



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (1):

ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Reçu, 21 février 2022

Accepté, 11 avril 2022

Publié, 14 avril 2022

<http://www.revue-rasp.org>

Type d'article: Recherche

Dépistage actif vers dépistage passif de la Trypanosomiase Humaine Africaine en Côte d'Ivoire: impact sur l'efficacité de la lutte médicale

SORO Débégoun Marcelline¹, MLAN Adjoua Elodie Christelle², Dr. Coulibaly Bamoro³, Nanan Kouassi Valentin⁴

¹Enseignante-Chercheure, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Associée à la Chaire Unesco de Bioéthique, Université Alassane Ouattara (Bouaké Côte d'Ivoire), Chercheure associée à l'Institut Pierre Richet (Bouaké-Côte d'Ivoire).

²Doctorante, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara (UAO).

³ Chercheur, Géographe, Institut Pierre Richet (Bouaké).

⁴ Doctorant, Département d'Anthropologie et de Sociologie, Université Alassane Ouattara (UAO).

*Correspondance : marcelinesoro@uao.edu.ci ; Tel: +225 (0777085642/0142697542)

Résumé

La Trypanosomiase Humaine Africaine, constitue une menace en Côte d'Ivoire, malgré la déclaration de son élimination en 2021. La lutte médicale contre cette maladie a reposé d'abord sur le dépistage actif gratuit dans les localités puis sur le dépistage réactif et passif gratuit dans des structures sanitaires. A travers une posture sociologique, l'objectif de cette communication est de comprendre l'incidence du passage du dépistage actif au dépistage passif sur l'efficacité de la lutte médicale, notamment à Bonon et Sinfra dans le Centre-Ouest. L'analyse, s'appuie sur des données à la fois qualitative et quantitative collectées auprès d'acteurs intervenant dans la lutte contre cette maladie d'une part et d'un échantillon de 398 personnes. Les résultats révèlent que dans un contexte de baisse de la prévalence le passage du dépistage actif au dépistage passif s'est inscrit dans une logique d'économie d'échelle coût-efficacité. Cependant, ce changement d'approche a impacté négativement l'efficacité de la lutte médicale. Il a accentué le désintérêt des populations des activités de lutte. Ce désintérêt s'explique par le manque de communication autour du changement d'approche, la perception de l'inexistence de la maladie du fait de la rareté des cas, et les calculs coût-bénéfices entre le dépistage passif et le dépistage actif.

Mots clés

Trypanosomiase Humaine Africaine, Lutte médicale, Dépistage actif-passif, Participation communautaire, Côte d'Ivoire

Active screening to passive screening of Human African Trypanosomiasis in Côte d'Ivoire: impact on medical control efficacy

Abstract

Human African Trypanosomiasis is a threat in Côte d'Ivoire, despite the declaration of its elimination in 2021. The medical fight against this disease was first based on active screening in the localities and then on reactive and passive screening in health centers. Through a sociological approach, the objective of this paper is to understand the impact of the shift from active to passive screening on the efficacy of medical control, particularly in Bonon and Sinfra in the central-western region. The analysis is based on both qualitative and quantitative data collected from actors involved in the fight against this disease and from a sample of 398 peoples. The results show that in a context of declining prevalence, the shift from active to passive screening was based on a cost-effective economy of scale. However, this change in approach had a negative impact on the efficacy of medical control insofar as it increased the population's disinterest in control activities. This lack of interest can be explained by the lack of communication about the change of approach, the perception that the disease does not exist because of the rarity of cases, and the cost-benefit calculations between passive screening and active screening.

Key words: Human African Trypanosomiasis, Medical control, Active-passive screening, Community participation, Côte d'Ivoire

1. Introduction

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), communément connue que le nom de « maladie du sommeil », est une maladie complexe et multifactorielle. Elle se caractérise en Côte d'Ivoire comme partout en Afrique, par un développement en foyers géographiquement limités (Laveissière & Challier, 1981; Laveissière et Hervouët, 1991; Hervouët et al., (2000). Causée par la glossine (mouche tsé-tsé), la THA est une maladie tropicale négligée qui sévit exclusivement en Afrique. Depuis des décennies, des actions de lutte ont été engagées par les organismes internationaux et nationaux en vue de combattre efficacement cette maladie (Hervouët et al., 2000 ; Lingué et al., 2015).

En Côte d'Ivoire, après les différentes phases épidémiques (Compaoré et al, 2020), les efforts en termes de riposte se sont focalisés sur deux approches:

- la lutte anti-vectorielle (LAV), un complément la stratégie de dépistage-traitement des cas de THA dans l'optique d'agir sur la densité des vecteurs en vue de réduire significativement le contact entre l'Homme et la glossine, donc le risque de transmission de la maladie par déploiement de leurres (écrans et pièges attractifs imprégnés et places à des endroits jugés comme étant à risque).
- la lutte médicale qui consiste au dépistage précoce ainsi que le traitement des personnes malades.

Ces approches ont été déployées dans le cadre du Programme National d'Élimination de la THA (PNETHA) en général et de projets de lutte spécifiquement. Les actions de lutttes médicales intensives, principalement le dépistage systématique gratuit a permis de réduire la prévalence de la maladie et de positionner la Côte d'Ivoire au rang des pays enregistrant moins de 10 cas par an en 2018 (Jamonneau et al., 2020). Ces importants progrès ont abouti en 2021 à la déclaration de l'élimination de la THA en Côte d'Ivoire par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cependant, malgré ce résultat satisfaisant, la THA quoique qualifiée de Maladies Tropicales Négligées (MTN), constitue tout de même une menace pour le pays, notamment dans les foyers endémiques de Bonon et Sinfra dans la

région du centre-ouest, où il existe encore des cas suspects et des personnes dépistées séropositives, non traitées car le parasite n'a pas été mis en évidence (Minayégninrin et al., 2020).

