

INTRODUCTION

1. La trypanosomiase humaine africaine (THA), communément connue sous le vocable de «maladie du sommeil», est causée par des trypanosomes transmis par la mouche tsé-tsé. Cette maladie, qui est connue depuis des siècles, est la seule maladie parasitaire à transmission vectorielle dont la distribution géographique soit limitée au continent africain. Il y a eu trois épidémies sévères : la première est survenue à la fin du 19^{ème} siècle, la deuxième pendant les années 1920, et la dernière existe depuis 1970.

2. Après une période asymptomatique de plusieurs semaines ou mois, l'évolution de la maladie se fait en deux phases. La phase initiale est habituellement caractérisée par des symptômes semblables à ceux du paludisme, y compris la fatigue, les céphalées, une fièvre récurrente, et l'inflammation des ganglions lymphatiques. Au stade avancé, la maladie affecte le système nerveux central, provoquant des désordres neurologiques et des troubles mentaux sévères et mettant le malade dans un état de dépendance. Les personnes infectées sont affaiblies, souvent pendant plusieurs années, ce qui provoque des pertes économiques et engendre la pauvreté et la misère sociale. La THA est irrémédiablement fatale lorsqu'elle n'est pas traitée.

3. La THA constitue un grave problème de santé publique dans la Région africaine. Étant donné la résurgence des formes aussi bien humaine qu'animale de la trypanosomiase, son potentiel épidémique, le taux élevé de mortalité qui lui est attribuable, et son impact considérable sur le développement socioéconomique, de nombreux pays ont demandé à l'OMS de leur apporter un appui plus actif pour leur permettre de lutter contre la maladie. L'objectif de la stratégie proposée est de lutter contre la transmission de la maladie dans les pays endémiques et épidémiques à moyen terme, et à long terme, d'éliminer la maladie.

ANALYSE DE LA SITUATION

4. Au 19^{ème} siècle, la THA était un énorme problème de santé publique. À l'heure actuelle, il y a plus de 250 foyers actifs en Afrique subsaharienne, dans la «ceinture de la mouche tsé-tsé» qui comprend essentiellement certains États Membres de la Région africaine de l'OMS, et le Soudan. Dans cette zone, la maladie du sommeil menace plus de 60 millions de personnes. Moins de 10 % des populations à risque sont actuellement sous surveillance. Ces dernières années, on a notifié en moyenne près de 45 000 cas par an; cependant, l'OMS estime que le nombre de personnes infectées¹ varie entre 300 000 et 500 000.

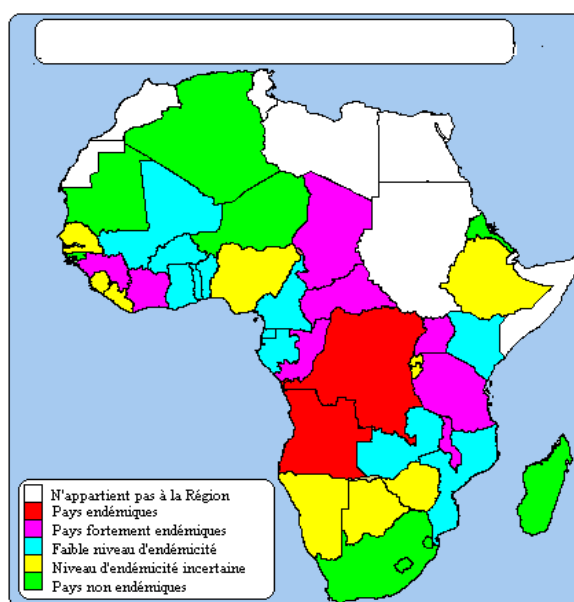
5. Le nombre exact des pays endémiques n'est pas connu. On dit que la THA est endémique dans 35 pays de la Région africaine mais les niveaux d'endémicité² sont variables (voir Figure 1). Les pays sont classés de la manière suivante : a) pays non endémiques avec zéro cas notifié pendant au moins cinq ans; b) pays d'endémicité incertaine (0–25 nouveaux cas par an); c) pays de faible endémicité (26–100 nouveaux cas par an); d) pays d'endémicité modérée (101–500 nouveaux cas par an); et e) pays fortement endémiques ou

¹OMS: *La trypanosomiase africaine : lutte et surveillance*, OMS, Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS. Série de Rapports techniques de l'OMS, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998.

