



PIAN Campagne de traitement de masse chez les populations pygmées akas



*Tenter d'éradiquer une maladie négligée
parmi une population ostracisée*

**NORD-EST DE LA RÉPUBLIQUE DU CONGO
DISTRICT DE BÉTOU ET ENYELLE**

Une campagne de traitement de masse du pian parmi les pygmées akas du nord du Congo



Les populations akas du Nord du Congo, ostracisés dans leur pays depuis de nombreuses années ont un accès aux soins quasi nul et souffrent encore d'une maladie oubliée de tous : **le pian**.

Maladie infectieuse due à une bactérie qui se présente sous forme de lésions cutanées très contagieuses, le pian a ravagé l'Afrique dans les années 1950, mais les traitements de masse n'ont pas suffi à l'éradiquer définitivement. La maladie perdure dans certaines zones inter-tropicales. Sans traitement, elle peut attaquer les os, les cartilages et les articulations et provoquer ainsi des déformations irréversibles.

Découvrant la présence de cette maladie lors de ses consultations médicales menées dans le district de Bétou, Médecins Sans Frontières décide d'aller soigner ces communautés minoritaires là où elles vivent, c'est-à-dire au cœur de la forêt. Le traitement prodigué tient compte des dernières recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui préconise un antibiotique facile à administrer et qui permet d'éradiquer la maladie. Une seule dose orale d'**azithromycine** suffit en effet à guérir le pian. Alors que le pian persiste sous des formes latentes, la stratégie consiste en un traitement universel, c'est-à-dire en traitant l'ensemble de la population. **Cette campagne est une première mondiale avec ce nouveau traitement.**





Durant le premier mois de la campagne, en septembre, trois équipes distinctes composées d'une dizaine de personnes se sont rendues dans les villages isolés, le long du fleuve Oubangui et dans la forêt tropicale pour recenser les populations. Les atteindre a été un véritable défi logistique pour les équipes MSF qui se sont déplacées à pied, en pirogues, en 4x4 : la campagne visait, en effet, 20 000 personnes éparpillées dans des centaines de villages.



La campagne s'est ensuite déroulée en deux phases. En septembre, 14 500 personnes dont 6 700 enfants ont été traitées. Une étude épidémiologique, menée en parallèle à la campagne de traitement, a montré que le taux de prévalence globale du pian actif chez 6 200 enfants dépistés était en moyenne de 2,9 % et s'élevait à plus de 10 % dans les zones les plus reculées. Pendant la seconde phase de la campagne, en octobre, les équipes sont retournées sur les sites où le taux de prévalence¹ était le plus élevé afin d'observer l'efficacité du traitement et soigner toutes les personnes qui ne l'auraient pas été lors du premier tour. Les équipes MSF ont également administré les soins de base (traitement du paludisme, déparasitages intestinaux, nettoyage des plaies) et vacciné les enfants contre la rougeole.

Au final, 17 440 personnes ont été traitées contre le pian au cours des 2 mois qu'a duré la campagne.

Les résultats de cette campagne et de l'enquête épidémiologique seront partagés avec les autorités locales du Congo, l'OMS et tous les acteurs qui pourraient s'engager dans la lutte contre cette maladie.

¹ La prévalence est le nombre de cas d'une maladie sur une population donnée. Ici, la prévalence est calculée sur le nombre de cas de pian actifs confirmés sur le nombre total d'enfants de moins de 15 ans dépistés cliniquement.

Le pian, maladie négligée au sein de populations oubliées



Le pian est une maladie tropicale causée par une bactérie, le tréponème *Treponema pallidum pertenue*. Il s'agit d'une infection chronique non vénérienne qui n'est pas mortelle mais qui peut entraîner des mutilations ou déformations définitives puisqu'elle atteint les os, les articulations, le cartilage ainsi que des infections chroniques. Le pian est aussi appelé Framboesia.

La transmission du pian se fait par contact cutané direct avec une personne infectée. Il touche aussi bien les femmes que les hommes, et principalement les enfants de moins de 15 ans.

