

LA TRYPANOSOMOSE HUMAINE AFRICAINE

Modérateur : Francis J. LOUIS

Maladie du sommeil : cent ans d'évolution des stratégies de lutte.

F. J. Louis (1), P. P. Simarro (2) & P. Lucas (2)

(1) Cellule inter-régionale de surveillance et de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine, OMS CDS/CSR, BP 155, Yaoundé, Cameroun. Fax : 237 221 02 59. E-mail : louisfj_who@yahoo.fr
(2) OMS, BP 155, Yaoundé, Cameroun.

Journée en hommage au MG LAPEYSSONNIE, Le Pharo, Marseille, 20 mars 2002

Summary: Sleeping sickness: one century of evolution in control strategies.

Sleeping sickness has been known since the fifteenth century but the real progress in the knowledge of the disease occurred in the nineteenth century with the development of microscopy. From 1841 to 1901 the parasites and their vectors have been identified, the symptomatology and the epidemiology have been described. However, due to absence of any effective cure, the campaign against the disease was still based on the isolation of the patients and the transfer of exposed populations.

The discovery of atoxyl in 1905 provided doctors with their first therapeutic weapon and, in 1910, the first action of vector control was undertaken with success in the Island of Principe. Between the two world conflicts, JAMOT published the rules to fight against major outbreaks. Their application in Oubangui-Chari, in Cameroon and in French Occidental Africa brought tremendous results and signed the triumph of the mobile unit concept. Success which will not be denied until the sixties when the disease was believed to be eradicated. From the sixties to the nineties, the concept of the integration of prevention and care added to the exclusion of any vertical system will result in a progressive renewed outbreak of the sleeping sickness in the known foci. As a paradox, it is a time rich in discovery as regards diagnosis, treatment and entomology. In 1994, the World Health Organisation got concerned with the situation of the disease in Central Africa where the outbreak of the disease reinforced.

A second paradox appeared: it is the next to total disinterest from the politics and fund raisers which will save the disease. Today, sleeping sickness is the typical example of the orphan disease, a show case brandished by all the good souls. In 2001, an agreement between the WHO and the pharmaceutical industry brings back the financial funds required to fight the disease. Basically, it is a matter of resuming the action by using what is still existing and by creating new strategies considering the extreme lack of human and logistical resources. The objective is to eradicate the sleeping sickness as a public health problem. The challenge is huge, but is on the way to success.

Résumé :

La maladie du sommeil est connue depuis le xv^e siècle, mais les vrais progrès dans la connaissance de la maladie datent du XIX^e, avec l'avènement de la microscopie. De 1841 à 1901, ont été identifiés les parasites et les vecteurs. La symptomatologie et l'épidémiologie ont été décrites. Mais faute de médicament efficace, la lutte ne reposait que sur l'isolement des malades et les déplacements des populations exposées. C'est la synthèse de l'atoxyl en 1905 qui fournira aux médecins la première arme thérapeutique et c'est en 1910 que la première action de lutte antivectorielle, à Principe, est entreprise avec succès. Entre les deux guerres mondiales, JAMOT édicte les règles de la lutte contre les grandes endémies. Leur application en Oubangui-Chari, au Cameroun et en Afrique occidentale française apportera des résultats spectaculaires et verra le triomphe du concept d'unités mobiles. Succès qui ne se démentira pas jusque dans les années soixante, au point qu'on a pu alors croire à l'éradication de la maladie. Des années soixante aux années quatre-vingt-dix, les concepts d'intégration du dépistage et des soins et l'exclusion de tout système vertical de lutte conduisent à une reprise progressive de la trypanosomose dans la plupart des foyers connus. Paradoxalement, c'est une période très riche en découvertes sur les plans diagnostique, thérapeutique et entomologique. En 1994, l'Organisation mondiale de la santé s'alarme de la situation de la maladie du sommeil en Afrique Centrale où celle-ci est à nouveau épidémique. C'est un deuxième paradoxe, le désintérêt quasi total pour cette maladie des gouvernants et des bailleurs de fonds, qui la sauvera: la trypanosomose devient l'exemple type de la maladie orpheline, le flambeau brandi par toutes les bonnes consciences. En 2001, un accord de partenariat entre l'OMS et l'industrie pharmaceutique redonne les moyens financiers de la lutte. Il s'agit pratiquement de reprendre toutes les actions, en s'appuyant sur ce qui existe encore et en créant de nouvelles stratégies tenant compte de l'ex-

human African trypanosomiasis
sleeping sickness
control
large endemic
medicine history
public health problem
Sub-Saharan Africa

trypanosomose humaine africaine
lutte
grande endémie
histoire de la médecine
santé publique
Afrique intertropicale

La trypanosomiase humaine africaine est un modèle épidémiologique d'une précision quasi absolue, d'où la fascination qu'elle exerce sur ceux qui la pratiquent et le zèle parfois fanatique qui les anime.
LAPEYSSONNIE, 1987

Comparativement à bien d'autres maladies dites tropicales, l'histoire de la maladie du sommeil est assez récente, puisque le premier document retrouvé sur le sujet date du début du XV^e siècle. Mais cette histoire est aussi une des plus riches car elle recoupe toute la grande épopée coloniale, elle met en scène les plus grands noms de la médecine, elle associe superbes victoires et drames terribles.

