

## SITUATION DE LA MALADIE DU SOMMEIL EN 2003

F.J. LOUIS, P.P. SIMARRO, J. JANNIN

*Med Trop* 2003; **63** : 228-230

**RESUME** • le 3 mai 2001 est signée une importante convention entre l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'industrie pharmaceutique, qui donne enfin à l'OMS des moyens conséquents pour la lutte contre la maladie du sommeil. Le docteur Gro Harlem Brundtland, directeur général de l'OMS, annonce : " we can now look forward to halting the spread of sleeping sickness ... ". Deux ans plus tard, qu'en est-il ? Un premier état des lieux a montré que la plupart des programmes nationaux de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (PNLTHA) étaient quasi inopérants. Redynamiser les équipes et les PNLTHA a constitué le travail de base. Mais cette action n'a été possible que parce qu'une nouvelle prise de conscience de la gravité de la maladie et de la nécessité d'agir s'est faite à tous les niveaux décisionnels : initiative PATTEC en 2001 par les Chefs d'Etat Africains, écoute particulière au niveau des ministères, formations de haut niveau, actions inter-pays, impliquant parfois plusieurs PNLTHA. Sur le terrain, essai de nouvelles stratégies, présence d'experts aux côtés des personnels pendant toute la durée des prospections, dépistage de nombreux malades dans des foyers que l'on croyait quiescents et traitement immédiat de ces malades. Si les résultats obtenus ne sont pas toujours quantifiables, on constate qu'à peu près partout s'est créée une nouvelle dynamique.

**MOTS-CLES** • Maladie du sommeil – Afrique – PATTEC - Santé publique - Partenariat public-privé

### UPDATE ON SLEEPING SICKNESS IN 2003

**ABSTRACT** • On May 3, 2001, the World Health Organization signed a major agreement with the pharmaceutical industry for the supply of drugs necessary for treatment of sleeping sickness. At that time Dr. Gro Harlem Brundtland, director of the WHO, announced, "We can now look forward to halting the spread of sleeping sickness ...". The purpose of this article is to take a look at the situation two years later. A first assessment showed that most national programs for the control of human African trypanosomiasis (NPCHAT) had practically become inoperative. One of the first steps in the new eradication campaign consisted of reviving these NPCHAT teams. However this goal could be achieved only insofar as awareness of the severity of the disease and of the need to act was felt at every level of decision-making. In 2001 the Pan-African Tse-Tse Trypanosomiasis Eradication Campaign (PATTEC) initiative was launched by African State leaders to promote special attention at the ministerial level, high-level training, and international cooperation sometimes involving several NPCHAT teams. Actions in the field include trials using new strategies, expert assistance for personnel throughout the duration of prospection, and screening and immediate treatment of numerous patients in outbreak areas where the disease was thought to be extinct. Although progress has not always been measurable in concrete terms, the dynamics have shifted almost everywhere.

**KEY WORDS** • Sleeping sickness – Africa – PATTEC – Public health – Public-private cooperation.

*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.  
Premier postulat de Jamot*

**A**u cours du vingtième siècle, la situation de la maladie du sommeil a connu d'importantes variations : épidémie meurtrière dans le premier quart du siècle, résultats spectaculaires obtenus par Jamot et ses équipes entre les deux guerres mondiales, quasi-disparition de la maladie dans les années soixante grâce au travail acharné et obstiné des

équipes des services d'hygiène mobile et de prophylaxie puis de celles des grandes endémies, reprise progressive de l'endémie dans les trente dernières années du siècle, alors que la maladie sombre progressivement dans l'oubli. Oubliée des décideurs, des bailleurs de fonds, des acteurs de la santé, des chercheurs, de l'industrie pharmaceutique, on la retrouve en 1990 avec la même intensité que dans le premier quart du siècle.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'émeut de cette situation et lance un cri d'alarme dès 1994, entendu par bien peu de monde, quelques organisations non gouvernementales, quelques gouvernements du Nord, trop peu en définitive pour qu'une action significative à grande échelle puisse être conduite, suffisamment quand même pour fédérer les rares bonnes volontés.

Ce n'est que le 3 mai 2001 qu'est signée une importante convention entre l'OMS et l'industrie pharmaceutique, qui donne enfin à l'OMS des moyens conséquents pour la

• Travail du département OMS CDS/CPE/ZFK (FJL, médecin biologiste ; PPS, médecin épidémiologiste), Yaoundé, Cameroun et (JJ, médecin épidémiologiste) Genève, Suisse.

• Correspondance : F.J. LOUIS, OMS, BP 155, Yaoundé, Cameroun • Fax : +237 221 02 59 ; e-mail : louisfj\_who@yahoo.fr •

lutte contre la maladie du sommeil. Le docteur Gro Harlem Brundtland, directeur général de l'OMS, annonce : *we can now look forward to halting the spread of sleeping sickness...*

Deux ans plus tard, qu'en est-il ?

