

## LES DIFFICILES DÉBUTS DE LA LUTTE CONTRE LA MALADIE DU SOMMEIL EN AFRIQUE ÉQUATORIALE FRANÇAISE

F.J. LOUIS, P.P. SIMARRO

• Travail de l'Organisation mondiale de la santé, CDS/CDE/ZFK (F.J.L., P.P.S., Médecins), Yaoundé, Cameroun.

*Med Trop* 2005 ; **65** : 251-257

*L'Afrique tropicale est une terre au climat chaud, humide, malsain et inhabitable, une terre qui meurt et qui tue, une terre de soleil et de sommeil, une terre d'anthropophagie et de nombreuses affections qui ravagent impitoyablement les allogènes.*

Ernest Psichari, 1923

L'histoire de la trypanosomiase humaine africaine est indissociable de celle de la colonisation de l'Afrique.

Longtemps, les Européens s'étaient contentés d'occuper quelques comptoirs sur les côtes africaines, où ils pouvaient pratiquer un négoce des plus profitables. Ce n'est qu'au XIX<sup>e</sup> siècle que Britanniques, Belges, Français, Espagnols, Portugais et Allemands vont concourir pour l'occupation d'un continent déjà bien connu des peuples musulmans du Nord et largement exploité par eux.

L'Afrique centrale est la dernière région explorée par les Européens et cette colonisation sera la cause du déclenchement d'une épidémie de maladie du sommeil qui, de l'Atlantique à la région des grands lacs, et du 5<sup>e</sup> degré de latitude nord au 10<sup>e</sup> degré de latitude sud, va ravager en quelques années toute la région, véritable catastrophe humaine et économique.

Le Congo français n'échappe pas à l'épidémie. Très vite, le gouvernement français organise la lutte, difficile, et dont le succès sera long à se dessiner.

### LA CONQUÊTE DE L'AFRIQUE CENTRALE PAR LES FRANÇAIS

De la signature le 9 février 1839 d'un traité avec le roi Denis autorisant l'établissement des Français sur la rive gauche de l'estuaire du Gabon (1) à la fondation de Fort-Lamy en 1900 et à la pacification complète de la région en 1918, la conquête de l'Afrique centrale (appelée le Congo français, puis l'Afrique équatoriale française) aura demandé quatre-vingts ans. Quatre-vingt années à progresser parfois kilomètre après kilomètre, à reconnaître rivière après rivière, à pacifier tribu après tribu.

Cette conquête a été le fait de quelques Européens accompagnés d'un petit contingent de *laptots*, Sénégalais enrôlés comme tirailleurs, et d'une colonne importante de porteurs et de payageurs autochtones, recrutés sur place à grand-peine, au prix de quelques verroteries, d'étoffes ou d'armes vétustes. Parmi ces Européens, on peut citer Pierre et Jacques Savorgnan de Brazza, Albert et Michel Dolisie,

Paul Crampel, Jean Dybowski, Casimir Maistre, Emile Gentil, qui sont les plus connus. Des médecins (Griffon du Bellay, Ballay, Brumpt, Lamy) font souvent partie de ces expéditions. Ils en ramènent de nombreuses observations sur l'état sanitaire des populations visitées.

L'occupation a aussi été missionnaire : de 1850 à 1900, près de vingt missions sont fondées en Afrique centrale, sur la côte atlantique et sur les grands axes de communication que constituent les cours d'eau (Ogooué, Congo, Oubangui, Alima, Likouala, etc). Des religieux et religieuses, souvent très peu nombreux dans chaque mission, de l'ordre de deux ou trois, entreprennent un immense travail d'évangélisation et d'alphabétisation, dans des conditions particulièrement dures. Beaucoup y laissent leur vie, victimes de noyades lors de leurs tournées en pirogue dans les villages, de maladies diarrhéiques, de blessures. Quelques uns sont tués et parfois mangés. Plusieurs mourront de trypanosomiase.

L'Administration suit les explorateurs et les missionnaires. Elle met en place très progressivement les structures nécessaires au bon fonctionnement de la nouvelle colonie. Mais les moyens manquent souvent et on se débrouille comme on peut. Christian Prioul écrit : « Depuis le 11 décembre 1888, le vieux comptoir du Gabon et les territoires parcourus plus à l'est par Brazza sont réunis sous la même administration et reçoivent, le 30 avril 1891, la dénomination de Congo français. Libreville, qui a alors près d'un demi-siècle d'existence, dispose d'environ soixante-dix fonctionnaires pour assurer ses fonctions de capitale. Brazzaville, âgée de huit ans, n'est qu'un modeste poste d'une dizaine de cases, animé par l'arrivée des caravanes venant de Loango et le départ vers l'Oubangui et le Congo de quelques petites embarcations à vapeur » (2). Il ne dit pas un mot sur Bangui, fondée le 25 juin 1889 et qui, en 1892, se résume à « une habitation en paille, deux hangars, élevés au bord de la rivière sur un coin à peine défriché de la forêt qui, à 50 mètres, entourait comme une muraille ce poste qui semblait une prison » (3). Il ne dit rien non plus de Fort-Lamy, qui n'existe pas encore. La ville ne sera fondée que le 23 avril 1900.

