1968 on y dépiste 109 nouveaux trypanosomés (dont 103 à Loudima) puis 33 en 1969 (dont 25 à Loudima). La régression observée en 1969 a été attribuée aux dépistages, mais également à la lutte contre les glossines mise immédiatement en place, et aux barrages mobiles pour contrôler la population circulant entre Congo et Zaïre.

Le foyer de Dolisie

Contigu à celui de Jacob, il compte 3 malades en 1964 et fait l'objet d'une étroite surveillance.

Le foyer de la N'Kéni

C'est un foyer résiduel. On y a dépisté 8 nouveaux malades en 1964, dispersés dans le quadrilatère formé par la M'Pama, l'Alima, le Zaïre et la N'Kéni.

Brazzaville

Ce n'est pas, comme nous l'avons signalé, un foyer à proprement parlé, mais à ses portes, à N'Goma Tsé-Tsé, on a dépisté 2 malades en 1963.

Les foyers des plateaux

Les malades y sont très rares. En 1969, par exemple, on signale 1 malade à Abala, 1 à M'pouya et 1 à Gamboma.

Les foyers de la Cuvette

Le foyer de Mossaka s'est réveillé discrètement mais suffisamment pour inquiéter. En 1969 on y a dépisté 7 malades trypanosomés et 5 suspects cliniques.

Les années 70

Au début des années 1970, la situation s'était nettement dégradée. Outre une recrudescence des cas en 1968 et en 1971, on notait la réviviscence d'anciens foyers (M'Fouati, Madingou, Mossaka).

Les foyers de Loudima et Jacob

Les foyers de Loudima-N'Kayi (Jacob se dénomme désormais N'Kayi) demeurent en constante activité (17 malades en 1970, 39 en 1971 et 16 en 1972) mais l'inquiétude s'est portée plus à l'est, vers Kinzaba, près de Loutété (au carrefour des routes de Madingou à l'ouest, Mindouli à l'est et M'Fouati au sud) et vers Comba, à côté de Mindouli, qui a explosé en 1975. Comba et sa région qui paraissaient indemnes depuis des décennies déclarent brusquement 34 malades.

Dans l'ensemble de la région, Frézil (1980) relate une prévalence de 3,2%. Il précise les prévalences des 5 agglomérations concernées. Comba (1975) 6,9% ; Loudima (1975) 0,7% ; N'Kayi (1975) 0,8% ; Kinzaba (1971) 9,9% et Mantsoumba (1976-1980) 7,5%.

Le foyer de Madingou

Il fait suite à celui de N'Kayi et n'en est séparé (ville à ville) que de 60km. Jusqu'en 1971 il est silencieux. Cette année là on y dépiste 14 malades puis 1 en 1972. Il semble que cette petite flambée soit en rapport avec celle plus importante de M'Fouati situé à une cinquantaine de kilomètres plus au sud est.

Le Foyer de M'Fouati

Comme celui de Madingou, il ne fait parler de lui qu'en 1971, année où 70 malades sont dépistés. En 1972 ils ne sont plus que 7.

Les autres foyers du Niari et du Pool

Ils n'annoncent toujours pas de malades, sauf Brazzaville qui chaque année déclare de 5 à 20 nouveaux trypanosomés d'origines diverses venus spontanément se faire dépister à l'Institut Pasteur.

Le foyer du Couloir

Il est actif sur toute sa longueur, mais nous manquons d'informations précises. Il semblerait, d'après Frézil (1979), qu'en 1974 une épidémie ait commencé à N'Gabé. La prospection qui fut réalisée en 1976 dépista 58 nouveaux trypanosomés. Si on y ajoute les examens immunologiques qui furent réalisés à cette occasion (immunofluorescence indirecte), ce sont 270 malades que dénombre cet auteur.

Les foyers des Plateaux

Le foyer de la N'Kéni (Gamboma-Djambala) semble en grande activité mais la population refuse les dépistages. En 1974 on y a dépisté 28 malades alors qu'en 1975, du fait de l'attitude de la population, on n'en trouvait que 3. Selon Molouba, le nombre de malades déclarés est bien inférieur à la réalité. A l'inverse, le foyer de l'Alima est extrêmement calme (de l'ordre de 1 malade par an).

