

TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE

Situation épidémiologique actuelle, une recrudescence alarmante de la maladie

Par P. CATTAND (1) (2)

Human african Trypanosomiasis: present epidemiologic situation, an alarming renewed outbreak.

Summary: *The author strikes an alarming balance of the present epidemiologic situation of the human african trypanosomiasis.*

Résumé : *L'auteur dresse un bilan alarmant de la situation épidémiologique actuelle de la THA.*

Avec ses quelques 20 à 25 000 nouveaux cas notifiés par an, la trypanosomiase humaine africaine (THA) n'attire pas particulièrement l'attention des autorités sanitaires, des responsables de la santé publique et de tous ceux qui pourraient avoir une influence, particulièrement les financiers, sur la mise en œuvre d'un programme de lutte contre cette endémie dévastatrice. Ce désintérêt est lié au fait qu'elle n'affecte que les populations rurales les plus isolées et les plus pauvres du continent africain et qu'il est compliqué et coûteux de la combattre.

Les statistiques sanitaires rapportent une prévalence globale très faible puisqu'elles associent les nouveaux cas notifiés à la population totale à risque. Les tableaux comparatifs avec d'autres maladies parasitaires ou tropicales sont négativement éloquentes et placent inévitablement la trypanosomiase en dernière position. La compétition à la « priorité » est inégale. Le paludisme, par exemple, avec ses 2 milliards quatre cents millions d'individus à risque et environ 500 millions de cas annuels dont 2 à 3 millions de décès fait figure de géant. La dracunculose, la maladie de Chagas, la schistosomose, la leishmaniose et même l'onchocercose affectent respectivement 10 à 40 fois plus de personnes dans le monde que la maladie du sommeil et le nombre de nouveaux cas notifiés par an pour chacune de ces maladies est toujours de l'ordre de millions. Mais une des caractéristiques de la trypanosomiase africaine est sa gravité, car sans

diagnostic et sans traitement il n'y a qu'une seule issue : la mort. Un autre aspect de la maladie est sa focalité : dans certains villages, dont les populations ont été littéralement décimées, tout a été abandonné, maisons, terres arables, animaux domestiques et les rares survivants, probablement porteurs du parasite, ont fui.

Les preuves historiques de la sévérité des conséquences de l'endémie sont nombreuses. Mais quelles sont aujourd'hui les preuves concrètes qui peuvent étayer les estimations des ravages que fait cette endémie ?

Ainsi aujourd'hui, au Zaïre, des équipes mobiles nationales, avec des moyens précaires, ont procédé à des prospections dans plusieurs régions, mais en particulier dans le Bundoundou, et elles ont dévoilé une situation épidémique explosive. En effet, dans cette vaste région à l'est de Kinshasa, la prévalence de la maladie dans certains villages est de 70 %, soit 7 personnes sur 10 qui doivent être hospitalisées, traitées et suivies. De plus, la sérologie montre que la majorité des personnes, chez qui le parasite n'a pu être observé, sont aussi infectées, et qu'elles présenteront tôt ou tard les signes de l'infection. Les prévalences locales sont hallucinantes, car même au début du siècle, alors que la situation était déjà considérée comme catastrophique, il était rare que de tels taux soient atteints. Les responsables zairois pensent que la prévalence globale au Zaïre est au moins de 3 à 5 %, or dans le pays 8 à 10 millions, parmi les 37 millions de Zairois sont exposés au risque d'infection ; par extrapolation, tout en restant prudent, on pourrait considérer qu'à lui seul le Zaïre aurait actuellement environ 200 000 personnes infectées. La surveillance active au Zaïre, par des méthodes certes valables, mais loin d'être optimales telles que la pal-

(1) Responsable du programme de lutte contre les trypanosomioses africaines, Organisation Mondiale de la Santé, Division de la lutte contre les maladies tropicales, Unité de la lutte contre les trypanosomioses et les leishmanioses, 1211 Genève 27, Suisse.

(2) Manuscrit n° 1667. 2^e Congrès de Neurologie tropicale, Limoges, 1994.

pation et la ponction ganglionnaire, a concerné moins d'un million de personnes et a permis d'identifier les 11 000 nouveaux cas notifiés en 1993. Une deuxième évidence du statut épidémique grave de la trypanosomiase est fournie par la sérologie. Le test d'agglutination directe sur carte (CATT) est un test sérologique simple et facile à mettre en œuvre sur le terrain. Aussi imparfait soit-il, comme certains le prétendent, il permet de dépister trois à dix fois plus de malades que la palpation ganglionnaire, comme l'ont montré des prospections pilotes dans plusieurs pays endémiques. De nouveau, par extrapolation, on pourrait probablement identifier parmi les populations actuellement sous surveillance, en utilisant la sérologie associée à des techniques parasitologiques affinées, au moins 30 à 40 000 malades au Zaïre. Et s'il fallait que la couverture médicale soit adéquate, huit fois plus, soit plus de 250 000 malades.

