

Vers la maîtrise de l'endémie sommeilleuse dans le foyer de Nola-Bilolo en Centrafrique

Towards the control of the endemic of sleeping sickness in Nola-Bilolo focus, Central African Republic

P. Mbelesso · S. Mbadingai · G.L.S. Laghoe Nguembe

Reçu le 6 juillet 2009 ; accepté le 16 juin 2011
© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2011

Résumé La trypanosomose humaine africaine (THA) sévit dans trois foyers historiques en République centrafricaine (RCA). La lutte contre cette affection était organisée par les autorités coloniales au travers des services d'hygiène et de lutte contre les grandes endémies. L'appui multivarié des partenaires au développement et l'apport du gouvernement ont permis de maîtriser le foyer de Nola-Bilolo, jadis hyperendémique. Les auteurs rapportent les résultats des actions de lutte menées par le Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (PNLTHA), contre cette affection dont le résultat est l'extinction de la maladie dans ce foyer. Il s'agit d'une étude rétrospective allant de 1991 à 2008, dont les données ont été recueillies auprès du PNLTHA à Bangui et du centre de diagnostic–traitement de Nola. Une forte endémie avec plus de 300 cas/an en 1991 avait été constatée. La régression des cas dépistés, avec en moyenne 200,8 cas/an, était observée entre 1992 et 1998. Moins de 50 cas/an étaient recensés de 2000 à 2006, et aucun cas n'a été dépisté depuis 2007 ; 69,35 % des malades étaient dépistés activement ; 5 000 pièges coniques de type Gouteux-Lancien imprégnés de deltaméthrine avaient été posés dans 15 quartiers de la ville de Nola et dans 46 villages alentours par 20 piègeurs entièrement pris en charge par le programme. C'est l'exemple que des actions de dépistage actif régulier de masse, de traitement systématique des cas dépistés et de lutte antivectorielle bien conduite peuvent donner l'espoir aux populations touchées de

vivre sereinement afin de contribuer au développement de leur pays. *Pour citer cette revue : Bull. Soc. Pathol. Exot. 104 (2011).*

Mots clés Maîtrise · Endémie sommeilleuse · Lutte antivectorielle · Dépistage · Traitement · Nola-Bilolo · République centrafricaine · Afrique intertropicale

Abstract Sleeping sickness is more prevalent in three historical regions of Central African Republic. Control measures were organized by the colonial authorities through health services to fight against this disease and other major diseases. Multivariate analysis and the government helped in controlling the disease in the focus of Nola-Bilolo, which was formerly hyperendemic. The authors report the results of the control measures that resulted in the extinction of the disease in this outbreak. This is a retrospective study from 1991 to 2008, and the data were collected from the National Program to fight against human African trypanosomiasis in Bangui and in the diagnostic and treatment center of Nola. It was highly endemic, with more than 300 cases recorded in the year 1991. The average number of cases was 200.8 per year between 1992 and 1998. Less than 50 cases per year were recorded from 2000 to 2006, and no cases have been detected since 2007. 69.35% of the patients were actively screened. 5,000 conical deltamethrin-impregnated traps (Gouteux and Lancien) had been used in 15 districts in the city of Nola and 46 surrounding villages by 20 trappers fully supported by the program. This is an example of regular active mass screening. Systematic treatment of detected cases and well-conducted vector control measures give hope to the affected populations to live peacefully in order to contribute to the development of their country. *To cite this journal: Bull. Soc. Pathol. Exot. 104 (2011).*

Keywords Control · Endemic sleeping sickness · Vector control · Screening · Nola-Bilolo · Central African Republic · Sub-Saharan Africa

P. Mbelesso (✉)
Service de neurologie, hôpital de l'Amitié de Bangui,
faculté des sciences de la santé de Bangui,
BP 3183, Bangui, République Centrafricaine
e-mail : pmbelesso@yahoo.com

S. Mbadingai
Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine
africaine, BP 113, Bangui, République centrafricaine

G.L.S. Laghoe Nguembe
Institut Pasteur de Bangui, BP 923, Bangui,
République centrafricaine

