



Plateforme

PLATEFORME REGIONALE DE RECHERCHE CLINIQUE

THA

Bulletin d'information N° 15, Septembre 2014



Réunion des investigateurs Fexinidazole

Du 03 au 05 Avril 2014, Kinshasa, RDC



Comité de rédaction:

Rédacteur en chef: Augustin Kadima Ebeja

Membres: Olaf Valverde ; Charles Wamboga ; Pierre Mari Ndouzima ; Josenando Théophile ; Richard Laku ; Victor Kande et Nicolas Mbongo

Conseillers: José Ramon, Sonja Bernard et Laurence Flévaud.

Adresse coordination de la Plateforme THA

Avenue Milambo No 4, quartier SOCIMAT

Kinshasa, Gombe

République Démocratique du Congo

Email: aebeja@dndi.org

Tél: 00243 81 081 22 38

Sommaire

EDITORIAL : **P.2**

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA THA
DANS LES PAYS DE LA PLATEFORME FIN 2013 : **P.3**

DERNIERS EVENEMENTS SCIENTIFIQUES ET
INFORMATIONS DIVERSES : **P5**

PUBLICATIONS RECENTES SUR LA THA : **P15**

NECROLOGIE : **P.16**

BIENVENUE AUX NOUVEAUX MEMBRES : **P.18**

PAROLE AU PERSONNEL SOIGNANT : **P. 19**

LES RENDEZ-VOUS SCIENTIFIQUES PREVUS
POUR 2014 : **P.24**

Editorial



*Dr Augustin Kadima Ebeja ;
Coordinateur Plateforme THA*

Chers lecteurs,

Pour la quinzième fois, nous avons le plaisir de vous informer sur nos réalisations ainsi que sur les actualités dans le domaine négligé qu'est la maladie du sommeil.

De la situation épidémiologique de la maladie du sommeil en 2013, en passant par les derniers événements, jusqu'aux rendez-vous scientifiques et publications récentes sur la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), vous retrouverez toutes vos rubriques habituelles, à l'exception des

dernières nouvelles sur les recherches en cours. En effet, dans les deux semaines qui suivent la publication de ce bulletin, la réunion scientifique conjointe des plateformes EANETT et THA fera le tour de la question et abordera plusieurs aspects sous le thème de "L'apport de la recherche et développement dans l'objectif de l'élimination de la maladie du sommeil".

Nous vous promettons bien évidemment un numéro spécial à venir pour vous faire part des conclusions de cet événement.

Bonne lecture et merci de diffuser largement ce bulletin.



Situation épidémiologique de la THA dans les pays de la Plateforme fin 2013

préparé par le Dr. Olaf Valverde Mordt
d'après les informations des Programmes et Instituts
Nationaux de Lutte contre la Trypanosomiase

Comme pour les deux années précédentes (voir les Bulletins 11 et 13), nous présentons ici l'évolution de la THA dans les pays de la Plateforme entre 2011 et 2013, basée sur les données des Programmes Nationaux. Les chiffres peuvent varier légèrement, mais des valeurs définitives vont être

validées officiellement par l'OMS.

Le nombre de cas déclarés par pays ainsi que les variations annuelles sont présentés dans le tableau suivant. Les chiffres négatifs correspondent à une diminution du nombre de cas, et les chiffres positifs à une augmentation.

Tableau 1. Nombre de cas dans le pays de la Plateforme THA

Pays membres de la Plateforme THA	Nombre de cas			Variation en %	
	2011	2012	2013	2011-12	2012-13
RDC	5595	5983	5647	6,7	-5,6
RCA	122	371	49	204	-87
Sud Soudan	297	327	116	10	-64,5
Tchad	247	197	193	-20,2	-2
Ouganda	123	99	52	-19,5	-47
Angola	154	69	69	-55,2	0
République du Congo	61	40	20	-34,3	-50
Total	6599	7086	6146	7,2	-13

En 2013, seuls 3 pays ont déclaré plus de 100 cas. Cette évolution pour 2013 est encourageante car aucun pays n'a enregistré une augmentation du nombre de cas. Les différences restent liées aux variations d'activité que nous allons commenter plus loin, par pays. Néanmoins, pour pouvoir tirer des conclusions, il faudra d'abord qu'une réduction claire du nombre de cas soit maintenue durablement. Dans tous les pays, le nombre de cas détectés était plus faible en 2013 qu'en 2012, malgré l'intensification des activités de dépistage actif dans certains d'entre eux (RDC, Tchad, Angola et Sud Soudan).

Pour les trois premiers, la faible diminution en chiffres absolus cache une réduction plus importante du taux de détection¹. Il faut augmenter les investissements dans le dépistage et dans la consolidation des compétences diagnostiques et thérapeutiques des structures fixes des zones endémiques.

République Démocratique du Congo.

La RDC déclare à elle seule 92% des cas déclarés dans les pays de la plateforme.

On observe une légère diminution du nombre de cas en RDC, mais les chiffres varient selon les sources. Les cas en provenance des provinces sous la responsabilité directe du PNLTHA sont passés de 4927 en 2012 à 3867 en 2013 (-22%), et ce malgré une augmentation du nombre de personnes examinées, qui est passé de 1.670'638 en 2012 à 2.115'749 en 2013 (+27%). MSF travaille

équipe supplémentaire a été mise en place en 2013, ce qui porte à 3 le nombre de sites d'intervention dans le Bas-Uélé (contre 2 auparavant). Le nombre de personnes examinées est passé de 58'579 en 2012 à 97'878 en 2013 (+67%), et le nombre de cas détectés a aussi augmenté de 1056 à 1780 (+68%). Vers la fin 2013, une forte réduction du nombre de cas a été observée dans ces districts après plusieurs passages des équipes mobiles, et MSF a décidé de partir vers la fin 2014. Le taux de détection global était égal à 0,27% (0,19% pour le PNLTHA et 1,85% pour MSF).

République Centrafricaine.

Le conflit interne en République Centrafricaine a eu un impact direct sur le fonctionnement du PNLTHA. Les infrastructures ont été saccagées, l'argent volé et les véhicules mis hors d'usage.

Seul le rapport de Batangafo nous est parvenu. Ce foyer soutenu par MSF étant situé au centre de la zone de conflit, le dépistage actif est devenu impossible dans les villages et il est concentré pour l'instant sur les populations déplacées ou dans la ville de Batangafo. La forte réduction du nombre de cas dépistés depuis la fin 2012 et courant 2013 s'explique par la présence du conflit, qui provoque des déplacements massifs de la population rurale dans les zones endémiques, souvent vers la savane arbustive environnante infestée de mouches tsé-tsé. Il est possible que l'on assiste à une augmentation du nombre de cas à l'avenir, mais celle-ci ne sera visible que lorsque les services de dépistage seront rétablis.