Au total, la colonisation française de l'Afrique centrale semble se résumer à quelques explorateurs, quelques militaires (ce sont souvent les mêmes), quelques missionnaires, quelques fonctionnaires. Georges Bruel, Administrateur en chef des colonies, a dressé en 1921 une

liste « des explorateurs, des officiers, des fonctionnaires, des savants, des commerçants, des missionnaires [qui] ont sillonné le pays, ont fait des observations astronomiques, ont levé des itinéraires, ont rapporté des documents de toute sorte grâce auxquels on peut maintenant dresser des cartes détaillées, assez précises, et établir un inventaire des richesses et des possibilités de ce vaste domaine, grand comme quatre Frances, que Brazza, Liotard, Gentil et leurs collaborateurs nous ont donné » (4). Il est intéressant de noter qu'ils ont été 228 de 1800 à 1899 et 447 de 1900 à 1918.

Des 228 pionniers du dix-neuvième siècle, seuls quatre feront une très brève allusion à la maladie du sommeil : le docteur Griffon du Bellay dans un article médical, le Père Augouard dans sa correspondance, Froment dans un rapport d'expédition et Pierre Savorgnan de Brazza dans une conférence.

## LA MALADIE DU SOMMEIL À L'ÈRE PRÉCOLONIALE

Jusqu'en 1900, la maladie du sommeil n'est pas un problème en Afrique centrale. Elle n'est pas citée dans les ouvrages, pourtant volumineux, que les explorateurs de l'époque rédigent et publient à leur retour en Europe. Stanley, qui recrute une abondante main-d'œuvre pour la construction de la route de Matadi à Léopoldville, n'en parle tout simplement pas alors qu'il discourt en détail sur les mœurs et les maladies des indigènes au contact desquels il vit pendant cinq ans, de 1879 à 1884 (5). Coquilhat, qui fonde en 1884 un poste sur le fleuve Congo à hauteur de l'équateur (aujourd'hui Mbandaka), au milieu des redoutés Ba-Ngalas, signale juste une petite nuisance causée par les tsétsé. En 1886, il fonde un nouveau poste aux chutes Stanley, aujourd'hui Kisangani,

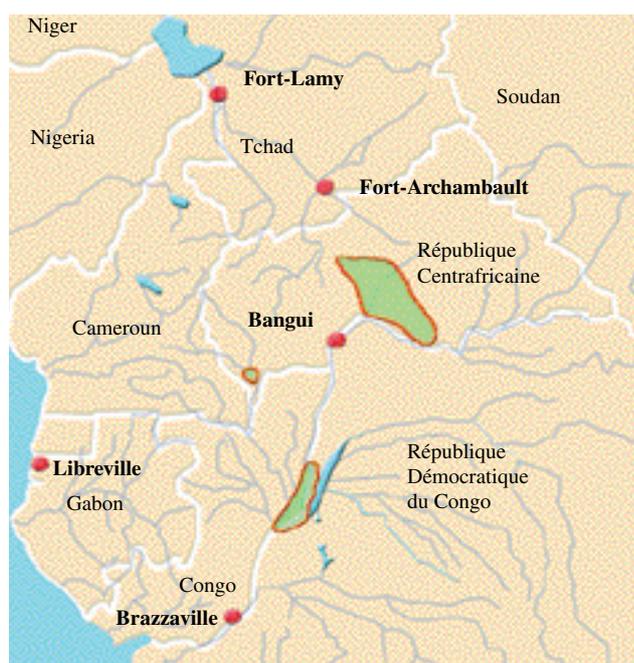


Figure 1 - Les foyers endémiques de maladie du sommeil au Congo français au dix-neuvième siècle.

et n'aborde même pas la question de la maladie du sommeil qui y est manifestement inconnue (6).

Mais elle existe pourtant déjà à cette époque, au Cameroun allemand, en Guinée espagnole, et dans le Congo français, dans des foyers souvent très limités.

Au Congo français, on s'accorde aujourd'hui à penser qu'il y avait au dix-neuvième siècle au moins trois foyers endémiques de trypanosomiase, dans le Moyen-Congo et la Haute-Sangha, et sur le plateau centrafricain (Fig.1). Il y en avait certainement d'autres ; ils n'ont pas été décrits.

## Le foyer du Moyen-Congo

En 1864, Griffon du Bellay publie un « rapport médical sur le service de l'hôpital flottant *La Caravane*, mouillé en rade du Gabon ». Concernant la maladie du sommeil, il écrit : « J'ai observé deux fois cette singulière maladie, qui n'a été signalée jusqu'à présent que parmi les noirs du Congo ; et ce sont, en effet, deux noirs de cette provenance, qui ont été traités et sont morts à bord de *La Caravane* » (7).

En 1877, le R.P. Augouard signale deux cas de maladie du sommeil parmi les autochtones recueillis par les missionnaires dans le Bas-Oubangui, au confluent de l'Oubangui et du Congo (8). Par ailleurs, Froment, qui a séjourné de 1884 à 1886 dans cette région, chez les Boubangui, décrit la maladie comme très courante dans la région (9).

Cette région, d'une longueur approximative de 300 kilomètres, constitue le point de convergence des « trois fleuves », Congo, Oubangui et Sangha, auxquels viennent s'ajouter l'Alima, la Likouala Mossaka et la Likouala aux herbes, l'ensemble constituant le point de passage obligé de toutes les expéditions à venir. Pour Maurice Saragba, il ne fait aucun doute que cette région a constitué « pour l'Afrique équatoriale le centre de gravité de la maladie du sommeil qui aurait anéanti vers la fin de la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle les sujets Bangala et Pandé » (9).