² Pépin J, Meda A.H., The epidemiology and control of human African trypanosomiasis, *Advances in Parasitology*, 49, 71–132, 2001.

épidémiques (plus de 500 nouveaux cas par an). En 2003, les pays ont notifié près de 17 000 nouveaux cas à l'OMS et plus de 80 % de ces cas ont été notifiés par l'Angola (3000 cas) et la République démocratique du Congo (11 000 cas).

Figure 1 : Endémicité de la trypanosomiase humaine africaine dans la Région africaine



6. La maladie du sommeil est essentiellement la maladie des populations pauvres, marginalisées et rurales qui vivent de leurs terres et de leur labour. La THA représente une grave menace pour le développement économique car elle affecte principalement le groupe d'âge le plus productif (15–45 ans) et prolonge le cycle maladie-pauvreté-maladie.

7. Une proportion importante d'enfants sont touchés par la THA et bon nombre d'entre eux souffriront d'un retard mental considérable, même après un traitement efficace, ce qui aura par la suite un impact négatif sur leurs résultats scolaires et sur leurs éventuelles réalisations tout au long de leur vie.

8. D'après de récentes estimations³, le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues et attribuables à la THA est de 2,05 millions.

9. Étant donné l'impact socioéconomique négatif de la THA, le Comité régional a adopté en 1982 la résolution AFR/RC32/R1 qui recommande aux États Membres de mener des activités de lutte contre la trypanosomiase. Par la suite, cette résolution a été entérinée par l'Assemblée mondiale de la Santé dans les résolutions WHA36.31, WHA50.36 et WHA57.2.

³ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 : Pour un système de santé plus performant*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

10. La maladie avait été contenue au début des années 1960 et le taux de prévalence était alors tombé de façon spectaculaire à des niveaux très bas (moins d'un cas pour 10 000) grâce au dépistage actif des cas par l'examen d'échantillons prélevés par ponction-biopsie sur les ganglions lymphatiques, au traitement avec des médicaments ayant des effets secondaires toxiques, à la lutte antivectorielle et au déploiement des équipes mobiles.

11. Malheureusement, il n'a pas été possible de maintenir ces bons résultats. La surveillance régulière et systématique, qui est la pierre angulaire de la lutte contre la THA, avait été abandonnée en raison de l'aggravation progressive de la pénurie de personnel qualifié. Les mouvements de population dus à l'agitation politique, aux crises économiques et à l'évolution des priorités des politiques nationales ont conduit à la diminution des ressources allouées au secteur de la santé. Une bonne partie des personnes résidant dans les foyers endémiques ne participaient plus aux activités de dépistage. En conséquence, le dépistage actif des cas avait considérablement baissé et les médicaments utilisés pour le traitement n'étaient pas toujours disponibles. Tous ces facteurs ont contribué à la résurgence de la maladie à des niveaux épidémiques.

12. Dans certains pays, les efforts de lutte contre la trypanosomiase ont repris mais la situation a continué à empirer. À l'heure actuelle, la lutte contre la THA dans la Région rencontre bien des contraintes et des défis, à savoir : insuffisance des ressources financières; grave pénurie de personnel qualifié; infrastructures sanitaires peu satisfaisantes; méthodes diagnostiques et de traitement difficiles à appliquer au niveau périphérique; gravité des effets secondaires des médicaments; pharmacorésistance accrue; insuffisance de la sensibilisation et de la participation communautaire aux activités de la lutte; éloignement des foyers de la maladie; et coordination insuffisante des activités multisectorielles nécessaires pour la mise en œuvre des programmes de lutte.

13. Certains facteurs importants existent, qui favorisent la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine. Dans les pays touchés, les gens sont déterminés à lutter contre la THA. Le secteur privé, y compris les firmes pharmaceutiques et la communauté internationale, se dit disposé à proposer son appui pour la lutte contre les maladies négligées, y compris la THA. De nouveaux outils ont été élaborés pour le diagnostic et la lutte antivectorielle, ce qui facilite davantage la mise en œuvre des activités de lutte contre la trypanosomiase.