Si les progrès dans la connaissance de la maladie ont été très limités pendant près de cinq cents ans, les grandes découvertes du dix-neuvième siècle ont ouvert le champ à la lutte contre la maladie du sommeil.

La première moitié du vingtième a été profondément marquée par JAMOT, figure emblématique de la lutte contre les endémies telle qu'on la conçoit encore aujourd'hui, et ses successeurs. La deuxième moitié du siècle a été l'époque de l'oubli et du rejet des stratégies de l'ère coloniale, le "tout vertical", au profit des soins intégrés et du "tout horizontal".

Aujourd'hui, raison retrouvée, le concept d'unités mobiles est réactualisé. Les stratégies mises en place associent dépistage actif, avec les techniques les plus récentes, mais aussi dépistage passif et prise en charge des malades par les services de santé locaux. Cette association du vertical et de l'horizontal, réalisant une sorte de paix des braves entre les tenants des deux extrêmes, commence à porter ses fruits.

Les premiers temps de la trypanosomose

Le premier écrit connu sur la maladie du sommeil remonte à 1401. Il est attribué aux historiens IBN KHALDUM et ALQALAQSHANDIY, qui rapportent le décès, en 1373, du roi Diatta II, sultan du Mali, qui "souffrait de léthargie". C'est à cette époque que les marchands d'esclaves apprennent à rejeter ceux qui présentent une adénopathie cervicale. Le Musée de l'Homme à Paris possède d'ailleurs des scalpels nigériens utilisés pour l'exérèse de ces adénopathies et, en quelque sorte, tromper l'acheteur sur la qualité de la marchandise.

En 1793, Thomas MASTERMAN WINTERBOTTOM publie "*An account of the native Africans in the neighbourhood of Siera Leone*" dans lequel, au chapitre "*negro lethargy*", il localise précisément les adénopathies dans le triangle cervical postérieur, qui porte désormais son nom, et précise que ces adénopathies connues des négriers constituent un symptôme inquiétant.

La maladie est bien connue des populations autochtones, qui la craignent et l'ont souvent individualisée des autres pathologies. En témoignent les nombreux noms vernaculaires que l'on a pu retrouver : *márree*, *'nluoi*, *nagónlôe*, *kadeera*, *kee kôllee kondee*, *seenoyuncæe* en Afrique de l'Ouest, mais aussi *meki abe*, *meze'e*, *matsèguè* en Afrique centrale.

L'arrivée des Européens sur le continent africain apporte une nouvelle série de noms pour identifier cette maladie : *nevalane* au Sénégal, *mal de Loanda* en Angola, *léthargie du Bénin*, *hydropisie des esclaves*, *sleeping distemper*, *narcotic dypsy*, *sleepy sickness* ou encore *negro lethargy*.

Mais, en terme de lutte contre la maladie, on peut dire que quasiment rien n'est fait jusqu'à la fin du dix-huitième siècle. On peut citer l'exemple certainement unique de la construction, en 1876, d'une hypnoserie sur l'île de Gorée au Sénégal, par CORRÉ, chirurgien de marine. Le même CORRÉ préconisera

également le drainage des ruisseaux et des étangs comme moyen de prévention.

Le microscope permet d'y voir clair

Avec l'ère pastorienne, les progrès dans la connaissance des maladies tropicales sont considérables : l'agent pathogène est rapidement débusqué, les maladies sont décrites dans la totalité de leur cycle et des remèdes sont trouvés. Ainsi protégés, le colon et le missionnaire peuvent pénétrer loin dans les zones équatoriales du continent africain, jusque-là considérées comme "le tombeau des Blancs".

C'est en 1841 que Gabriel Gustav VALENTIN, en Suisse, décrit pour la première fois un trypanosome, dans une truite saumonée du lac de Berne. En 1843, David GRUBY trouve à son tour un trypanosome, dans une grenouille, et entreprend la première classification de ce nouveau genre parasitaire. En 1861, David EVANS trouve des trypanosomes dans des chevaux et des chameaux atteints de *surra* en Inde : c'est la première relation entre un trypanosome et une maladie.

En 1891, Gustave NEPVEU est le premier à identifier des trypanosomes dans le sang humain. En 1895, au Zululand, David BRUCE établit la relation entre les trypanosomes et les glossines dans le *nagana* du bétail.

En 1901, Aldo CASTELLANI trouve des trypanosomes dans le LCR humain. Joseph Averett DUTTON a fait la même observation en Gambie, mais il n'a pas eu le temps de la publier. En 1901 également, un certain M. KELLY, qui dirige la construction d'une route en Gambie, est adressé au docteur Robert Michael FORDE pour un paludisme qui ne répond pas à la quinine : FORDE trouve des "vers" à l'examen du sang et du LCR du patient et en informe DUTTON, qui confirme qu'il s'agit bien de trypanosomes et propose l'appellation *Trypanosoma gambiense*. DUTTON part vers de nouvelles aventures (cf. infra) et KELLY décède en 1903. En 1901 toujours, Emile BRUMPT, qui traverse l'Afrique d'est en ouest, établit le rôle de la glossine dans la transmission de la maladie humaine.