## Le foyer de la Haute-Sangha

C'est Pierre Savorgnan de Brazza en 1890 qui, remontant la Sangha jusqu'à Nola puis la Mambéré jusqu'à Bania, note avec amertume les méfaits de l'endémie qui sévit dans la région. Dans cette région, les Baya appellent la maladie « dzlé na ola », les Yanghéré la nomment « loula lolo », les Haoussa « tsio batsi » et les MBimou « abékié », tous ces noms vernaculaires venant souligner l'ancienneté de la maladie dans la région (9).

Ce foyer est particulièrement limité : au confluent de la Kadeï et de la Mambéré qui se réunissent pour former la Sangha, il a la forme d'un triangle de moins de 70 km de côté, centré par Nola et dont les sommets seraient les villages de Bania sur la Mambéré, Sosso sur la Kadeï et Salo sur la Sangha. Il est cependant placé sur un des axes principaux de circulation vers le Cameroun et le Tchad.

## Le foyer du plateau centrafricain

Dans la Basse-Kotto et le Bas-Mbomou, la maladie est connue depuis longtemps des tribus Sango et Yakoma qui la nomment « ngélango ». Elle est connue aussi des groupes

ethniques Banda et Mandja qui se distribuent sur un vaste polygone centré sur Fort-Sibut (aujourd'hui Sibut), limité au sud par le fleuve Congo, de Fort-de-Possel à Mobaye et Bangassou, et au nord par les villes de Bangafo et de Fort-Crampel (aujourd'hui Kaga-Bandoro). Mais l'affection sévit sur un mode hypo-endémique et n'inspire guère d'inquiétude aux populations (9). Les Mandja la nomment « kobéla ti bouca », littéralement « maladie de Bouca », du nom de la localité où la trypanosomiase sévissait avec le plus d'acuité.

Fort-de-Possel, Fort-Sibut et Fort-Crampel sont les principales étapes sur la route du portage de Bangui à Fort-Archambault (aujourd'hui Sahr). On comprend alors aisément que Banda et Mandja fournirent le plus fort contingent de porteurs. Les Yakoma et les Sango seront aussi employés par les colonisateurs comme porteurs, mais surtout comme payeurs (en 1898, la mission Marchand se plaindra des nombreux sommeilleux recrutés comme membres d'équipage) ou même comme gardes indigènes chargés de l'encadrement des colonnes de porteurs (10).

## L'ÉPIDÉMIE

### Un peuplement très morcelé, des peuples très isolés

L'installation des Bantous en Afrique centrale s'est faite sur plusieurs siècles, par vagues successives. Aux dix-huitième et dix-neuvième siècles, les tribus du Nord, fuyant les razzias des esclavagistes musulmans de l'Adamaoua, du nord du Tchad et du Darfour, sont venues s'installer par petits groupes dans la forêt équatoriale. Là, les attaques incessantes des glossines étaient fatales aux chevaux des esclavagistes, ce qui explique que la colonisation arabe ne soit jamais descendue sous le sixième degré de latitude nord.

Ces occupations successives de la forêt expliquent l'extrême morcellement ethnique des populations du Congo français. Entre ces différents groupes, il n'y avait guère de communications et s'aventurer à quelques kilomètres de son village était courir le grand risque d'être capturé, tué et mangé. Cet isolement des populations explique aussi que la maladie du sommeil soit restée limitée à des foyers très localisés, sans extension notable.

### L'arrivée des Européens va bouleverser cet ordre de choses.

A partir de 1870, l'intense activité commerciale qui va se développer sur la côte, va nécessiter une main d'œuvre indigène de plus en plus importante. La progression de la pénétration à l'intérieur des terres va demander des colonnes de porteurs de plus en plus nombreuses que l'on va recruter au fur et à mesure de l'avancée (à titre d'exemple, la mission Marchand utilisera jusqu'à 4 000 porteurs, la règle étant d'une charge de 25 à 30 kilogrammes et d'une distance de 25 à 30 kilomètres par jour et par porteur). L'utilisation d'animaux de bât était impossible car ils ne survivaient pas aux attaques glossiniennes.

L'occupation du Tchad à partir de 1900 va encore amplifier ce phénomène : pour amener hommes, armes,



Figure 2 - La route du portage, de Pointe-Noire à Fort-Lamy.

munitions et ravitaillement dans la nouvelle colonie, une seule voie est possible, de Pointe-Noire à Fort-Lamy. D'autres voies, plus courtes, ont été étudiées, mais toutes rejetées : la route d'Alger à Fort-Lamy, car elle traverse le Sahara et que les tribus Touareg y entretiennent un grand climat d'insécurité ; la route de Saint-Louis du Sénégal à Fort-Lamy par le Niger, car le fleuve est sous concession britannique et que la mission Voulet-Chanoine qui vient de passer dans la région y a laissé un bien sinistre souvenir ; la route de Port-Harcourt à Fort-Lamy par le Niger et la Bénoué, car elle traverse le Cameroun allemand.