STRATÉGIE

14. La lutte efficace contre la THA dans la Région africaine dépendra des principes directeurs suivants :

- a) formulation, adoption et mise en œuvre d'une politique nationale de lutte contre la THA dans tous les pays touchés;
- b) appropriation du programme de lutte par les gouvernements et les communautés des pays endémiques;
- c) coordination des activités des parties prenantes par des programmes nationaux de lutte; et
- d) durabilité des activités du programme de lutte.

15. Le but de la stratégie de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine est de réduire la morbidité et la mortalité attribuées à la maladie du sommeil dans la Région africaine. L'objectif principal est d'aider les gouvernements à élaborer des plans et des programmes de lutte contre la THA.

16. Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- a) renforcer les capacités pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes nationaux de lutte contre la THA;
- b) mener des études de base sur la prévalence et l'incidence de la THA, et sur la mortalité qui lui est attribuable;
- c) promouvoir et coordonner la participation des secteurs public et privé à la lutte contre la THA;
- d) promouvoir la recherche opérationnelle comme moyen permettant d'identifier et de s'attaquer aux problèmes liés à la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre la THA.

17. Les cibles de la stratégie régionale sont les suivantes :

- a) d'ici à 2007, au moins 80 % des pays endémiques de la Région africaine auront adopté des politiques et des programmes nationaux de lutte contre la THA;
- b) d'ici à 2008, au moins 60 % des pays endémiques de la Région africaine auront déployé un nombre suffisant de personnels qualifiés pour la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte contre la THA;
- c) d'ici à 2010, au moins 35 % des pays endémiques de la Région africaine auront un taux de prévalence inférieur ou égal à un cas pour 10 000;
- d) d'ici à 2012, les interventions ciblées de lutte antivectorielle auront été mises en œuvre dans les zones épidémiques et fortement endémiques (taux de prévalence égal ou supérieur à 1 %);
- e) d'ici à 2015, tous les pays d'endémicité connue auront un taux de prévalence inférieur à un cas pour 10 000 parmi les personnes à risque.

18. Compte tenu de la diversité des situations dans les différents foyers, cette stratégie devrait être adaptée aux conditions locales. La réduction rapide des réservoirs humains constitue la pierre angulaire de la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine, alors que la réduction des réservoirs animaux est une activité complémentaire importante dans la lutte contre la trypanosomiase animale. Pour atteindre les objectifs fixés, il faudrait mener diverses interventions, à savoir : le renforcement des capacités; le dépistage et le traitement des cas; la lutte antivectorielle; la lutte contre les réservoirs animaux; la surveillance, la promotion de la santé, les activités de plaidoyer; et la recherche opérationnelle.

19. Il faudrait renforcer d'urgence les capacités pour la lutte contre la THA et faire de la formation des nationaux une priorité. Il faudrait équiper convenablement les centres de dépistage et de traitement, et instituer et mettre en oeuvre la supervision en vue du renforcement des capacités.

20. Le dépistage et le traitement des cas devraient se dérouler au moins une fois par an dans chaque foyer, surtout dans les zones fortement endémiques et épidémiques, pour faire baisser rapidement le nombre de réservoirs de parasites chez l'homme. Parmi ces activités figurent la mise en place et l'équipement des centres de diagnostic et de traitement; la mise en place, l'équipement et la dotation en personnel des équipes mobiles au niveau du district; la prise des mesures pour assurer la disponibilité des médicaments au niveau du district; le suivi sérologique des cas suspects; et le suivi post-thérapeutique des patients.

21. La technologie à utiliser pour lutter contre la mouche tsé-tsé devrait être déterminée par chaque pays. Les pays peuvent opter pour la lutte ciblée contre la mouche tsé-tsé après une évaluation épidémiologique de la maladie et des vecteurs, peut-être en choisissant l'utilisation des pièges à mouche tsé-tsé présentant un bon rapport coût/efficacité.

22. La participation communautaire devrait être encouragée pour assurer la viabilité des programmes de lutte et minimiser les coûts. La fabrication locale des pièges à mouches tsé-tsé, par exemple, favorisera l'appropriation du programme par la communauté.