Introduction

Longtemps, la maladie du sommeil ou trypanosomose humaine africaine (THA) a sévi sur toute l'étendue du territoire centrafricain de manière endémique avec des périodes de poussées épidémiques. [1]. Cette maladie se manifeste dans trois foyers historiques en République centrafricaine (RCA) auxquels s'ajoute le foyer de la Lobaye au sud du pays qui tend à se réveiller [4]. La lutte contre cette maladie remonte à la période coloniale, d'abord avec le Dr Jamot, puis par les autorités coloniales au travers des services d'hygiène et de lutte contre les grandes endémies. Des visites médicales de masse étaient faites dans les villes et villages concernés par des équipes mobiles, et les patients dépistés activement étaient traités systématiquement [6]. Cela a abouti à la réduction drastique de la prévalence et de l'incidence de la maladie dans les années 1960 [1]. Mais la détérioration des systèmes de santé, l'abandon ou l'affaiblissement des programmes de lutte, l'instabilité sociopolitique avec les mouvements incessants de la population ont entraîné une résurgence de la maladie dans les années 1980 [1]. Tous ces éléments ont suscité la création en 1986 du PNLTHA par le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) de la RCA. Il s'agit d'un organe chargé d'organiser la lutte contre la THA sur l'étendue du territoire national.

Ce programme, grâce à l'appui multivarié des partenaires au développement et à l'apport du gouvernement, a œuvré efficacement à la stabilisation, puis à la décroissance progressive de la maladie, par l'intensification de la prospection (dépistage actif et traitement), la création des centres de traitement ambulatoire (Nola centre, commune de Bilolo), la lutte antivectorielle avec pose de pièges coniques imprégnés d'insecticides [8]. Malheureusement, les multiples troubles militaires qu'a connus le pays depuis 1996 ont favorisé une reprise évolutive de l'endémie dans deux foyers du pays : l'Ouham et le Haut Mbomou.

Le foyer de Nola se situe dans la préfecture de la Sangha-Mbaéré au sud-ouest du pays. Il a été relativement épargné par les crises sociopolitiques, ce qui a permis la pérennisation des actions de lutte dans cette zone, d'où l'objectif de notre travail qui consiste à décrire les données statistiques de l'action du PNLTHA dans la commune de Nola de 1991 à 2008.

Il est à noter que la ville de Nola compte près de 70 000 habitants. Elle recèle d'importantes ressources forestières (bois), fauniques et minières (diamant). En dépit de ces conditions agroécologiques favorables pour la production agricole, l'activité dominante de la zone reste l'exploitation minière. L'économie rurale est fortement monétarisée en raison de la présence massive des bureaux d'achat et des collecteurs de diamant.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective qui couvre la période de 1991 à 2008. Les données ont été collectées auprès du PNLTHA au sein de la Direction de la médecine préventive et de lutte contre la maladie à Bangui d'une part, et d'autre part au centre de diagnostic-traitement à l'hôpital préfectoral de Nola.

Les variables suivantes ont été notées pendant l'étude :

- identification du malade : âge, sexe, localité, année ;
- résultats de la biologie du malade ;
- population examinée ;
- nombre de malades dépistés.

Dans les archives consultées, nous nous sommes aussi intéressés aux stratégies menées (dépistage actif ou passif), aux rapports de supervision et à ceux de la lutte antivectorielle.

Les données ont été collectées sur une fiche d'enquête établie à cet effet. L'analyse des données a été faite avec le logiciel ÉpiInfo™ version 5.

Résultats

Dans le foyer de Nola-Bilolo, à la suite des actions de dépistage-traitement systématique des malades associées à la lutte antivectorielle ciblées sur la zone, on a constaté une forte endémie, avec plus de 300 cas/an en 1991. Une régression à plus de 200 cas/an de 1992 à 1998 a été retrouvée. Moins de 50 cas/an entre 2000 et 2006 ont été recensés, et zéro cas par an depuis 2007.

Les données sur la répartition des cas par rapport aux campagnes de dépistage sont répertoriées dans le Tableau 1 ; 69,35 % des malades ont été dépistés activement. Les périodes évolutives de l'endémie dans ce foyer par rapport aux autres foyers du pays sont représentées par les Figures 1 à 4

Par ailleurs, 15 quartiers dans la ville de Nola et 46 villages alentours ont fait l'objet de poses de pièges coniques de type Gouteux-Lancien imprégnés de deltaméthrine.

