

L'ORIGINE DU VIH 1 ET DE LA PANDEMIE DU SIDA SE TROUVE-T-ELLE DANS LE PASSE COLONIAL FRANCAIS EN AFRIQUE CENTRALE ?

C. CHASTEL

• Correspondant National de l'Académie de Médecine, Laboratoire de Virologie, Faculté de Médecine, 29285 Brest Cedex • Fax : 02 98 01 64 74 • e-mail : chastelc@aol.com •

Med. Trop. • 2000 • 60 • 379-380

Choqué par un article récent mettant en cause l'œuvre médicale de la France en Afrique, au début du XX^e siècle, il m'a paru nécessaire d'en réfuter l'argumentation, pour le moins approximative.

Pour expliquer l'émergence du Sida, il existe une théorie, très généralement acceptée, celle du « chasseur malchanceux ». Elle veut qu'un rétrovirus de chimpanzé, proche de l'actuel SIVcpz, ait infecté de façon répétée l'homme, au cours des années 1915-1945, en gros vers 1931 (1), à la suite de blessures accidentelles, lors de chasses traditionnelles de ces grands singes. Ce rétrovirus simien, le plus proche génétiquement de notre VIH 1, se serait ensuite progressivement adapté à l'homme, du fait des bouleversements socio-économiques et politiques survenus en Afrique, après la fin de la Deuxième Guerre Mondiale : migrations, urbanisation anarchique, promiscuité sexuelle, prostitution, etc. Il n'est pas douteux également que les campagnes de prophylaxie de masse comportant des injections de médicaments anti-parasitaires ou de vaccins, aient pu éventuellement contribuer à la diffusion du fléau, si elles n'ont pas été réalisées dans des conditions d'asepsie rigoureuse. Telle quelle, cette thèse a l'avantage d'être simple et compatible avec les données les plus récentes de la biologie moléculaire du VIH 1 (1).

Dans un article récent (2), Chitnis et ses collaborateurs réfutent ce scénario. Pour eux, il y a des milliers d'années que des SIVcpz ont pu infecter l'homme, mais ces souches étaient non pathogènes et non transmissibles d'un homme à un autre. Enfin, les pratiques sexuelles de l'époque auraient exclu toute promiscuité sexuelle susceptible de diffuser l'infection. Rien ne vient étayer l'une ou l'autre de ces propositions.

De plus, les auteurs privilégient la thèse d'une émergence du Sida, avant la Première Guerre Mondiale, et tout spécialement sous l'administration française d'un vaste terri-

toire, l'Afrique équatoriale française (AEF). Cette dernière comprenait alors le Tchad, l'Oubangui-Chari (devenu la République Centrafricaine), le Moyen-Congo (Congo Brazzaville) et le Gabon, mais pas le Cameroun qui était encore une colonie allemande. C'est le travail forcé, une pratique certes bien réelle des autorités françaises de l'époque, qui aurait obligé des milliers de travailleurs, détachés brutalement de leurs pratiques agricoles ancestrales, à pénétrer en forêt pour y chasser, justement... des chimpanzés. Comme si la grande forêt ombrophile ne pouvait pas fournir d'autres sources de protéines animales que ces grands singes. Il y a toutes sortes d'autres gibiers, chassés traditionnellement et plus faciles à capturer, par exemple par piège à rongeurs, insectivores, petites antilopes, etc..

Ils accusent aussi la vaccination anti-variolique de masse (plus de 100 000 vaccinés, avant 1914, essentiellement des enfants), réalisée de bras à bras, d'avoir diffusé chez l'homme l'infection, parce que la lésion vaccinale, une pustule, est riche en leucocytes aptes à héberger le VIH 1.

C'est vouloir ignorer que la « variolisation », c'est à dire l'inoculation volontaire de la variole, dans un but préventif, et de bras à bras, était pratiquée très anciennement en Afrique, y compris en Afrique centrale et de l'est, bien avant 1900 (3).

Mais surtout le VIH 1, subitement « humanisé », aurait été véhiculé par le traitement de masse de la trypanosomiase humaine africaine (THA), au moyen de médicaments intraveineux, par les équipes d'E. Jamot, lequel à cette occasion est prénommé « Edward » ! Ses prénoms réels étaient Léon, Clovis, Eugène !

Ce « lapsus » donne la mesure du sérieux avec lequel le travail de Jamot a été analysé. Ce qu'on lui reproche plus précisément, c'est d'avoir traité, entre 1917 et 1919, quelque 90 000 sommeilleux (qui

sans cela seraient irrévocablement morts de THA), avec seulement 6 seringues. Les auteurs n'apportent aucune preuve susceptible de conforter cette affirmation.

Que la stérilisation du matériel médical ait pu, dans les conditions de brousse de l'époque, être insuffisante, c'est plus que probable. Mais il existait alors en Afrique centrale de nombreuses pratiques traditionnelles (dont certaines sont encore d'actualité !), beaucoup plus sanglantes que les ponctions ganglionnaires diagnostiques ou les injections intraveineuses, et capables de diffuser un rétrovirus un peu agressif. Il s'agit de la circoncision, de l'excision du clitoris et des petites lèvres, du « piercing » avant la lettre, des lèvres ou des lobes d'oreilles pour y placer des pièces de bois ou d'ivoire (les labrets des « femmes à plateaux ») et surtout une grande variété de scarifications à visée esthétique. Celles-ci pouvaient recouvrir la presque totalité du corps et nécessiter un long travail sanglant. Leur réussite dépendait en partie de la formation de cicatrices « chéloïdes », en relief, témoignant qu'il y avait bien eu une réaction inflammatoire prolongée de la peau. Tout ceci était réalisé avec des instruments non stériles, tout aussi dangereux sinon plus que les aiguilles d'Eugène Jamot.