¹ Taux de détection: Nombre de cas détectés divisé par la population totale examinée activement et passivement.



Pour le seul foyer de Batangafo, 49 cas ont été dépistés, soit un taux de détection de 0,9% pour un total de population examinée de 5524. La situation en 2014 reste instable et le foyer de Batangafo est toujours au centre des zones de conflit.

Sud Soudan

Une forte baisse du nombre de nouveaux cas a été enregistrée par rapport à 2012, malgré des activités de dépistage actif plus importantes pendant les 4 premiers mois de 2013, grâce au soutien direct de l'équipe mobile internationale de MSF. En janvier, 2766 personnes ont été examinées activement avec l'appui de Malteser à Yei, en février 4239 avec l'aide du diocèse de Mundri, et en mars 5493 et avril 6077 avec l'aide du gouvernement à Tambura, ce qui porte le total de personnes examinées activement à 18'575. Par ailleurs, 3471 personnes ont été examinées passivement, ce qui correspond à un taux de détection de 0,5% (116/22'046). La plupart des cas ont été diagnostiqués au stade 2 (75/116, soit 64%). Les foyers les plus actifs restent Mundri (Lui), Yei et Tambura. Le 15 décembre 2013, un conflit civil a éclaté dans le pays, mais pour le moment il n'affecte pas directement les foyers endémiques de la maladie.

Tchad

La majeure partie de l'activité de dépistage et des cas détectés est concentrée autour du foyer de Mandoul. Au total, 191 cas ont été diagnostiqués dans ce foyer, 127 par dépistage actif et 64 par dépistage passif. À une exception près, tous les cas ont été diagnostiqués par le Centre de Santé Catholique de Bodo. Parmi les autres foyers, un cas a été diagnostiqué à Moissala à la suite d'un dépistage passif, et aucun cas n'a été détecté lors de la campagne de dépistage actif menée auprès de 4287 personnes. Dans l'ancien foyer de Danamadji (dernier cas en 1978), un cas a été détecté à l'hôpital de Doba. En 2013, le nombre de personnes examinées activement était 71% plus élevé par rapport à 2012 (36'942 vs 21'616), ce qui laisse présager que la baisse du nombre de cas serait plus importante que celle présentée dans le tableau. Le taux de détection global est égal à 0,52%.

Uganda

Tous les cas ont été détectés passivement. La réduction du nombre de cas de *T.b. gambiense* a été confirmée en 2013 (9 cas contre 23 en 2012). Le nombre de patients infectés par *T.b. rhodesiense* a également diminué en 2013 (43 contre 76 en 2012). Lwala reste le lieu où la prévalence est la plus élevée avec 40 cas détectés. Tous les patients infectés par *T.b. gambiense* étaient en stade 2, contre 30/42 pour les patients infectés par *T.b. rhodesiense*.

Angola

Les activités de dépistage actif rapportées ont été multipliées par 9 par rapport à 2012 (122'021 vs 13'940), mais seuls 8 cas ont été mis en évidence par cette méthode. Cependant, le nombre de cas reste inchangé par rapport à l'année précédente, ce qui devrait être un signe de diminution de la prévalence. Le nombre de cas rapportés dans les provinces du Nord-Ouest restent inchangés: Luanda (20), Kwanza Norte (16), Bengo (15), Zaire (10) et Uige (8). Autotal, 160'515 personnes ont été examinées, ce qui correspond à un taux de détection de 0,04% (69/160515). Par contre, on note une proportion élevée de patients au stade 2 de la maladie (65/69), égal à 94%.

République du Congo

En 2013, 20 cas ont été diagnostiqués, ce qui correspond à une diminution par deux par rapport à l'année précédente. Le programme national n'a pas pu réaliser toutes les activités de dépistage programmées, faute de financement. Seuls 5 cas ont été détectés par dépistage actif (25% du total) sur un total de 6730 personnes examinées, ce qui donne un taux de détection de 0,07%, similaire à celui obtenu en 2012. Tous les cas provenaient du foyer de Ngabé. Brazzaville (7), Nkayi/Loudima (6) et Mossaka (2) ont dépisté passivement 15 cas, dont 13 patients au stade 2 de la maladie (65%).

Guinée

Ce pays, qui ne fait pas encore partie de la Plateforme THA, a montré un dynamisme dans les activités de lutte et un nombre croissant de cas détectés, ce qui explique son inclusion dans cet article.

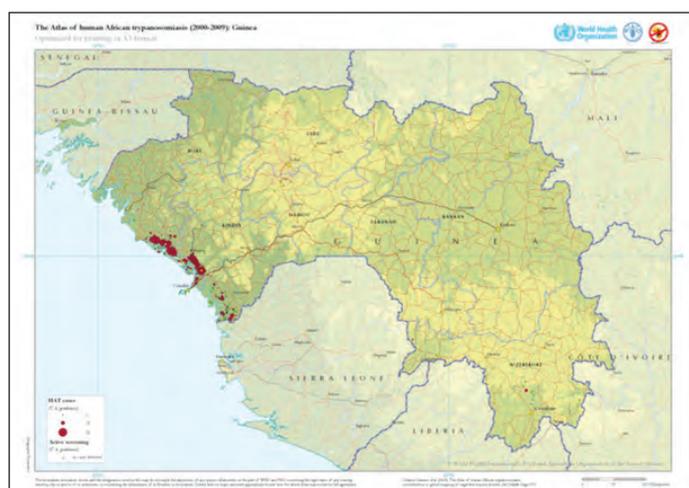
Trois foyers restent actifs, dans la région de la Basse Guinée le long de la côte Atlantique, une zone parsemée d'îles et avec un environnement constitué majoritairement de mangroves, auxquelles les tsé-tsé se sont bien adaptées. En 2012, la plupart des traitements étaient concentrés sur le centre de Dubreka, mais depuis, deux autres centres (Boffa et Forécariah) ont reçu une formation et des équipements pour traiter directement la maladie (voir tableau ci-dessous). Un grand effort a été entrepris pour éliminer les mouches dans les îles de Loos au large de Conakry, élargi depuis aux îles de la côte et à la région des mangroves.