La lutte médicale contre la THA, axée sur le dépistage et le traitement gratuit des malades afin de réduire le réservoir humain de parasites, était jusqu'en 2015 essentiellement réalisée de manière active par des équipes mobiles spécialisées (Djé et al., 2002 ; Kaba et al., 2006 ; Koffi et al., 2016). Cependant, avec le faible nombre de malades rapportés depuis 2015 (9 cas dépistés de 2015 à 2019), ce dépistage actif a évolué vers un dépistage passif ciblé et une surveillance passive intégrée dans le système national de santé. En 2017, le dépistage passif dans des structures sanitaires devenait l'approche de dépistage dans le cadre de la lutte médicale contre la THA en Côte d'Ivoire. La stratégie est passée d'une approche verticale à une intégration à tous les niveaux du système de santé (Kaba et al., 2020 ; Compaoré et al., 2020). Notre question de recherche est donc la suivante : comment le changement d'approche a-t-il impacté la participation des populations aux activités de la lutte médicale contre la THA en Côte d'Ivoire ? Cette question en appelle d'autres : quelle est la logique qui a soutenu le passage de l'approche active à l'approche passive ? Comment ce changement d'approche a-t-il été introduit et comment fonctionne-t-il concrètement ? Comment les populations perçoivent-elles ce changement ? A travers une posture sociologique, l'objectif était de comprendre l'impact du changement d'approche sur la participation des populations à la lutte contre la THA, spécifiquement dans les foyers endémiques de Bonon et Sinfra dans le Centre-Ouest. L'intérêt d'une telle réflexion, menée dans un contexte post-élimination de la THA, réside dans le fait que la participation communautaire demeure un enjeu essentiel pour l'atteinte de l'arrêt total de la transmission de la maladie à l'horizon 2025. Ce défi est particulièrement plus grand dans les zones d'étude où l'on enregistre une baisse au fil des ans de l'intérêt des populations face aux activités de lutte contre cette maladie. Les résultats de cette recherche pourraient éclairer les décideurs publics notamment le Programme National d'Élimination de la THA dans la mise en œuvre de stratégies de communication plus efficace ciblant davantage non seulement les populations des zones à risque mais aussi le personnel de santé devenu aujourd'hui des parties prenantes clé dans la stratégie de lutte médicale.

L'argumentaire se structure autour de trois points majeurs. Le premier aborde les raisons du changement du passage du dépistage actif au dépistage passif. Le second apporte des éclairages sur l'approche du dépistage passif ainsi que les dispositifs mis en place pour son déploiement dans les centres de santé. Le dernier point traite des facteurs entravant la participation des populations cibles au dépistage passif dans les structures sanitaires.

2. Matériaux et Méthodes

La recherche a été effectuée entre septembre et octobre 2020 à Bonon et à Sinfra, deux localités situées dans la région de la Marahoué dans le Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire (Figure 1)

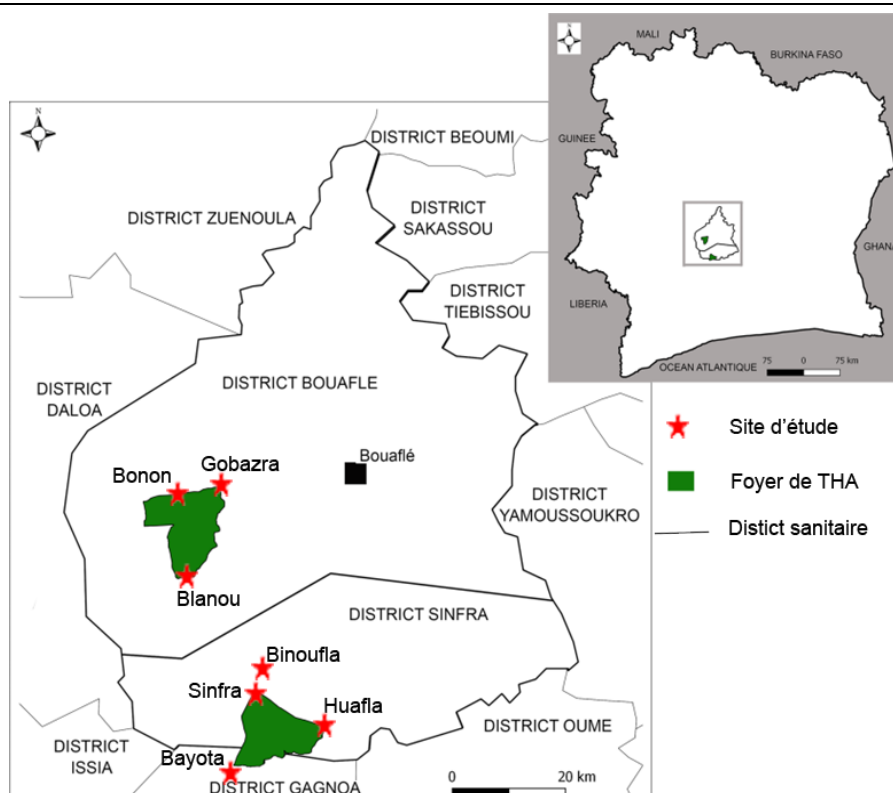


Figure 1 : Localisation des sites d'étude, Source: Coulibaly Bamoro, IPR

Le choix de ces localités se justifie par le fait que les foyers de Bonon et Sinfra constituent des zones endémiques qui fournissent encore des cas depuis 2015.

Bonon et Sinfra sont localisés en zone de forêt mésophile, au niveau du contact forêt-savane. Ces localités évoluent sous l'influence d'un climat de type équatorial à deux saisons de pluies (de mai à mi-juillet et d'août à octobre). Mais, cet équilibre est quelque peu perturbé depuis quelques années par une forte variabilité pluviométrique. La pluviométrie moyenne y est d'environ 1200 mm/an.

Ces sites d'étude sont des zones d'immigration agricole. Dès 1960 pour Sinfra et vers le début des années 1970 pour Bonon, ces localités ont enregistré des arrivées massives de migrants agricoles en provenance des pays voisins (Mali et Burkina Faso), mais aussi d'autres régions de la Côte d'Ivoire, notamment du centre et du nord pour la création de plantation de café et de cacao. Cet apport migratoire fait aujourd'hui de Bonon et Sinfra des zones de peuplement cosmopolites. C'est le cas de Bonon où l'on enregistrait une cinquantaine d'ethnies (Courtin, 2007). La population de Bonon était estimée à 92 523 habitants selon le dernier Recensement Général de Population et de l'Habitat (RGPH, 2014) et celle de Sinfra à 80 658 habitants selon cette même source.