Le pian, cousin de la syphilis

La tréponématose désigne les maladies causées par les tréponèmes appartenant à la même famille de bactérie. On distingue différents types de tréponématoses plus connus que le pian : la syphilis vénérienne (*T. pallidum pallidum*), la syphilis endémique non vénérienne ou « bejel », (*T. pallidum endemicum*), limitée aux régions désertiques et la pinta ou « mal del pinto » ou « caraté », causée par *T. pallidum carateum*, touchant les enfants en Amérique centrale et du sud, caractérisée par des lésions cutanées.

De l'utopie d'une éradication à l'oubli de la maladie

Le pian est une maladie qui a ravagé l'Afrique jusqu'aux années 1950. Elle touchait entre 50 et 100 millions de personnes par an. Les traitements de masse dans 46 pays au cours des années 1950 et 1960 avec une seule injection intramusculaire de benzathine-benzylpénicilline ont permis de réduire la prévalence du pian de 95% dans le monde et de l'éradiquer de certains pays. Mais, au fur et à mesure des années, les systèmes de surveillance et de suivi ont faibli, les programmes de lutte nationaux ont été

abandonnés et la maladie est devenue négligée dans beaucoup d'endroits. On continue donc d'observer des cas de pian dans les communautés pauvres des régions tropicales, chaudes et humides d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et du Pacifique occidental. Le Congo fait partie des pays touchés. La dernière estimation de l'Organisation Mondiale de la Santé, datant de 1995, estimait la prévalence mondiale à 2,5 millions de cas de tréponématoses endémiques (pour la plupart du pian).



On peut éliminer le pian et finir par l'éradiquer en traitant les malades, car les êtres humains sont la seule source infectieuse.



Après trois semaines, les lésions du pian ont quasiment disparu.

Un nouvel espoir d'éradiquer la maladie d'ici 2020 ?

Un essai clinique récent a été mené en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Cet essai clinique a démontré l'efficacité de l'**azithromycine** en dose unique et par voie orale dans le traitement du pian. Contrairement à la benzathine-benzylpénicilline qui se faisait par injection intra-musculaire et était très douloureuse, **l'azithromycine est très facile à administrer et à transporter.**

L'OMS a alors promulgué une nouvelle stratégie d'éradication de la maladie avant 2020 en lançant des campagnes de traitement universelles avec l'azithromycine dans les communautés touchées. **L'objectif est de traiter toutes les personnes des communautés touchées, y compris les asymptomatiques.** Un mois après le traitement, ces mêmes personnes devront être revues afin de s'assurer de son efficacité.

Le cas du Congo

Au Congo, des campagnes d'identification des cas et de traitements ont été menées dans le département de Likouala entre 1983 et 2009, mais de manière sporadique. Les cas se trouvaient uniquement parmi la population aka de la région.

Pourquoi une campagne MSF ?



MSF dans la Likouala : élément de contexte

MSF intervient en urgence dans la région de la Likouala fin octobre 2009. Suite à de violents affrontements dans la région de l'Équateur, en République démocratique du Congo (RDC) voisine, des milliers de Congolais traversent alors le fleuve Oubangui pour trouver refuge en République du Congo, dans la région de la Likouala, au nord-est du pays.

En l'espace de neuf mois, la population de la Likouala est multipliée par deux. Selon le Haut Commissariat aux Réfugiés, la population réfugiée estimée en mai 2010, était de 114 722 personnes vivant sur plusieurs centaines de km, dont plus de la moitié installée le long du fleuve Oubangui.

Afin d'assurer un accès aux soins aux populations installées le long du fleuve (réfugiés et résidents), MSF organise des consultations dans de nombreux sites de déplacés tout le long du fleuve Oubangui, depuis Mougoumba en République Centrafricaine jusqu'à Impfondo au Congo. Dans chaque site, MSF propose des consultations générales, des suivis de grossesses et une prise en charge de la malnutrition sévère ainsi qu'un accès à l'eau potable. MSF soutient parallèlement l'hôpital de Bétou qui contient 80 lits d'hospitalisation en pédiatrie, médecine, urgence, maternité.

