

STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LES VECTEURS
DE LA TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE

J.-P. EOUZAN*

A partir de résultats obtenus en Afrique centrale dans la lutte contre les vecteurs de la trypanosomiase humaine africaine, on peut actuellement tirer quelques conclusions et définir des stratégies à mettre en œuvre en fonction des conditions locales.

La prise en compte de l'importance de la lutte contre le vecteur est ancienne: en 1909, le Gouverneur Merlin ordonne le débroussaillage autour des villages; durant l'occupation allemande du Cameroun, un plan de campagne a préconisé le nettoyage des berges du Nyong d'Abong Mbang à Akonolinga, puis à Glama, soit plus de 100 km. 17 km de berges seront nettoyées en 3 mois. Puis vint la grande époque de la prophylaxie économique, codifiée par Muraz en 1939. Entre 1940 et 1949, 4679 chantiers sont entrepris, 102 000 hectares traités, pour une dépense globale de plus de 33 millions de francs de l'époque.

La complémentarité des prophylaxies clinique et agronomique a fourni d'indiscutables succès. Sans vouloir revenir à ces méthodes, on note, qu'à l'époque, volonté politique et crédits étaient obtenus pour lutter contre la maladie du sommeil.

Actuellement, la nécessité d'associer campagnes de lutte anti-vectorielle et prospections médicales apparaît dans de nombreuses recommandations. Les méthodes de lutte ont évolué et l'utilisation de pièges et d'écrans donne de bons résultats. Tout n'est pas toujours simple et trois exemples en Afrique centrale montrent que ces campagnes ne s'improvisent pas, qu'il faut en prévoir le financement et veiller à ce qu'elles ne s'interrompent pas trop rapidement:

- en Guinée Equatoriale, dans le foyer de Luba, l'association du piégeage et du passage des

équipes médicales deux fois par an réduit le nombre des malades plus rapidement que le simple passage des équipes médicales deux fois par an, et a fortiori une fois par an. Mais cette technique est six fois plus chère qu'avec un seul passage (Simarro & al., 1991).

- au Cameroun, après une enquête préliminaire sur les glossines dans le foyer de Bafia, 2 871 pièges sont mis en place en 1986, avec l'appui des autorités politiques locales. Un an après, la campagne est arrêtée par faute d'insecticide (Demanga Gangue & Dame, 1987).

- Au Tchad, dans le foyer de Tapol, une étude de connaissances et de comportement montre que la majorité de la population ne connaît ni l'origine ni le mode de transmission de la maladie. On incrimine une malédiction. Toute personne malade est exclue de la communauté et le corps de la morte (l'enquête visait surtout les femmes) n'est ni honoré, ni pleuré comme à l'accoutumée (Ngar Ndigoum Kodbaye, 1994).

Que faut-il retenir des exemples passés et de ces 3 exemples plus récents?

. La lutte anti-vectorielle, en association avec la lutte médicale, améliore le contrôle de la maladie. C'est le cas de l'expérience menée en Guinée Equatoriale, mais on pourrait citer aussi les campagnes conduites en Côte d'Ivoire et en Ouganda;

. La lutte a un coût: avec des méthodes plus simples et moins onéreuses qu'en 1939, on obtient d'excellents résultats, mais il ne faut pas négliger la ligne budgétaire "contrôle des vecteurs";

. Cette lutte doit s'inscrire dans la durée. Malheureusement, l'engouement des villageois a tendance à diminuer avec l'amélioration de la situation et il ne faut pas ajouter à leur baisse d'intérêt un arrêt des campagnes faute de financement suivi;

*Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale.