La collecte des données s'est faite aussi bien en zone rurale qu'urbaine. Les données reposent sur des sources documentaires et primaires. L'approche de l'étude était à la fois quantitative et qualitative. Les données quantitatives ont été collectées à partir d'un questionnaire administré auprès d'un échantillon de 399 personnes (254 Hommes et 145 femmes) pour les deux sites concernés. Le choix de cet échantillon s'est de manière aléatoire suivant les critères de disponibilité et de volonté à participer à l'enquête. Les données qualitatives ont été produites à partir d'entretiens avec des acteurs parties prenantes dans la lutte médicale. Ce sont : le personnel de santé (3 infirmiers), les Agents de Santé Communautaires (ASC) 9 au total, des chercheurs de l'équipe médicale du projet (2), soit 14 entretiens.

3. Résultats

3.1. Lutter autrement contre la THA: pourquoi du dépistage actif au dépistage passif?

Selon la littérature ivoirienne sur la THA, de 2000 jusqu'en 2012, la lutte médicale a reposé sur des activités de dépistage actif exhaustif et gratuit tant en zone urbaine que rurale de toutes les populations à risque des foyers de Bonon et Sinfra. Mais, en raison de la baisse de la prévalence de la maladie d'une part, et de la baisse progressive de présentation des populations à risque aux séances de dépistage parce que ressentant de moins en moins la maladie comme une menace) d'autre part, des stratégies de dépistage actif ciblé ont été mises en place. Le dépistage actif ciblé a reposé sur l'approche du suivi spatialisé des cas pour identifier la population à risque (Courtin et al., 2010). Concrètement, cela consistait à faire du porte-à-porte afin permettait d'examiner la famille et les populations partageant les mêmes espaces que les personnes dépistées séropositives à la THA (Koffi et al., 2016). Le dépistage actif peut aussi cibler un choix de villages considérés comme les plus à risque dans une zone donnée sur la base de données historiques, épidémiologiques et géographiques. Cette approche va connaître une évolution avec l'adoption et l'opérationnalisation du dépistage passif et de la surveillance passive dans les foyers endémiques de Bonon et Sinfra.

Deux raisons sont évoquées pour justifier le passage du dépistage actif gratuit qui se fait autant en ville que dans les villages ou dans des points de regroupement s'agissant des populations résidant dans des campements de culture. La première est d'ordre épidémiologique. En effet, les localités de Bonon et Sinfra ont connu selon les témoignages des populations de grandes et sévères phases endémiques. Lors des phases épidémiques, des équipes médicales étaient déployées dans les villages avec pour mission de procéder au dépistage systématique des populations. Du point de vue des équipes médicale, cette approche a été très efficace dans la mesure où elle a permis de diagnostiquer des cas de THA précocement et de prendre en charge rapidement des personnes dépistées positives. Ces actions de proximité ont ainsi contribué à faire baisser le niveau de prévalence. Par conséquent, avec l'amélioration de la situation épidémiologique, le déploiement d'un dispositif de riposte lourd était donc de moins en moins justifié.

« C'est à partir des indicateurs épidémiologiques comme la prévalence de la maladie, les données qui sont collectées avec le Programme National d'Élimination de la THA que nous avons fait le changement. On appelle ça une transition épidémiologique. (...). On s'adapte par rapport au système, à la variation de la maladie c'est-à-dire par rapport à la gestion de la prévalence. Cela veut dire, une zone où on a dépisté 100 cas les moyens de lutte dans cette zone ne sont pas les mêmes que dans une zone où on a dépisté 2 cas sur 5 ans ». Extrait entretien, MK. Chercheur Projet Trypa NO, octobre 2020.

La deuxième est d'ordre économique. Les activités de lutte contre la THA reposent largement sur des financements extérieurs, sous forme de projet. En fonction de l'évolution de la situation épidémiologique, la baisse des financements est allée de pair avec celle de la prévalence de cas de THA. Ainsi, pour la continuité de la lutte médicale nécessitait de procéder à des ajustements financiers dans la mesure où cette approche mobilise beaucoup d'importantes ressources tant matérielle, humaine que financière.

« (...). La prospection médicale a permis de dépister un grand nombre de populations pendant la surveillance active; ce qui a permis de réduire de manière spectaculaire la prévalence de la maladie. Actuellement nous ne sommes plus en phase de grandes endémies. Du coup, l'équipe mobile enregistre moins de nouveaux cas de maladie à chaque passage dans les localités. En fait, on avait remarqué que depuis 2009, toutes les activités qui étaient menées sur le terrain, que ce soit en passif ou en actif, chaque année on n'arrive pas à apporter plus de 10 cas par an. Donc, c'est ce qui a fait dire aux gens [PNLTHA] qu'il fallait intégrer cette surveillance-là [dépistage passif]. C'est-à-dire donner la main aux structures fixes de mener la lutte contre la

maladie au lieu de déplacer à chaque fois une équipe ». Extrait entretien, CB. Chercheur Projet Trypa NO, octobre 2020.

Le dépistage gratuit dans les centres de santé s'est donc positionné comme une solution pragmatique en vue de poursuivre la lutte contre cette maladie (Mathurin et al., 2016, Minayégninrin et al, 2020). En somme, dans la stratégie générale de la lutte médicale, le dépistage passif est vu comme une approche d'allocation optimale des ressources financières de plus en plus rares tout en préservant les acquis.

« (...) Il est vrai que la prévalence a baissé mais la maladie existe toujours. La lutte continue, la surveillance passive est une façon de pérenniser le dépistage, de détecter tous les cas et les soignés. (...) c'est une occasion de rapprocher le dépistage des populations ». MK. Chercheur Projet Trypa NO, octobre 2020.

3.2. Rendez-vous désormais à l'hôpital: mécanisme d'introduction du changement

Pour se maintenir dans la durée, tout système a besoin d'avoir une vision, un contenu, des acteurs pour l'animer et une stratégie d'action. Cette section décrit donc le dispositif institutionnel et organisationnel mis en place pour poursuivre la lutte médicale. L'approche de dépistage passif met en interaction différents acteurs aux attributions spécifiques.