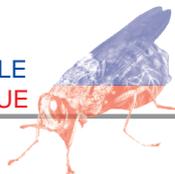
Tableau 2. Nombre de cas traités depuis 2012

Centres de traitement	2012	2013
Dubreka	43	56
Boffa	27	21
Forécariah	-	10
Total	70	87

*plus de 80% des patients étaient au stade 2

La carte de l'OMS ci-dessous montre la distribution des cas entre 2000 et 2009, notamment le long de la côte. On observe un petit foyer dans la zone des forêts près de la Côte d'Ivoire, mais aucun cas n'y a été déclaré récemment.





Derniers événements scientifiques et informations diverses

Réunion des investigateurs des sites Fexinidazole

La deuxième réunion des investigateurs, qui a eu lieu du 3 au 5 avril 2014 à Kinshasa, a servi non seulement à analyser l'étude pivot de Phase II/III DNDiFEX004 menée chez des adultes atteints de THA à T.b. gambiense au stade 2 avancé, mais aussi à établir les bases des deux nouvelles études complémentaires, DNDiFEX005 (adultes au stade 1 et au stade 2 précoce) et DNDiFEX006 (enfants à tous les stades).

La réunion a débuté par une minute de silence en l'honneur de nos collègues disparus, l'honorable Miaka Mia Bilenge et le médecin investigateur Muwanga Tebe Alléluia. Ensuite, chacun des partenaires impliqués dans le projet DNDiFEX004 a décrit ses activités et son rôle dans le projet : DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative), Swiss TPH (Swiss Tropical and Public Health Institute), le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) et la Communauté Baptiste du Congo (CBCO), sans oublier la Plateforme THA dans laquelle nous nous retrouvons tous.

Une trentaine de participants ont présenté les sites de l'étude DNDiFEX004 de Bandundu, Vanga, Masi Manimba, Dipumba,

Dingila, Mushie, Katanda et Isangi (RDC). Seul le représentant de Batangafo était absent à cause de la situation actuelle en République Centrafricaine.

La présentation des sites a mis en évidence la diversité des contextes dans lesquels le projet se déroule. Les problèmes et les difficultés identifiés par les investigateurs des sites ont fait l'objet de discussions orientées vers la recherche de solutions. Les problèmes logistiques ainsi qu'un taux d'inclusion des patients moins élevé que prévu ont été discutés afin d'adapter l'approvisionnement au recrutement.

Une analyse intermédiaire des données de 195 patients suivis pendant 12 mois après la fin du traitement est en cours, et elle sera intégrée dans la stratégie de demande d'approbation réglementaire.

En ce qui concerne les inclusions, il a été décidé de renforcer le dépistage systématique par CATT dans les sites de l'étude et de reprogrammer les activités des équipes mobiles dans les zones de forte endémicité, et cela en collaboration avec le niveau central. Étant donné l'élargissement du recrutement aux patients aux deux stades de la maladie, et pour que les données soient comparables, il a été souhaité que les équipes mobiles n'effectuent pas la ponction lombaire sur le terrain et que cet examen soit effectué sur le site de l'étude, surtout dans les aires de santé où les patients peuvent être acheminés vers les sites en vue de l'inclusion dans les trois études. Les visites de suivi doivent être programmées à





partir de la fin du traitement et des efforts doivent être entrepris afin qu'elles aient lieu à la date théorique prévue. Le rapport sur la visite doit être effectué dans les 5 jours qui suivent.

Les données disponibles sur la sécurité et l'efficacité du fexinidazole sont encourageantes pour la poursuite de l'étude DNDiFEX004 et justifient, parmi d'autres arguments, la mise en place de deux nouvelles études (DNDiFEX005 et DNDiFEX006) complémentaires. Il a été demandé à tous de bien documenter les effets indésirables, en mettant à contribution d'autres membres de l'équipe, notamment les infirmiers, pour identifier leur début et leur fin. Il leur a aussi été demandé de ne laisser sortir les patients de l'hôpital qu'une fois leur état stabilisé sans aucun signe de danger. Les protocoles des trois études ont été exposés en insistant sur les différences entre l'étude DNDiFEX004 et les deux nouvelles études.

Ces dernières n'étant pas randomisées, tous les patients inclus recevront le fexinidazole. Une version papier du cahier d'observation des patients sera utilisée mais, à chaque inclusion, un certain nombre d'informations du patient seront envoyées par email au responsable des données. Les principes de remplissage du cahier d'observation ont été exposés aux participants. L'objectif est d'inclure tous les mois environ 14 patients dans l'étude DNDiFEX004, 10 patients dans l'étude DNDiFEX005 et 8 patients dans l'étude DNDiFEX006, tous sites confondus.

L'équipe de Swiss TPH a rappelé les leçons apprises lors de différents monitorages et les points à améliorer. On a surtout insisté sur la numération des globules blancs dans le LCR et sa documentation à réaliser lors du diagnostic, de la visite de fin de traitement et des visites de suivi. La lecture est effectuée par deux techniciens de laboratoire au niveau des sites, et le résultat est ensuite noté dans le registre de laboratoire lors du diagnostic, et dans le document spécifique de l'étude lors des visites de fin de traitement et de suivi.

Le recueil du consentement éclairé des parents et de l'assentiment de l'enfant a fait l'objet de débats. Lors de l'obtention de l'assentiment de l'enfant, il est souhaitable que l'un des parents soit présent.

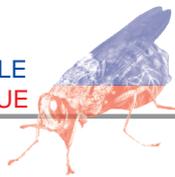
Le manager des Opérations Pays de DNDi en RDC a expliqué les principes de la gestion des biens dans le cadre du projet et il a présenté les nouveaux outils destinés à optimiser la gestion financière. L'équipe de Swiss TPH a également présenté le circuit d'approvisionnement des médicaments depuis les fournisseurs en Europe jusqu'à leur transfert aux sites, en passant par le dépôt central de Kinshasa. Les outils de transfert et de gestion ont aussi été présentés.

Les bonnes pratiques cliniques ont été présentées, en insistant sur les responsabilités des investigateurs, du personnel, des infirmiers, et des techniciens de laboratoire et sur la gestion des médicaments. Les effets indésirables, leurs caractéristiques et la procédure de déclaration pour les trois études ont été expliqués. Suite au succès de l'exposé sur l'examen neurologique, les participants ont demandé qu'une présentation sur les particularités de l'examen neurologique chez l'enfant soit faite.

Pour terminer, les nouveaux membres dans la famille fexinidazole ont été présentés.