Confrontations aux premiers cas de pian

Lors des consultations (clinique mobiles) dans les villages du district de Bétou, les équipes MSF constatent régulièrement des cas de pian parmi le peu de personnes de la communauté aka qui vient en consultation. En 2011, 167 cas sont notifiés dans le district de Bétou dont 80 ont été traités par Médecins Sans Frontières.

Aux vues de la prépondérance des cas de pian parmi ces populations et leur manque d'accès aux soins, Médecins Sans Frontières commande une étude épidémiologique à Epicentre pour pouvoir documenter

la prévalence du pian, une maladie totalement oubliée, parmi la population autochtone. Elle décide de faire cette étude en même temps que de mener une campagne de traitement de masse contre le pian en suivant les nouvelles recommandations de l'OMS qui préconise l'usage d'un nouveau protocole, c'est-à-dire l'usage de l'azithromycine, un antibiotique oral en dose unique.



C'est la première fois qu'une telle campagne est menée avec ce nouveau protocole de traitement. Plus de 17 440 personnes ont été traitées par cette campagne de masse.

Le déroulé de la campagne



Première étape : sensibiliser et recenser les populations

Plusieurs mois ont été nécessaires pour préparer cette mission atypique pour MSF. Il a d'abord fallu se rendre sur place afin de sensibiliser et dénombrer les villages dans la forêt. Difficile de savoir quelle est la population cible exacte, les pygmées akas sont une population nomade donc, par définition, difficile à recenser, surtout dans les zones reculées.



“

On a d'abord parcouru les routes et les villages pour estimer le nombre de personnes et essayer de faire un recensement le plus précis possible.

On en profitait également pour faire de la sensibilisation dans des villages qu'on a mis parfois plusieurs jours à rejoindre.

Mais cela permettait d'avoir approximativement une cartographie de la zone. ”

Matthew Coldiron, médecin épidémiologiste
responsable de l'enquête de prévalence.

La cartographie ainsi réalisée permet d'évaluer la population cible sur l'ensemble des axes fluviaux et routiers à environ 20 000 pygmées akas.

Un défi médical...

Pendant quatre semaines en septembre, trois équipes distinctes d'une dizaine de personnes conjuguant personnel local (sensibilisateur, chauffeur, infirmière, traducteur, porteur) et expatrié (médecin, infirmière, logisticien) ont sillonné les pistes au cœur de la forêt tropicale et le fleuve Oubangui dans le but de soigner le pian.

Une vingtaine de jours ont été nécessaires pour aller à la rencontre de **20 000 personnes éparpillées dans des centaines de villages**. Du lever du jour jusqu'à la tombée de la nuit, les équipes enchaînent les déplacements, montent et démontent les sites de consultation. Le rythme est soutenu, le planning serré. En moyenne, entre 250 et 500 personnes sont vues en consultation chaque jour.

Toutes les personnes devront être traitées, adultes comme enfants. Tous les enfants présentant des lésions cutanées sont testés avec un test normalement utilisé pour détecter le trépanosome de la syphilis (de la même famille que le pian). Une goutte de sang prélevée au bout du doigt et un réactif permettent de donner un résultat en quelques minutes. Les résultats sont consignés précieusement afin de réaliser l'enquête de prévalence.

En plus d'assurer la campagne de traitement du pian, les équipes ont réalisé plus de 1200 consultations de base pour traiter des pathologies comme le paludisme, le déparasitage intestinal systématique chez les enfants et ont vacciné près de 4 000 enfants de 6 mois à 5 ans contre la rougeole.



“
Le message avec le sensibilisateur a bien été diffusé. Il est 9H30, on s'est levé à 4 heures du matin et on a donc mis 5 heures 30 pour pouvoir toucher 250 personnes et on rattrape ce que l'on n'a pas pu faire la veille.
”

Axelle, infirmière.



... et logistique

Au-delà de la logistique nécessaire pour mener à bien les consultations médicales, il fallait prévoir l'intendance des trois équipes afin qu'elles puissent vivre en totale autonomie durant 13 jours consécutifs au cœur de la forêt. Les conditions de vie étaient sommaires : campements sous la tente, minimum d'eau... Il fallait voyager au plus léger car l'intégralité du matériel devait être transportée d'un site à l'autre en voiture, mais aussi en pirogue ou à pied. Des déplacements rendus encore plus difficiles par la saison des pluies, seule période où les Akas se sédentarisent dans des campements.