Le schéma ci-après montre la structure organisationnelle et les liens fonctionnels entre les parties prenantes impliquées dans le processus.

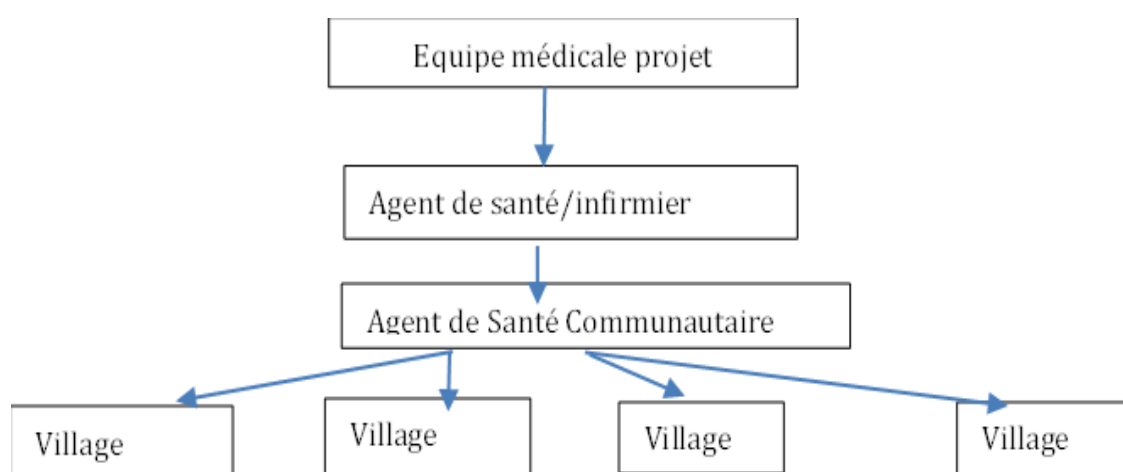


Figure 2 : Schéma organisationnel du dépistage passif

Source: Enquête de terrain, 2020

Le rôle de l'équipe du projet est de mettre à la disposition des centres de santé ciblés tout le nécessaire pour le dépistage (les kits de dépistage, les registres). Dans chaque centre de santé, un point focal THA est choisi, généralement un infirmier ou un médecin, dont le rôle est de veiller au dépistage de cas suspects et de rendre compte au responsable de l'équipe médicale du projet. Dans chaque centre de santé, il existe déjà des Agents de Santé Communautaires (ASC) qui servent d'interface entre les populations et les structures de soins. L'ASC THA, désigné par le point focal THA de la structure sanitaire, a pour rôle d'accompagner les équipes médicales dans la réalisation de toutes les activités dans les villages. Il assure la circulation des informations aux niveau communautaire.

Les populations, quant à elles, ont pour rôle d'aider l'équipe médicale à identifier les cas suspects et à se rendre dans la structure sanitaire pour se faire dépister. Pour le bon fonctionnement du

système, des formations de renforcement de capacités sont délivrées par l'équipe projet au bénéfice du personnel de santé (point focal THA et ASC) sur la THA. Ces acteurs sont formés à la suspicion clinique et au dépistage sérologique et parasitologique de la maladie (tests de diagnostic rapide, recherche parasitologique par observation microscopique, échantillonnage etc.) par les équipes spécialisées. Au niveau communautaire, la stratégie de communication repose sur des sensibilisations (projection de films, réunions avec des groupes d'intérêt, spots dans des radios de proximité, affiche de prospectus, etc.).



Figure 3 : CD du film réalisé sur la trypanosomiose pour la sensibilisation

Source: Archives de l'Institut Pierre Richet, enquête de terrain, octobre 2020

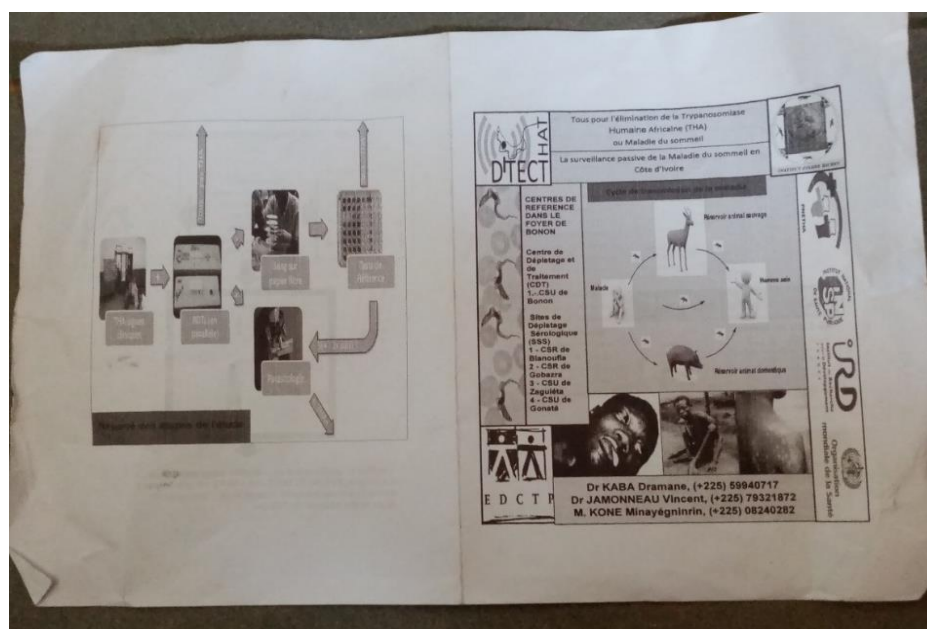


Figure 4: Une brochure indiquant l'itinéraire thérapeutique

Source: Enquête de terrain, septembre et octobre, 2020



Figure 5 : Kit de test SD Bio line

Source : Enquête de terrain, octobre, 2020. Image prise au CSU de Gobazra (Bonon)

3.3. Dépistage actif versus passif: quel bilan de la mise en application?

3.3.1. Un dispositif fonctionnel, mais moins efficace comparativement au dépistage de masse

Tableau 1 : Evolution du nombre de test réalisé par le personnel de santé

FOYERS	CENTRES DE SANTÉ	NOMBRE DE PATIENTS DÉPISTÉS			Total
		2017	2018	2019	
BONON	CSR	25	167	80	392
	BLANOUBLA				
	CSR	20	121	131	272
	GOBAZRA				
SINFRA	CSU BONON	55	147	80	272
	CSR HUAFLA	33	159	90	282
	CSR	73	121	129	323
	BINOUEFLA				
	CSU BAYOTA	25	133	149	307
	HG SINFRA	13	106	441	560
TOTAL		244	954	1100	2418

*CSU: Centre de Santé Urbain/ CSR: Centre de Santé Rural/ HG: Hôpital Général.