La réunion s'est déroulée dans une ambiance conviviale.





Formation du personnel impliqué dans la lutte contre la THA au Tchad

(Peka /Augustin K.E)

Dans le cadre du renforcement des capacités au sein de la Plateforme THA, la coordination régionale a organisé à la paroisse de Bodo du 19 au 22 mai 2014, en collaboration avec les points focaux du Tchad, un atelier de formation du personnel de santé sur l'intégration de la lutte et la surveillance de la trypanosomiase à *T. b. gambiense* dans les services de santé. Les objectifs spécifiques de cet atelier étaient de permettre aux participants de :

- Maîtriser l'épidémiologie de la THA
- Prendre connaissance des directives nationales de lutte contre la THA
- Être en mesure de mettre en œuvre ces directives pour la lutte contre la THA

La cible de cette formation était :

- Les médecins des hôpitaux de Moundou, Doba, Bodo et Moissala
- Les techniciens de laboratoire et les infirmiers des hôpitaux de Moundou, Doba, Bodo, Moissala, Danamadji et du Centre de Santé Catholique de Bodo

Cette formation était composée de :

- Exposés suivis de débats
- Séances de travaux pratiques par groupes (médecins, techniciens de laboratoire et infirmiers), avec des démonstrations, des réalisations de tests diagnostiques et l'administration des soins à l'hôpital de Bodo, suivie d'une restitution en séance plénière
- Films et de documentaires sur la THA
- Une visite de dépistage actif sur le terrain avec l'équipe mobile

Le préfet du département de Kouh Est a présidé la cérémonie d'ouverture. Dans son discours d'ouverture, il a décrit le fardeau

de la trypanosomiase sur la population en termes de mortalité et de morbidité, et son impact sur la baisse de productivité animale et agricole. Il a aussi exprimé l'importance d'une stratégie efficace de lutte contre la THA fondée sur la formation du personnel en vue de l'intégration des activités dans le système de soins. Le maire de la ville ainsi que le médecin chef du district sanitaire de Bodo étaient aussi présents à cet atelier de formation.

Après l'adoption de l'agenda de la formation, les activités ont démarré par la présentation des différents modules, suivies de discussions. Les séances de cours théoriques ont été étalées sur deux jours. Une présentation de la plateforme THA a été donnée. Tous ces exposés ont été suivis de questions, débats et contributions.

Les troisième et quatrième jours ont été consacrés aux travaux de groupes sous forme de démonstrations et des travaux pratiques pour les infirmiers, les techniciens de laboratoire et les médecins. Ceci a permis aux participants de se familiariser avec les médicaments trypanocides, ainsi qu'à leur préparation et leur administration.

Une démonstration des examens de diagnostic sérologique et parasitologique a été effectuée à l'Hôpital de Bodo pour les techniciens de laboratoire et les médecins. Une visite de terrain auprès de l'équipe mobile présente dans les villages a permis aux médecins de revoir toutes les étapes du dépistage actif. Deux films documentaires sur les travaux d'Eugène Jamot sur la trypanosomiase au siècle dernier et sur les activités de PATTEC en Afrique ont été projetés pour compléter cette formation.

Enfin, une restitution des travaux de groupes en séance plénière a permis aux participants d'ajouter leurs commentaires, et d'effectuer une évaluation post test avant la cérémonie de clôture solennelle par le préfet du département de Kouh Est.

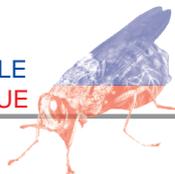


Cérémonie d'ouverture



En images,
Formation du personnel
impliqué dans la lutte contre
la THA au Tchad,





Sixième cours international sur la trypanosomiase en Afrique (ICAT 6)



(11 internationaux et 13 nationaux).

Ce cours n'a été possible que grâce à l'appui de l'INRB qui a prêté gracieusement ses locaux et ses équipements, et au soutien financier de l'OMS, de DNDI, de la plateforme THA et de l'IRD. L'IRD était également co-organisatrice du cours.

La note moyenne des stagiaires est passée de 11,5/20 lors de l'évaluation initiale à 16,5/20 lors de l'évaluation finale, une belle preuve du sérieux de leur travail.

La formation comprenait 74 heures d'enseignement

En 1999, trois amis impliqués dans la lutte contre la trypanosomiase ont créé l'association « Les trypanautes - ATA » pour répondre à la recrudescence de l'endémie en Afrique et à la disparition progressive des savoirs sur la maladie. Dès 2000, un cours international sur la trypanosomiase en Afrique (ICAT) a été organisé dans le cadre de la réunion Pharo à Marseille. Il s'agissait de fournir à 20 responsables africains de la lutte contre la trypanosomiase la meilleure formation possible, théorique et pratique, dispensée par les meilleurs spécialistes internationaux. Le succès fut tel qu'un deuxième cours (ICAT 2) fut organisé en 2001 à Lyon. Puis ce fut ICAT 3 à Lisbonne en 2003, ICAT 4 à Tunis en 2005, ICAT 5 à Nairobi en 2005, et aujourd'hui ICAT 6 à Kinshasa.

ICAT 6 s'est déroulé à l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) à Kinshasa du 9 au 27 juin 2014.

Il a réuni 23 stagiaires venus de sept pays d'Afrique (Cameroun, Congo, Guinée, Nigeria, RCA, RDC et Tchad) et 24 enseignants

théorique, 16 heures de travaux pratiques, une journée de piégeage des glossines sur le terrain (qui a permis de ramener 3 mouches avec des trypanosomes dans le tube digestif) et 26 heures de travaux par groupes sous forme de jeux de rôles. Les stagiaires ont travaillé du lundi au samedi, sans interruption.

La promotion a décidé de s'appeler « Promotion Constantin Miaka Mia Bilenge » en hommage à ce grand médecin qui fut le premier Congolais à diriger le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase en RDC, et qui avait été facilitateur à l'ICAT 1 à Marseille en 2000.

Constantin nous a quitté brutalement il y a quelques semaines, alors que nous préparions l'ICAT 6 où il aurait été présent. Sa famille et ses amis sont venus en nombre à la clôture du cours, donnant à cette cérémonie une tonalité toute particulière, empreinte d'émotion et d'un vrai chagrin. Salut Constantin, nous savons que Là-Haut tu veilles sur nous et tu ne seras jamais oublié chez les Trypanautes.