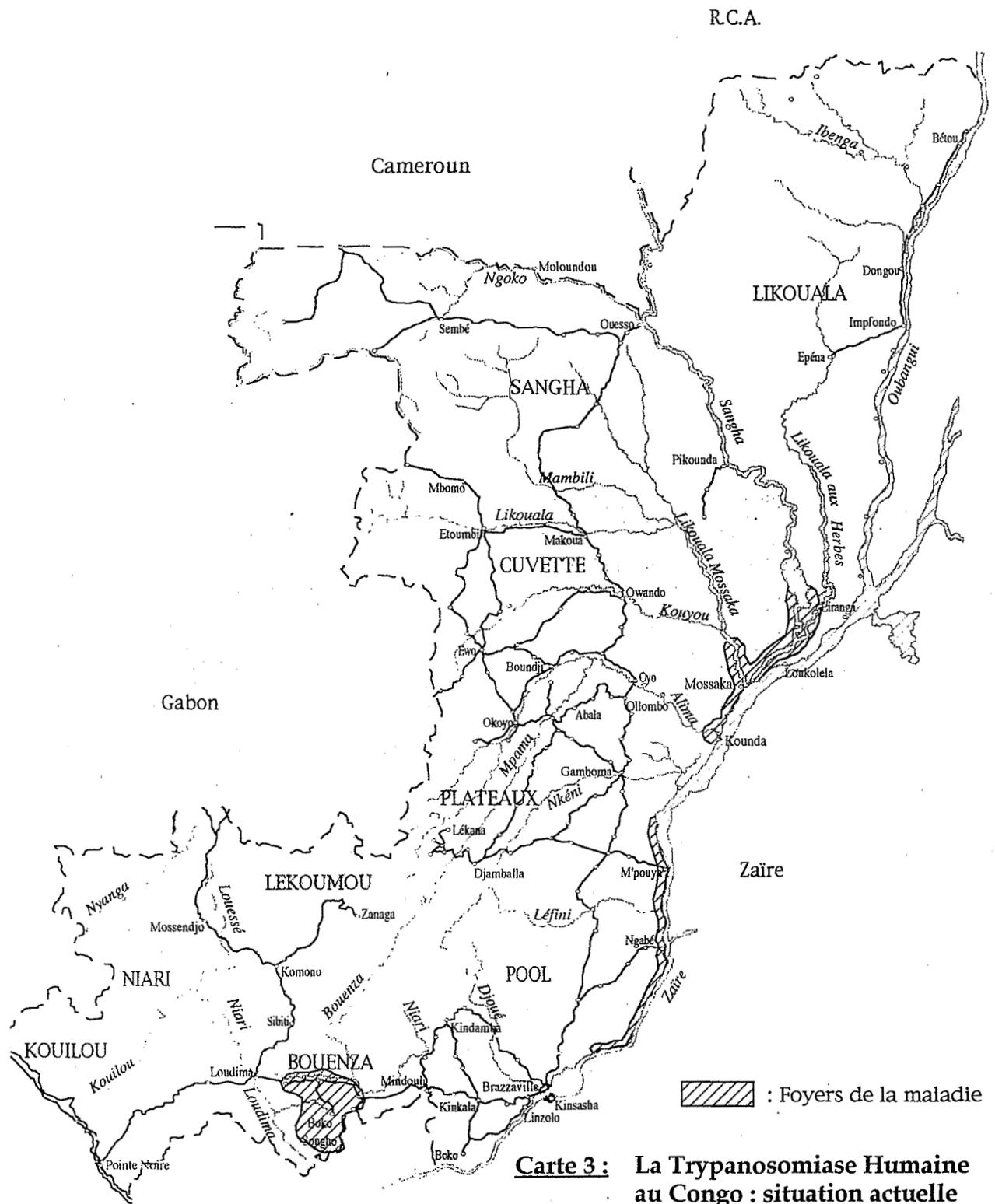
Les foyers de la Cuvette

Alors que les foyers de la Likouala aux Herbes, de la haute Sangha... ne font plus parler d'eux depuis des années, celui de la Likouala-Mossaka s'enflamme dans la région de Mbomo, Owando et Makoua. En 1970 aucun malade n'est signalé dans le foyer de Mossaka, de même qu'en 1972, alors qu'en 1971 il y en a 13.