Il n'y a pas que le Zaïre où sévit la maladie; en Afrique sub-sahélienne, d'autres essais pilotes montrent une recrudescence alarmante de l'endémie. En Angola, on parle d'une prévalence globale de 4 à 6 %. Dans certains villages, la moitié de la population est infectée et des foyers tel que celui de Quiçama, au sud de Luanda, que l'on croyait éteint, est aujourd'hui plus actif que jamais. Au Congo, sur les 31 000 personnes prospectées en 1993, on a dépisté près de 800 malades; en Centrafrique, dans le foyer de Nola en particulier, il y a des centaines de malades; en Ouganda, la prévalence de la maladie dans certaines zones du nord-ouest avoisine les 5 % et, en Tanzanie, on trouve une situation semblable dans plusieurs régions. La liste des foyers actifs est longue. Mais il est remarquable que, pour des raisons d'instabilité politique, sociale ou simplement pour des raisons économiques, bon nombre de ces foyers ne reçoivent aucune attention et que de nombreuses autorités sanitaires se cachent derrière « une surveillance passive », approche étayée par la méconnaissance de la maladie et de son épidémiologie, renforcée par la notion actuellement à la mode « d'intégration » et par des principes de « prise en charge par les communautés elles-mêmes ». Mais, les caractéristiques intrinsèques de la maladie et de sa transmission nécessitent pour les combattre des actions concrètes, compliquées, presque agressives, dont la mise en œuvre doit être coordonnée, rapide et soutenue dans le temps. A cet effet, il serait bon de rappeler les deux premiers postulats, émis par JAMOT qui avait clairement énoncé le problème, il y a plus d'un demi-siècle : « ... dans les territoires où la densité médicale est faible, les distances considérables, la population dispersée, et où règnent des endémies meurtrières, on ne peut attendre aucun résultat appréciable d'une médecine statique et aucun renseignement précis sur le taux d'endémicité ne peut être escompté de l'examen, pratiqué dans les formations fixes, de malades qui se présentent spontanément. Seules des enquêtes portant sur des tranches

entières de population sont susceptibles d'apporter à cet égard des renseignements exploitables ». JAMOT avait alors choisi une voie, intégrée de surcroît, et qui, comme on le sait aujourd'hui, a fait ses preuves. Il décrivait la structure en ces termes — *l'instrument de la lutte sera un service spécialisé permettant de réaliser en milieu rural, à l'aide d'équipes mobiles, une prophylaxie de masse portant sur des endémies majeures* — le Médecin-Général LAPEYSSONNIE, qui a consacré une grande partie de sa vie à lutter contre les endémies tropicales et la trypanosomiase en particulier, a fait un constat des « stratégies » actuellement préconisées, la surveillance passive, dont il a dit — *les moyens de lutte conventionnels sont tragiquement inefficaces, d'abord parce que les structures sanitaires sont quasiment inexistantes, et existeraient-elles qu'elles seraient tout aussi inefficaces*. Il explique ce point de vue par « la nature même de la maladie »: des signes précoces sans gravité, peu évocateurs et qui passent inaperçus parmi les maux nombreux qui affectent journallement les populations, mal de tête, petites fièvres, douleurs articulaires, démangeaisons et fatigue.

Mais ce qu'il faut aussi savoir, c'est que l'indifférence ou l'attentisme national et international a créé la situation épidémique difficile dans laquelle certains pays se trouvent aujourd'hui. Mais, j'ose croire qu'il n'est peut-être pas trop tard pour mettre en œuvre une action urgente et ciblée. Il est vrai que le diagnostic et la thérapeutique de la maladie du sommeil sont onéreux, que la lutte antivectorielle demande un investissement important. La trypanosomiase appelle un effort à long terme tant en matériel, en équipement qu'en ressources humaines. C'est pourquoi il faut faire appel, d'une part à la conscience politique et humanitaire des états endémiques pour créditer la maladie du sommeil de la priorité qu'elle mérite et d'autre part à celle des pays qui peuvent soutenir techniquement et financièrement les efforts nationaux pour maîtriser avec eux cette maladie dévastatrice qui reste un des obstacles au développement économique et social des pays d'Afrique. Le succès de toute entreprise ne pourra être assuré qu'avec la participation de tous.