Au total, de 1841 à 1901, la maladie et son épidémiologie ont été définies. Il y aura par la suite de nombreuses améliorations à cette connaissance, mais en 1901 l'essentiel est connu. C'est la période de la première grande épidémie connue de trypanosomose : l'ouverture à la colonisation du bassin du Congo entraîne des déplacements importants de populations, employées comme main-d'œuvre pour les grands travaux de défrichage et d'infrastructures routières et ferroviaires et pour les exploitations minières. C'est peut-être la cause du déclenchement de l'épidémie, mais rien n'a été prouvé. De 1895 à 1910, l'épidémie va ravager tout le bassin du Congo, de l'Atlantique au lac Victoria, causant 200 000 à 300 000 décès. La rive est du lac Victoria est particulièrement touchée et la décision est prise, en 1902, de déplacer les populations de 5 à 35 km à l'intérieur des terres, pour rompre le contact homme-mouche. C'est le premier exemple de lutte à grande échelle.

Les grandes missions scientifiques

Le pouvoir colonial s'inquiète des conséquences de cette épidémie. De grandes missions scientifiques sont alors mises sur pied. De 1901 à 1913, on en comptera seize (voir encadré). Ces scientifiques anglais, français, espagnols, allemands et portugais, mandatés par les grandes sociétés scientifiques, vont tous quitter famille et patrie pendant des années, dans des conditions parfois très difficiles, pour compléter les connaissances de l'époque sur la maladie.

Les grandes expéditions scientifiques de 1901 à 1913.

1901-1902	Angola	BETTENCOURT, KOPKE, DE REZENDE, CORREA MENDES
1901-1903	Afrique	E. BRUMPT
1902-1903	Sénégal	TODD, DUTTON
1902-1903	Ouganda	LOW, CHRISTY, CASTELLANI
1903-1906	Ouganda	BRUCE, NABARRO, GREIG, GRAY, TULLOCH, MINCHIN
1903-1905	R.D. Congo	TODD, DUTTON, CHRISTY
1906-1908	Congo	MARTIN, ROUBAUD, LEBŒUF
1906-1907	Tanzanie	KOCH, KLEINE, BECK
1907	Zimbabwe	KINGHORN, MONTGOMERY
1907-1908	Sao Tome e Principe	CORREA MENDES
1908-1912	Ouganda	BRUCE, HAMERTON, BATEMAN, MACKIE, GIBBONS, WILSON, FRAZER, CARPENTER, ROBERTSON
1908-1910	Togo	ZUPITZA
1909	Guinée Équatoriale	PITTALUGA, PITTALUGA, ILLERA
1910-1912	R.D. Congo	RODHAIN, PONS, VANDER BRANDEN, BEQUART
1911	Gambie	TODD, WOLFGANG
1911-1913	Zimbabwe	MAY, KINGHORN, LEECH, YORK

Ces douze années à rechercher la cause de la maladie, à étudier sa diffusion et sa sévérité dans toutes les colonies ont constitué une des périodes les plus riches de l'histoire de la trypanosomose humaine africaine. Outre les découvertes déjà citées de CASTELLANI et de BRUMPT, en 1901, on peut noter la mise au point par DUTTON d'une méthode de diagnostic parasitologique par centrifugation du sang (1902), la description de la distribution de la maladie en microfoyers (MARTIN, ROUBAUD, LEBŒUF), la suspicion par KOCH du rôle du crocodile comme réservoir de parasites (1906), la description par KLEINE du cycle du trypanosome dans la glossine (1909), les cartes comparatives de distribution de la maladie du sommeil et de la filariose par CHRISTY, etc.

DUTTON décrira aussi une borreliose due à *Borrelia duttoni* transmise par morsure de tique, maladie qui l'emportera en 1905.

C'est en 1905 aussi, à Liverpool, que THOMAS et BREINL démontrent les propriétés trypanocides de l'atoxyl. Ce n'est pas un hasard : en 1858, David LIVINGSTONE a déjà évoqué l'intérêt de l'arsenic chez les chevaux piqués par les glossines. Puis BRODEN, LAVERAN et MESNIL ont confirmé son efficacité sur les trypanosomes. La solution arsénicale de LOEFFLER a été utilisée avec succès, mais son administration est trop douloureuse et mal tolérée. C'est en 1863 que BÉCHAMP synthétise l'acide aminophénolarsénieux pour traiter l'anémie. Les industries Bayer le commercialisent en 1905 sous le nom d'atoxyl. La découverte de THOMAS et BREINL met sur le marché le premier traitement utilisable à grande échelle.

En 1910, MALDONADO entreprend une lutte anti-vectorielle originale sur l'île de Principe : une escouade de près de 300 captureurs est équipée d'un petit manteau noir enduit de glu. Le travail des captureurs consiste à déambuler dans les zones infestées de mouches. En 4 ans, plus de 500 000 glossines sont ainsi capturées et l'éradication est déclarée en 1914. C'est le premier exemple de l'éradication des glossines d'une zone infestée.