23. Le renforcement de la lutte contre les réservoirs animaux nécessite des relations intersectorielles. Tous les secteurs devraient donc collaborer depuis la phase de planification jusqu'à la mise en oeuvre des activités de lutte contre les réservoirs animaux de la trypanosomiase tant animale qu'humaine. Le traitement du bétail dans les zones où des cas de *T.b. rhodesiense* ont été notifiés permettra de réduire le nombre de réservoirs. Ce traitement pourrait être soit sélectif (après le diagnostic), soit de masse (traitement de tout le bétail). Il faudrait sensibiliser et mobiliser les agriculteurs pour qu'ils présentent leurs bêtes pour examen et traitement. Étant donné qu'on ne connaît pas précisément le rôle des animaux dans la *T.b. gambiense*, il est nécessaire d'évaluer le traitement du bétail dans les zones endémiques.

24. Il faudrait faire des efforts pour collecter des données sur la THA grâce à la surveillance intégrée de la maladie. Des sites sentinelles devraient être mis en place, et les données collectées pourraient permettre de cartographier la distribution géographique de la maladie, de surveiller des tendances de la maladie et la pharmacorésistance, de constituer des banques de données sur la THA en vue de la prise de décisions et de la planification des activités, d'instaurer l'alerte et la réponse en cas d'épidémie, et de notifier les cas. Les autres activités seront : l'extension de la collecte des données; l'élaboration des outils de gestion (tel que TRYDATA); et la promotion de la surveillance transfrontalière à travers l'échange d'informations et les réunions.

25. La promotion de la santé devrait se faire dans le cadre de la stratégie régionale de promotion de la santé. Les connaissances des individus et des communautés sur la THA peuvent être améliorées au moyen de l'éducation pour la santé et des activités d'IEC (information-éducation-communication). La lutte contre la THA peut être une composante des programmes nationaux d'éducation pour la santé et des autres programmes de lutte

contre la maladie. L'action communautaire peut être renforcée par la mobilisation sociale. Les programmes nationaux devraient être encouragés à former des partenariats avec les média afin de diffuser des informations sur la THA et sur la lutte contre celle-ci.

26. Les activités de plaidoyer devraient être axées sur la mobilisation des ressources aux niveaux national et international en vue de la mise en œuvre des programmes nationaux. Les gouvernements devraient être encouragés à allouer des fonds pour les interventions de lutte contre la THA afin d'en garantir la durabilité. Par ailleurs, le plaidoyer est également crucial pour l'établissement de partenariats entre les secteurs public et privé.

27. Le Bureau régional devrait appuyer la recherche opérationnelle et la recherche sur les systèmes de santé en collaboration avec le Programme spécial de l'OMS de Recherche et de Formation sur les Maladies tropicales, le Programme des Nations Unies pour le Développement, et la Banque mondiale. Parmi les problèmes de recherche liés à la mise en œuvre des programmes nationaux de la lutte contre la THA, on peut citer : les échecs thérapeutiques, les rechutes, les essais cliniques sur les associations médicamenteuses; les méthodes rapides utilisées pour cartographier la distribution géographique de la maladie; l'impact socioéconomique de la maladie; et les connaissances, attitudes, et pratiques des communautés. Il faudrait tenir des réunions pour déterminer les priorités, examiner les résultats, et renforcer la collaboration entre la recherche et les activités de lutte.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

28. Les interventions prioritaires seront notamment : la cartographie de la distribution géographique de la maladie; le dépistage et le traitement des cas; la mise en place d'un système de surveillance; la lutte contre les réservoirs animaux; et la lutte antivectorielle. La lutte contre la THA commence par une évaluation de la situation de la maladie. Celle-ci permettra de cartographier la distribution géographique de la maladie, de délimiter les foyers où la maladie sévit, et de mieux planifier les activités de lutte.

29. Le dépistage devrait être à la fois passif et actif, le dépistage étant dit passif lorsque le malade sollicite une intervention de sa propre initiative, et actif lorsqu'il est fondé sur des études cliniques menées sur le terrain. Les interventions devraient mettre l'accent sur le dépistage actif des cas, surtout dans les zones fortement endémiques et épidémiques; le traitement approprié doit être fonction de la disponibilité des médicaments spécifiques dans les centres de traitement proches du lieu de résidence des patients; la formation adéquate des agents de santé; et le suivi des patients pendant 18 mois.

30. La lutte contre la THA a été et restera fondée sur la surveillance passive et active des populations à risque et le traitement des cas dépistés, avec en plus des interventions de lutte antivectorielle dans les zones hyper-endémiques et épidémiques. L'absence d'une surveillance continue provoquerait la résurgence de la maladie et des épidémies, ce qui ferait grimper les taux de morbidité et de mortalité dues à la THA et nécessiterait des moyens de lutte onéreux.