La route de Pointe-Noire à Fort-Lamy emprunte le Congo, l'Oubangui et le Chari, navigables en grande partie, mais il faut aller à pied de Pointe Noire à Brazzaville (la ligne de chemin de fer Matadi-Léopoldville n'est pas encore en service), puis de Bangui à Fort-Archambault (Fig. 2). Cette terrible route du portage, qui traverse les foyers endémiques de trypanosomiase, va utiliser des milliers de porteurs, recrutés parfois de force dans les populations indigènes riveraines, notamment les Banda et les Mandja (10). Le médecin-colonel Malval note en 1901 que « 70 000 porteurs ont circulé en vingt mois sur la ligne Oubangui, Kémo, Chari ».

Limitée alors à quelques petits foyers, la maladie du sommeil va s'étendre de manière foudroyante à tout le Congo français, le long des grands axes de communication.

### L'extension de l'épidémie

En 1881, le médecin de première classe Bestion publie une observation de maladie du sommeil qu'il a eu à traiter en février 1879 chez un lapot sénégalais. Le malade décède fin mars et Bestion conclut : « C'est le seul sujet qui soit venu me demander des soins pour cette affection ; cependant cette maladie est commune au Gabon. Elle n'épargne aucun âge ni aucun sexe » (11).

Il nous faut donc comprendre que la trypanosomiase, encore exceptionnelle au Gabon en 1864, est devenue commune 15 ans plus tard. Kermorgant corrobore cette analyse. Pour lui, il ne fait aucun doute que la maladie du sommeil, longtemps limitée à la région du fleuve Congo comprise entre la Sangha et l'Oubangui, a diffusé dans les années 1880-1890

vers le sud et la côte d'une part, vers le Nord par la Sangha et l'Oubangui d'autre part. Il écrit :

« ...Il est à peu près certain, d'après les renseignements fournis par Cureau, que l'apparition ou au moins la grande diffusion de la léthargie africaine ne remonte pas à plus de dix à douze ans environ. C'est aussi l'opinion du Rév. Grenfell et des missionnaires catholiques fixés depuis longtemps dans le pays.

L'impression de notre confrère corrobore celle de ces ecclésiastiques ; les premiers cas qu'il a vus sont de 1893-1895, au nombre de 4 ou 5 au plus, à Brazzaville ; c'étaient pour la plupart des gens du Moyen-Congo (Bobanghi, Irébou, Baloulou) » (12).

Dès lors, la maladie du sommeil va connaître une expansion continue, que rien ne semble devoir arrêter.

En 1904, Laveran et Mesnil écrivent : « La maladie du sommeil est endémique au Congo français et dans l'Etat indépendant du Congo où, depuis quelques années, elle a pris une grande extension et causé de grands ravages. On observe des cas sporadiques à l'Ouellé, à Basako, à Bangala, à Léopoldville, à Boma ; la maladie règne endémiquement dans la région des Cataractes, à Banza Mantéka notamment. A Berghe-Sainte-Marie, au confluent de la rivière Kassaï et du Congo, dans la colonie scolaire, les cas de léthargie se sont multipliés beaucoup dans ces dernières années. ... Toute la population de la rive gauche du Congo, depuis l'embouchure du Kassaï jusqu'à Bolobo en amont, est en proie à ce fléau, qui a décimé les villages Botanguis » (13).

En 1905, Brumpt confirme que la maladie est endémique au Gabon et sur toute la côte atlantique entre Loango et Cabinda, mais aussi dans le Mayombe et sur les rives du Congo jusqu'à l'équateur, de l'Oubangui jusqu'à Bangui, de la Sangha jusqu'à Ouesso, de la Likouala jusqu'au 2<sup>e</sup> degré de latitude nord, de la rivière Kassaï et de ses affluents (14).

L'importante mission Martin-Roubaud-Lebœuf arpente tout le Congo français de 1906 à 1908. Ils montrent que toute la colonie est maintenant concernée par la trypanosomiase, pratiquement jusqu'à la frontière avec le Tchad (15).

En 1912, Laveran et Mesnil, dans la deuxième édition de leur ouvrage de référence, confirment que la Guinée espagnole, le Cameroun, le Gabon, la côte atlantique et tout le bassin du Congo et de la Niari-Kouilou sont touchés par la maladie du sommeil (16).

Deux ans plus tard, Bouilliez décrit un foyer de trypanosomiase à Moïssala, au sud du Tchad (17). Le bassin du Chari est donc atteint à son tour. Celui du Logone le sera en 1919 (18) et c'est alors toute la colonie française qui est frappée.

En fait, c'est toute l'Afrique centrale qui est concernée par la maladie du sommeil : le Cameroun, la Guinée espagnole, le Congo français, le Congo belge, le Congo portugais et l'Ouganda sont également frappés par l'épidémie. La mortalité est effroyable. On l'estime à plus d'un million d'habitants, quand la région n'en compte pas vingt. Winston Churchill estime qu'en Ouganda, la population a été divisée par quatre.

Les grandes puissances coloniales comprennent très vite qu'il leur faut prendre des mesures d'urgence pour enrayer au plus vite cette catastrophe humaine et économique.

## LA LUTTE CONTRE LA MALADIE DU SOMMEIL.

Il est important de comprendre que les connaissances sur la maladie du sommeil sont très récentes au moment où se déclenche l'épidémie : le trypanosome est découvert dans le sang d'un malade par Forde et Dutton en 1901, dans le liquide céphalo-rachidien d'un autre malade par Castellani en 1903 (13). Le rôle de la glossine dans la transmission de la maladie humaine est établi par Brumpt en 1903 également (14) et l'atoxyl est utilisé avec succès pour la première fois par Hollebecke en 1905 à Léopoldville (Kinshasa) (19).