Au total, à la veille de la Première guerre mondiale, la lutte repose encore essentiellement sur l'isolement des malades, le déplacement des populations exposées et le débroussaillage des abords des cours d'eau. Mais l'épidémiologie de la maladie est parfaitement connue et des méthodes diagnostiques et thérapeutiques existent. Tout est prêt en quelque sorte pour la venue de JAMOT.

JAMOT, une aventure de l'entre-deux guerres

C'est en 1910 que Léon Clovis Eugène JAMOT, médecin généraliste à Sardent, dans la Creuse, réussit le concours latéral du Corps de santé des troupes coloniales. Nommé aide-major de deuxième classe, il intègre la troisième promo-

tion, baptisée "l'Africaine", du stage de spécialisation de l'École d'application du service de santé des troupes coloniales, Le Pharo. Un de ses professeurs est KÉRANDEL, qui vient de rentrer de l'Oubangui et qui a une solide connaissance de la maladie du sommeil : il a participé à la mission de MARTIN, ROUBAUD et LEBŒUF, a contracté la maladie et a décrit ses symptômes au jour le jour.

Eugène JAMOT est d'abord envoyé au Tchad, à sa demande, de 1910 à 1913, pour participer aux opérations de pacification du pays. En 1913, il rentre à Cherbourg, puis suit un stage à l'Institut Pasteur de Paris où Félix MESNIL lui transmet sa passion pour la maladie du sommeil. Avec Alphonse LAVERAN, MESNIL a décrit des trypanosomes chez les rats capturés dans son laboratoire (*Trypanosoma lewisi*), s'est intéressé à l'action de l'arsenic sur les trypanosomes et vient de publier un livre sur les trypanosomes et la trypanosomose (cf. : encadré). En 1914, JAMOT est nommé sous-directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville : il ne reste en poste que deux semaines car la guerre éclate. Il est nommé médecin-chef de la colonne franco-belge, dite "Sangha-Cameroun", qui chasse les Allemands de Yaoundé. Sur le retour, à Lolodorf, il voit ses premiers malades.

Félix MESNIL et les trypanosomes

In : *Bull Soc Pathol Exot*, 1938, 3

"C'est alors qu'en 1899 Laveran fait appel à sa collaboration de zoologiste, pour les recherches qu'il poursuit, de son côté, sur les Hématozoaires et les Protozoaires sanguicoles. La fécondité d'une telle association ne va pas tarder à se révéler. Dès l'année suivante, en effet, les deux auteurs s'attaquent en commun à l'étude des Trypanosomes, que le hasard d'une chasse aux rats, dans le laboratoire, vient de mettre à leur disposition, sous l'espèce du Trypanosoma lewisi. Ils en précisent la morphologie, à la faveur des nouvelles techniques à l'éosinate de bleu de méthylène, étudient le mode de multiplication du flagellé, son agglutination par divers sérums. C'est l'amorce d'une documentation inédite qui va, sans tarder, s'étendre systématiquement aux différents types de trypanosomes pathogènes dont successivement, des souches diverses leur parviennent : l'agent du nagana d'abord, puis les agents classiques des grandes maladies trypanosomiennes connues en Afrique et dans le monde. Une analyse minutieuse leur permettra de contrôler, par l'épreuve d'immunité croisée, la valeur des différentes espèces ou races de Trypanosomes, d'en étudier la morphologie, le pouvoir infectieux, la virulence, les réactions sériques ou chimiothérapeutiques. Au hasard des circonstances, ils font également connaître différentes formes nouvelles d'hémogrégarines, de Coccidies, étudient la morphologie des Sarcosporidies, etc. Ils donnent en 1903 la première description précise de l'agent du kala-azar, affirment l'individualité des parasites aperçus par Leishman et Donovan. Mais la principale activité des deux auteurs reste attachée au vaste champ des Trypanosomes et Trypanoplasmes.

En 1904, paraît la première édition du fameux traité Trypanosomes et Trypanosomiasis, fruit de cet effort commun de quelques années et qui recevra, en 1912, une deuxième édition double de la première."

Le 29 novembre 1916, directeur de l'Institut Pasteur de Brazzaville, il soumet au Conseil d'hygiène de l'Afrique équatoriale française un rapport retentissant sur la maladie du sommeil.

En conséquence, de 1917 à 1919, il est chargé de la campagne anti-sommeilleuse en Oubangui-Chari, ce qui lui permet d'éprouver ses idées : sur une population d'environ 100 000 habitants, il en examine 89 743 et dépiste et traite 5 347 trypanosomés. De cette formidable expérience, il retire quelques propositions très pratiques, qu'on appellera plus tard "les postulats de JAMOT" (cf. encadré page suivante).