Un premier état des lieux a montré que la plupart des programmes nationaux de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (PNLTHA) étaient quasi inopérants : insuffisance ou absence de budget de fonctionnement, équipements obsolètes, personnel vieillissant et démotivé, etc. Ce n'était pas vrai partout : des équipes mobiles continuaient de travailler en République Démocratique du Congo ou en Angola par exemple.

Redynamiser les équipes et les PNLTHA a constitué le travail de base. L'équipement des programmes en véhicules et en matériels, leur dotation en réactifs et consommables, la remise à niveau des personnels, l'intégration d'éléments jeunes, formés au contact des anciens, l'actualisation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, la planification et l'organisation de prospections sur le terrain, ont rapidement porté leurs fruits.

Mais surtout, cette action n'a été possible que parce qu'une nouvelle prise de conscience de la gravité de la maladie et de la nécessité d'agir s'est faite à tous les niveaux décisionnels. Dès 2001, les chefs d'état Africains avaient pris acte de la gravité de la maladie et avaient affirmé leur engagement dans la lutte en créant l'initiative PATTEC (*pan African tsetse and trypanosomiasis eradication campaign*). Cet engagement s'est traduit au niveau ministériel par une écoute particulière aux problèmes posés par la maladie du sommeil et par l'affectation de personnels et de moyens financiers à la lutte contre l'endémie. Au niveau de l'encadrement, des formations de haut niveau, une implication active dans les choix stratégiques ont créé un enthousiasme nouveau, renforcé par l'instauration d'actions inter-pays, impliquant plusieurs PNLTHA. Sur le terrain, l'essai de nouvelles stratégies, la présence d'experts aux côtés des personnels pendant toute la durée des prospections, le dépistage de nombreux malades dans des foyers que l'on croyait quiescents et le traitement immédiat de ces malades, particulièrement apprécié des populations, ont créé les conditions d'une réelle implication des techniciens.

Si les résultats obtenus ne sont pas toujours quantifiables, on constate qu'à peu près partout s'est créée une nouvelle dynamique. Les résultats seront patents dans quelques années, mais l'heure n'est déjà plus au pessimisme qui prévalait il y a 4 ou 5 ans.

L'examen de la situation dans quelques pays vient illustrer ce propos.

Au Cameroun, pour la première fois en 2002 depuis plus de 20 ans, les 4 foyers actifs et un foyer quiescent ont été prospectés. Le PNLTHA (3 techniciens renforcés par 2 techniciens de l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale, OCEAC) a examiné 17 401 habitants et dépisté 35 malades. Il a en outre prêté son concours au PNLTHA du Tchad dans une prospection d'envergure. En 2001, faute de moyens, le PNLTHA du Cameroun n'avait examiné que 4 713 habitants, 3,7 fois moins qu'en 2002, et dépisté 15 malades. En 2003, l'effort

de 2002 est maintenu et les 4 foyers actifs ainsi qu'un autre foyer quiescent seront à nouveau prospectés.

On pourrait penser qu'il est disproportionné de déployer de tels efforts pour ne dépister qu'une trentaine de malades. C'est vrai et c'est faux. C'est vrai, car il sera peut-être trop onéreux de maintenir longtemps cet effort, d'autant que ce sont les derniers cas qui sont les plus difficiles à dépister et que maintenir un gros effort de lutte sans malades est particulièrement éprouvant et démobilisant pour les techniciens sur le terrain et pour les populations qui ne comprennent plus alors ces prospections. Mais c'est faux aussi, car le Cameroun, tout comme les Etats qui sont dans une situation similaire, tels le Gabon et la Guinée Equatoriale en Afrique centrale, le Togo, le Bénin et le Burkina Faso en Afrique de l'Ouest, est entré dans la voie de l'élimination de la maladie comme problème de santé publique, ce qui est très encourageant.

Au Tchad, l'amélioration a été spectaculaire. Les activités de prospection avaient quasiment cessé depuis 1997 et la plupart des malades dépistés l'étaient passivement, dans les dispensaires périphériques : 110 en 1997, 132 en 1998, 136 en 1999, 153 en 2000 et 125 en 2001. En 2002, les activités de lutte reprennent et ce sont 715 malades qui sont dépistés en un an, dont 697 pour le seul foyer de Bodo. Des résultats analogues sont attendus pour 2003.

Les causes de cette amélioration des résultats sont multiples : en premier lieu, il faut citer l'implication du Ministère de la santé qui a affecté des personnels jeunes pour venir se former au contact des anciens (moyenne d'âge de 56 ans) puis se substituer progressivement à eux. Ce rajeunissement des personnels a certainement été la cause d'un nouvel enthousiasme sur le terrain. Ensuite, il faut signaler l'appui technique apporté par quelques techniciens très expérimentés venus d'autres pays comme la République Démocratique du Congo, la Guinée Equatoriale ou le Cameroun : ce renfort ponctuel a permis une formation de grande qualité des jeunes sur le terrain, mais aussi l'examen d'un nombre accru d'habitants, 23 231 en 2002 contre 4 227 en 2001, soit 5.5 fois plus qu'en 2001, pour dépister activement 15.6 fois plus de malades (572 vs 37). Les malades dépistés activement ont été traités immédiatement en ambulatoire pour les phases lymphatico-sanguines, à l'hôpital de référence de Doba pour les malades en phase méningo-encéphalitique.