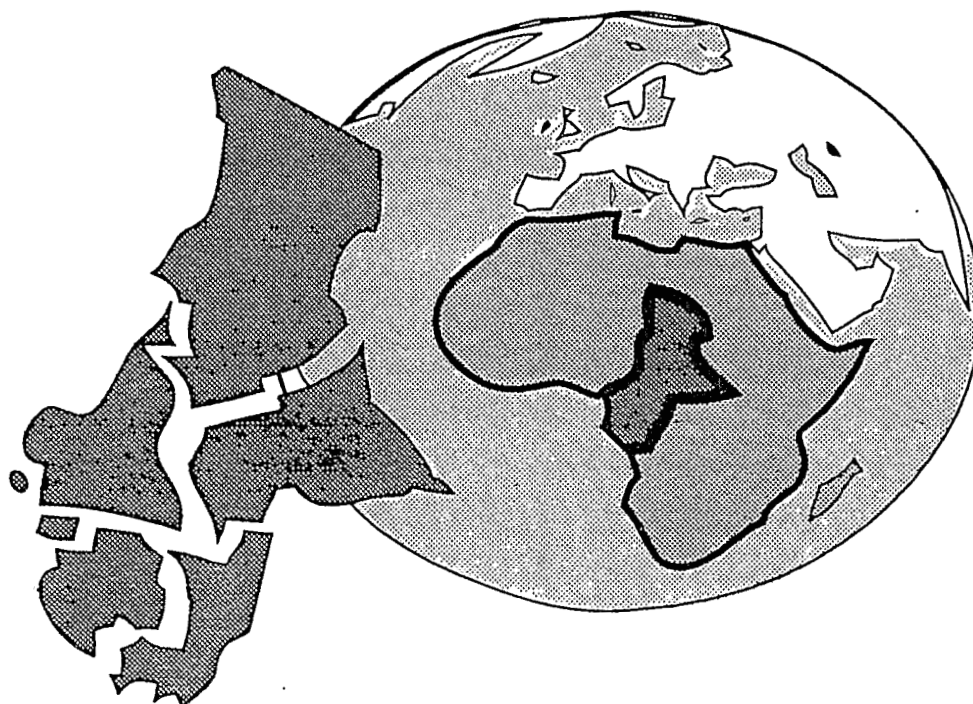
. Il faut sensibiliser fortement les populations concernées. On peut imaginer l'intérêt d'un piège ou d'un écran pour une villageoise de Tapol, de Fontem ou de Nola. Des socio-anthropologues doivent être associés aux campagnes de dépistage et de lutte.

Les chercheurs et les techniciens compétents, formés au C.I.E.S.P.A.C. de Brazzaville ou au C.E.M.V. de Bouaké, sont là, les techniques de lutte sont au point. Il faudra sensibiliser les autorités politiques et les bailleurs de fonds à ces problèmes afin qu'ils ne s'imaginent pas que " la prise en charge de la lutte par les communautés rurales " en particulier soit un acte gratuit et de bonne volonté.

En conclusion, on peut citer une phrase de Claude Laveissière: " La lutte contre la trypanosomiase humaine africaine, et par voie de conséquence le piégeage, ne peut être le fait que d'une équipe pluri-disciplinaire de spécialistes, connaissant la maladie, son épidémiologie, mais aussi le terrain et les hommes. "

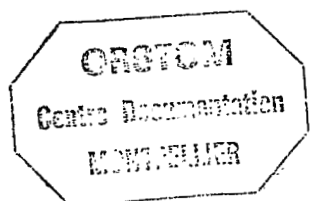
BIBLIOGRAPHIE

- Demanga-Nangue, Dame E.: Rapport sur la campagne de prospection trypanosomiase 1986/87 dans le foyer du Mbam, du 27 avril au 31 août 1987. Doc. OCEAC n° 294/R/MSD/SDMPR/DMM, 1987.
- Laveissière C., Méda H.H.: La lutte par piégeage contre la maladie du sommeil: pas aussi simple qu'on le croit. *Ann. Soc. belge Méd. trop.*, 1992, 72 (suppl.1), 57-68.
- Ngar Ndigoum Kodbaye: Connaissances, comportements et recours aux soins de la THA par les femmes de Tapol (Moundou). Rapport préliminaire, 1994.
- Simarro P.P., Sima F.D., Mir M., Mateo M.J., Roche J.: La lutte contre la trypanosomiase humaine africaine dans le foyer de Luba en Guinée Equatoriale: bilan de trois méthodes. *Bull. OMS*, 1991, 69, 4: 451-457.



MOBAC - D2 FRA
COTE = PM 253

Le BULLETIN de liaison et de documentation de l'OCEAC



Volume 28 N°3 Septembre 1995

28 DEC. 1995



OCEAC

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