La première action des puissances coloniales, alarmées par l'ampleur que prend l'épidémie, est d'envoyer sur place des missions scientifiques chargées de réaliser un état des lieux, en Angola en 1901-1902 (Bettencourt, Kopke, de Rezende, Comea Mendes), en Ouganda en 1902-1903 (Low, Christy, Castellani), au Congo belge de 1903 à 1905 (Dutton, Todd, Christy), à l'île du Prince en 1907-1908 (Correa Mendes), en Guinée espagnole en 1909 (Pittaluga, Illera, Pittaluga). En 1906, la France envoie dans sa colonie congolaise une « Mission d'Etude de la Maladie du Sommeil ». A la suite des travaux de cette mission, des mesures administratives sont prises pour organiser la lutte et un service sanitaire spécialement dédié à la lutte contre la maladie du sommeil est mis en place.

### La Mission d'Etude de la Maladie du sommeil

En France, M. Le Myre de Vilers, président de la Société de Géographie, réunit les deux cent mille francs nécessaires à l'expédition. Une commission scientifique composée de M. Le Myre de Vilers, du Dr Laveran, de M. Bouvier, professeur au Muséum d'Histoire Naturelle, de M. Giard, professeur à la Sorbonne, du Dr Kemorgant, Inspecteur général du Service de santé des colonies, et des Drs Mesnil et Roux, de l'Institut Pasteur, se réunit rapidement. Elle charge MM. Laveran, pour les instructions médicales, Bouvier et Giard, pour les instructions zoologiques, de définir les objectifs de la mission. Elle nomme pour « la Mission d'Etude de la Maladie du Sommeil », le docteur Gustave Martin, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe des Troupes



Figure 3 - La mission d'étude de la maladie du sommeil.

coloniales, le docteur Leboeuf, aide-major de 1<sup>ère</sup> classe des Troupes coloniales, M. Emile Roubaud, agrégé des sciences naturelles, M. Weiss, aide-naturaliste, et M. Muny, chargé de mission colombo-phile (Fig. 3).

La mission quitte la France le 25 octobre 1906. Arrivée à Brazzaville, elle s'installe dans un petit bâtiment offert par le Commissaire général Emile Gentil. Les premiers mois sont employés à construire un laboratoire, un insectarium, une singerie, un aquarium et des locaux d'hospitalisation des malades sommeilleux. Les années 1907 et 1908 seront consacrées, avec l'aide des neuf médecins alors affectés au Congo français (Kérandel, Heckenroth, Ouzilleau, Carmouze, Couvy, Ruelle, Bouilliez, Peyrot, Gravot), à l'établissement des cartes de distribution des glossines et de la maladie du sommeil et à une étude entomologique extrêmement poussée. Pour la première fois est décrit le cycle évolutif du trypanosome à l'intérieur de la mouche. Un volumineux rapport de plus de 700 pages est publié en 1909, quelques semaines à peine après le retour en France des missionnaires (15).

### **La fondation de l'Afrique Equatoriale Française et les premiers décrets**

Le Gouvernement de l'Afrique Equatoriale Française (AEF) et la Direction du Service de santé et de l'Inspection sanitaire sont créés le 25 mars 1909.

Le personnel médical se limite à 15 médecins : 4 au Gabon (à Libreville, Loango et Lambaréné), 7 au Congo (à Brazzaville, Nola, Madingou et Ouesso), dont 2 détachés à la Mission d'Etude de la Maladie du Sommeil, 2 en Oubangui-Chari (à Bangui et Mobaye) et 2 au Tchad, dans les troupes.

Si peu nombreux, les médecins doivent assurer le service médical le plus large. « Il se comprendrait mal que, disposant de peu de médecins pour soigner de 8 à 10 millions d'habitants et 8 000 tirailleurs, l'Autorité supérieure ne se fermât dans des attributions étroites d'où il leur serait interdit de sortir, et on connaît trop l'esprit de dévouement et d'initiative éclairée qui anime le Corps de santé pour n'être pas assuré que chacun de ses membres désire étendre le plus possible son champ d'action » (20).

Le 15 juin 1909, une circulaire du Gouverneur général Merlin dresse la liste des mesures à prendre pour lutter contre la trypanosomiase :

- obligation pour les chefs de village de déclarer chaque nouveau cas de trypanosomiase ;
- obligation pour les chefs de village d'isoler leurs malades dans des cases spéciales, à au moins 500 mètres sous le vent des villages et surtout loin des gîtes ordinaires des tsésés ;
- débroussaillage autour des villages et des habitations, dans une étendue d'au moins 500 mètres autour des habitations ;
- utilisation des moustiquaires conseillée ;
- abandon du village s'il y a trop de cas et reconstruction sur un terrain élevé et dénudé ;
- accès aux régions indemnes interdit aux indigènes contaminés ;

- évacuation sur une formation sanitaire d'un fonctionnaire ou d'un militaire indigène contaminé, sur autorisation de l'Administrateur de la région, à la seule condition qu'un traitement approprié puisse lui être administré en cours de route.

