HORIZON 2000 : QUELLE PERSPECTIVE POUR LA TRYPANOSOMIASSE AFRICAINE?
TOWARDS YEAR 2000: WHAT PROSPECTS FOR HUMAN AFRICAN TRYpanosomiasis?

Par P. DE RAADT (1) (2)

La question est préoccupante; en effet, la trypanosomiasse n’est plus perçue comme un problème de santé publique prioritaire, aussi bien dans la majorité des pays endémiques que sur le plan international. Pourtant, toutes les personnes directement concernées : cliniciens, hommes de terrain, responsables des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations internationales, chercheurs, sont bien conscients du danger que constitue la trypanosomiasse dans les quelque 200 foyers africains où s’élève cette affection.

Ceci tient aux activités des services de santé publique qui sont de plus en plus concentrés dans les zones urbaines aux dépens des zones rurales, où très souvent, la priorité est donnée au traitement plutôt qu’à la prévention.

D’autre part, lorsqu’on fixe les priorités en santé publique, la tendance actuelle est de tenir compte d’arguments d’ordre économique tels que le calcul des jours d’incapacité, les taux de prévalence et de mortalité. Les données concernant la trypanosomiasse ne paraissent pas assez convaincantes aux décideurs en raison de l’existence de zones non-endémiques.

Le danger le plus important de la maladie du sommeil est son potentiel épidémique. Il est difficile d’estimer en données chiffrées réelles les dommages humanitaires et sociaux d’une épidémie de trypanosomiasse, tels que les pertes de productivité, les coûts directs du traitement d’un nombre élevé de malades, le temps et les moyens qui doivent être investis pour stopper l’épidémie. Le Soudan, l’Ouganda et le Zaïre en fournissent de tristes exemples. Dans ces trois épidémies récentes, l’élément commun dans leur survenue a été l’homme. Dans le cas du Soudan et de l’Ouganda du nord, il y a eu déplacement de population ; les réfugiés qui se cachaient dans la forêt ont été exposés aux mouches tsé-tsé dans des conditions sanitaires et nutritionnelles déplorables. Ces populations ont ensuite introduit leurs trypanosomes au sein des communautés où elles étaient venues s’installer. Cette situation est exactement comparable à celle qui a causé la grande épidémie au début du siècle, mais les déplacements se sont effectués heureusement à une échelle moindre. La deuxième épidémie de Trypanosoma brucei rhodesiense à Bugosa (Ouganda) s’est développée à la suite d’un changement fondamental de l’utilisation des sols. Après plusieurs décennies de monoculture (coton), la production au cours des années soixante a été stoppée ; les paysans ont alors introduit du bétail, excellent transmetteur de Trypanosoma brucei rhodesiense, et ont développé des cultures vivrières, en particulier du Lantana camara, gîte préféré de Glossina fuscipes, mouche vectrice. Au Zaïre, en raison des bouleversements bien connus, il s’est produit une interruption brutale de la surveillance des populations par les équipes mobiles qui couvraient, avec beaucoup d’efficacité, 1,5 million de personnes exposées au risque chaque année.

La réapparition récente de flambées sérieuses et la croissance des taux de prévalence en général sont des indices très inquiétants. Il faut apprécier le danger, et tenir compte de la réalité actuelle et des moyens disponibles dans la majorité des services de santé nationaux ; ils sont très limités car il faut faire face aux nombreux autres problèmes de santé publique. Il devient difficile dans ces conditions de mobiliser suffisamment d’hommes et d’équipements.

L’élément positif de ces dernières années est la constitution dans une vingtaine de pays où l’infection est endémique, de groupes de spécialistes nationaux. Ceux-ci sont en mesure d’interpréter les données recueillies sur le terrain et de diriger l’exécution des mesures techniques à prendre ; ils ont été formés au cours de stages dans des centres spécialisés à travers le monde. Cette formation a été réalisée grâce au soutien d’organisations internationales non-gouvernementales, qui fournissent une assistance technique sur le terrain et à l’échelon central. Le nombre croissant des centres scientifiques où se développent des projets de recherche sur la trypanosomiasse est de même un élément rassurant.

Les réflexions émanant des travaux présentés au cours de la Table ronde qui s’est tenue pendant le deuxième Congrès de neurologie tropicale sont parfaitement résumées par Frézel et Cuisance. D’autres articles présentent une sélection des problèmes et des idées qui sont actuellement prioritaires dans la recherche sur la trypanosomiasse. La grande priorité concerne la recherche d’une nouvelle thérapeutique, en particulier facile à utiliser hors des hôpitaux. On constate en outre une résistance croissante au mélaspropol et l’administration de l’ornidyl, qui est efficace contre Trypanosoma brucei gambiens, est d’une utilisation difficile dans la pratique quotidienne, en zone rurale. Les recherches sur la pathogénie et le regain d’intérêt pour les études cliniques de ces dernières années pourront revêtir une aide pa-
ticilièrement utile dans l'application des thérapeutiques. Les nouvelles études sur le rythme circadien chez les trypanosomés, avec les fluctuations correspondantes des cyto- kines et des hormones intervenant dans le sommeil paradoxal sont très intéressantes. Les efforts en cours concernant le diagnostic sérologique sont fort appréciables, bien que leurs perspectives apparaissent actuellement restreintes en raison du coût de ces examens. Les techniques d'analyse d’ADN ont clairement indiqué que Trypanosoma brucei brucei et Trypanosoma brucei rhodesiense sont des sous-espèces proches l'une de l'autre, et que Trypanosoma brucei gambiense est un groupe à part. Les conséquences sur le plan épidémiologique semblent confirmer une fois de plus l'origine zoonotique sensu stricto de la trypanosomiase en Afrique de l'Est.

Dans l'ensemble, on constate qu'un progrès technique remarquable a été accompli mais que persiste un retard inquiétant dans la réalisation des programmes de prévention. La situation ne peut pas être comparée avec celle des années soixante, lorsque la prévention était à l'apogée de son efficacité, autant pour le dépistage systématique dans les zones endémiques de Trypanosoma brucei gambiense que par l'épandage d'insecticides contre Trypanosoma brucei rhodesiense. On aurait tort d'accorder une importante valeur aujourd'hui à des stratégies de mesures techniquement plus rassurantes, mais en réalité actuellement non praticables. En dehors des épidémies, un compromis adapté aux conditions locales doit tenir compte de la situation économique, sociale et politique, de la disponibilité du personnel, du salaire des intervenants et de ses motivations.

Que dire du futur proche de la lutte contre la trypanosomiase ? Il dépendra du développement de la situation économique, de la compétence et de la motivation du personnel dans les services de santé, de ses conditions de travail, du niveau du salaire et du versement régulier de celui-ci, de la disponibilité des moyens de transport, des réseaux routiers et ferroviaires.

Pour ces raisons, les services doivent accepter pour le moment des compromis techniques et logistiques :

— savoir choisir et défendre les priorités et les stratégies de lutte,
— mobiliser des ressources tant sur le plan national qu’extérieur, sans pour cela créer une dépendance continue dont la fragilité mène tôt ou tard à la catastrophe ; cela a été constaté à plusieurs occasions déjà.

C'est aux responsables de santé publique dans les pays endémiques, aux professionnels du terrain et aux centres de recherche, spécialistes et généralistes, à apporter leurs connaissances, leur savoir faire, leur temps et leur patience, afin de faire de leur mieux dans des circonstances difficiles qui, je pense, le resteront durant ces prochaines décennies.