

Dix-septième Conférence Technique

SITUATION DE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE EN OUGANDA

J. LANCIEN*

Deux programmes de lutte contre la maladie du sommeil sont actuellement en place en Ouganda:

- dans le sud est de l'Ouganda, deux millions de personnes doivent être protégées contre la maladie du sommeil à *Trypanosoma rhodesiense*. Couvrant 10000 km², le programme associe lutte antivectorielle par piégeage, activités médicales et vétérinaires. Le programme est exécuté par le personnel du Ministère de la Santé (National Sleeping Sickness Control Programme) et du Ministère de l'Agriculture (Tsetse Control Department & Veterinary Services).

- dans le nord ouest, un million de personnes sont exposées au risque de transmission de *Trypanosoma gambiense*. Couvrant 5000 km², le programme est essentiellement médical, avec un volet restreint de lutte antivectorielle par piégeage. Ce programme est exécuté partiellement par Médecins sans Frontières (M.S.F. France) avec la participation du Ministère de la Santé (National Sleeping Sickness Control Programme) pour Arua, Ngulu, Apach.

FINANCEMENT

Le programme du sud-est est depuis 1993 supporté financièrement par le Gouvernement Ougandais. Un support financier est attendu en février 1995 afin de mettre en place un programme régional «Farming in Tsetse infested areas» sur le sud est de l'Ouganda et sur le sud ouest du Kenya. Le financement attendu de la Communauté Economique Européenne (C.E.E.) est de 10 millions d'ECUS.

Le programme du nord ouest est depuis 5 ans partiellement financé par M.S.F. avec un support financier du gouvernement plus particulièrement consacré aux zones à risque non couvertes. Sous couvert d'un programme de soins de santé

primaires, le programme va lui aussi en février 1995 être supporté par un financement de la C.E.E. de 3 millions d'ECUS.

Les financements du Gouvernement sont obtenus par l'intermédiaire d'un conseil de lutte contre les trypanosomiasés capable d'intervenir au niveau du Ministère des Finances.

EFFICACITÉ DES MÉTHODES DE LUTTE UTILISÉES

Dans le sud-est, l'évaluation de l'efficacité des différentes méthodes de lutte utilisées a été plus difficile que prévu, du fait de la coexistence dans la même zone de cas aigus et de cas chroniques de la maladie.

A court terme, dans une situation épidémique telle que celle observée en 1987, différentes méthodes ont démontré leur capacité à réduire l'épidémie à un niveau acceptable: le dépistage médical intensif effectué par des aides médicaux au niveau des villages a clairement démontré sa capacité à réduire le nombre de cas. De même, les opérations ponctuelles d'aspersion au sol d'insecticides pratiquées en 1987 ont contribué à réduire l'incidence de la maladie.

A moyen terme, les seules activités médicales (combinaison de dépistage passif et de dépistage semi-actif avec les aides médicaux) ont cependant été incapables d'éviter l'émergence d'épidémies localisées (Namungalwe: 115 cas en 1992; Kapyanga: 98 cas en 1993; Nabukalu: 38 cas en 1994). De même, les activités vétérinaires, limitées au «block treatment» du bétail n'a pas eu non plus un impact déterminant sur la transmission.

Les pulvérisations aériennes ont été très efficaces pendant un laps de temps de 2 ans. Dans toutes les zones ayant été traitées ultérieurement par voie aérienne, la transmission a cependant repris.

*UTCC/COCTU, PO Box 16345, Wandegeya, Ouganda.



A moyen terme et à plus long terme, le piégeage a été capable, partout où il a été mis en place, de prévenir la réapparition d'épidémies. De plus, là où il a été mis en place lors d'une épidémie déjà déclarée, il a permis de stopper la transmission en moins de 6 mois.

Le programme de piégeage ne couvre que 5000 km² du sud est, et l'on peut observer que l'endémie demeure stationnaire dans la zone non traitée (en particulier, une large part d'Iganga District, Busoga) (tableau I).

Tableau n° I : Nombre de cas de Trypanosoma rhodesiense dépistés dans le sud-est:

Année	1991	1992	1993
cas dépistés dans le Busoga	276	348	256
cas dépistés à Tororo	221	111	54
cas dépistés à Mukono	109	44	32
autres	14	0	2
Total sud-est	620	503	344

La plupart des malades dépistés dans ces zones sont en deuxième période et il est difficile de déterminer à quelle époque ils ont été contaminés. C'est généralement l'apparition d'un nombre important de premières périodes qui donne le premier signal de risque d'épidémie (tableau II).

Tableau n° II : Distribution des cas dépistés entre juillet et août 1994 selon la période clinique de la maladie.