Journée Porte Ouverte à l'occasion du 70e anniversaire de Swiss TPH

Swiss TPH (Swiss Tropical and Public Health Institute) fête ses 70 ans

D'après un communiqué de presse

Il y a 70 ans, le 4 mai 1944, l'Institut Tropical Suisse (STI) – aujourd'hui l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH) – a été créé à Bâle en Suisse comme une organisation publique. Son mandat était d'améliorer de manière significative la santé et le bien-être de l'homme, grâce à une meilleure compréhension des maladies et des systèmes de santé.

Au fil des années, Swiss TPH est passé d'un petit institut spécialisé dans les maladies tropicales à un établissement de recherche de renommée mondiale. Swiss TPH emploie actuellement plus de 700 personnes dans plus de 20 pays. Rien qu'à Bâle, environ 450 employés et près de 120 étudiants travaillent à l'institut.

Contribution à l'amélioration de la santé dans le monde

L'institut consacre ses travaux de recherche, d'enseignement et de services sanitaires à la société dans son ensemble, mais plus particulièrement dans les pays d'Afrique, d'Asie centrale, de la région du Pacifique, d'Amérique du Sud et d'Europe. Ainsi, ses activités concernent toute la chaîne de l'innovation, depuis la recherche fondamentale jusqu'au développement, aux tests cliniques et à la mise sur le marché de nouveaux médicaments destinés aux populations concernées.

En plus des maladies de portée mondiale, telles que le paludisme et la tuberculose qui touchent les populations pauvres, les travaux de recherche de Swiss TPH concernent aussi les maladies tropicales dites négligées, les parasites qui en sont responsables et leurs stratégies thérapeutiques respectives. Ces maladies sont par exemple la maladie du sommeil, la schistosomiase et la leishmaniose.

En plus de ses travaux de recherche sur de nouveaux médicaments ciblant les maladies des populations démunies, Swiss TPH se consacre au renforcement des systèmes de santé et des capacités des professionnels de la santé. Ainsi, Swiss TPH est un partenaire précieux dans de nombreux projets de coopération au développement et à la mise en œuvre de traitements en Afrique, en Europe de l'Est et en Asie centrale.

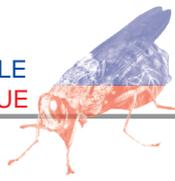
Par ailleurs, Swiss TPH doit faire face aux défis liés aux changements planétaires. En plus des maladies infectieuses classiques, l'institut se concentre aussi sur les maladies non transmissibles, telles que l'hypertension artérielle, les effets de la pollution de l'air, ou le diabète, et leurs conséquences pour la population en Suisse, en Europe et ailleurs.

A Bâle, ainsi que dans ses instituts partenaires en Afrique et en Asie, Swiss TPH propose des cours donnés par des experts de terrain pour former les professionnels de la santé.

De la recherche à la coopération au développement

Dans les années 50, l'institut a créé deux laboratoires de terrain en Afrique : le Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS) en Côte d'Ivoire, et le Swiss Tropical Field Laboratory (STIFL) à Ifakara en Tanzanie, qui a donné naissance au désormais indépendant Ifakara Health Institute (IHI). Le CSRS et l'IHI ont tous deux acquis une renommée en tant qu'instituts de recherche. Avec l'indépendance des pays d'Afrique, les activités de Swiss TPH sont passées de la recherche à la coopération active au développement.

Le 14 juin 2014, Swiss TPH a fêté son anniversaire avec une journée 'portes ouvertes'.



Assurance qualité des études cliniques sur la THA : l'approche de Swiss TPH sur le suivi des études cliniques dans les régions à faibles ressources

A. Signorell

Les études cliniques sont généralement conçues pour recueillir des données sur la sécurité et l'efficacité de nouveaux traitements, vaccins ou outils diagnostiques. Afin que ces données soient valables et crédibles, il faut mettre en place des mesures de la gestion de la qualité depuis la conception de l'étude clinique, pendant toute la durée de l'étude et jusqu'à l'analyse et la présentation des données. Les mesures de la qualité dans les études cliniques se concentrent sur deux objectifs principaux : la protection des sujets et l'intégrité des données.

Les études cliniques concernent soit des volontaires en bonne santé soit des patients atteints de la maladie étudiée. Par conséquent, il est essentiel d'assurer la protection des droits, de la sécurité et du bien-être des sujets de l'étude. La qualité et l'intégrité des données doivent être assurées en veillant à ce que les résultats soient correctement obtenus, communiqués, interprétés et vérifiés.

Le promoteur de l'étude a l'obligation de surveiller en continu le déroulement de l'étude et de s'assurer que les investigateurs cliniques respectent le protocole de l'étude, les réglementations locales et les Bonnes Pratiques Cliniques (BPC), standard universel de qualité dans la réalisation d'études cliniques. Ce processus de suivi nécessite des visites régulières sur les sites par les moniteurs de l'étude pendant toute la durée de celle-ci.

Le choix du site d'une étude clinique sur des médicaments ou des outils diagnostiques pour la trypanosomiase humaine africaine (THA) correspond souvent aux lieux d'apparition de la maladie, parfois dans des zones très retirées avec des ressources limitées, et le plus souvent en République Démocratique du Congo. Les infrastructures sanitaires, le niveau d'éducation, l'expertise médicale, la pratique clinique, ainsi que les processus réglementaires et les questions éthiques rencontrés dans ces régions sont souvent très différents de ceux qui existent dans les pays à revenu élevé. Cependant, malgré les disparités entre les pays à ressources faibles et élevées, il faut appliquer les mêmes normes de qualité aux études cliniques, quel que soit le lieu où elles sont conduites.

Le déroulement et le suivi des études cliniques sur des maladies liées à la pauvreté dans les zones géographiques concernées sont



une des compétences fondamentales de l'Unité de Médecine Pharmaceutique de Swiss TPH. L'unité a adapté sa stratégie de suivi pour répondre aux différents défis rencontrés dans les régions à faibles ressources.

Afin de permettre aux sites de l'étude clinique d'adhérer au mieux à ces principes de qualité pendant toute la durée des études, Swiss TPH a conçu une approche complète de formation du personnel de l'étude (formations des investigateurs, cours sur les BPC, visites lors du démarrage de l'étude), avec des visites régulières aux sites de l'étude et des contacts permanents en dehors de ces visites.

Pour mettre cette approche en pratique, l'unité a créé un grand réseau de moniteurs régionaux basés dans huit pays d'Afrique sub-Saharienne, qui viennent en aide à l'équipe de Bâle pour les activités de suivi des sites d'études en Afrique. Ce réseau de moniteurs régionaux est coordonné par les bureaux de Swiss TPH à Bâle et à Kinshasa.