31. Il est nécessaire d'appliquer un traitement sélectif ou de masse pour réduire au minimum les parasites chez les animaux porteurs (surtout dans le cas de la *T.b. rhodesiense*), ce qui nécessite principalement le traitement du bétail dans les zones endémiques.

32. Dans les foyers fortement endémiques, le dépistage des cas doit aller de pair avec la lutte contre la mouche tsé-tsé pour que celle-ci soit plus rapide et plus efficace. Les ministères en charge de l'élevage et de l'agriculture devraient être impliqués dans les activités de lutte antivectorielle. Le piégeage des mouches tsé-tsé est efficace, simple, sans danger pour l'environnement, et préférable aux pulvérisations d'insecticides. On peut aussi recourir à l'épandage des insecticides dans les bains parasitocides pour bétail. Ces méthodes devraient faire appel à la participation communautaire.

33. La technique de l'insecte stérile continue de poser une série de problèmes d'ordre technique, financier et logistique. C'est pourquoi elle n'est pas encore recommandée en cas d'épidémie.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Rôle des pays

34. Au niveau des pays, les ministères de la santé devraient élaborer des politiques et des plans de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine, de même que des cadres pour leur mise en œuvre. Ces documents constitueront la base pour l'appui de toutes les parties prenantes et permettront d'assurer l'uniformité des activités de lutte, et d'établir des partenariats solides.

35. Les districts seront responsables de la planification, de la mise en œuvre, de la supervision, du suivi et de l'évaluation des activités de lutte contre la THA dans les pays. Les communautés devraient y participer et par là même s'approprier les programmes de lutte contre la THA; elles devraient être impliquées dans les programmes dès leur conception.

36. Il faudrait nommer un responsable chargé du programme national de lutte contre la THA dans chaque pays. Il faudrait mettre en place, et à tous les niveaux, des groupes de travail et des comités pluridisciplinaires pour la lutte contre la THA afin d'assurer la coordination des activités des différents secteurs.

37. Le diagnostic et la prise en charge des cas seront décentralisés de manière à ce que chaque district touché puisse participer à la lutte contre la maladie. Si nécessaire, la lutte antivectorielle sera intégrée dans les autres activités de lutte.

38. La coordination permettra de garantir le respect des normes et l'uniformité des activités, tandis que la collaboration visera à l'établissement de partenariats solides à tous les niveaux. La collaboration interministérielle permettra d'assurer la promotion de la lutte contre la mouche tsé-tsé et le traitement des réservoirs animaux.

39. Les ministères de la santé sont responsables de la mobilisation des ressources en faveur du programme, et de la coordination générale, de la supervision, du suivi et de l'évaluation des activités. Ils apporteront un appui technique aux districts et encourageront l'établissement de partenariats entre les secteurs public et privé.

40. Le secteur public collaborera avec le secteur privé et avec les organismes internationaux pour assurer la disponibilité des produits et des technologies nécessaires pour la lutte contre la THA. Selon leurs avantages comparatifs, les organisations non gouvernementales appuieront les programmes nationaux et collaboreront étroitement avec eux. Les partenaires participeront aux activités de plaidoyer, à la mobilisation des ressources, et au renforcement des capacités.

Responsabilités de l'OMS

41. Par ailleurs, l'OMS appuiera l'élaboration et la mise en œuvre des programmes nationaux de lutte en apportant un appui technique et en renforçant les capacités (y compris un appui aux institutions impliquées dans la recherche sur la THA). Les équipes interpays, qui sont constituées en fonction des blocs épidémiologiques, seront renforcées. L'OMS favorisera la corrélation entre cette stratégie et les autres stratégies régionales apparentées de l'OMS concernant la lutte antivectorielle intégrée, la promotion de la santé, et la surveillance intégrée de la maladie.

42. Afin de promouvoir le traitement des réservoirs animaux et la lutte contre la mouche tsé-tsé, l'OMS collaborera aussi avec d'autres organisations internationales et d'autres programmes tels que l'Union africaine, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, le Programme des Nations Unies pour le Développement, l'Agence internationale de l'Énergie atomique et la Campagne panafricaine pour l'Éradication de la mouche tsé-tsé et de la trypanosomiase (PAAT). L'Organisation assurera le suivi et l'évaluation de la stratégie régionale et des programmes nationaux de lutte.