Le 23 juin 1909, le Gouverneur général prend un deuxième arrêté :

- dans les centres de la Colonie du Congo où il existe une formation sanitaire régulière, un service de surveillance de la maladie du sommeil est institué. A Brazzaville, ce service est assuré par l'Institut Pasteur ;

- tous les indigènes suspects de trypanosomiase sont adressés sans délai au médecin chef de la formation sanitaire ;

- sont adressés d'office au médecin chef de la formation sanitaire les détenus et tous les indigènes, civils et militaires, ayant à travailler d'une manière ou d'une autre pour les services publics ;

- le permis d'embarquement n'est délivré que sur présentation d'un certificat médical attestant que le sujet est indemne de trypanosomiase ;

- l'autorité médicale doit procéder dans les délais les plus courts à l'examen des indigènes qui lui sont adressés ;

- l'indigène mis en observation est astreint à se présenter régulièrement à la visite médicale ;

- l'indigène isolé est interné dans les villages dits d'isolement.

C'est sur ces bases que la lutte contre la maladie du sommeil sera conduite jusqu'en 1930. Quelques corrections mineures seront apportées en 1911 : instauration d'un passeport sanitaire à la place du permis d'embarquement, inscription de la maladie du sommeil dans la liste des maladies à déclaration obligatoire.

### **L'Institut Pasteur de Brazzaville**

L'Institut est fondé en 1908. Il résulte de la signature d'une convention entre le Gouverneur général de l'AEF, l'Institut Pasteur et la Société de Géographie et il s'installe dans les terrains et immeubles laissés par la Mission Martin - Roubaud - Leboeuf, avec pour mission d'être « le continuateur permanent de la Mission d'Etude de la Maladie du Sommeil », selon le vœu du Docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur. C'est d'ailleurs Gustave Martin qui en est le premier directeur en 1909. Il s'attache à l'étude des troubles psychiatriques liés à la maladie.

Dès 1909, tous les médecins et personnels de santé affectés en AEF doivent rejoindre l'Institut Pasteur pour y suivre une formation au diagnostic et au traitement de la trypanosomiase. Arrivés dans leur affectation, ils constitueront autant de relais dans la lutte contre la parasitose.

Paul Aubert et Ferdinand Heckenroth succèdent à Martin, de 1910 à 1913. Ils poursuivent le dépistage de la maladie du sommeil en AEF et traitent par l'atoxyl tous les malades diagnostiqués. En 1911, Montfortessaie de retrouver les 253 malades traités en 1910 par Aubert dans la Haute-Sangha : 24 sont décédés, 81 n'ont pu être retrouvés, 42 sont partis ailleurs définitivement et 39 sont absents du village le jour du passage du médecin. Sur les 148 malades revus, 37

n'étaient pas guéris, soit 25 %. Montfort estime plutôt qu'il y a eu un taux de succès de 75 % (21).

Sur cette question de l'« atoxylation » des malades, les docteurs Ringenbach et Guyomar<sup>h</sup> écrivent : « Les injections de médicaments, comme l'atoxyl, étant susceptibles de produire chez les malades une stérilisation des liquides de leur organisme pendant une durée d'au moins deux mois, c'est-à-dire de rendre pendant tout ce temps ces individus inoffensifs pour leurs congénères, il serait de toute nécessité de répartir dans les régions contaminées des médecins qui seraient chargés de cette prophylaxie chimique. Ces médecins feraient tous les deux mois environ des tournées dans les villages des secteurs dont ils auraient la surveillance sanitaire ; ils établiraient un recensement des malades qu'ils traiteraient immédiatement ; tous les deux mois, ces individus recevraient une série d'injections médicamenteuses au moment du passage du médecin. On arrive ainsi à diminuer sensiblement les réservoirs de virus et à lutter avec efficacité contre la diffusion de la maladie du sommeil. Ces médecins pourraient, par la même occasion, sans que ce soit pour eux une bien grande perte de temps, faire des vaccinations antivarioliques » (22).

Ce sont les premiers fondements de la lutte contre les grandes endémies. L'atoxylation périodique des malades devient la principale arme dans la lutte contre la maladie du sommeil.

En 1914, le nouveau directeur de l'Institut Pasteur est Gaston Muraz et le sous-directeur Eugène Jamot. La Première Guerre Mondiale vient interrompre leurs travaux à peine ébauchés. Ce n'est qu'en 1917 que le Gouverneur-général de l'AEF Merlin envoie Jamot, sur sa demande expresse, avec une petite équipe à Bouca, sur la rivière Fafa en Oubangui-Chari. Dans cette zone pilote, il tente ses premières expériences prophylactiques et obtient d'excellents résultats : d'août 1917 à mai 1919, il examine 89 743 habitants sur un territoire de plus de 100 000 km<sup>2</sup> et dépiste et traite 5 347 trypanosomés, soit 6 % de la population examinée. Les règles qu'il a adoptées et érigées en méthode sont directement héritées de ceux qui l'ont précédé en AEF : c'est une équipe médicale complète qui se rend dans un village, toute la population du village est examinée, tous les malades sont traités sur place. Fait nouveau cependant : il emploie des techniciens indigènes recrutés et formés sur place.