“
Lorsque je suis venu sur ce site à la saison sèche pour faire un pré-recensement et sensibiliser à notre future venue, les conditions d'accès étaient bien plus faciles, la rivière bien plus basse. Aujourd'hui, on a fait un quart d'heure de pirogue puis deux heures de marche dans les marécages avec de l'eau jusqu'aux hanches et puis, encore une heure de marche sur la terre ferme.
”

Matthew Coldiron,
médecin épidémiologiste
en charge du projet Pian à Epicentre.

La seconde partie de cette campagne, au mois d'octobre, a consisté pour les deux équipes restantes à retourner sur les sites les plus touchés par le pian pour contrôler l'effet du traitement et traiter les personnes qui ne l'auraient pas été.

L'étude épidémiologique d'Epicentre



L'objectif de l'étude Epicentre est d'estimer la prévalence du pian actif parmi les enfants âgés de moins de 15 ans dans la population traitée lors de la campagne de traitement de masse contre le pian et d'identifier les endroits avec une prévalence importante de la maladie afin d'y renforcer le système de surveillance et la détection active de cas après la campagne. L'étude porte sur les districts de **Bétou** et **Enyellé** dans le département de la Likouala et concerne une population aka âgée de 6 mois à 15 ans.

Méthodologie

Chaque enfant de moins de 15 ans présent lors des consultations de traitement du pian a été dépisté comme ayant ou non le pian actif (visible), d'abord via le récit de la maman puis suite à un examen clinique. Ceux ayant une suspicion clinique du pian ont été testés à l'aide d'un test rapide détectant le tréponème.

Résultats préliminaires et premières recommandations

17 440 personnes au total ont été traitées lors de cette campagne de deux mois.

Parmi les 6215 enfants dépistés lors du premier tour, 485 avaient une suspicion clinique de pian. Un test rapide a été réalisé sur 480 d'entre eux avec consentement des parents. Au total, 183 cas de pian actif ont été confirmés. La prévalence globale était de 2,9% dont 2% dans le district de Bétou et 3,8% dans le district d'Enyellé. **Les villages les plus touchés sont ceux concentrés dans deux zones isolées de ce district, où la prévalence locale dépasse 10%.**

6728 enfants < 15 ans **traités**

6215 enfants < 15 ans **dépistés**

5730 enfants < 15 ans
sans signe de pian actif

485 enfants < 15 ans avec **suspicion du pian actif**

5 refusés
le test confirmatoire

480 tests réalisés

183 positifs
296 négatifs
1 inconnu

Le pian reste un problème important pour la population aka de la Likouala, surtout dans le district d'Enyellé où une campagne de traitement serait nécessaire dans les prochains mois. Vu la bonne couverture de la campagne et la faible prévalence dans le district de Bétou, les efforts dans ce district dans les mois prochains devront être ciblés sur un système de surveillance des cas et le traitement systématique de la famille au sein de laquelle un cas serait rencontré.

La prépondérance de cas chez les garçons de 60 % (normalement les cas sont répartis 50/50 chez les hommes et les femmes) suggèreraient des facteurs de risques supplémentaires inconnus.

Et demain ?

L'objectif de cette campagne et du travail épidémiologique qui en a découlé est de partager cette expérience avec d'autres acteurs qui seraient susceptibles de mettre en œuvre les nouvelles recommandations d'éradication de la maladie, promulguées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le travail sera partagé avec les autorités locales du Congo mais aussi avec l'OMS et tous les acteurs qui pourraient s'engager dans la lutte contre cette maladie.

“ *Nous sommes les premiers à mettre en œuvre cette nouvelle stratégie. L'idée est de témoigner de cette expérience sur cette maladie, ce nouveau traitement, les moyens qu'il a fallu mettre en œuvre pour atteindre ces populations isolées dans la forêt. On espère que cette expérience pourra être partagée, car le pian est présent dans d'autres pays.* **”**

Matthew Coldiron, médecin épidémiologiste.