A trop vouloir prouver, on finit par ne plus être crédible. Ainsi, les auteurs avancent un dernier argument qui ne paraît pas plus convaincant : le soi-disant « boom du caoutchouc », une demande mondiale massive de ce produit typiquement tropical, au cours des années 1890-1910, afin de satisfaire aux besoins croissants de l'industrie automobile. Ce « boom » aurait précipité des millions de travailleurs et de porteurs, au contact de la forêt et... des chimpanzés. On doit cependant faire remarquer que le latex provient exclusivement d'arbres américains et que, par conséquent, aucune cueillette sauvage de caoutchouc n'était possible dans les forêts d'Afrique centrale. S'il y a bien eu, à cette

époque, quelques plantations d'hévéa au Congo belge et au Nigeria, leur production n'a jamais représenté qu'une infime partie de la production mondiale, essentiellement concentrée dans le sud-est asiatique.

Cet article, écrit par des universitaires américains n'ayant aucune expérience de terrain en Afrique, donne surtout l'impression d'avoir été inspiré par un anticolonialisme primaire. Il est bâclé et l'argumentation qui y est développée, manque totalement d'objectivité.

Mais, décidément, les campagnes de prophylaxie de masse en Afrique, n'ont pas bonne presse. On vient de le voir encore récemment avec le livre d'un journaliste britannique d'investigation, Edward Hooper (4), tentant à nouveau d'accréditer la thèse que le vaccin anti-poliomyélitique vivant aurait été à l'origine du sida, au milieu des années 1950, dans ce qui était alors le Congo belge. En réalité, l'analyse rigoureuse de F. Horaud (5) a clairement montré que ce livre n'était pas sérieux, ce qui a été amplement

confirmé lors d'un meeting qui s'est tenu à Londres, à la *Royal Society*, les 12 et 13 septembre 2000. Il n'y a absolument aucune preuve virologique ou génétique que le vaccin vivant anti-poliomyélitique du *Wistar Institute*, utilisé au Congo belge, ait été contaminé par un virus simien de type SIVcpz ou tout autre rétrovirus. Techniquement ce n'était d'ailleurs pas possible (5-8).

On ne peut pas laisser écrire n'importe quoi !

REFERENCES

- 1 - KORBER B., MULDOON M., THEILER J. et Coll. - Timing the ancestor of the HIV-1 pandemic strains. *Science* 2000; **288** : 1789-1795.
- 2 - CHITNIS A., RAWLS D., MOORE J. - Origin of HIV type 1 in colonial French Equatorial Africa? *AIDS Res. Hum. Retroviruses* 2000; **16** : 5-8.
- 3 - HERBERT E.W. - Smallpox inoculation in Africa. *J. African Hist.* 1975; **16** : 539-559.
- 4 - HOOPER E. - *The River : a journey back to the source of HIV and Aids*. Brown and co ed., Little, 1999, 1070 p.
- 5 - HORAUD F. - La pandémie du sida a-t-elle une origine iatrogène ? *Virologie* 2000; **4** : 87-93.
- 6 - COHEN J. - Vaccine theory of AIDS origin disputed at Royal Society. *Science* 2000; **289** : 1850-1851.
- 7 - BIRMINGHAM K. - Results make a monkey of OPV-AIDS theory. *Nat. Med.* 2000; **6** : 1067.
- 8 - NANICHE D. - Origine du sida : la fin d'une polémique. *La Recherche* 2001; **338** : 14-15.

Swiss Tropical Institute
Institut Tropical Suisse
Schweizerisches Tropeninstitut

20th European Course in Tropical Epidemiology (ECTE 2001)
September 3rd - 14th, 2001, at Swiss Tropical Institute, Basel/Switzerland
jointly organized by European Tropical Public Health Institute

Hosted this year in Basel in September 2001, the ECTE is an intensive introductory course in epidemiology and is intended for physicians, nurses, health programme managers, health administrators and other persons with a professional interest in public health in tropical countries.

The course provides participants with basic skills in the epidemiological assessment of health problems and service priorities and in the planning of field studies. This course is appropriate for those with no formal training in epidemiology or statistics. However, the course is intensive and applicants should have a good command of English.

Teaching includes lectures, seminars, practical exercises and computing, including the epidemiological software package EPI-INFO to illustrate and support teaching. The following subjects are included:

- basic epidemiology of infectious diseases with a focus on tropical diseases
- types of epidemiological studies
- risk estimation, high risk groups & risk factors
- epidemics & outbreaks
- qualitative approaches in epidemiology
- survey design, sampling, organization
- questionnaire design
- data entry, checking & processing
- basic statistics using computers

The course fee is CHF 1400,- (approx. 850-USD). This includes participation in the course, lecture notes and soft drinks. It does not include travel, accommodation or meals.

For further information, please contact:
Swiss Tropical Institute
c/o Hdr. Cornelia Naumann
Söcherstrasse 51
CH - 4051 Basel, Switzerland
Phone: +41 61 284 82 84
Fax: +41 61 271 79 56
email: cornelia.naumann@unibas.ch
http://www.sti.unibas.ch/cte.htm
Course Coordinator: Dr. Christian Lengeler
email: christian.lengeler@unibas.ch