Stade	Juillet 1994	Août 1994	Sept. 1994	Oct. 1994
1ère période	8	7	6	2
2ème période	22	19	21	17
Total	30	26	27	19

Dans le district de Moyo, le système de dépistage semi-actif par des aides médicaux prélevant du sang sur papier filtre est encore au niveau expérimental. En particulier à Adjumani, priorité reste au système traditionnel de dépistage actif à l'aide d'équipes mobiles. Ce système a d'ailleurs démontré son efficacité, puisqu'à Moyo, le nombre de cas dépistés est maintenant en décroissance. Une partie des malades d'Adjumani est traitée par la DFMO (tab.III).

Tableau n° III : Nombre de cas de Trypanosoma gambiense dépistés dans le district de Moyo:

Année	1991	1992	1993
Moyo	1038	803	383
Adjumani	326	1211	1374
Total Sud-Est	1364	2014	1757

MOYENS MIS EN ŒUVRE DANS LES DEUX PROGRAMMES

Le programme du sud est met en jeu un nombre important de structures et de personnels qui jouent un rôle déterminant, en particulier au niveau périphérique.

La structure de participation communautaire est commune à toutes les activités en relation avec la maladie, qu'elles soient médicales, anti-vectorielles ou vétérinaires. Cependant, cette structure joue un rôle beaucoup plus important dans le cas des activités de piégeage. Des comités de lutte contre la maladie ont été élus par les villageois dans les 42 sub-comtés (une unité administrative de 150 km²) où la lutte antivectorielle a été mise en place. Ils opèrent à différents niveaux, niveaux du district (5 comités), des sub-comtés (42 comités) et de la paroisse (210 comités). Ces comités ont un rôle mobilisateur, mais participent aussi à la gestion du programme. Ils sont en particulier chargés de la supervision des 272 travailleurs communautaires désignés par les villageois et équipés par le programme. Ces 272 travailleurs s'occupent de la pose et de l'entretien des pièges (tableau IV). Ils sont aussi chargés de recueillir les données entomologiques.

Tableau n° IV : Nombre de pièges maintenus en 1994

District	Sub-comté	Nombre de pièges
Iganga	14	5010
Kamuli	6	1710
Tororo	14	5365
Palissa	4	386
Mukono	4	2298
Total	42	14769

Les 15 tailleurs capables de fabriquer 2000 pièges par mois sont aussi fournis par la communauté.

Le programme médical utilise également des aides-médicaux chargés de dépister les malades au niveau du village. Un aide est recruté par sub-comté (122 pour le sud-est).

Cette organisation périphérique est supportée par des équipes techniques du gouvernement :

Pour la lutte antivectorielle, des équipes techniques du gouvernement effectuent la formation des travailleurs villageois et la distribution du matériel de travail. La distribution s'effectue mensuellement

dans des bureaux de sub-comté fournis par les comités. Cette équipe technique est composée d'un chef de programme, assisté de 5 entomologistes (1 pour chaque district), d'un responsable administratif et de 12 assistants entomologistes (1 pour 3 subcomtés). Ces assistants sont tous équipés de motos leur permettant de superviser les activités des travailleurs villageois. 3 chauffeurs assurent l'entretien des 3 véhicules du programme.

Pour les activités médicales, les 20 centres de traitement du sud-est sont tenus par du personnel du Ministère à différents niveaux de responsabilité (101 employés). Ce sont eux qui reçoivent les lames prélevées par les aides médicaux dans les villages. Ils effectuent le diagnostic et le traitement de la maladie.

Les activités vétérinaires ne sont pas la priorité du programme. Dans chaque district, 5 employés du secteur vétérinaire sont affectés au programme pour un temps mensuel limité.

Dans le nord-ouest, la plupart des employés du programme travaillant avec M.S.F. sont maintenant des employés du Ministère, ce qui garantit une certaine continuité des activités.

LE COÛT DU PROGRAMME

Les frais relatifs aux activités de piégeage sont les frais de fonctionnement, les frais de construction des pièges et les dépenses d'investissement (tableau V). 14 769 pièges sont actuellement maintenus sur le terrain, et ces pièges, pour que l'action demeure efficace, doivent être remplacés tous les 8 mois. Des pièges sont aussi nécessaires pour s'étendre sur les nouvelles zones à haut risque. Un total de 2000 pièges doit être fabriqué chaque mois, soit 24 000 pièges par an.

Les dépenses de fonctionnement sont des dépenses mensuelles constantes comprenant les frais de transport, la maintenance et les *per diem* de certains employés, ainsi que l'entretien des bicyclettes des travailleurs communautaires.

Tableau n° V: Coût du programme de piégeage (US \$):

Année	1991	1992	1993
Nombre de km ²	2 700	4 000	5 000
Coût du fonctionnement	80 000	70 000	72 000
Coût des pièges	50 000	54 000	72 000
Coût par km ²	52	31	28,8
Coût par personne protégée	0,52	0,31	0,28

Les dépenses d'investissement ont été réduites du fait que le matériel utilisé depuis 5 ans est désormais amorti. Cependant, ce matériel usagé provoque des frais supplémentaires de maintenance et de fonctionnement.