Source: Statistiques, projet Trypa-NO, Institut Pierre Richet.

Sur la période 2017 à 2019, le nombre de tests réalisés par les agents de santé sur des malades venus en consultation générale est en nette évolution, avec cependant des variations suivant les localités. De 244 cas en 2017, les chiffres sont passés à 954, puis à 1100 tests réalisés soit un total de 2418 tests réalisés. Malgré le maintien de la gratuité des prestations de dépistage, ces chiffres sont largement en deçà de ceux enregistrés au cours des phases de prospections de masse (voir tableau 2 ci-après).

Tableau 2 : Evolution du nombre de personnes dépistées par la méthode active

Année	Population attendue	Population examinée	Taux (%)
2000	33150	18046	54,4
2002	24896	8284	33,3
2003	2502	1369	54,7
2004	16251	10878	66,9
2006	ND	4285	ND
2007	8000	6738	84,2
2008	ND	3276	ND
2011	ND	3126	ND
2012	ND	3919	ND
2015	7570	5744	75,9
Total		66723	

Source: Institut Pierre Richet, 2020.

3.3.2. Des populations de plus en plus désintéressées de la lutte médicale

Afin de mieux comprendre l'impact du changement d'approche sur les comportements des populations en matière de recours au centre de santé en cas de personnes suspectées de THA, nous avons d'abord questionné leur niveau de connaissance de l'existence du dispositif de dépistage passif avant de les amener à se prononcer sur leur perception du passage du dépistage actif au dépistage passif.

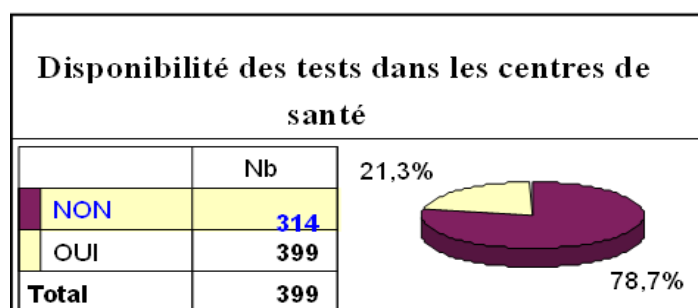


Figure 6: Evaluation du niveau de connaissance des populations de la disponibilité des tests dans les centres de santé

Source : Enquête de terrain, octobre, 2020

La figure ci-dessus montre que sur 399 enquêtés, seulement 85 (21%) ont connaissance de l'existence des tests dans les centres de santé, contre 314 enquêtés soit une proportion de 78,7% des enquêtés qui déclarent ne pas être informés du changement d'approche, donc de l'existence du dispositif de dépistage mis en place dans les centres de santé. En partant du postulat selon lequel la perception du coût du dépistage pourrait être une entrave à l'utilisation des services de santé nous avons tenté d'évaluer leur connaissance sur le coût du dépistage et du traitement qui pour rappel demeurent entièrement gratuits.

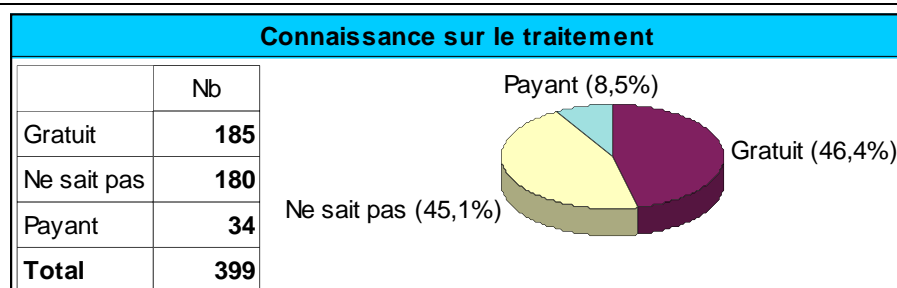


Figure 7 : Connaissance sur le coût du traitement de la THA

Pour des enquêtés 46%, le traitement de la THA est gratuit contre 8,5% qui estiment qu'il est payant. Une proportion non négligeable des enquêtés soit 45% déclare ne pas disposer d'information sur la nature des prestations offertes dans le cadre de la lutte contre la THA. Les 46% ayant connaissance de la gratuité du dépistage et de la prise en charge ont eu accès à l'information à travers différentes sources.

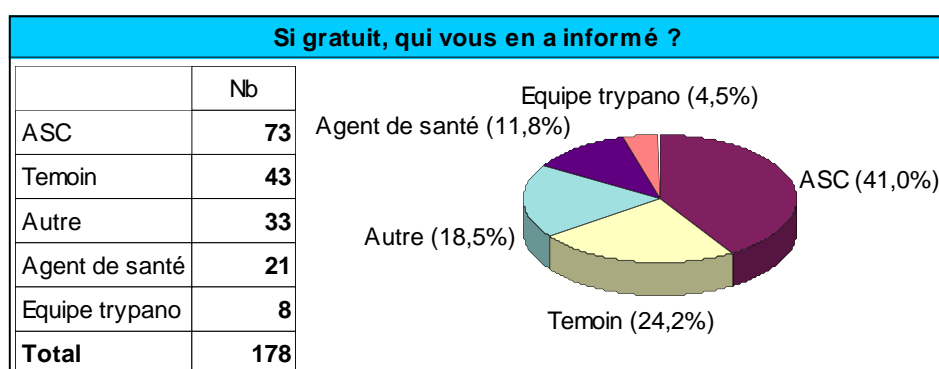


Figure 8 : Source d'accès à l'information sur la gratuité des tests pour le dépistage

Source: Enquête de terrain, octobre, 2020

Selon le graphique, sur un effectif de 178 répondants sur les 185 (voir graphique 2) ayant répondu que le dépistage et le traitement de la THA étaient gratuits, la majorité des enquêtés a eu accès à l'information à travers les parties prenantes intervenant dans le dispositif du dépistage passif (41%, par le biais des ASC, 11,8% par les agents de santé et 4,5% par l'équipe du projet Trypa No). Une autre catégorie soit 24% a eu l'information en tant que témoin ayant participé à une séance de dépistage de masse. Enfin, 18,5% a reçu l'information grâce à une victime de la maladie, un proche ou un ami ou encore une personne de son entourage.