SUIVI ET ÉVALUATION

43. Le suivi et l'évaluation des programmes nationaux de lutte comprennent la surveillance continue assurée par le personnel du programme et une évaluation externe périodique. L'état d'avancement et l'impact du programme seront évalués et si nécessaire, le programme sera réorienté. Les indicateurs principaux de suivi et d'évaluation seront élaborés par le Bureau régional de l'OMS. Les pays seront encouragés à adapter ces indicateurs à leur contexte.

CONCLUSION

44. La trypanosomiase humaine n'est endémique qu'en Afrique, où cette maladie est un grave problème de santé publique. À l'heure actuelle, le continent fait face à une troisième épidémie de THA. Les conséquences socioéconomiques de cette maladie ont un impact négatif sur le développement des pays touchés.

45. La lutte contre la THA nécessite une collaboration étroite entre les secteurs public et privé, de même que la forte participation des communautés et des ONG.

46. La mise en œuvre de cette stratégie dans les pays touchés devrait permettre de réduire la morbidité et la mortalité dues à la THA dans la Région et ce faisant, d'éliminer la maladie en tant que problème de santé publique d'ici à 2015.

47. Le Comité régional est donc invité à examiner et à adopter cette stratégie.



COMITÉ REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC55/11

17 juin 2005

Cinquante-cinquième session

Maputo, Mozambique, 22–26 août 2005

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 8.5 de l'ordre du jour provisoire

**LUTTE CONTRE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE :
UNE STRATÉGIE POUR LA RÉGION AFRICAINE**

Rapport du Directeur régional

RÉSUMÉ

1. La trypanosomiase humaine africaine (THA) est causée par des trypanosomes transmis par la mouche tsé-tsé. La THA est la seule maladie parasitaire à transmission vectorielle dont la distribution géographique soit limitée au continent africain. Les populations du groupe d'âge des 15–45 ans vivant dans les zones rurales reculées sont les plus touchées, ce qui provoque des pertes économiques et engendre la misère sociale.

2. Au début des années 1960, la prévalence de la THA avait été ramenée à des niveaux très bas (taux de prévalence inférieur à 1 cas pour 10 000 habitants). Malheureusement, les crises économiques, l'agitation politique et l'évolution des priorités des politiques nationales ont conduit à la diminution des ressources allouées au secteur de la santé. En conséquence, le dépistage actif des cas avait baissé ou cessé, et les médicaments nécessaires pour le traitement n'étaient pas toujours disponibles.

3. Pendant les années 1980 et 1990, des progrès considérables ont été accomplis dans l'élaboration ou l'amélioration des outils épidémiologiques nécessaires à la lutte contre la THA mais ces outils ont été insuffisamment utilisés sur le terrain. Tout cela a entraîné la résurgence de la maladie dans les zones où elle avait été endiguée auparavant, avec des niveaux épidémiques dans certains cas. L'OMS estime que le nombre de personnes infectées varie entre 300 000 et 500 000.

4. La stratégie régionale proposée pour la lutte contre la THA vise à l'élimination de la maladie en tant que problème de santé publique d'ici 2015. Pour atteindre les cibles fixées, la stratégie propose une approche intégrée qui repose sur la surveillance continue des populations à risque, le dépistage passif et actif des cas, la réduction des réservoirs animaux grâce au traitement sélectif ou de masse du bétail, et l'intensification de la lutte contre la mouche tsé-tsé dans les zones fortement endémiques et épidémiques.

5. La mise en oeuvre de cette stratégie devrait permettre de réduire la morbidité et la mortalité dues à la trypanosomiose humaine africaine et d'améliorer la situation socioéconomique des populations touchées.

6. Le Comité régional est donc invité à examiner et à adopter cette stratégie.

SOMMAIRE

Paragrophes

INTRODUCTION	1 – 3
ANALYSE DE LA SITUATION	4 – 13
STRATÉGIE	14 – 27
INTERVENTIONS PRIORITAIRES	28 – 33
RÔLES ET RESPONSABILITÉS	34 – 42
SUIVI ET ÉVALUATION	43
CONCLUSION	44 – 47