Pour en revenir à la situation actuelle de l'endémie, il est évident que les informations manquent : le nombre de malades dépistés notifiés est un chiffre qui devrait être relativement facile à obtenir, mais il n'en est rien. Ainsi, on constate souvent des contradictions entre les informations transmises par les autorités sanitaires des pays et celles que l'on qualifie de « grises », ONG, médecine privée, etc. Au Liberia par exemple, il n'y a officiellement pas de malades, mais des médecins allemands qui travaillaient dans un site minier ont déclaré avoir eux-mêmes traité 15 malades à un stade avancé. Un autre exemple est celui du Cameroun où les hôpitaux privés traitent assez fréquemment des sommeilleux sans notification aux autorités nationales, alors que les services sani-

Tab. 1. — Trypanosomiase humaine africaine, situation au 20/04/1994 (OMS/CTD/TRY).

Pays	Population totale (M)	Estimation de la population à risque	Nombre de nouveaux cas																	
			1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Angola	11,1	3,0	118	337	170	306	145	163	88	252	1105	1272	810	1191	1557	1498	2094	2406	1796	*1274
Bénin	0,7	-	5	2	3	1	0	2	2	1	2	2	3	1	1	0	0	2	1	-
Botswana	1,0	-	26	13	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	6,6	3,0	82	74	62	64	132	152	44	43	-	-	-	37	41	23	33	-	-	*30
Burundi	4,4	0,005	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cameroun	9,1	1,0	18	428	607	635	257	414	1038	1100	633	1102	585	441	109	86	69	21	3	*24
Centrafrique	2,4	0,1	117	79	130	111	73	74	459	426	473	140	67	170	154	308	197	*520	*126	213
Tchad	4,7	0,05	104	176	93	-	-	-	19	13	45	185	219	337	357	187	*21	*38	*73	*50
Congo	1,6	0,5	184	137	235	351	626	539	252	439	436	561	391	302	567	642	580	703	727	*650
Côte d'Ivoire	9,1	4,0	269	502	391	428	378	410	253	289	-	-	235	-	*187	*205	*192	*62	*220	-
Guinée équatoriale	0,3	0,3	-	-	-	-	-	56	72	70	70	291	366	98	63	36	45	30	85	*27
Ethiopie	33,6	0,1	38	74	30	15	16	44	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	1,1	0,4	63	117	254	427	345	209	70	89	63	59	31	32	29	80	45	-	-	-
Gambie	0,5	0,1	-	-	-	-	239	15	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	12,7	3,5	57	42	34	24	18	17	23	5	7	11	7	7	4	3	*7	-	-	-
Guinée	5,1	2,5	4	-	-	254	192	-	184	194	168	-	-	-	-	-	*174	-	-	*150
Guinée Bissau	0,8	0,3	4	29	27	5	4	11	16	-	3	2	4	-	-	-	-	*12	-	-
Kenya	18,7	0,7	7	-	13	-	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	*90	-	-	-
Libéria	2,0	0,2	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	6,4	1,2	13	32	27	7	38	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*92	*52	*19
Mali	7,5	2,5	105	105	94	65	934	87	89	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	13,3	0,7	18	25	84	100	85	108	83	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibie	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger	5,7	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nigéria	89,0	30,0	467	34	604	573	80	308	-	-	-	-	-	45	38	24	-	-	-	-
Ruanda	5,7	0,009	2	3	3	4	0	9	7	7	8	5	10	8	-	-	-	-	-	-
Sénégal	6,3	-	5	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Sierra Léone	3,4	0,4	-	-	-	-	-	20	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Soudan	20,3	5,0	431	614	1500	1124	1163	1104	1074	1290	200	65	58	193	56	*67	#	#	-	-
Swaziland	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tanzanie	20,3	1,5	623	650	736	473	341	560	427	410	480	474	446	264	174	187	177	366	262	*200
Togo	2,7	0,7	4	17	14	11	12	6	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ouganda	14,6	2,0	68	78	120	68	18	33	28	70	211	101	219	363	673	1250	*1100	*1050	*1150	*1500
Ouganda	4,0	-	52	586	2076	4991	8465	1959	1329	1259	2158	3730	4646	6770	3081	1417	*1381	*1076	*620	*391
Zaire	31,1	10,0	3818	4390	5790	5167	4817	5103	5703	6282	7150	8769	10665	9684	9588	7515	5824	7250	11157	*18858
Zambie	6,2	0,5	91	33	185	261	133	181	196	183	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zimbabwe	7,7	-	4	0	0	0	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	*4	*3	-	1

* : données partielles ; # : équipes mobiles non opérationnelles ; - : données non parvenues ; Italiques : T. b. rhodésienne ; Gras : T. b. gambiense ; M : million

taires du pays, soucieux de l'exactitude de l'information, ne déclarent que les chiffres obtenus par les médecins chefs des régions sanitaires. De nombreux autres exemples semblables existent.