Afin d'élargir en permanence ce réseau et fournir aux moniteurs les qualifications nécessaires, Swiss TPH travaille au renforcement des capacités en organisant régulièrement des formations pour les moniteurs à Bâle, en Suisse. Les moniteurs régionaux participent aussi à des activités de formation continue.

Cette approche de Swiss TPH, qui consiste à engager des collaborateurs locaux pour le suivi des sites où se déroulent des études clinique, s'est avérée très efficace. En effet, les connaissances et l'expertise locales de ces moniteurs régionaux apportent un bénéfice immédiat. Cette stratégie offre aussi l'avantage de réduire les frais de transport pour les visites de suivi, ce qui est très important quand on connaît la pression des coûts dans ce domaine de recherche. Les échanges continus et actifs entre les moniteurs régionaux et ceux basés à Bâle sont autant d'opportunités d'apprentissage mutuel.

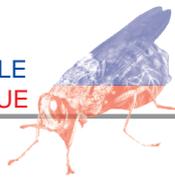
Parlons finances, sans tabou

Nous parlons beaucoup des Bonnes Pratiques Cliniques et des Bonnes Pratiques de Laboratoire, mais jamais nous n'avons abordé les bonnes pratiques financières dans le bulletin d'information de la Plateforme THA. Et pourtant, il faut des bonnes pratiques en tout, adoptées par tous. Nous avons extrait les éléments ci-dessous d'une longue présentation préparée par Chirac Bulanga, le Country Operations Manager du bureau DNDi RDC.

Pourquoi instaurer des standards internationaux pour les finances dans les essais cliniques ?

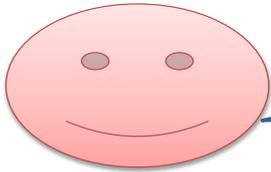
Ces normes minimales concernent principalement les aspects financiers et matériels des essais cliniques de DNDi et de ses partenaires (PNLTHA, INRB, MSF, CBCO Vanga) en RDC. Elles ont été définies dans le manuel des opérations déjà disponible, leur objectif étant d'assurer une bonne traçabilité des transactions.

Il est important de connaître les mesures obligatoires pour le décaissement et la gestion de fonds, la gestion des équipements pour les études menées dans les sites, ainsi que les politiques et les procédures applicables dans la gestion des fonds des équipements, car nous avons tous l'obligation de rendre compte à la fois aux autorités locales et aux bailleurs de fonds (donateurs) qui financent nos recherches, en respectant le budget préétabli ou en le révisant lorsque c'est nécessaire.



Qu'est-ce qu'un budget ?

Nos budgets



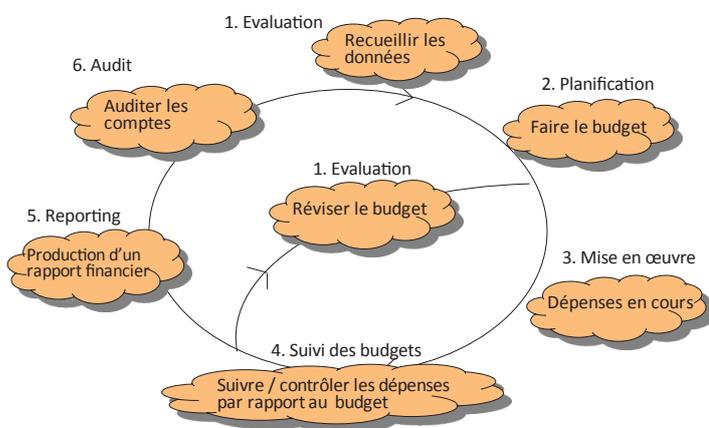
J'ai vraiment besoin de savoir?

Définition du budget:

Les budgets sont une estimation des coûts impliqués dans l'exécution des activités prévues et des fonds disponibles pour les financiers. Ils représentent une partie intégrante du processus de planification, qui peut être résumé comme suit :

1. Les objectifs : qu'est-ce que nous voulons faire ? Que voulons-nous atteindre ?
2. Les activités prévues pour atteindre les objectifs, y compris le calendrier des activités : comment allons-nous procéder pour y parvenir ?
3. Quelles ressources sont nécessaires, combien cela va-t-il coûter et comment cela sera-t-il financé ?

Le Cycle du budget



Travailler avec les partenaires

- Le personnel financier joue un rôle primordial dans le travail avec les partenaires.
- Le service financier doit travailler en étroite collaboration avec le personnel du PNLTHA.
- Décaissement et transfert de fonds : cette norme exige la mise en place d'un accord signé, avec approbation explicite du budget, avant la libération de tout fonds, et la production d'un rapport financier avant tout prochain versement.
- Procédures générales du partenaire : cette norme exige la mise en place par le partenaire de procédures financières documentées, et une autorisation des transactions attestées par des pièces justificatives, avec une séparation adéquate des fonctions.
- Registres comptables : cette norme exige que le partenaire tienne des registres comptables appropriés qui permettent la production de relevés des dépenses concernant les projets.
- Banque et trésorerie : cette norme exige que des livres bancaires et de caisse soient tenus par le partenaire, qu'un

rapprochement soit effectué tous les mois entre les livres de banque et les relevés bancaires, que le compte bancaire soit enregistré au nom de l'organisation, et que les chèques soient signés par deux signataires selon les niveaux d'autorisation approuvés.

L'Audit

- Un audit, c'est une évaluation, un contrôle du système de gestion financière.
- L'audit nous permet de savoir si les systèmes d'autorisation des dépenses (par ex : achat, cession des immobilisations, recrutement) sont adéquats.
- Il nous permet de savoir si les suivis budgétaires ou les rapports financiers sont présentés dans un format compréhensible, identique à celui du bailleur.
- Il nous permet de savoir si les fonds du bailleur ont réellement été utilisés pour atteindre les objectifs fixés.
- A la fin d'une mission d'audit, un rapport intermédiaire est envoyé à la coordination pour répondre aux questions posées.
- Un rapport d'audit est envoyé pour nous permettre de prendre en compte et suivre les recommandations.
- Après réception du rapport d'audit, la coordination doit impérativement partager le dit rapport avec les membres de l'équipe, sauf en cas de confidentialité clairement signalée.

Avec les trois concepts définis ci-dessus, la coordination de la Plateforme THA considère que les finances ne sont pas un tabou, mais que tout le monde doit adhérer aux normes internationales dans la finance, même s'il est nécessaire de confier les finances aux financiers.