## Les secteurs de prophylaxie de la maladie du sommeil

Les excellents résultats obtenus par Jamot vont aboutir très vite à la mise en place par Angoulvant, nouveau Gouverneur-général de l'AEF, de secteurs de prophylaxie « auxquels [est] attaché un service sanitaire spécial, dépendant de l'Assistance médicale, relevant du Gouvernement général et de la Direction du Service de santé de l'Afrique Equatoriale Française » (23). En 1918, est créé le secteur I (Haut-Chari, centre : Dékoa), en 1919 les secteurs II (Ibenga-Motaba, centre : Impfondo), III (Fort-Archambault) et IV (Djoué-Loudima, centre : Loudima). En 1920 est mis en place le secteur V (Ouham-Pendé-Fafa, centre : Bossangoa), en 1921 les secteurs VI (Loango-Loudima, centre : N'Tima),

VII (Haut-M'Bomou, centre : Zémio), VIII (Bas Ogooué-Bongo, centre : Lambaréné) et IX (Haut-Ogooué, centre : Franceville), en 1922 le secteur X (Estuaire Gabon). Le secteur XI (Bas-Chari) ne sera installé qu'en 1925. L'Institut Pasteur de Brazzaville est un territoire réservé, le centre de référence de la lutte contre la maladie du sommeil. En 1921, 15 954 personnes y sont examinées et 215 sommeilleux diagnostiqués et traités (24).

Le secteur III est d'abord dirigé par le Dr Bouilliez, mais atteint d'une hépatite virale, il est rapatrié en France à la fin de l'année 1919 où il décède rapidement. Il est remplacé par Gaston Muraz, qui tiendra le poste de 1920 à 1927. Son travail consiste à prospecter tous les villages, examiner tous les habitants, traiter tous les trypanosomés, essayer de nouveaux trypanocides comme le Fourneau 309 ou le tryparsamide, diagnostiquer et traiter les trypanosomoses animales, lutter contre les glossines et assurer l'assistance médicale indigène (AMI). En 1926, dans le cadre de cette AMI, il a donné 19 793 consultations, pratiqué 82 883 vaccinations antivarioliques et assuré 774 hospitalisations. Dans ses activités de lutte contre la maladie du sommeil, il s'excuse de n'avoir pu réaliser « que » 216 961 visites, contre 368 350 en 1925, mais il a quand même réalisé 23 221 injections trypanocides (25).

Malgré ces chiffres impressionnants, les secteurs de prophylaxie s'avèrent vite un échec. Muraz s'en explique avec amertume :

« En 1922, 10 secteurs étaient pourvus de médecins, mais l'année suivante, en raison de l'extrême pénurie du personnel, trois secteurs seulement (II, III, X) sur les dix organismes créés fonctionnaient normalement ; quatre (I, IV, VI, VIII) travaillaient pendant quelques mois ; trois (V, VII, IX) n'eurent qu'une existence virtuelle.

...Jusqu'en 1925-1926, par la force des choses, on a mis en œuvre, en Afrique Equatoriale Française, la prophylaxie et la thérapeutique de l'à-peu-près.

... Si Jamot a pu cureter à fond les foyers d'hypnose du Centre-Cameroun, il faut certes lui en rendre le meilleur hommage. Mais il faut dire aussi qu'il a pu, pour cette très grande tâche, disposer d'un personnel nombreux, de bonne qualité et mis en service dans un territoire relativement peu étendu. Nous sommes persuadé que si l'Afrique Equatoriale Française, en ces dix dernières années, avait pu employer, eu égard à la superficie de ses régions contaminées, un personnel suffisant, le recensement des malades eut singulièrement augmenté et, par suite, la prophylaxie eût été plus active » (25).

En effet, Jamot a pu de 1927 à 1928 examiner 783 763 Camerounais et dépister et traiter 178 507 trypanosomés. Ces résultats exceptionnels ont été rendus possibles par la mobilisation de 10 équipes médicales, 350 agents de santé, et ils conduisirent rapidement à la rupture du cycle épidémiologique par la stérilisation du réservoir humain de parasites, et de fait à la maîtrise de la maladie du sommeil au Cameroun.

C'est loin d'être le cas dans l'Afrique équatoriale française qui, avec seulement 138 agents de santé sur un territoire 10 fois plus grand que le Cameroun, ne dépiste que 30 000 nouveaux trypanosomés chaque année (28 589 en 1921,

Tableau I - Personnels affectés en 1927 à la lutte contre la maladie du sommeil en Afrique équatoriale française et au Cameroun (23).

Colonie	Afrique équatoriale française	Cameroun
Superficie en km <sup>2</sup>	1 196 000	130 000
Personnel :		
- médecins	8	10
- hygiénistes	2	10
- infirmiers européens	9	10
- agents sanitaires	3	20
- infirmiers indigènes	116	300
Total	138	350

30323 en 1922, 30000 en 1928), alors qu'on estime qu'il y a plus de 50 000 nouveaux cas annuels (Tableau I).

### La réorganisation des secteurs de prophylaxie

Le 21 mars 1929, une note circulaire du Gouverneur général de l'AEF réorganise le service spécial de prophylaxie de la maladie du sommeil (9).

Le service est rattaché à l'Inspection générale des services sanitaires : il y a désormais une seule direction sanitaire et le cloisonnement entre service spécial de prophylaxie de la maladie du sommeil et assistance médicale indigène est supprimé. Les médecins de l'AMI doivent également participer à la lutte contre la trypanosomiase.

A Brazzaville est créé un bureau central, dirigé par le Médecin inspecteur général des services sanitaires ; 28 secteurs sont créés, 14 dirigés par des médecins des troupes coloniales, et 14, de moindre importance, par des médecins de l'AMI ; 60 centres de traitement sont créés, où les malades doivent se présenter régulièrement pour leurs soins.