Par ailleurs, le nombre de malades dépistés n'est pas un indicateur précis de l'importance de la maladie. Il est donc indispensable d'établir des relations entre les populations exposées, surveillées « passivement » et « activement », et de prendre en considération les méthodes de diagnostic employées dont la sensibilité est si variable. Avec des chiffres sur les populations affectées et les activités mises en œuvre, il serait alors possible de faire quelques extrapolations permettant d'évaluer et de comparer le statut de l'épidémie dans les différentes régions d'Afrique. La collecte des diverses données est un des objectifs que s'est récemment fixé le programme de surveillance et de lutte contre la trypanosomiase de l'OMS en collaboration avec des structures régionales. En attendant que des chiffres plus exacts puissent être obtenus, seules des évaluations, basées sur des rapports de projet et des informations *ad hoc*, sont possibles.

Il existe plusieurs options pratiques pour lutter contre la maladie du sommeil. Elles peuvent être résumées ainsi : 1) la surveillance médicale active de la population à risque par des équipes mobiles spécialisées utilisant des instruments diagnostiques perfectionnés (sérologiques et parasitologiques). Les malades sont envoyés dans des centres de traitement spécialisés pour une détermination du stade de la maladie, le traitement et le suivi; 2) la surveillance médicale passive à partir de postes fixes assurée par les dispensaires, centres de santé ou hôpitaux où des instruments diagnostiques, sérologiques et parasitologiques appropriés peuvent être introduits. Il est aussi possible de recueillir des échantillons de sang séché dans des centres de soins de santé primaires et de les faire tester ultérieurement dans des laboratoires de référence. Tous les malades et/ou les cas suspects sont envoyés dans des centres de santé spécialisés pour la confirmation de l'infection, la détermination du stade évolutif de la maladie, le traitement et le suivi; 3) la lutte antivectorielle faite au moyen de pièges et d'écrans imprégnés; cette lutte contre le vecteur est ciblée; elle est mise en œuvre de façon spécifique dans les lieux de transmission et, pour en assurer la pérennité, avec la participation des communautés concernées.

En fait, la stratégie de lutte la plus efficace consiste

à associer les trois options simultanément, ce qui permet de réduire rapidement le réservoir humain, de maintenir en place un système de surveillance des cas de maladie et de réduire la transmission par une lutte antivectorielle. Toutefois, pour une rentabilité optimale, la meilleure formule est une combinaison convenablement dosée. La meilleure combinaison des méthodes de lutte pour une zone d'endémie donnée dépend des conditions épidémiologiques et de l'environnement du lieu considéré. La prévalence de la maladie, l'organisation du programme, la coordination des activités médicales et antivectorielles, la motivation du personnel, la logistique et le financement jouent un rôle majeur dans les opérations de lutte. C'est ainsi qu'une bonne connaissance des conditions épidémiologiques et environnementales locales est essentielle pour doser convenablement les différentes méthodes de lutte. Il est non seulement nécessaire de disposer de méthodes diagnostiques et de médicaments appropriés, mais il est en outre indispensable d'avoir des instruments gestionnaires convenables pour exécuter, surveiller et évaluer correctement les actions entreprises.

Les priorités actuelles de l'OMS en ce qui concerne la maladie du sommeil sont de maintenir un appui technique aux programmes nationaux de lutte existants et, dans les pays qui en sont au stade de la planification, de donner une aide aux autorités sanitaires nationales pour qu'elles élaborent de nouveaux programmes, des plans d'action et des propositions d'actions structurées en vue d'obtenir, si nécessaire, une aide extérieure.

De plus, la mise en place d'un « observatoire » épidémiologique de la maladie du sommeil est considérée indispensable ainsi que la création d'un réseau d'institutions de formation à la lutte contre la trypanosomiase et son vecteur, la mouche tsé-tsé.

Ces dernières années, l'OMS s'est engagée, en collaboration avec l'OCEAC, à promouvoir l'application de l'« initiative pour l'Afrique centrale » qui a été élaborée à la demande de dix pays endémiques pour lutter contre la maladie du sommeil à *T. b. gambiense*. Ces efforts n'ont pas été vains et le projet prend actuellement forme. Ce succès a conduit l'OMS à élaborer d'autres programmes régionaux en collaboration avec d'autres organisations en vue d'une meilleure coordination de la lutte contre la maladie du sommeil dans les pays d'endémicité d'Afrique de l'Est, du Sud-Est et de l'Ouest.