3.3.3. De la déconstruction de la logique du coût-efficacité contre celle du coût-bénéfice

Amenées à se prononcer sur les effets de ce changement, il ressort des entretiens auprès des populations que ce changement risque d'impacter négativement la lutte contre la THA. Ce changement alimente le désintérêt pour les activités de lutte contre la THA surtout dans un contexte où les cas de personnes atteintes de la maladie du sommeil sont quasi rares d'une part, même pour les cas de maladies actuelles graves l'hôpital ne constitue pas toujours le premier recours de soin, d'autre part. Quelques arguments avancés extraits des entretiens réalisés sont présentés ci-après.

« Il n'y a pas hôpital dans notre village ici, les voitures ne passent pas ici. Quand quelqu'un est gravement malade on demande moto des gens pour envoyer la personne à l'hôpital à Gobazra ou à Bonon. La route vous voyez là, quand il pleut comme ça là, c'est difficile chaque jour on

pousse voiture ici. (...) Tu vois non, c'est difficile les hôpitaux sont loins ». Agriculteur, Village de Gblokouakoukro (Bonon).

« Au temps de Laveissière et même après lui, les gens venaient ici, partout dans les villages. Ils venaient s'asseoir sous un arbre au village. C'est vrai que des gens pouvaient aller au champ, mais en ce temps-là, les gens étaient obligés de faire le dépistage. Quand quelqu'un même est bizarre, eux-mêmes ils le voyaient et pouvaient le convaincre de faire son test. Ils allaient même parfois passer de maison en maison. C'est comme ça que des gens ont pu être sauvé. Les gens n'étaient pas toujours contents, mais au moins ils ne dépensaient pas de l'argent pour dire qu'ils vont se déplacer ». Mais si, aujourd'hui, on dit aux gens d'aller à l'hôpital (...), Ah, ça décourage (...). On se connaît (...), quand on est malade, on ne pense pas tout de suite à aller à l'hôpital. On va aller en brousse d'abord chercher des feuilles pour se traiter (...), ou bien même chercher les guérisseurs. Parfois même quand la maladie est bizarre on va consulter le charlatan pour y voir clair (...). C'est quand tu as tout essayé et que tu vois que la mort n'est pas loin que tu vas maintenant là-bas. Extrait d'entretien avec un ancien ASC THA, Village Akromiabila (SINFRA).

Discussion

La présente section résume et analyse les principaux résultats obtenus. En termes de résultats clés, nous retenons que le passage du dépistage actif au dépistage passif s'est inscrit dans une logique d'économie d'échelle de calcul coût-efficacité. Même si, grâce aux efforts soutenus de lutte, la prévalence a considérablement baissé, le dépistage, garde toute sa pertinence surtout dans un contexte de transition épidémiologique définit comme étant *« le passage d'un régime permanent ancien à un nouveau régime permanent après une transition vers une mortalité plus faible »* selon Abdel Omran cité par Vallin & Meslé, p. 262).

Dans la logique d'intervention en Côte d'Ivoire, le dépistage actif répond à un besoin de maintien de la stratégie de lutte avec un système de fonctionnement à minima sur la base de ressources humaines et économiques limitées. La vision est que même si les cas déclarés officiellement sont devenus rares, la menace de résurgence de la maladie est réelle, parce qu'il y a toujours des porteurs sains, c'est-à-dire de personnes dépistées positives à la sérologie mais où l'agent pathogène n'a pas encore pu être mis en évidence et donc ne peuvent être mises sous traitement par rapport au protocole en vigueur en Côte d'Ivoire. Ainsi, la mise en place d'un dispositif dans les structures sanitaires de proximité devrait permettre de maintenir la surveillance passive par le personnel de santé qui procédera au dépistage de certains patients venant en consultation, mais présentant des signes cliniques semblables aux symptômes de la THA.

Selon Kaba et al, (2020), « dans le contexte actuel ivoirien de faible incidence et d'élimination de la THA, la surveillance passive intégrée dans les centres de santé périphériques des zones d'endémie en Côte d'Ivoire semble être l'une des meilleures stratégies. Selon cet auteur, elle permet le dépistage et le traitement des malades par les agents de santé, qui doivent se souvenir des symptômes cliniques permettant d'orienter le diagnostic biologique ». Les enquêtes réalisées à Bonon et Sinfra montrent que le dispositif de surveillance passive semble quelque peu éprouvé par le terrain. Même si les données statistiques présentées dans le texte prouvent que le nouveau dispositif de dépistage est fonctionnel, le nombre de personnes dépistées annuellement demeure cependant très faible. Ce constat est similaire à celui de Mulenga-Cilundika et al., (2020) qui démontraient dans une analyse sur la

situation de la THA en RDC qu'en 2018, c'était seulement 25% des cas qui avaient été rapportés par la détection passive via les services des soins de santé primaires contre 51% des cas par la détection active. Ils concluaient donc que la détection passive s'est finalement avérée être une stratégie précaire pour le contrôle de la maladie du sommeil dans le contexte du système de santé dans ce pays. Leur conclusion peut aisément s'appliquer au contexte ivoirien. Les raisons évoquées par le personnel de santé interviewé dans nos localités d'étude pour justifier ce faible taux de dépistage se résument au manque de connaissance des populations de la disponibilité des tests dans leurs centres de soin. Pour nous ces motifs semblent trop simplistes dans la mesure où, en tant que partie prenante dans le dispositif de lutte médicale, ces acteurs devraient jouer un rôle dans la communication pour le changement de comportement autour de cette maladie. Un questionnement plus poussé sur la part de responsabilité du personnel de santé permettrait de rendre plus intelligible un tel constat. Ce questionnement est fondé d'autant plus que déjà dans les conclusions d'une publication sur l'évolution des stratégies de lutte contre la trypanosomiose humaine africaine dans le contexte de transition épidémiologique en Côte d'Ivoire, Compaoré et al. (2020, p. 61) attiraient l'attention sur le fait que « plus le temps passe plus les capacités de lutte diminueront probablement avec comme conséquence la perte du « réflexe trypano » par les agents de santé qui seront de moins en moins motivés à déployer leur énergie pour rechercher les quelques cas d'une maladie infectieuse qui aurait quasiment disparu ». Parallèlement, toujours selon ces auteurs, l'adhésion des populations aux stratégies de lutte, nécessaire pour garantir l'efficacité et la pérennité des acquis, risquait aussi de diminuer.