Les populations akas du nord du Congo, menacées, exploitées



Les pygmées akas vivent dans le nord du Congo-Brazzaville mais également dans le sud de la République centrafricaine. Peuples de la forêt par excellence, les Akas sont des chasseurs-cueilleurs. La forêt est leur maison, elle les protège, les nourrit, les soigne. Traditionnellement nomades, ils se déplacent au gré des saisons dans la forêt en fonction de ce qu'elle peut leur apporter (gibier, miel, noix, baies, chenilles, racines, plantes etc). En parfaite harmonie avec la nature, ces peuples ont une connaissance ancestrale de la faune et de la flore de la forêt.



Pourtant ce peuple est aujourd'hui menacé.

Les Akas ont tendance à se sédentariser près des exploitations agricoles de leurs voisins Bantous qui voient en eux une main-d'oeuvre bon marché. C'est pourquoi dans le département de la Likouala il n'est pas rare de voir des villages mixtes où les communautés akas se sont fixées tentant une cohabitation avec leurs voisins Bantous. Mais cette cohabitation reste aujourd'hui encore très difficile car les Akas sont victimes d'ostracisme et continuent d'être asservis à leurs voisins Bantous. Adoptée à la fin de l'année 2010, et promulguée par le président de la République du Congo, Denis Sassou Nguesso en février 2011, la loi sur la promotion et protection des droits des peuples « autochtones »² est censée être mise en application. Mais celle-ci semble tarder.

Au fur et à mesure, leur mode de vie d'autosuffisance est menacé et les Akas vivent dans un état de pauvreté et de marginalisation extrême. L'exploitation forestière intensive, l'agriculture à grande échelle

2 La loi vise entre autre à ne plus les désigner comme des pygmées, un terme péjoratif et discriminatoire, mais comme autochtones.

et les activités commerciales les ont contraints à abandonner leurs territoires et les minces parcelles de forêt qu'ils occupaient. Certains groupes ont préféré se retirer au plus profond de la forêt pour échapper à l'influence de leurs voisins.

L'accès au système de santé de ces minorités est quasi nul

Là où ils se sont sédentarisés, les Akas pourraient avoir un accès au peu de structure de santé existante. Ainsi, les équipes MSF présentent à l'hôpital de Bétou et dans les centres de santé environnants en reçoivent régulièrement en consultation. Mais seule une petite minorité vient en consultation.



L'isolement ou le mode de vie n'expliquent pas tout au fait que les pygmées n'aient pas accès aux structures de santé. Certes leurs lieux de vie restent très isolés mais ils ne bénéficient pas de la même attention que d'autres peuples voire d'autres régions. Comment expliquer la persistance de maladie comme le pian parmi ces communautés, tout comme celle d'autres maladies - comme la lèpre - alors qu'il a disparu parmi les autres populations ? Leur accès aux soins est quasi nul.

Dans leur rapport, G. Salomone³ et F. Taglioni expliquent que « les cartes de prévalence de certaines endémies comme le pian correspondent souvent aux territoires d'ethnies marginalisées. Le pian est un indicateur médical de discrimination ».

Conclusion



La chronicité et l'incidence du pian parmi les populations akas est un état de fait. L'importance des moyens à mettre en œuvre pour le traiter, sur le plan humain, logistique, implique la participation de l'ensemble du système national de santé et de ses partenaires.

La mise en place d'une stratégie d'éradication, d'un réseau de surveillance et de soins cliniques seront nécessaires pour éradiquer totalement cette maladie au sein de la communauté Aka. Mais celle-ci ne pourra aboutir sans une volonté politique forte des autorités congolaises mais également à plus large échelle des bailleurs de fonds internationaux qui jusqu'ici étaient restés indifférents à cette maladie.

“

On est les premiers à mettre en œuvre cette nouvelle stratégie. L'idée est de témoigner de cette expérience sur cette maladie, ce nouveau traitement, et ce dont on avait besoin pour réaliser cette campagne, quels moyens il a fallu mettre en œuvre pour atteindre ces populations isolées dans la forêt.

On espère que cette expérience pourra être partagée car le pian est présent dans d'autres pays où MSF intervient ou pas.”

Matthew Coldiron, médecin épidémiologiste.