Au total 5 000 pièges avaient été posés dans les quartiers de la ville de Nola et les villages environnants par 20 piègeurs recrutés et formés par le programme.

Discussion

L'histoire de la maladie du sommeil est étroitement liée aux événements sociopolitiques en Afrique. Comme beaucoup de pays subsahariens où existent des foyers trypaniques endémiques, la RCA a connu une longue période d'accalmie au lendemain de l'indépendance en 1960. Mais une

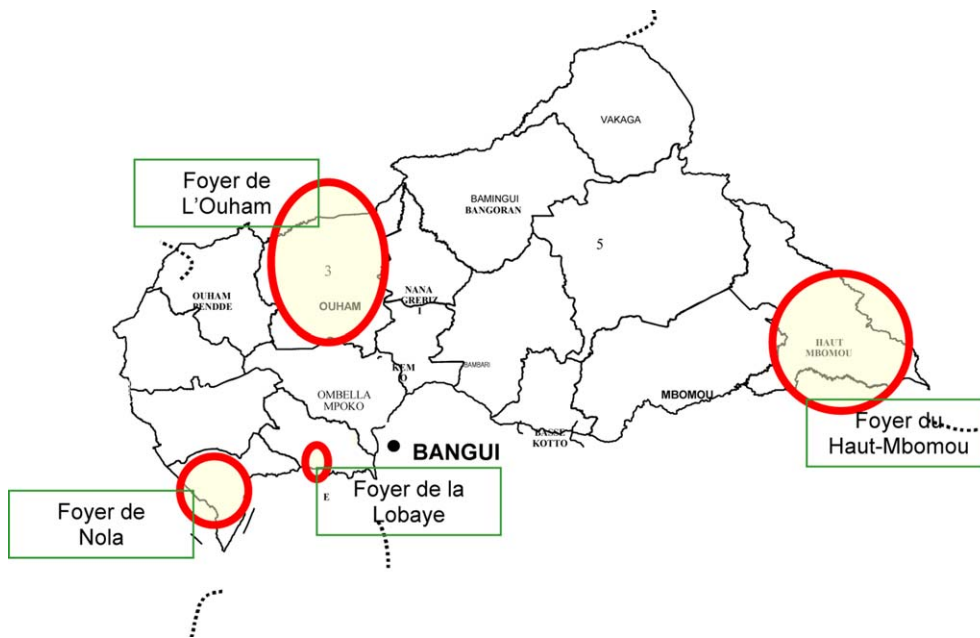


Fig. 1 Les foyers de THA en Centrafrique / *HAT foci in Central African Republic*

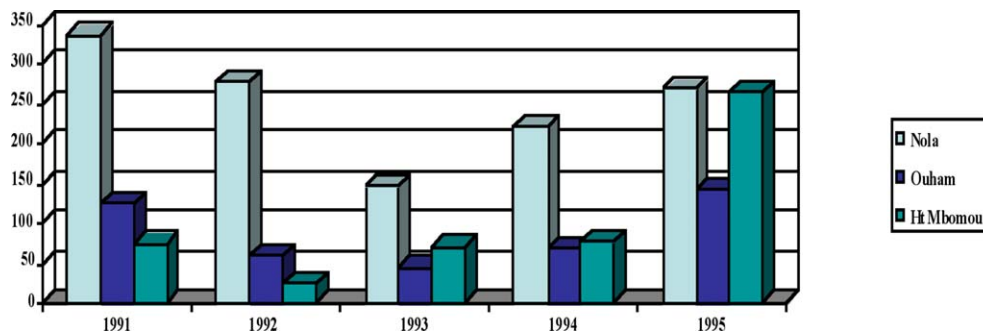


Fig. 2 Prévalence de la THA à Nola de 1991 à 1995 par rapport aux autres foyers / *HAT prevalence in Nola from 1991 to 1995 compared with other foci*

