ACTUALITES DE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE

J. JANNIN

• *Travail du Service des Maladies Transmissibles/Surveillance et Action (J.J., Docteur en Médecine) OMS, Genève, Suisse.*
• *Correspondance : J. JANNIN, CDS/CSR, Maladies transmissibles/Surveillance et Action, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, Suisse • Fax : 00 41 22 791 4777 • e-mail : janninj@who.ch•*

Med. Trop. • 2000 • 60 • 56S-57S

La douleur, les souffrances et la mort dues à la maladie du sommeil sont une menace quotidienne pour plus de 60 millions d'hommes de femmes et d'enfants dans 36 pays d'Afrique au sud du Sahara, dont 22 sont parmi les moins développés de la planète. Seuls 3 à 4 millions d'entre-eux sont sous surveillance et les 45 000 cas déclarés en 1999 ne reflètent pas la réalité de la situation, mais sont simplement le témoin de l'absence de capacités diagnostiques. L'estimation du nombre de personnes malades varie de 300000 à 500000. La détection des personnes malades et leur prise en charge nécessitent un personnel de santé compétent, des techniques sophistiquées, des médicaments et des centres de santé bien équipés. De plus, en l'absence de dépistage systématique des populations exposées et sans traitement, les patients infectés meurent. La maladie du sommeil a un impact majeur sur le développement des zones rurales, affaiblissant les ressources en main d'œuvre et compromettant la production. Elle constitue un obstacle majeur pour le développement de régions entières. Dans des pays comme l'Angola, la République Démocratique du Congo ou le Soudan, les capacités d'intervention pour répondre à cette situation épidémique sont maintenant dépassées et dans certaines zones endémiques, la prévalence observée est considérable.

Brosser le panorama de l'état actuel de la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine ne peut se résoudre à une simple énumération de chiffres bruts. C'est plus la construction d'une vision de la politique de lutte et son organisation qui constituent l'enjeu majeur de l'avenir de la lutte. L'actualité de la trypanosomiase humaine africaine est donc un « moment » dans l'évolution de la vision propre à la conception et à la mise en œuvre de cette lutte. Dans cette construction doivent s'intégrer des facteurs aussi divers que les sources de motivations des acteurs et donateurs, l'évolution des idées sur les systèmes de santé, le génie propre du parasite et de son vecteur, l'environnement physique, politique et économique des pays, les capacités d'innovation. Derrière les aspects techniques nécessaires mais non suffisants, doit s'élaborer une stratégie de cohérence destinée à insuffler une dynamique fédératrice indispensable à la victoire.

Le premier objectif des responsables de la lutte contre cette affection est de refuser que cette pathologie sombre dans l'indifférence et dans l'oubli, alors même que les intérêts économiques et politiques ne constituent plus depuis longtemps un moteur pour l'action. De considérer que cette affection n'est plus une priorité de santé publique consisterait à admettre que la souffrance et la mort ont une valeur différente selon la localisation de la maladie, son risque de dissémination et le niveau de vie de ses victimes.

Devant la recrudescence de la trypanosomiase humaine africaine dans de nombreux pays, l'OMS crée en 1984 un programme pour *la prévention de la trypanosomiase humaine africaine et la lutte contre cette maladie dans le cadre des soins de santé primaires* dont le but était d'assurer une coordination internationale et de faciliter la collaboration entre les pays d'endémie. Dans le même temps, la prise en charge de la lutte par les services du type Grandes Endémies s'est peu à peu réduite et le relais s'est opéré de différentes façons : développement d'activités par des organisations non gouvernementales (ONG), appuis bilatéraux aux états, activités des instituts régionaux. Cette diversification des intervenants a créé une richesse nouvelle dans les approches de lutte, mais elle a également provoqué une parcellisation des activités et un recul dans l'investissement institutionnel.

En 1992, l'OMS propose une *Initiative pour l'Afrique centrale* dont l'objectif est la coordination et le renforcement des activités de prévention et de lutte contre la maladie dans cette région. Coordonner, c'est faire en sorte d'éviter la dispersion des forces et des options techniques.

La promotion du concept de coordination des activités de lutte se concrétise en 1995. Le gouvernement français accepte de financer un Programme de coordination des activités de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine en Afrique centrale et de l'ouest. Ce soutien couvre alors trois volets : un soutien en ressources humaines à l'OMS, le financement des activités de coordination, et la création d'un fonds pour la recherche opérationnelle et le développement de projets pilotes. La direction de ce programme, assurée par l'OMS, est relayée par deux institutions internationales régionales: l'OCCGE[1] et l'OCEAC[2]. Le soutien du gouvernement belge permet de renforcer le Bureau régional pour l'Afrique.

L'Angola, le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée, la Guinée Equatoriale, le Togo, le Mali, l'Ouganda, la République Centrafricaine, le Tchad et la République Démocratique du Congo ont participé activement à ce programme. Les responsables des programmes nationaux se sont réunis régulièrement pour partager leurs expériences, définir des outils communs de lutte, harmoniser leurs méthodes et leurs stratégies, mettre en œuvre un système commun de surveillance et d'information. De nombreuses organisations non gou-

vernementales et institutions comme Médecins sans frontières, le Fonds Médical Tropical, Epicentre, l'IRD[3] ont rejoint ce groupe. La France, la Belgique, l'Union Européenne ont intensifié leur soutien aux programmes de lutte. Cet objectif de mise en commun des efforts, des fonds et des ressources humaines sur des priorités définies conjointement avec les pays a été renforcé par la création d'un Programme contre la Trypanosomiase africaine[4] englobant la maladie humaine et animale dans le contexte du développement rural et de la sécurité alimentaire. Il est animé par la FAO, l'OMS[5], l'AIEA[6] et l'OUA[7]. Les pays participants ont voulu marquer leur adhésion à ce processus en faisant adopter à la 50e Assemblée mondiale de la Santé une résolution exprimant leur volonté de coordonner leurs actions et de coopérer pour la maîtrise de l'endémie8.