La question de la participation ou de l'intérêt des populations a été étudiée particulièrement dans les documents dont fait usage cette recherche : les résultats obtenus confirment les prédictions des auteurs suscités. Les données montrent que, le passage au dépistage passif a accentué la baisse d'intérêt des populations pour les activités de la lutte de manière générale et au dépistage dans les centres de santé spécifiquement. Selon Laveissière et al., (2003), diverses raisons peuvent pousser des populations à ne pas recourir aux services de santé pour se faire dépister de la THA. Ces raisons peuvent être selon lui propres aux populations humaines et peuvent être liées au fait qu'elles acceptent mal soit la contrainte des visites médicales, soit la peur du traitement ou encore la simple ignorance qui peut être une cause de l'absentéisme et de la non adhésion au programme de lutte.

En appliquant ces postulats à nos contextes d'étude, la variable « manque de connaissance » apparaît comme étant la plus déterminante dans la mesure où, effectivement, nos données ont démontré qu'environ 79% des personnes interrogées ignoraient que les activités de dépistage se poursuivaient, et surtout qu'il fallait désormais se rendre dans un centre de santé. Mais, l'analyse des données d'enquête montre que les personnes ayant eu accès à l'information n'affichent pas une attitude favorable à l'égard de cette nouvelle approche. Les raisons évoquées sont principalement d'ordre géographique (éloignement de certains villages des centres de santé) et économique (manque de moyens pour couvrir les frais de déplacement et autres frais annexes non maîtrisés, ce qui est nouveau pour eux depuis les différentes phases de lutte). Pour des auteurs, la distance peut être certes une contrainte, mais elle ne peut constituer un facteur explicatif majeur de non recours aux centres de dépistage. Par exemple Munyamahoro et al., (2012) traitant des déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages en RDC Congo, montrent que l'accessibilité géographique ne constituait pas une barrière pour ces ménages d'autant plus que 68,7% des malades faisaient moins d'une heure de marche pour atteindre la structure de soins et seuls 10% des malades dépassaient plus d'une heure et 30 minutes. Pour lui, ce sont plutôt les raisons financières qui constituaient la raison

principale de non recours aux soins. Pour Mpanya et al., (2012), en s'appuyant toujours sur des observations faites en RDC, ce sont plus des facteurs d'ordre socioculturels (perception de l'origine de certaines maladies) qui constituent un frein au dépistage de la THA dans les centres de santé. On retrouve cette dimension culturelle de la représentation de la maladie chez les populations enquêtées dans les foyers endémiques de Bonon et Sinfra. Par exemple, la folie qui est l'une des manifestations neuropsychiatriques de la THA est généralement considérée comme un sort par certains acteurs. Cette perception les éloigne ainsi des centres de santé au profit d'autres structures de soins parallèles tels que les camps de prière et guérisseurs/tradipraticiens. Le recours aux structures sanitaires devient donc l'ultime solution de quête de la guérison. Pour les besoins d'efficacité de la lutte médicale contre la THA, telles représentations ont besoin d'être déconstruites par un travail de fond autour de certaines croyances et pratiques de soins des populations.

Conclusion

Au terme de cette étude, l'on retient que la lutte contre la THA en Côte d'Ivoire depuis sa résurgence dans les années 1970 a reposé principalement sur le dépistage actif de masse. Cette stratégie a fait ses preuves dans les années épidémiques. En effet, elle a permis de diagnostiquer de façon précoce les malades dans les populations cibles et de baisser de façon drastique les prévalences en rendant possible l'élimination de cette maladie centenaire comme problème de santé publique. La maladie étant devenue moins apparente, cette stratégie devient obsolète pour cette raison, marquée par un désintérêt des populations par leur manque d'adhésion. En réaction et pour maintenir une surveillance de la THA, on assiste à une transition stratégique vers une méthode de surveillance passive, basée sur le système conventionnel de santé publique. Si cette stratégie semble palier à l'inefficacité du dépistage de masse (actif), elle limite elle aussi l'efficacité de la lutte médicale dans la mesure où elle est confrontée à des défis non plus économiques mais plutôt sociaux. Le principal défi surtout dans le contexte actuel post-élimination et de quête de l'atteinte de l'éradication de la THA à l'horizon 2030, demeure au niveau de la participation qualitative des populations aux actions de lutte. S'il est avéré que l'intérêt à combattre une maladie tend à décroître lorsque le nombre de cas tend vers zéro alors, le levier à actionner devra être la communication.

Dans un contexte post-élimination de la maladie, il est donc nécessaire de réinventer des approches de communication plus efficaces avec la contribution de tous les acteurs locaux. L'un des leviers est le repositionnement des relais communautaires dans l'éducation sanitaire. Spécifiquement dans les zones rurales, plus à risque face à la THA, le ciment communautaire est généralement plus fort. Une approche de sensibilisation communautaire semble plus efficace pour la mobilisation des populations. Cette mobilisation pourrait se faire à travers des canaux traditionnels tels que les assemblées générales villageoises, les leaders religieux (prêtres, pasteurs imams), ou encore les crieurs publics communément appelés griots. Ces acteurs jouissent parfois d'une certaine légitimité auprès des populations et leur appui et accompagnement serait très utile dans la stratégie globale de la lutte médicale si la Côte d'Ivoire veut atteindre l'éradication à l'horizon 2025.

