

MALADIE DU SOMMEIL : MALADIE OUBLIEE, MALADIE PRIORITAIRE

P. CATTAND

Med Trop 2003 ; 63 : 217-218

Dans la liste impressionnante des hôtes du trypanosome, on retrouve des poissons, des amphibiens, des reptiles, des carnivores, des chauve-souris, des rongeurs, des primates (homme inclus), des oiseaux et même des végétaux.

Certaines branches de la famille des trypanosomes ne sont pas pathogènes : ils profitent de leur hôte sans lui provoquer de dégâts. Mais d'autres sont à l'origine d'un certain nombre de maladies appelées «trypanosomoses». Outre la maladie du sommeil et la maladie de Chagas qui atteignent l'homme, les vétérinaires et les éleveurs sont confrontés à la *nagana* des bovidés, au mal de Caderas des chevaux et des chameaux, le *surra* et la dourine des chevaux, ainsi qu'à d'autres affections moins spécifiques qui provoquent chez le bétail amaigrissement et perte de la fécondité, deux handicaps incompatibles avec l'exploitation rentable des énormes étendues de terres africaines fertiles. Et pourtant, au-delà des problèmes de santé humaine et animale, l'aspect économique de la question est rarement pris en compte.

Au début du siècle dernier, le trypanosome est devenu célèbre en forçant l'attention des médecins, des vétérinaires, des biologistes, des chercheurs en laboratoire et sur le terrain, des hommes de santé publique, des économistes, des écologistes, et la liste n'est sans doute pas complète.

La découverte des phénomènes épidémiologiques qui président à la dissémination de la maladie du sommeil remonte au début des années 1900. La découverte en 1901 du trypanosome dans le sang d'un homme par Todd et Dutton puis du rôle de la glossine comme vecteur des trypanosomes, chez l'animal par Bruce et chez l'homme par Brumpt, constituent les deux faits essentiels. Les missions médicales envoyées en Afrique centrale entre 1900 et 1910 réalisent des prouesses : les symptômes de la maladie sont décrits, l'évolution en est précisée. Ces médecins scrutent les premiers signes qui permettent de reconnaître cliniquement d'abord, puis au laboratoire, qu'un homme est atteint de la redoutable affection.

Vient ensuite l'époque des hommes et des équipes de santé publique qui doivent organiser la lutte et essayer de limiter les dégâts. La lenteur d'évolution et l'indigence des signes de la première période rendent la lutte difficile. Si on

se borne à attendre le malade à l'hôpital, on lui permet de circuler avec des parasites dans son sang et d'infecter des glossines pendant plusieurs semaines. En effet, l'individu affecté ne sera amené à demander l'aide du corps médical que très tardivement, alors que le système nerveux central est déjà très endommagé. Le trypanosome a donc forcé les responsables médicaux à organiser des équipes de dépistage qui se transformeront, à la suite de Jamot, en équipes mobiles. Ces «petits bataillons» de quelques personnes vont aller au devant des malades en examinant systématiquement et de manière périodique la totalité de la population exposée au risque de contamination.

Les hommes formant ces bataillons ont eu du courage et de l'abnégation, de la persévérance et une énorme foi en la réussite de leur entreprise. Ils ont eu raison. En quelques 30 ans, ils ont réussi leur mission : en 1960, on a considéré la maladie vaincue et on s'est empressé d'oublier l'affaire.

Vient alors le temps de la traversée du désert.

De rares chercheurs ont poursuivi leurs travaux, sur le terrain ou au laboratoire. Quelques équipes ont continué la lutte, avec des moyens le plus souvent insuffisants.

Mais la messe était dite : la maladie du sommeil appartenait au passé. Pis, elle appartenait à un passé assimilé à l'ère coloniale qu'il fallait à tout prix oublier, chargée qu'elle était de tous les péchés d'un monde révolu. Les stratégies de lutte qui venaient de faire brillamment la preuve de leur efficacité, ont été remises au placard au profit de nouveaux dogmes, aussi inefficaces que les anciens étaient performants.

Les équipes ont été démantelées, les techniciens affectés à d'autres tâches.

Et la seule maladie à avoir été maîtrisée au vingtième siècle (avec la variole contre laquelle on disposait d'une arme absolue, le vaccin, ce qui n'était pas le cas de la maladie du sommeil), la maladie qui était le modèle de la lutte contre les endémies tropicales, a redémarré un peu partout, insidieusement d'abord, hors du regard de responsables sanitaires nationaux qui ne voulaient rien voir, puis avec plus d'ampleur, plus de force encore que dans le premier quart du siècle, mais toujours dans l'indifférence quasi générale.

Quand l'Organisation mondiale de la santé a tiré la sonnette d'alarme dans les années 90, il était pratiquement trop tard. La maladie avait repris une allure épidémique et tout ou presque était déliquescence : manque d'équipes de lutte, techniciens compétents trop âgés et démotivés, plus guère de moyens logistiques et financiers, médicaments obsolètes et

• Travail de l'Association contre la Trypanosomiase en Afrique (P.C., Président de l'ATA), Lavans-Saint Lupicin, France.

• Correspondance : P. CATTAND, Association contre la Trypanosomiase en Afrique, château de Brives, 39170 Lavans-Saint Lupicin • E-mail : cattandp@wanadoo.fr •

dangereux quand ils n'étaient pas inefficaces, schémas diagnostiques et thérapeutiques mal adaptés aux nouvelles données épidémiologiques, etc..

Cette situation était si caricaturale que la trypanosomiase humaine africaine est devenue l'archétype de la maladie oubliée, l'étendard brandi par des organisations caritatives en quête de nouveaux concepts: apparentent ainsi les notions de maladies et de populations négligées, de médicaments orphelins, avec à chaque fois la maladie du sommeil citée dans les tous premiers exemples.

De négligée, la maladie du sommeil est aujourd'hui passée au statut de maladie prioritaire, mais quand même loin derrière le sida, le paludisme et la tuberculose, on ne s'en étonnera pas.

Maladie prioritaire. Est-ce un bien ? Est-ce un mal ?

Pour l'heure, les rares médecins qui continuaient «à y croire» en 1998 ou 1999, malgré tout et malgré tous, vivent un rêve éveillé : il y a de l'argent comme il n'y en a pas eu depuis des décennies, ici les programmes de lutte redémarrent les uns après les autres, là les équipes de lutte sont rajeunies et formées aux nouvelles techniques, partout les médicaments sont gratuits et il n'y a plus de ruptures de stocks,

les responsables sanitaires nationaux semblent désormais concernés par cette curieuse maladie et les initiatives se multiplient. Les populations voient à nouveau arriver des équipes t rypano au bout de leurs pistes, dans leurs villages et jusque dans leurs cases. Les malades diagnostiqués sont traités dans leurs villages quand c'est possible. Qui l'eût dit, il y a seulement cinq ans ?

Oui, ce statut nouveau de maladie prioritaire est une bonne chose. Mais il ne faut pas se voiler la face. Les populations concernées restent parmi les plus pauvres du monde et n'y traiter qu'une maladie, en ignorant les autres maux qui les frappent, ne pourra durer longtemps : il faut déjà penser l'avenir, imaginer de nouvelles stratégies intégrant ces concepts essentiels de populations négligées et de prise en charge globale de la santé ; la manne financière actuelle n'est pas éternelle non plus et le risque est grand de voir bientôt se tarir la corne d'abondance. C'est aujourd'hui qu'il faut préparer demain : si l'on devait tout arrêter après avoir tout relancé, le drame serait terrible dans les villages. Les populations ne pardonneraient pas un retour dans l'oubli.

Elles auraient raison ■