Cette démarche a été très appréciée par une population qui n'était plus accoutumée à un PNLTHA venant à leur rencontre dans leur village et a conduit les habitants malades, qui n'étaient pas présents lors de la prospection, à aller consulter, certains d'une écoute nouvelle. Cela s'est traduit très vite par une augmentation des dépistages passifs dans les dispensaires : 125 malades supplémentaires ont ainsi été dépistés en 2002.

En mars 2003, une prospection sur la rive droite de la rivière Mandoul a permis le dépistage de 82 malades supplémentaires et a permis pour la première fois d'établir une carte complète du foyer dit « de Bodo » et qui s'appellera désormais « de la Mandoul » puisqu'il déborde largement du canton de Bodo. Il est prévu en novembre 2003 de refaire une

prospection de l'ensemble de ce foyer, sur les deux rives, qui concernera environ environ 30 000 personnes.

Au Congo, en République Centrafricaine, en Angola, les troubles socio-politiques avec leur cortège de désorganisation des équipes et d'insécurité dans les zones à prospector ont longtemps perturbé les actions de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine. Malgré ces conditions de travail particulièrement difficiles, le Congo a dépisté annuellement plus de 300 nouveaux cas en 2001 et 2002, la République Centrafricaine plus de 600 et l'Angola près de 5 000. La situation dans ces trois pays est certainement beaucoup plus préoccupante que ces chiffres, déjà inquiétants, ne le laissent prévoir.

En 2003, l'heure est à la reconstruction : mise en place de nouveaux financements dans le cadre d'accords bilatéraux ou multilatéraux, réorganisation des programmes de lutte, coordination des actions entreprises ici ou là par des organisations caritatives, support technique de l'OMS. Il est vraisemblable que les résultats de ce travail de fond ne se feront pas sentir avant 2004 ou 2005.

Le Soudan, autre «grand» pays de la trypanosomiase humaine africaine, avec ses 5 000 à 10 000 cas annuels pose un problème différent : les foyers sont tous dans les zones du Sud toujours en conflit avec l'autorité centrale. Pour autant, le ministère de la santé et les organismes scientifiques impliqués dans la maladie du sommeil ne restent pas inactifs. Une prospection a eu lieu en 2003 dans la zone de Juba, immédiatement limitrophe des zones infectées, le personnel a reçu une formation au diagnostic et au traitement des malades, une coordination avec les organisations caritatives, qui peuvent encore travailler dans les zones en conflit, a été mise en place.

La République Démocratique du Congo reste le géant de la maladie du sommeil. Alors que près de la moitié du pays est encore la proie de troubles sociaux majeurs, la lutte contre la maladie du sommeil emploie, vaille que vaille, près de 600 personnes et une trentaine d'unités mobiles encore fon-

ctionnelles examine 1,5 à 2 millions de personnes chaque année pour dépister et traiter plus de 15 000 malades par an. Ces résultats remarquables sont obtenus par des équipes travaillant sur le terrain avec une grande conscience, dans des conditions souvent extrêmement difficiles, 20 jours par mois et 11 mois sur 12.

En 2003, une grande réflexion est en cours pour optimiser les stratégies de lutte de ces unités mobiles, simplifier leur travail tout en augmentant encore leur rendement. A l'échelle d'un pays aussi vaste, où la maladie du sommeil frappe tant d'habitants, toute modification des programmes doit être particulièrement réfléchie, éprouvée à petite échelle et correctement évaluée avant d'être imposée à l'ensemble du pays. Encore faut-il alors expliquer aux acteurs de la lutte les raisons du changement, démontrer l'intérêt de ce changement, former les personnels et leur donner les moyens de la nouvelle stratégie. Rien ne peut se faire aussi aisément que dans les autres pays concernés par la maladie du sommeil, mais les résultats attendus sont également d'une toute autre ampleur que dans les autres pays.

Si l'action dans les «petits pays» est importante et nécessaire, les résultats obtenus sont modestes par définition. Quoique l'on fasse, on ne dépistera plus au Cameroun qu'une trentaine de cas par an, une vingtaine au Gabon et en Guinée Equatoriale et quelques centaines dans les pays voisins.

En République Démocratique du Congo, en Angola et au Soudan, l'échelle n'est plus la même : ce sont plusieurs milliers de malades qui sont dépistés chaque année.

Il ne faut néanmoins négliger ni les uns ni les autres : pour quelques pays présentant une situation épidémiologique favorable, une stratégie d'élimination de la maladie du sommeil comme problème de santé publique a été lancée officiellement lors d'un séminaire au Cameroun en février 2003. Pour les autres, un renforcement des structures et un soutien accru aux efforts de lutte restent les préalables indispensables à une maîtrise de l'endémie qui ne se profile pas encore à l'horizon de la décennie ■