Malgré tout, la pénurie manifeste en médicaments et en équipement rend très précaire ce programme d'attaque ambitieux. Il fonctionnera pourtant, vaillamment, pendant dix ans.

La Deuxième Guerre Mondiale anéantira à nouveau tous les efforts ■

### RÉFÉRENCES

- 1 - GUILLEMOT M - Notice sur le Congo Français. J. André ed, Paris 1900, 160 pages.
- 2 - PRIOUL C - Entre Oubangui et Chari vers 1890. Recherches Oubangiennes, Société d'ethnographie, 1981, T. VI, 199 pages.
- 3 - KALCK P - Un explorateur du centre de l'Afrique. Paul Crampel (1864-1891). L'Harmattan ed, Paris 1993, 259 pages.
- 4 - BRUEL G - Tableau sommaire de l'exploration et de la reconnaissance de l'Afrique équatoriale française. Bulletin de la Société de géographie de Marseille, 1918-1921, n° 43-44, 42-68.
- 5 - STANLEY HM - Cinq années au Congo, 1879-1884. Maurice Dreyfous ed, Paris 1885, 696 pages + cartes.
- 6 - COQUILHAT C. - Sur le haut Congo. J. Lebègue ed, Paris 1888, 535 pages.
- 7 - GRIFFON DU BELLAY - Rapport médical sur le service de l'hôpital flottant La Caravane, mouillé en rade du Gabon, comprenant une période de deux années (du 1<sup>er</sup> novembre 1861 au 1<sup>er</sup> novembre 1863). *Arch Med Navale* 1864, 13-80.
- 8 - Mgr AUGOUARD - 28 années au Congo. Lettres de Mgr Augouard. Société Française d'Imprimerie et de Librairie, Poitiers 1905, T.I : 533 pages, T.II : 648 pages.
- 9 - SARAGBA M - Histoire de la trypanosomiase ou maladie du sommeil en Oubangui-Chari (R.C.A.) de 1910 à 1950. Thèse de doctorat de troisième cycle, Aix-Marseille 1 1983, 520 pages.
- 10 - MOLLION P - Sur les pistes de l'Oubangui-Chari au Tchad, 1890-1930. Le drame du portage en Afrique Centrale. L'Harmattan ed, Paris 1992, 270 pages.
- 11 - BESTION - Etude sur le Gabon, son sol, son climat, ses habitants et ses maladies. *Arch Med Navale* 1881, 401-421.
- 12 - KERMORGANT A. - Notes sur la maladie du sommeil au Congo. Etat approximatif de sa diffusion au mois de juillet 1905. *Ann Hyg Colon* 1906 ; 9 : 126-131.
- 13 - LAVERAN A, MESNIL F - Trypanosomes et trypanosomiasis. Masson et Cie ed, Paris 1904, 419 pages.
- 14 - BRUMPT E - Maladie du sommeil. Distribution géographique, étiologie, prophylaxie. *Arch Parasitol* 1905 ; 9 : 205-224.
- 15 - MARTIN G, ROUBAUD E, LEBOEUF A - La maladie du sommeil au Congo français. Masson ed, Paris 1909, 717 pages + figures et carte.
- 16 - LAVERAN A., MESNIL F. - Trypanosomes et trypanosomiasis. 2<sup>e</sup> édition. Masson et Cie ed, Paris 1912, 999 pages.
- 17 - BOUILLIEZ M - Exposé des travaux en cours au laboratoire de Fort-Archambault (trypanosomiasis, mouches piquantes, paludisme, bilharziose, goitre). *Bull Soc Pathol Exot* 1914 ; 7 : 685-694.
- 18 - MURAZ G - Essai de détermination de la limite Nord de la maladie du sommeil en Afrique équatoriale française. *Bull Soc Pathol Exot* 1922 ; 7 : 685-694.
- 19 - LE BORGNE EJ - La trypanosomiase humaine. Distribution géographique, diagnostic, prophylaxie, traitement. Thèse de doctorat en médecine, Bordeaux 1908, 139 pages.
- 20 - CONAN - Organisation du Service de Santé en Afrique Equatoriale Française. *Ann Hyg Colon* 1913 ; 16 : 1-70.
- 21 - MONTFORT - Contribution à l'étude de la répartition et de la prophylaxie de la trypanosomiase humaine dans la Haute-Sangha (avril-mai 1911). *Ann Med Hyg Colon* 1911 ; 593-612.
- 22 - RINGENBACH J, GUYOMARC'H - Notes de géographie médicale de la Section française de la Mission de délimitation Afrique équatoriale française - Cameroun en 1912-1913. *Bull Soc Pathol Exot* 1915 ; 8 : 515-546.
- 23 - MURAZ G - Réorganisation du Service de la maladie du sommeil en Afrique Equatoriale Française. *Bull Soc Pathol Exot* 1930 ; 23 : 331-341.
- 24 - BOYE - Fonctionnement technique des secteurs de prophylaxie de la maladie du sommeil dans l'Afrique Equatoriale Française pendant l'année 1921.
- 25 - MURAZ G - Résumé de l'action, en Afrique Equatoriale Française, pendant huit ans (1920-1927), d'un Secteur de prophylaxie de la Maladie du sommeil. *Bull Soc Pathol Exot* 1928 ; 21 : 141-158.