Dr Augustin Kadima Ebeja

Première réunion des parties prenantes de l'OMS et déclaration sur l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine à T. gambiense

Le 28 mars 2014, Genève, Suisse

La trypanosomiase humaine africaine (THA) a été l'un des grands fléaux de l'humanité. L'incidence de la THA à *T. b. gambiense*, pourtant pratiquement éliminée dans les années 60, a retrouvé des proportions épidémiques à la fin du 20^{ème} siècle. Les efforts menés contre cette maladie au cours des dix dernières années ont été remarquablement efficaces avec une baisse de l'incidence de plus de 90%. L'arrivée de nouveaux outils pour diagnostiquer et traiter la maladie et pour lutter contre le vecteur, ainsi qu'une volonté politique sans précédent ont conduit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à annoncer lors d'une réunion à Genève le 25-27 mars 2014 la mise en place d'un programme d'élimination de cette maladie à l'échelle mondiale.

L'OMS a inclus la THA dans sa feuille de route pour l'élimination et la lutte contre les maladies tropicales négligées en 2012, avec pour objectif l'élimination de cette maladie comme problème de santé publique d'ici 2020. Un comité d'experts s'est réuni en avril 2013 et a approuvé la stratégie d'élimination de la THA. Cette stratégie a ensuite été confirmée par l'Assemblée Mondiale de la Santé dans une résolution adoptée en 2013 (WHA66.12), lui donnant pour mandat international d'œuvrer à l'élimination de cette maladie.



Les parties prenantes présentes à cette réunion et ayant participé à l'élaboration de cette déclaration étaient composées des programmes nationaux de lutte contre la maladie du sommeil, de groupes développant de nouveaux outils pour lutter contre la THA, d'organisations internationales et non gouvernementales de lutte contre cette maladie, et de donateurs. La réunion a abouti à la décision de créer un réseau sous la direction de l'OMS pour assurer la coordination, le renforcement et la durabilité des efforts pour éliminer cette maladie. Les parties prenantes ont appelé la communauté internationale et les pays endémiques à se mobiliser et à fournir un soutien politique et les ressources essentielles pour atteindre cet objectif.

Les organisations présentes lors de la première réunion sur l'élimination de la THA à *T. b. gambiense* ayant adopté la déclaration étaient :

Les Programmes Nationaux de Lutte contre la Maladie du Sommeil (SSNCP) des Ministères de la Santé de :

- Angola
- Cameroun
- République Centrafricaine
- Tchad
- Côte d'Ivoire
- République Démocratique du Congo
- Guinée
- République du Sud Soudan
- Ouganda

Les organisations internationales :

- African Union Commission (AU) / Pan African Tsetse and Trypanosomiasis Eradication Campaign (PATTEC)
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO)

- International Atomic Energy Agency (IAEA)
- Programme Against African Trypanosomosis (PAAT)
- World Health Organization Strategic and Technical Advisory Group on Neglected Tropical Diseases (WHO NTD STAG)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Les donateurs:

- Bayer HealthCare
- Bill & Melinda Gates Foundation (BMGF)
- Sanofi
- The Wellcome Trust, London

Les fondations et ONG participant à la lutte contre la THA :

- Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi)
- Foundation for Innovative New Diagnostics (FINN)
- Médecins Sans Frontières (MSF), y compris MSF Access Campaign

Les institutions scientifiques développant de nouveaux outils pour lutter contre la THA :

- Erasmus MC, Département de Santé Publique, University Medical Centre, Rotterdam, Les Pays Bas
- Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) Kinshasa, République Démocratique du Congo
- Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Montpellier, France
- Institute of Infection and Global Health, University of Liverpool, Royaume-Uni
- Centre de Recherche Interdépartemental sur les Maladies Négligées, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique
- Liverpool School of Tropical Medicine (LSTM), Liverpool, Royaume-Uni
- Université de Makerere, Kampala, Ouganda
- Spatial Ecology & Epidemiology Group (SEEG), Université d'Oxford, Royaume-Uni
- Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH), Bâle, Suisse
- Université de Glasgow, Royaume-Uni