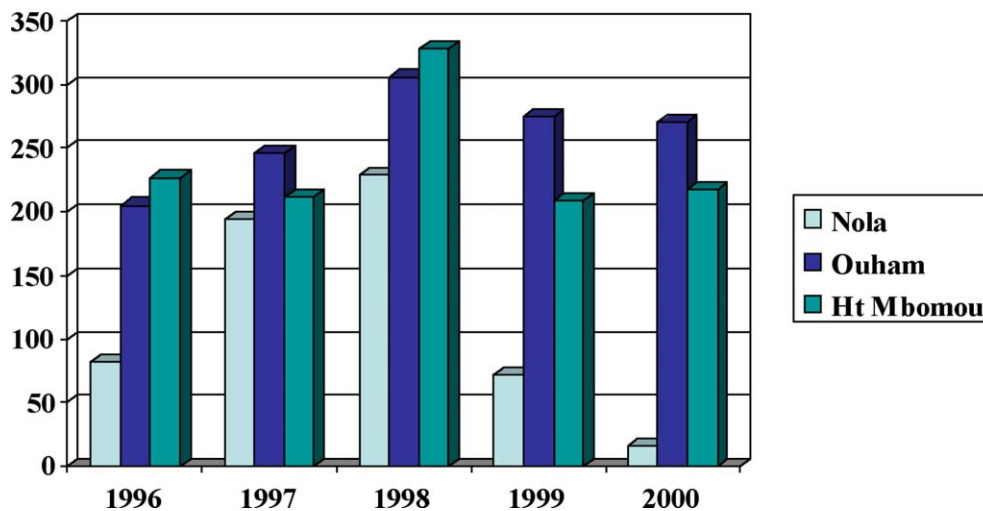


Fig. 3 Prévalence de la THA à Nola de 1996 à 2000 par rapport aux autres foyers / *HAT prevalence in Nola from 1996 to 2000 compared with other foci*

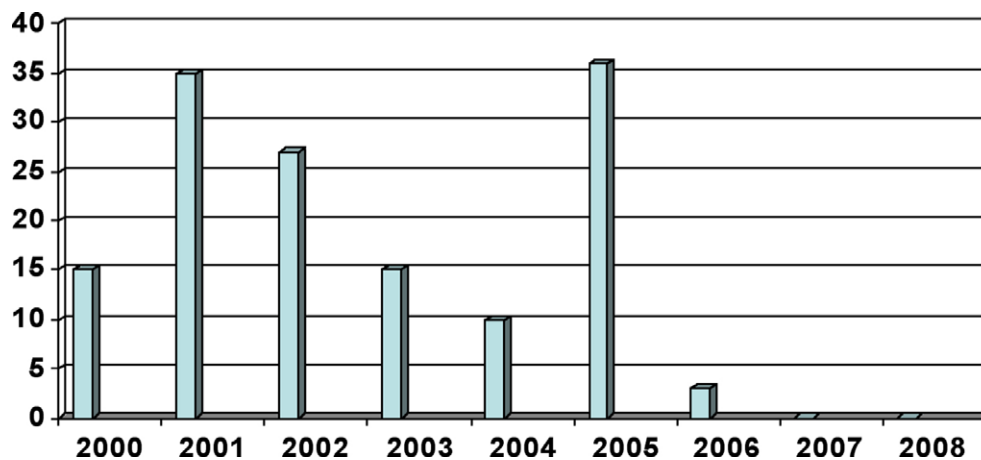


Fig. 4 Prévalence annuelle des cas de trypanosomose à Nola de 2000 à 2008 / *Yearly prevalence of trypanosomiasis cases in Nola from 2000 to 2008*

défaillance de la surveillance épidémiologique a entraîné le réveil en 1979 du foyer de Nola qui était presque éteint [4].

Cette flambée s'explique par la détérioration des systèmes de santé, l'abandon ou l'affaiblissement des programmes de lutte, l'instabilité sociopolitique avec les mouvements incessants de la population [2,3]. Le gouvernement a créé en 1990 le PNLTHA [5]. Ce programme a œuvré efficacement à la stabilisation, puis à la décroissance progressive de la maladie, par l'intensification de la prospection (dépistage actif et

traitement), la création des centres de traitement ambulatoire (Nola centre, commune de Bilolo) et la lutte antivectorielle, avec la pose de pièges coniques imprégnés d'insecticides [7,9].