Les années 1980-90

Au début des années 1980, le nombre des malades au Congo augmente sévèrement. Il est passé de 59 en 1970 à 626 en 1980. Si les foyers du Kouilou, de la Lékoumou, du Mayombe sont éteints, ceux du Niari, du Couloir, des Plateaux et de la Cuvette s'enflamment (carte 3).

En 1980 a été créé le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase, unité spéciale rattachée à la Direction de la Médecine Préventive. De 1983 à 1988 nous disposons d'extrêmement peu d'informations. Le fait marquant de cet période est apparu en



1988, sur le plateau des Cataractes, au dessus de Boko Songho. La survenue d'un certain nombre de décès suspects qui ont évoqué, pour un vieux chef, la maladie du sommeil, a incité celui-ci à déclarer l'événement. Une mission a immédiatement été organisée. C'est comme cela qu'a été découvert le foyer de Boko Songho qui, de 1988 à 1993 (Il n'y a pas eu de prospections en 1994, 1995 et 1996), a été le principal foyer congolais, responsable, entre 1990 et 1992, de près des 3/4 des malades dépistés dans l'année sur l'ensemble du pays. Dans le même temps le foyer du Couloir s'enflammait, ainsi que celui de Mossaka sur la Basse-Sangha.

Les foyers de Loudima à Madingou

Ces foyers, non prospectés depuis des années vont l'être par le Programme national qui vient d'être créé. Le dépistage portera sur les villes de Loudima, N'kayi, Yamba et l'axe Loutété-Madingou. En 1979 cette région avait déclaré 56 malades. En 1980 les prospections dépistèrent 298 malades et 320 en 1981. En fait, en 1980, seules Loudima (294 nouveaux trypanosomés) et Loubomo, l'ancienne Dolisie, (4 nouveaux trypanosomés) furent prospectées. En 1981 le gros des malades vient de Yamba (168). A N'kayi on en dépistera 56, à Loudima 6 et à Loubomo 20. En 1982 le nombre des malades tombera à 74 pour toute la région (32 pour N'Kayi). Ce taux d'endémie se maintiendra durant toute la décennie mais à la fin des années 80 les foyers du Niari seront éclipsés par le foyer de Boko Songho.

Le foyer de Boko Songho

Le foyer proprement dit concerne une soixantaine de villages pour une population d'environ 10 000 personnes. Il est constitué de hauteurs boisées entourant une cuvette de savane et de galeries forestières. Depuis 1988 jusqu'en 1993, année où les troubles politiques ont rendu impossible toute mission dans la région, un dépistage aussi exhaustif que possible du foyer a été réalisé. Malgré ces efforts et la mise en place de pièges contre les glossines, le foyer est demeuré extrêmement actif. Ainsi, en 1990, on y dépistait 426 malades, 338 en 1991 et 540 en 1992.

Les foyers de Brazzaville à Mindouli

Si en 1980 on dépiste 108 malades (tous dépistés à Brazzaville et tous originaires d'autres régions), en 1978 et 1979 on n'en a dépisté qu'une vingtaine par an et en 1981 et 1982, respectivement 60 et 24.

En 1988 des cas dépistés passivement sont signalés à

Kingoyi (23), Loulombo (13) et Kimbedi. Jannin (1990) qui les rapporte, précise qu'aucun cas n'avait été notifié là précédemment et qu'il s'agit d'une « extension probable du foyer de la Bouenza » (vallée du Niari). Cet axe n'a pas été re-prospecté.