Pour l'essentiel, toujours vérifié aujourd'hui, on retiendra que c'est au médecin et à l'équipe soignante d'aller de village en village au contact des malades, proposition révolutionnaire à cette époque pratiquement sans routes, sans chemin de fer, sans hôtels ni conditions décentes de logement et tout simplement d'existence pour un Européen. Sur place, il faut examiner tout le monde, faire le diagnostic (ce qui suppose d'amener le laboratoire au village). Ces idées novatrices étaient partagées par d'autres écoles, notamment par les Belges dans l'actuelle République Démocratique du Congo, mais elle était certainement trop révolutionnaire pour l'époque et donc critiquée par les politiques en poste en Afrique et, plus grave, par ses pairs.

Les postulats de JAMOT

1. 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.
2. 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.
3. Une condition nécessaire au succès de ces enquêtes est un recensement complet et la possibilité d'obtenir par persuasion, ou à la rigueur par contrainte, un pourcentage de présence élevé aux tournées de prospection.
4. Une des premières tâches à remplir est de déterminer, parmi les maux à combattre, ceux auxquels il convient de s'attaquer en premier lieu, étant bien entendu que le but poursuivi n'est pas de faire de la recherche pure dans de beaux instituts, mais de travailler à une tâche urgente: empêcher les hommes de mourir!
5. Parmi les moyens de lutte possibles (stérilisation des porteurs de virus, éradication des vecteurs, protection des individus sains) variables avec l'endémie qu'il s'agit de combattre, on choisira ceux dont l'efficacité est établie et qui se prêtent à une exploitation sur une large échelle.
6. Les résultats obtenus seront suivis par le moyen d'indices, établis avec le maximum de rigueur.
7. L'instrument de 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.
8. Ce service devra répondre aux caractéristiques suivantes: autonomie budgétaire, administrative et technique; unité de direction; affranchissement des frontières administratives; spécialisation du personnel; existence chez le personnel d'un esprit d'équipe générateur de dévouement et de rendement.

Postulats cités par P. DE RAADT (1)

Pourtant, force est de se rendre compte que la situation de la maladie du sommeil devient catastrophique: on est en pleine épidémie, la deuxième après celle du siècle précédent et JAMOT, avec ses méthodes, est appelé au Cameroun en 1922. De 1922 à 1923, dans le Haut-Nyong, et plus précisément dans le triangle Akonolinga-Abong Mbang-Doumé, soit moins de 150 kilomètres, il dépiste et traite 33357 trypanosomés, près de 30 % de la population totale. De 1924 à 1925, dans le Nord Cameroun, entre Logone et Chari, il examine 29 366 habitants et dépiste 1948 malades. De 1925 à 1926, il part dans le Sud-Cameroun et dépiste 115354 trypanosomés sur 663971 habitants examinés. Ces chiffres sont effroyables et, le 29 avril 1926, à Paris, JAMOT présente à MAGINOT, Ministre des colonies, et à une commission scientifique, le *"rapport et les conclusions de la Commission de la maladie du sommeil au Cameroun"*. La séance est dramatique: *"La parole fut aussitôt donnée au docteur JAMOT qui traça le tableau dramatique de l'épidémie sommeilleuse au Cameroun et conclut qu'il*

fallait donner à ceux qui se consacraient à combattre le fléau, l'indépendance et les moyens nécessaires.

Quiconque se souvient des structures administratives de l'époque, et de la rigoureuse subordination qui en était le principe, reconnaîtra qu'il fallait un singulier courage pour oser demander une dérogation aussi insolite à l'ordre établi. Un silence glacial suivit l'exposé. J'ai cru, a dit JAMOT, qu'après cette audace ma carrière était définitivement brisée; mais bientôt l'amiral LACAZE se leva: "Monsieur le Ministre dit-il, ou bien le médecin major a dit la vérité, et alors nous ne devons pas lui marchander les moyens qu'il demande, ou bien il a travesti cette vérité, et dans ce cas nous devons lui appliquer une sanction que, pour ma part, je demande extrêmement sévère". Le Ministre se tourna alors vers le Gouverneur MARCHAND: "C'est à vous, Monsieur le Haut-Commissaire, qu'il appartient de répondre à Monsieur l'Amiral LACAZE"; et le Gouverneur MARCHAND, justement nommé "Le LYAUTEY du Cameroun", de dire alors simplement que le docteur JAMOT n'avait pas prononcé une parole qui ne fût l'exact reflet de la situation sanitaire au Cameroun".

Récit de MONTESTRUC, qu'il tenait de JAMOT lui-même, de la séance du 29 avril 1926. Rapporté par L. Sanner, in *Méd Trop*, 1979, 39, 480; rapporté par L. LAPEYSSONNIE in *"Moi, JAMOT"*, p. 94.

Convaincu, MAGINOT signe le décret ministériel instaurant la Mission permanente de prophylaxie de la maladie du sommeil, avec JAMOT comme directeur et, surtout, les pleins pouvoirs, ce qui était proprement ahurissant à l'époque. JAMOT crée à Ayos un hôpital pour les sommeilleux où il forme les *jamotoins*, infirmiers camerounais pratiquement illettrés mais spécialisés dans une seule tâche (microscopie, ponction lombaire, etc.) qu'ils accomplissent avec conscience, d'autant que de leur zèle dépend leur salaire, et les jeunes médecins militaires, fraîchement émoulus du Pharo, qui sont ensuite envoyés pour des mois traquer la maladie dans les coins les plus reculés du pays.