En juin 2000, la France a décidé de poursuivre son appui au programme de surveillance et de lutte contre la maladie du sommeil de l'OMS. Ce programme s'appuie sur deux axes stratégiques : la coordination des activités de surveillance et de lutte, et la mise en réseau de tous les acteurs de terrains et institutionnels. La notion de réseau consiste à mettre en commun les énergies pour résoudre un problème transversal ou déployer une activité spécifique. Chaque intervenant participe à la fois au déploiement d'un ou de plusieurs réseaux spécifiques, mais aussi à l'effort commun de coordination. Ce programme a 5 objectifs :

• *Coordonner le réseau de lutte contre la maladie du sommeil pour assurer la pérennité des activités de terrain* grâce à un partenariat étroit destiné à coordonner les activités de lutte menées par les pays endémiques et par tous les autres partenaires. Le programme a établi un forum où tous les programmes nationaux de lutte, ONG (FOMETRO, IMC, MSF…), donateurs (France, Belgique), institutions régionales (OCEAC, OCCGE), centres de recherches africains et universités, ainsi que le CDC développent des stratégies communes de lutte et standardisent les techniques et les outils. La définition de standards pour la mise en œuvre de programmes nationaux permet de définir, d'appuyer et d'évaluer les projets bilatéraux en l'absence d'assistance spécialisée.

• *Renforcer les sytèmes de surveillance existants.* Le principe est d'implanter un système de surveillance commun à tous les pays d'endémie. Celui-ci est basé sur un système d'information géographique qui a été validé par les pays d'endémie. Il comprend un système de surveillance épidémiologique, destiné à devenir l'outil de gestion commun des programmes de lutte, et un système de surveillance des pharmaco-résistances basé sur un réseau de centres sentinelles. Ces activités sont coordonnées par un Bureau d'appui à la surveillance pour 10 des pays d'Afrique centrale les plus touchés, créé à Yaoundé, Cameroun, en janvier 2000.

• *Développer le réseau d'étude des traitements et des pharmaco-résistances.* Le principe de ce réseau est de trouver une réponse aux problèmes liés au traitement de la maladie et en particulier au développement des pharmaco-résistances, à la disponibilité et à l'accessibilité aux médicaments, à la standardisation des protocoles et à la promotion de la recherche. Ce réseau est le fruit d'un partenariat étroit entre ONG, donateurs, centres de recherche, CDC et industrie pharmaceutique.

• *Promouvoir la collaboration entre agences par le Programme contre les trypanosomiases africaines (PAAT).* Pour résoudre le problème des trypanosomiases humaine et animale dans un contexte plus large de sécurité alimentaire, de santé humaine, de développement rural et d'une agriculture pérenne, le "Programme contre les trypanosomiases Africaine" a été établi avec la FAO, l'OMS, l'AIEA et l'OUA.

• *Développer le système d'information et les activités de formation.* Information, éducation et plaidoyer sont indispensables. Le maintien et le développement des compétences est indispensable. Le développement de formation nationales, régionales et internationales obéissent à la logique de coordination, interdisant ainsi les duplications. Un premier cours international de référence est organisé en octobre 2000 à Marseille par l'OMS et l'IMTSSA, avec la participation de tous les partenaires de la lutte contre la maladie. Les sites internet de l'OMS et du PAAT sont en cours de développement. De nombreux matériels de formation et d'information sont disponibles.

Afin de renforcer la structure de coordination et de réseaux, les efforts porteront dans les prochains mois sur la régionalisation des activités de lutte par groupe de pays. L'ensemble des intervenants œuvrant dans les zones concernées appliqueront les approches et les stratégies de lutte définies en commun. Les aspects thématiques, tels que la surveillance épidémiologique, la formation, la surveillance des résistances, les études multicentriques seront gérés au niveau régional.

Régulièrement, les acteurs des zones géographiques régionalisées se retrouveront au niveau international pour échanger leurs expériences et harmoniser leurs stratégies.

Cette approche fédérative des moyens de lutte devrait pouvoir se concrétiser en proposant une réelle coalition pour l'élimination de la maladie. Ce type de coalition n'est imaginable que lorsque tous les intervenants sont en accord avec une politique commune et prêts à effectuer de façon autonome la tâche qu'ils ont accepté d'assumer. On peut ainsi espérer que le cri lancé par le plus grand nombre deviendra alors audible dans la communauté des donateurs. S'agissant de l'élimination de la maladie, ce ne devrait être que la répétition de l'histoire soixante ans plus tard.

1 - Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies – Institut Pierre Richet – Côte d'Ivoire
2 - Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale - Cameroun
3 - Institut français de Recherche scientifique pour le Développement en Coopération
4 - PAAT: Programme Against African Trypanosomiasis
5 - l'Organisation mondiale de la Santé
6 - Agence Internationale pour l'Energie Atomique
7 - Organisation de l'Unité Africaine
8 - Résolution WHA50.36 du 14 mai 1997