Le foyer des plateaux

De 1978 à 1982 on n'y dépistera que 27 malades dont 18 en 1979 et 9 en 1982. Après nous n'avons plus de données.

Le foyer du Couloir

Comme pour les foyers du Niari, des prospections furent organisées par le Programme national, du début du Stanley Pool jusqu'à 20 km au nord de M'Pouya. En 1980 il y fut dépisté 480 malades et 212 en 1981, sans que l'on sache par quelles techniques. Ceci, avec les malades dépistés les mêmes années dans le Niari, donne un total de malades de 778 pour 1980 alors que les données nationales indiquent 626. Par contre, en 1981 le nombre officiel de 539 correspond au total calculé. Entre 1990 et 1992 on y dépistait une vingtaine de malades par an, mais il semble qu'il y en ait eu plus à la fin des années 80 puisque Jannin (1990) indique pour 1989 une prévalence de 3%. En 1993 ce nombre est passé à 336. Cette recrudescence est en fait la traduction d'un meilleur dépistage, une prospection de tout le couloir ayant été organisée cette année là.

Le foyer de la Cuvette

Depuis la création de l'OCEAC, ce foyer n'avait guère fait parler de lui si ce n'est parce qu'il s'était « réveillé ». Jusqu'en 1985, on y dépistait moins de 20 malades par an, voire aucun. En 1985 ce sont 25 malades qui sont déclarés. Une mission est effectuée en 1987 qui dépiste 74 nouveaux trypanosomés. Une 2ème mission est alors effectuée en 1989 (Jannin 1992) et c'est 171 malades qui sont trouvés. Qui plus est on constate que la flambée s'étend en remontant la Sangha et la Likouala aux herbes. Le coût des prospections dans cette région où les déplacements ne peuvent se faire qu'en pirogue, amène le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase à équiper le secteur pour le rendre autonome et efficace. Malgré cela le nombre des malades ne décroîtra pas. Ils sont 99 en 1990 (tous dépistés passivement), 197 en 1991, 111 en 1992 et 230 en 1993 (Penchenier, 1993). Cette évolution inquiétante associée aux difficultés de déplacement dans la région et à l'instabilité du pays, peut faire craindre une extension redoutable de l'épidémie.

CONCLUSION

En cette fin de XXème siècle, le Congo est encore l'un des Pays d'Afrique centrale les plus touchés par la maladie et celui des pays de l'OCEAC qui a le plus de malades. Les anciens foyers historiques du Niari et de la Cuvette sont toujours actifs. La situation politique qui prévaut au Congo depuis 1993 peut faire craindre une aggravation redoutable de l'endémie, ne serait-ce que parce que le foyer de Boko Songho n'a pas été prospecté depuis quatre ans. Cette inquiétude se justifie d'autant plus que les grands foyers d'Angola et du Zaïre où l'on estime le nombre des malades à plusieurs centaines de milliers de personnes, sont limitrophes des foyers de Boko Songho, du Couloir et de la Cuvette.