En 1931, la maladie est vaincue au Cameroun.

JAMOT rentre à Paris. L'Exposition coloniale se tient à Vincennes, il y est projeté un film retraçant son action. C'est le triomphe, il est couvert d'honneurs, on parle de lui pour le prix Nobel. Mais un événement dramatique de 1928 le rattrape (à Bafia, MONIER, jeune médecin militaire, s'est cru autorisé à multiplier par 3 à 4 les doses de tryparsamide, découvert en 1921, préconisées par JAMOT, ce qui provoque une cécité chez 700 malades); convoqué avec MONIER en conseil de discipline aux Invalides, il rencontre MARCHOUX, venu à sa rencontre, qui le dissuade d'y aller, pour ne pas enfoncer son jeune condisciple. MONIER et JAMOT sont acquittés. Mais le nouveau ministre des colonies sanctionne JAMOT pour indiscipline. Celui-ci, sur le bateau qui le ramène au Cameroun, n'en sait rien. Le 22 novembre 1931, il fait escale à Dakar, où il est débarqué avec notification d'un blâme, la plus haute sanction de l'époque.

Il y attend 7 mois une nouvelle affectation.

En juin 1932, il est chargé de dépister la trypanosomose en Afrique occidentale française, mesure vexatoire car on considèrerait qu'il n'y avait pas de maladie du sommeil dans cette partie de l'Afrique. De 1932 à 1934, avec quelques jeunes médecins et quelques *jamotoins* qu'il a pu faire venir du Cameroun, il parcourt toute l'AOF, dépiste et traite 68000 trypanosomés, ressent les premières crises d'angor.

Ses ennemis, nombreux, ont la dent dure: le 19 novembre 1934, une Commission sanitaire, réunie à Bobo Dioulasso, conteste l'efficacité de sa méthode. JAMOT écrit le 26 janvier 1935 à Thiès, Sénégal, un rapport final, véritable testament. Le 11 mars, il est de retour en France. Le 7 novembre, l'Académie des sciences coloniales préconise la création d'urgence d'un service spécialisé de la maladie du sommeil en AOF.

Le 1^{er} février 1936, malade, JAMOT fait valoir ses droits à la retraite et reprend son premier métier de médecin de campagne à Sardent. Il décède le 24 avril 1937.

Le 20 janvier 1939, Georges MANDEL, ministre des colonies, signe le décret portant création du "Service général autonome de la maladie du sommeil en AOF et au Togo".

La deuxième guerre mondiale commence.

L'Eldorado des grandes endémies

Il faut être bien conscient que JAMOT, outre ses résultats spectaculaires, son caractère bonhomme, on dirait maintenant son paternalisme, qui cachait une volonté farouche et des colères redoutables, sa passion constante pour la maladie du sommeil, passion qui secoue à peu près tous ceux qui y touchent, a surtout laissé une doctrine de lutte, originale, efficace, qui lui survivra une trentaine d'années, sera étendue à la plupart des autres maladies tropicales et qui, soixante-dix ans après, retrouve une brûlante actualité. LAPEYSSONNIE écrivait qu'aujourd'hui peut-être 1 000 Français, et encore !, connaissent son nom, mais qu'en Afrique, il est enseigné dans les écoles et appartient désormais au Panthéon des grands hommes du continent.

Son legs, c'est la lutte contre une seule maladie, face à face, au bout de la piste, là où aucun Européen ne va jamais. Cette doctrine va se poursuivre, avec ses adjoints, ses élèves, puis ceux qui ne l'ont pas connu, mais qui ont fréquenté ses successeurs. On peut citer de MARQUEYSSAC, MONTESTRUC, ROUZIC, LE HIR - qui mourra de la trypanosomose -, MURAZ, LABUSQUIÈRE, RICHEL. LAPEYSSONNIE est de ceux-là, qui reprend le flambeau, seul en AOF en pleine deuxième guerre mondiale. Mais combien aussi ailleurs, avant lui, en même temps, après ? Cette lutte sera le plus beau fleuron de la médecine coloniale: on a pu parler de l'éradication de la variole, c'était la victoire d'une arme absolue, le vaccin. Dans la lutte contre la "trypano", la symptomatologie est peu caractéristique, le diagnostic est difficile, le traitement aléatoire, la lutte anti-vectorielle rudimentaire. Et pourtant, du Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie aux Services des grandes endémies, de 1939 aux indépendances, les efforts acharnés de centaines de médecins, d'infirmiers, de laborantins, d'interprètes, de porteurs, ont conduit au contrôle de la maladie dans toute l'Afrique, pour ne pas dire à son éradication.