La régularité des prospections a permis de diagnostiquer un nombre important de malades, de les traiter et réduire le réservoir de parasite [9]. Elle a favorisé aussi une importante campagne de lutte antivectorielle à base de pièges coniques Gouteux-Lancien imprégnés d'insecticide, la deltaméthrine, menée dans les villages endémiques et a permis de casser la chaîne de transmission [6]. Cette lutte a été menée par des piégeurs recrutés parmi la population et formés par le PNLTHA. Le recrutement facile de ces piégeurs a été dû à l'octroi de paires de bottes, de vélos, de machettes et d'imperméable pour leur faciliter la réalisation de leurs activités. Des supervisions régulières par l'équipe centrale de la PNLTHA sont faites auprès des piégeurs qui doivent envoyer régulièrement à Nola des rapports d'activités.

Cette stratégie de lutte antivectorielle dans des conditions satisfaisantes de sécurité, couplée aux dépistages-traitements des cas, a été efficace et a permis la maîtrise de l'endémie [6].

La réinvasion par les mouches tsé-tsé des villages rendus indemnes lors des campagnes de dépistage actif inquiète, malgré l'absence de nouveaux cas constatés [2,10]. D'où la nécessité de continuer à mener la lutte antivectorielle pour réduire de façon considérable la population des glossines.

Conclusion

Face à ces résultats encourageants, une surveillance épidémiologique continue demeure nécessaire pour consolider les acquis. En Afrique en général, la THA a été partiellement maîtrisée grâce aux actions de lutte menées par les autorités

Année	Nombre de cas au dépistage passif	Nombre de cas au dépistage actif	Total
1991	99	246	345
1992	80	195	275
1993	50	99	149
1994	75	150	225
1995	60	200	260
1996	30	67	97
1997	55	130	185
1998	65	150	215
1999	10	52	62
2000	5	10	15
2001	14	21	35
2002	2	6	8
2003	6	11	17
2004	3	7	10
2005	7	29	36
2006	1	2	3
2007	0	0	0
2008	0	0	0
Total	562	1 375	1 937

coloniales. Le relâchement des actions entreprises a entraîné une reprise des prévalences. La situation observée à Nola-Bilolo est édifiante et mérite d'être encouragée pour empêcher un nouvel essor de l'endémie trypanique. C'est à ce prix qu'on peut espérer éradiquer cette endémie en Afrique subsaharienne et en Centrafrique en particulier.

Aussi, en Centrafrique depuis 2002, le foyer de la Lobaye, pourtant éteint depuis 1947, est en éveil. Ce foyer est frontalier avec les foyers de l'Équateur en RDC et la République du Congo. Les 20 000 habitants sont exposés au risque de la maladie, et la cartographie réelle de l'endémie est en cours de réalisation.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

- Bailly C, Mamadou Y, ROUNGOU JB (1990) La trypanosomiase humaine en RCA : historique, épidémiologie, actualité. Bull Liais Doc OCEAC 93:12-6
- Cattand P (2001) L'épidémiologie de la trypanosomiase humaine africaine : une histoire multifactorielle complexe. Med Trop 61 (4-5):313-22
- Laveissière C, Sané B, Garcia A (2003) Lutte contre la maladie du sommeil et soins de santé primaire. Bull IRD 95-123
- Mbadingai S, Nguembi E, Namssenmo A, et al (2004) La réémergence de la maladie du sommeil au sud de la République centrafricaine. Med Trop 64:120
- Mbelesso P, Koono-Koono JA, Mbadingai S, et al (2008) Histoire du foyer de la trypanosomiase humaine africaine de Nola en République centrafricaine, de 1971 à 2004. Arf J Neurol Sci 2: www.ajns.paans.org
- Penchenier L, Grébaut P, Njokou F, et al (2003) Evaluation of LATEX/T.b.gambiense for mass screening of *Trypanosoma brucei* gambiense sleeping sickness in Central Africa. Acta Trop 85(1):31-7
- Programme national de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine. 1991-1995. MSPAS/DMPGE, Bangui 1990, 173 p
- République centrafricaine. Ministère de la Santé publique et de la Population (1994) Problématique de la lutte antivectorielle dans le foyer trypanique de Nola (Sangha-Mbaéré). Rapport annuel d'activités de surveillance épidémiologique, 36 p
- Ruiz JA, Simarro PP, Josenando T (2002) Control of human African Trypanosomiasis in the Quiçama focus, Angola. Bull World Health Organ 80(9):738-45
- Vreysen MJB (2001) Principles of area-wide integrated tsetse fly control using the sterile insect technique. Med Trop 61(4-5): 397-411