DISCUSSION

Dans les années précédentes, le coût des activités médicales était aussi élevé que celui du programme de piégeage. En augmentant les activités de lutte antivectorielle, le coût d'achat des médicaments est considérablement réduit. C'est donc une opération rentable. Il ne s'agit pas de supprimer les activités médicales, mais de les réduire à une simple surveillance de la zone à risque.

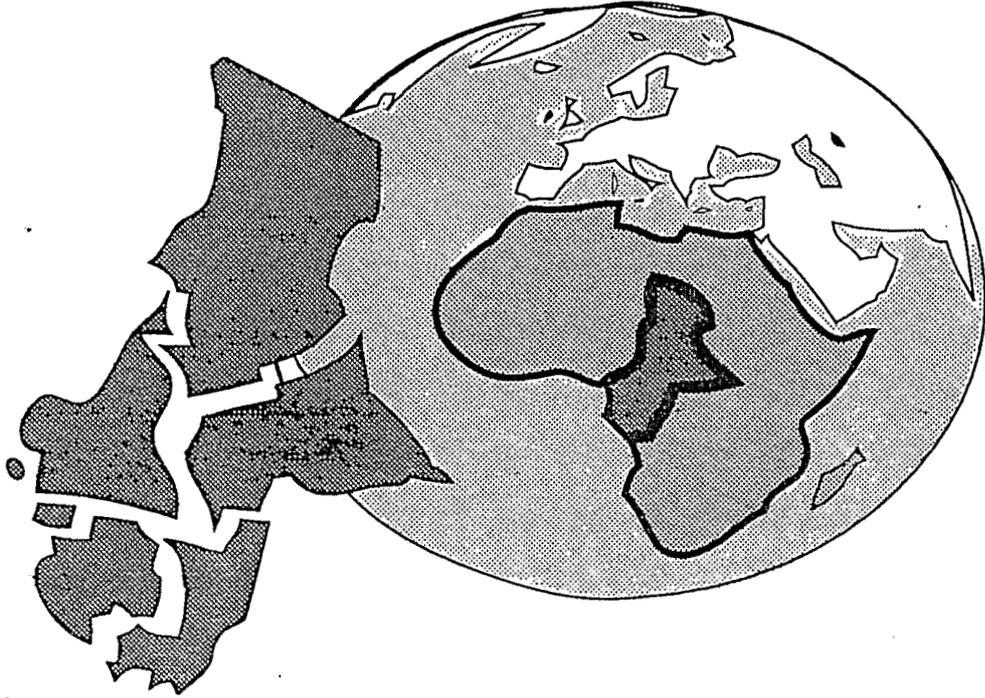
Bien que l'on ait depuis longtemps toujours opposé l'épidémiologie de *Trypanosoma rhodesiense* et de *Trypanosoma gambiense*, il apparaît que la chronicité de *Trypanosoma rhodesiense* est bien souvent semblable à celle de *Trypanosoma gambiense*. Une partie des enseignements obtenus dans ce programme semble donc aisément transférable à d'autres foyers.

La communauté scientifique, qui a émis à une certaine époque des doutes quant au rôle du piégeage dans l'interruption de l'épidémie dans le Busoga, doit donc désormais reconnaître que cette technique est la seule capable de jouer un rôle clé dans la prévention de la maladie.

CONCLUSION

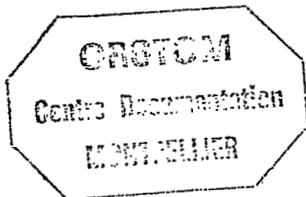
Malgré une certaine politique du doute adoptée par la communauté scientifique internationale, l'Ouganda a su faire ses choix et se donner les moyens de ses ambitions. De cette détermination résulte que ce pays est l'un des seuls à pouvoir présenter un programme cohérent de prévention de la maladie. Cette action a été rendue possible grâce à l'atmosphère de la libéralisation politique, sans laquelle tout essai de participation communautaire est voué à l'échec.

Le nouveau financement de la C.E.E. permettra de compléter les maillons manquants de ce programme de développement, qui est déjà un exemple pour les pays voisins.



MOBAC = D & FRA
COTE = PM 253

Le BULLETIN de liaison et de documentation de l'OCEAC



Volume 28 N°3 Septembre 1995

28 DEC. 1995



ORGANISATION DE COORDINATION POUR LA LUTTE
CONTRE LES ENDEMIES EN AFRIQUE CENTRALE

SECRETARIAT GENERAL B.P. 288 YAOUNDE REPUBLIQUE DU CAMEROUN
TEL : 237 23 22 32 FAX^o: 237 23 00 61 TELEX : 8411 KN