Car la maladie a été quasiment éradiquée de toute l'Afrique. Les Français ne sont pas les seuls à appliquer la méthode JAMOT. Les Belges, les Espagnols, les Portugais, les Anglais en font tout autant, avec les mêmes résultats. Tous ont été aidés dans leur action par la découverte de la pentamidine, en 1940 (LOURIE et YORKE), du mélarsoprol, en 1949 (FRIEDHEIM), et par la possibilité d'une prophylaxie de masse, la lomidinitation, et d'une lutte antivectorielle active par pulvérisations de DDT.

La maladie persiste cependant dans quelques petits foyers et résiste à toutes les actions. LABUSQUIÈRE écrit en 1965 : *"il est devenu banal de constater ou de dire que la trypanosomiase est à peu près éradiquée en Afrique... Les foyers sont aussi peu nombreux qu'ils sont irritants"*.

Les indépendances et le premier paradoxe

À la fin des années cinquante et durant les années soixante, les États africains accèdent l'un après l'autre à l'indépendance. Les jeunes États manquent souvent de moyens et

la maladie du sommeil est victime du succès de la lutte: elle n'est plus considérée comme un problème de santé publique et les équipes de lutte sont souvent affectées à d'autres priorités sanitaires.

La lutte continue, vaille que vaille, par l'OCCGE et l'OCEAC nouvellement créées, par les services des grandes endémies encore en service, puis par les programmes nationaux de lutte contre la trypanosomose humaine africaine (PNLTHA). Mais faute de moyens, logistiques et humains, elle s'étiole progressivement pour quasiment disparaître dans les années quatre-vingt-dix.

Elle est encore contrariée ici et là par des désordres sociopolitiques, des déplacements importants de populations, chassées par les guerres ou les famines. Elle souffre des grandes initiatives émises sur la scène internationale, les soins de santé primaire, les soins de santé intégrés, le recouvrement des coûts, concepts totalement inadaptés à la complexité de la trypanosomose humaine africaine. Elle est achevée par l'indifférence des gouvernements et des bailleurs de fonds.

Pour autant, c'est une période de recherche féconde. Dans les laboratoires du Nord et sur le terrain, les découvertes se multiplient: on peut citer la mise au point du piège biconique en 1973 (CHALLIER, LAVEISSIÈRE), qui a succédé aux pièges de CHORLEY (1933) et de MORRIS (1949), du CATT par MAGNUS, VERVOORT et VAN MEIRVENNE (1978), de l'éflornithine en 1979 (BACCHI et coll.), du piège pyramidal en 1983 (LANCIEN et GOUTEUX), de la minicolonne échangeuse d'ions. On pourrait citer aussi le nifurtimox, qui n'a pas encore obtenu l'AMM dans cette indication du traitement de la maladie du sommeil, la centrifugation en tube capillaire, qui reprend avec bonheur la vieille idée de DUTTON, la biologie moléculaire qui a apporté son lot de connaissances nouvelles.

Toutes ces innovations vont dans le sens d'une amélioration fantastique des moyens de diagnostic et de lutte. Mais il n'y a plus guère de monde sur le terrain pour les appliquer et c'est le premier paradoxe: au temps des grandes endémies, il y avait beaucoup de monde affecté à la lutte et peu de moyens techniques performants. Les résultats obtenus étaient quand même excellents. De 1960 à 1990, les technologies ont progressé de manière spectaculaire. Mais la carence en hommes et en moyens financiers, pour ne pas dire l'indifférence générale, a obéré toute possibilité de résultat. Force est de se rappeler ici le quatrième postulat de JAMOT: le malade a été complètement perdu de vue au profit de la recherche.

Le parasite et la glossine en ont profité pour reconquérir progressivement les territoires abandonnés de dure lutte.

Le réveil et le deuxième paradoxe

L'Histoire est ici trop récente pour autoriser une analyse dégagée de toute implication des auteurs de l'article. Au moins cette relation des événements se veut-elle sincère.

En 1994, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lance un cri d'alarme: la situation de la trypanosomose humaine africaine est désastreuse. Les capacités de réaction de nombreux pays sont dépassées et les chiffres enregistrés sont comparables à ceux de la grande épidémie de 1920-1935.

Mais les motivations ne sont plus les mêmes, tant de la part des pays du Nord, potentiels donateurs, que des États africains qui n'accordent qu'une très faible priorité à ce problème: cette affection spécifiquement africaine, distribuée en foyers, ne touchant que le milieu rural, non exportable en l'absence de vecteur adapté, ne possède ni la notoriété, ni le pouvoir de susciter des craintes de diffusion à d'autres régions du monde.

Ces aspects sont réhilitaires pour une réelle mobilisation internationale.

En 1999, le pessimisme est total, la situation empire.

En 2000, pour sortir la trypanosomose humaine africaine de l'impasse où elle se trouve et éviter une dramatique flambée épidémique, il apparaît nécessaire, pour les quelques gardiens du temple de la trypano encore en poste, de garder un noyau minimum de compétences, de sauvegarder l'acquis et de le transmettre – ce sera la création du Cours international sur les trypanosomoses africaines - et de convaincre. Pour cela, des réseaux d'intervenants se créent, les activités de terrain se maintiennent vaillamment.

Et c'est le deuxième paradoxe de la maladie : son abandon par tous et partout en fait la maladie orpheline type, le flambeau que vont brandir toutes les bonnes consciences. C'est ce qui va la sauver.