Remerciements

Cette recherche s'inscrit dans le cadre des activités du projet Trypa-NO conduit en partenariat par l'Institut Pierre Richet sise à Bouaké et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). Elle a été entièrement financée par le projet Trypa-NO. Les auteurs remercient tous les chercheurs impliqués dans le Projet, les partenaires financiers et les relecteurs.

Conflit d'intérêts

Aucun

Références Bibliographiques

Compaoré C., Kone M., Camara O., Courtin F., Kaboré J., Bucheton B., Kaba D., Brice Rotureau., Camara M., Koffi M., Solano P., Bart J M., Lejon V., Jannin J., Jamonneau V. (2020). Évolution des stratégies de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine dans un contexte de transition épidémiologique. AAEIP, TRYPANOSOMIASES AFRICAINES, Volume 62, N° 240, pp. 57-63.

Courtin F, Dupont D G, Zeze V, Jamonneau V, Sané B., 2005. Trypanosomiase humaine africaine: *transmission urbaine dans le foyer Bonon* (Côte d'Ivoire), *Tropical Medicine & International Health* 10 (4), article 340-346 pp. <http://www.sleeping-sickness.ird.fr/pdf/00538.pdf>

Courtin F, Jamonneau V, Camara M, Camara O, Coulibaly B, Diarra A, Solano P, Bucheton B., 2010. A geographical approach to identify sleeping sickness risk factors in a mangrove ecosystem. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 15(8), 881-889. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2010.02559>

Djé, N. N., Miezán, T. W., N'Guessan, P., Brika, P., Doua, F., & Boa, F. (2002). Distribution géographique des trypanosomés dépistés en Côte d'Ivoire de 1993 à 2000. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 359-361. <https://pathexo.societe-mts.fr/documents/articles-bull/T95-5-2346.pdf#>

Hervouët J-P, Laffly D, Cardon L., 2000. Côte d'Ivoire: à la recherche d'indicateurs de risque. Maladies émergentes et reviviscentes in Espace Populations Sociétés, article, 209-225 pp. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers19-04/10075103.pdf

Jamonneau V., Kaba D, Koffi M., 2020. Maladie du sommeil: une bataille de gagnée, mais la lutte continue...the *Conversation France*, 13octobre, en ligne [4p.].<http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010080124>

Kaba D., N'Gouan K E., Djohan V., Berté D., Blé S L., Kouakou Lingué., Jamonneau V., Rotureau B. (2020). Diagnostic clinique et traitement de la trypanosomiase humaine africaine dans le contexte d'élimination, AAEIP, TRYPANOSOMIASES AFRICAINES, Volume 62, N° 240, pp. 48-56. <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010080751>

Kaba, D., Dje, N. N., Courtin, F., Oke, E., Koffi, M., Garcia, A., Jamonneau, V., & Solano, P. (2006). L'impact de la guerre sur l'évolution de la THA dans le centre-ouest de la Côte d'Ivoire. *Tropical Medicine & International Health*, 11(2), 136-143. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2005.01549.x>

Koffi, M., N'Djetchi, M., Ilboudo, H., Kaba, D., Coulibaly, B., N'Gouan, E., Kouakou, L., Bucheton, B., Solano, P., Courtin, F., Ehrhardt, S., & Jamonneau, V. (2016). A targeted door-to-door strategy for sleeping sickness detection in low-prevalence settings in Côte d'Ivoire. *Parasite (Paris, France)*, 23, 51. <https://doi.org/10.1051/parasite/2016059>. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-12/010068724.pdf.

Laveissière C, Garcia A, Sane B., 2003. Lutte contre la maladie du sommeil et soins de santé primaire. Marseille, IRD Edition, collection, Didactiques, 243p. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers10-06/010031048.pdf.

Laveissière C., Hervouët J. P., 1991. Trypanosomiase humaine en Afrique de l'Ouest: épidémiologie et contrôle. Didactique, ORSTOM.

Laveissière, C., & Challier, A. (1981). *La répartition des glossines en Côte d'Ivoire*. Notice explicative ORSTOM.https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_5/notexp/00388.pdf.

Lingué K et al., 2015. Rapport sur les activités de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine en Côte d'Ivoire de 2013 à 2015.

Minayégninrin K., Kouassi N E, Kaba D, Koffi M, Lingué K, Ndri L, Kouamé C M., 2020. Le parcours complexe de recherche de santé d'un patient atteint de la trypanosomiase humaine africaine en Côte d'Ivoire souligne la nécessité de mettre en place des systèmes de surveillance passive, *PLoS Negl Trop Dis* 14 (9). <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008588>.

Mpanya A, Hendrickx D, Vuna M, Kanyinda A, Lumbala C., 2012. Dois-je subir un dépistage de la maladie du sommeil? une étude qualitative dans la province du Kasai, république démocratique du Congo, *PLoS Negl Trop Dis* 6 (1) : e1467. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001467>.

Mpanya K A, 2015. Facteurs socioculturels et contrôle de la Trypanosomiase humaine africaine en République Démocratique du Congo, Université de Kinshasa,

Mulenga-Cilundika P., Bart C., Maotela J K., Mukalenge F C. (2020). Complémentarité « Détection passive - Détection active » dans la perspective de l'élimination de la maladie du sommeil en R.D. Congo: une nécessité maintenant plus que jamais. Note de Politique n°06 Mai 2020, 13p. Downloads/ccsc_note_de_politique_06_final.pdf.

Munyamahoro M, Ntaganira J., 2012. Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de rubavu. The Rwanda Medical Journal, 69, 24-31. <http://www.bioline.org.br/pdf?rw12012>

Tshimungu K, Okenge L N, Mukeba J N, Kande V B K, De Mol P., 2009. Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et sociodémographiques de la trypanosomiase humaine africaine (THA) dans la région de Kinshasa, République démocratique du Congo, *Cahiers d'études et de recherches francophones/santé*, volume 19, numéro 2, avril-mai-juin.

Vallin J, Meslé F., 2013. De la transition épidémiologique à la transition sanitaire: de l'improbable convergence générale In Ralentissement, résistances et ruptures dans les transitions démographiques. Actes de la Chaire Quetelet [2010], Presses universitaires de Louvain.

© 2016 nom de l'auteur, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

© 2022 SORO, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)