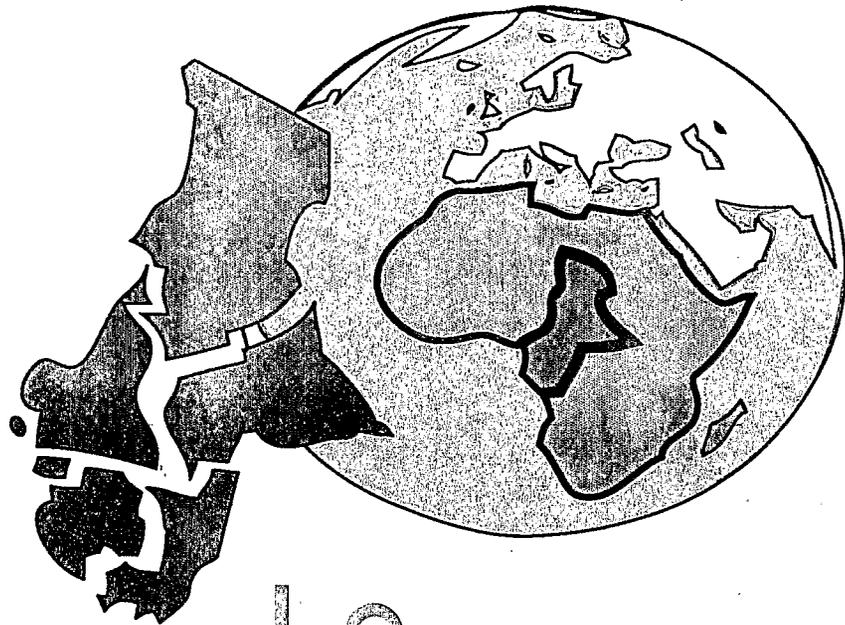
BIBLIOGRAPHIE

- 1- Frézil JL, Ezouzan JP, Coulm J, Molouba R, Malonga JR. Epidémiologie de la trypanosomiase humaine en République Populaire du Congo. I - Le foyer du Couloir. *Cah ORSTOM sér Ent méd et Parasitol* 1979 ; XVII(3) : 165-79.
- 2- Frézil JL, Ezouzan JP, Alary JC, Malonga JR, Ginoux PY. Epidémiologie de la trypanosomiase humaine en république populaire du Congo. Le foyer du Niari. *Cah ORSTOM sér Ent méd et Parasitol* 1980 ; XVIII(4) : 329-46.
- 3- Jannin J, Eozenou P, Gampo S, Cuddy Zitsamele R. Plan national de lutte contre la THA au Congo : situation actuelle et perspectives. *Bull liais doc OCEAC* 1990 ; 93 : 31-6.
- 4- Jannin J, Penchenier L, Eozenou P, Ventrou P, Mialebama J, Louya F, Bobenda T, Semba F, Cuddy Zitsamele R. Recrudescence actuelle de la trypanosomiase humaine dans le foyer de la Sangha (Cuvette) au Congo. *Bull Soc Path Exot* 1992 ; 85 : 31-8.
- 5- Lalouel J. La trypanosomiase dans le Bas-Oubangui de 1907 à 1948. *Bull Soc Path Exot* 1949 ; 5-6 : 229-39.
- 6- Lotte. Enseignement de quatre années de chimio-prophylaxie en A.E.F. Rapport pour le Bureau Permanent Interafricain de la tsé-tsé et la trypanosomiase. Léopoldville (Congo Belge) 1951 ; BPITT N°146/0.
- 7- Martin G, Lebceuf A, Roubaut E. Rapport de la mission d'étude de la maladie du sommeil au Congo français, 1906-1908. Paris. *Masson et Cie éd.* 1909 : 721 pp.
- 8- Molouba R, Djai-Moulenvo J, Coulm J. Situation épidémiologique en République Populaire du Congo en 1975. *XI^{ème} Conf Tech OCEAC* 1976.
- 9- Mulligan. The african trypanosomiasis. pgs xli-lxxxviii; G. Allen & Unwin édit. London 1970.
- 10- Ouzilleau. Enquête sur la trypanosomiase dans le Moyen-Congo (Ibenga-Motaba). *Bull Soc Path Exot* 1920.
- 11- Penchenier L, Sarda J, Jannin J. Où en est le foyer de trypanosomiase humaine de Mossaka (Congo)? *Bull Soc Path Exot* 1993 ; 86 : 347-50.

La Trypanosomiase
dans les Etats de l'OCEAC.
Historique et actualité

MODAC = D_nFRA

ISSN 0255-5352



Le

BULLETIN

de liaison et de documentation

de

l'OCEAC

Volume 29(3) : 3^{ème} trimestre 1996



ORGANISATION DE COORDINATION POUR LA LUTTE
CONTRE LES ENDEMIES EN AFRIQUE CENTRALE

SECRETARIAT GENERAL B.P. 288 YAOUNDE REPUBLIQUE DU CAMEROUN
TEL : 237 23 22 32 FAX : 237 23 00 61 TELEX : 8411 KN

P7253