Le 3 mai 2001, après deux années de discussions serrées, auxquelles ont activement participé l'ONG Médecins sans frontières, les laboratoires Aventis Pharma et l'Organisation mondiale de la santé, une "initiative majeure pour intensifier la lutte contre la maladie du sommeil" est annoncée. Cet accord de partenariat, d'un montant de 25 millions de dollars des États-Unis sur 5 ans (environ 2 745 000 euros), se répartit en la donation gratuite de trois médicaments, la pentamidine, le mélarsozol et l'éflornithine (dont la production vient de reprendre), une aide au programme spécial PNUD/Banque Mondiale/OMS (OMS/TDR) pour la recherche et le développement de nouveaux médicaments et enfin un appui aux activités de surveillance et de lutte. Un véritable pactole. Pour ce dernier volet, il s'agit de renforcer les programmes nationaux de lutte par des activités de formation, d'évaluation et de suivi ; de rénover et de rééquiper les centres de traitement déjà en place au sein ou à proximité des populations touchées ; de renforcer les équipes sanitaires chargées d'atteindre les populations peu accessibles et mal desservies, et de dépister et diagnostiquer la maladie chez les personnes qui peuvent être infectées ; de réinstaurer des activités de surveillance régulière et de cartographie dans les régions où la trypanosomose est susceptible de sévir ; de surveiller la pharmacorésistance. C'est en fait l'annonce de la reprise des activités de dépistage et de lutte sur le mode vertical, en ce sens que la maladie du sommeil est à nouveau reconnue comme une maladie spécifique qui demande des moyens de lutte spécifiques.

Madame Gro Harlem BRUTLAND, Directeur général de l'OMS écrit : "Nous pouvons maintenant entrevoir l'arrêt de la propagation de la trypanosomose. Grâce à l'amélioration de la surveillance, du traitement et des activités de recherche, on peut maintenant espérer pouvoir mieux combattre cette maladie." (4). Dans le même temps, les laboratoires Bayer annoncent la fourniture gratuite pour cinq ans de la suramine et du nifurtimox. Cette initiative complète celle d'Aventis et ce sont désormais tous les médicaments spécifiques de la trypanosomose qui sont gratuits jusqu'en 2006.

Les chefs d'État africains complètent cette embellie en annonçant, lors de la réunion de l'OUA, une initiative d'éradication de la mouche tsé-tsé du continent africain. L'initiative se concrétise en septembre 2001 par le lancement officiel à Ouagadougou du PATTEC (*pan African trypanosomiasis and tsetse eradication campaign*). Même si cette initiative relève plus du vœu pieux que d'une démarche technique et scientifique, il faut la saluer comme l'expression d'une volonté politique de s'attaquer enfin au problème de la maladie du sommeil, animale et humaine.

En 2002, il est évident que l'avenir de la lutte contre la maladie du sommeil dans les foyers passe par une association d'actions verticales de délimitation de ces foyers et de dépistage/traitement des malades et d'actions participatives locales pour l'amélioration du dépistage passif des cas, la prise en charge thérapeutique au niveau du dispensaire des malades dépistés, la lutte antivectorielle enfin qui, bien réfléchie et limitée dans le temps et l'espace, doit être le complément naturel du dépistage et du traitement des malades.

Restent les questions des hommes à former pour cette lutte et des stratégies de dépistage et de traitement à optimiser et à adapter aux conditions actuelles du terrain. C'est la réflexion actuelle. Le défi est grand. Il faut être réaliste : une telle opportunité de vaincre à nouveau la maladie du sommeil, soixante-dix ans après JAMOT, ne se représentera pas de sitôt. Dans quelques semaines*, à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la santé, sera annoncée une "alliance générale pour l'élimination de la trypanosomose comme problème de santé publique". La volonté d'y arriver est forte. Rendez-vous est pris dans dix ans pour juger de ce qui a été fait.

Références bibliographiques

1. DE RAADT P – *The history of sleeping sickness*. In : H.M. GILLES, *Protozoal Disease*, Arnold Ed., Londres 1999.
2. LAPEYSSONNIE L – *Moi, Jamot. Le vainqueur de la maladie du sommeil*. Les Presses de l'Inam. Louis Musin Ed., Plaisir 1987, 198 p.
3. OLLIVIER G & LEGROS D. – Trypanosomiase humaine africaine : historique de la thérapeutique et de ses échecs. *Trop Med Int Health*, 2001, 6, 855-863.
4. OMS - Communiqué OMS/23 - 3 mai 2001. OMS Presse Genève.

Intervention d'E. P. ICHARD :

Quelle est la prévalence de la résistance médicamenteuse des trypanosomes dans la zone présentée et quelle est l'évolution de cette résistance ?

Réponse de F. LOUIS :

Pour ce qui est du taux des résistances, aucune donnée fiable n'a jamais été publiée. Il y a de la littérature sur le sujet, mais ce n'est que de la littérature ...

* [NDLR : rappelons que cette conférence a été prononcée le 20 mars 2002]