PUBLICATIONS RECENTES SUR LA THA

1. In vitro and in vivo evaluation of 28DAP010, a novel diamidine for the treatment of second stage African sleeping sickness by Wenzler T, Yang S, Patrick DA, Braissant O, Ismail MA, Tidwell RR, Boykin DW, Wang MZ, Brun R, Antimicrob Agents Chemother 2014, doi: 10.1128/AAC.02309-13
2. Overview of the Effect and Epidemiology of Parasitic Central Nervous System Infections in African Children by Macpherson Mallewa, Jo M. Wilmshurst, Seminars in Pediatric Neurology 2014, DOI: 10.1016/j.spn.2014.02.003
3. Human African trypanosomiasis with 7-year incubation period: Clinical, laboratory and neuroimaging findings by Oliver Wengert, Marcel Kopp, Eberhard Siebert, Werner Stenzel, Guido Hegasy, Norbert Suttrop, August Stich, Thomas Zoller, Parasitology International 2014, DOI: 10.1016/j.parint.2014.02.003
4. A Mixed Methods Study of a Health Worker Training Intervention to Increase Syndromic Referral for Gambiense Human African Trypanosomiasis in South Sudan by Palmer JJ, Surur EI, Checchi F, Ahmad F, Ackom FK, et al., PLoSNegl Trop Dis 2014. doi: 10.1371/journal.pntd.0002742
5. Changing landscapes, changing practice: Negotiating access to sleeping sickness services in a post-conflict society by Jennifer J. Palmer, Ann H. Kelly, Elizeous I. Surur, Francesco Checchi, Caroline Jones, Social Science & Medicine 2014, DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.03.012
6. Performance of Parasitological and Molecular Techniques for the Diagnosis and Surveillance of Gambiense Sleeping Sickness by Mumba Ngoyi D, Ali Ekangu R, Mumvembakodi MF, Pyana PP, Balharbi F, et al., PLoSNegl Trop Dis, doi: 10.1371/journal.pntd.0002954
7. Transcription is initiated on silent variant surface glycoprotein expression sites despite monoallelic expression in Trypanosomabrucei by Ali Kassem, Etienne Pays, and Luc Vanhamme, Proceedings of the National Academy of Science 2014, doi: 10.1073/pnas.1404873111
8. Sensitivity and specificity of HAT Sero-K-SeT, a rapid diagnostic test for serodiagnosis of sleeping sickness caused by Trypanosomabruceigambiense: a case-control study by Dr Philippe Büscher PhD, Pascal Mertens PhD, Thierry Leclipteux PhD, Quentin Gillemann MSc, Diane Jacquet, Dieudonné Mumba-Ngoyi PhD, Patient Pati Pyana Vet Dr, Marleen Boelaert PhD, Veerle Lejon PhD The Lancet Global Health, 2014, DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70203-7
9. Kenya Trypanosomiasis Research Institute Cryobank for Human and Animal Trypanosome Isolates to Support Research: Opportunities and Challenges by Murilla GA, Ndung'u K, Thuita JK, Gitonga PK, Kahiga DT, et al., PLoS Neglected Tropical Diseases 2014, doi: 10.1371/journal.pntd.0002747
10. Improving the quality of host country ethical oversight of international research: the use of a collaborative 'pre-review' mechanism for a study of fexinidazole for human African trypanosomiasis by Coleman CH, Ardriot C, Blesson S, Bonnin Y, Bompard F, Colonna P, Dhali A, Ecuru J, Edielu A, Hervé C, Hirsch F, Kouyaté B, Mamzer-Bruneel MF, Maoundé D, Martinent E, Ntsiba H, Pelé G, Quéva G, Reinmund MC, Sarr SC, Sepou A, Tarral A, Tetimian D, Valverde O, Van Nieuwenhove S, Strub-Wourgaft N. Developing World Bioethics 2014, doi:10.1111/dewb.12068.
11. Serological Responses and Biomarker Evaluation in Mice and Pigs Exposed to Tsetse Fly Bites by Caljon G, Duguma R, De Deken R, Schauvliege S, Gasthuys F, et al. PLoS Neglected Tropical Diseases 2014, doi: 10.1371/journal.pntd.0002911
12. Quantifying the Association between Bovine and Human Trypanosomiasis in Newly Affected Sleeping Sickness Areas of Uganda by von Wissmann B, Fyfe J, Picozzi K, Hamill L, Waiswa C, et al., PLoS Neglected Tropical Diseases 2014, doi: 10.1371/journal.pntd.0002931
13. Genome Sequence of the Tsetse Fly (Glossinamorsitans): Vector of African Trypanosomiasis International Glossina Genome Initiative, Science 2014, doi:10.1126/science.1249656
14. Determination of an optimal dosing regimen for fexinidazole, a novel oral drug for the treatment of human African trypanosomiasis: first-in-human studies by Tarral A, Blesson S, Valverde Mordt O, Torreele E, Sassella D, Bray MA, Hovsepian L, Evène E, Gualano V, Felices M, Strub-Wourgaft N. Clinical Pharmacokinetics 2014, doi:10.1007/s40262-014-0136-3.
15. Effect of crude extracts of Moringa stenopetala and Artemisia absinthium on parasitaemia of mice infected with Trypanosoma congolense by Tsegabirhan Kifleyohannes, Getachew Terefe, Yacob H Tolossa, Mirutse Giday, Nigatu Kebede BMC Research Notes 2014, doi:10.1186/1756-0500-7-390
16. Autophagy in Trypanosomabrucei: Amino Acid Requirement and Regulation during Different Growth Phases by Schmidt RS, Bütikofer P. PLoS ONE 2014, doi: 10.1371/journal.pone.0093875
17. Incorporating Scale Dependence in Disease Burden Estimates: The Case of Human African Trypanosomiasis in Uganda by Hackett F, Berrang Ford L, Fèvre E, Simarro P. PLoS Neglected Tropical Diseases 2014, doi: 10.1371/journal.pntd.0002704
18. Mating compatibility in the parasitic protist Trypanosomabrucei by Lori Peacock, Vanessa Ferris, Mick Bailey, Wendy Gibson, Parasites & Vectors 2014, doi:10.1186/1756-3305-7-78
19. Mapping the capacities of fixed health facilities to cover people at risk of gambiense human African trypanosomiasis by Pere P Simarro, Giuliano Cecchi, José R Franco, Massimo Paone, Abdoulaye Diarra, José A Ruiz-Postigo, Raffaele C Mattioli and Jean G Jannin, International Journal of Health Geographics 2014, doi:10.1186/1476-072X-13-4



Nécrologie

Hommage au Dr MIAKA

Pour rendre hommage à un monument de la taille de notre cher Constantin Miaka Mia Bilenge, il faudrait constituer une bibliothèque entière, mais permettez-nous de reproduire ici les cris du cœur d'un de ses adjoints et de deux de ses collègues parmi tant d'autres : Dr Kande Betu Kumeso, Dr Wim Van Der Veken et Professeur Christian Burri.



Une minute de silence en mémoire
du feu Docteur Miaka



Cher frère et collègue,
L'émotion à l'annonce de ta mort a été si grande que les mots pour te rendre un vrai hommage me manquent. Tu as été pour moi un vrai frère et ami, tu es celui qui a allumé la flamme de la recherche scientifique dans le domaine de la trypanosomiase humaine africaine, ou maladie du sommeil, dans notre pays, la République Démocratique du Congo. Ayant travaillé à tes côtés comme Chef du Programme d'abord et ensuite comme Directeur du PNLTHA, je suis l'un des témoins privilégiés des grandes choses que tu as réalisées. Cher Constantin, pour ne parler que des études cliniques, tu m'as légué ta vision avant-gardiste et nous avons continué ton action de sorte que la relève est assurée avec les jeunes cadres que nous avons préparés pour la suite de la lutte.

Le PNLTHA RDC et ses multiples partenaires dont DNDi, IMT Anvers et FIND, en association avec l'OMS, sont sur le point d'offrir au monde, et en particulier aux différents programmes de lutte contre la maladie du sommeil, de nouveaux outils diagnostiques et thérapeutiques qui vont certainement contribuer à l'élimination de la maladie du sommeil. Cette réalisation, nous te la dédions tous pour honorer ta mémoire.

Que dire encore Constantin, sinon que nous nous sommes engagés à augmenter la masse critique d'une jeune génération dévouée à la recherche clinique dans la maladie du sommeil. La direction actuelle du PNLTHA en est l'expression et va hisser haut le drapeau de la République Démocratique du Congo.

Dr Victor Kande Betu Kumeso

Mon cher Constantin,
Je ne suis pas étonné que tu sois passé dans l'autre monde. Après une vie si dynamique et active, ton corps avait commencé à se fatiguer. Sans une santé de fer tu ne pouvais plus être ce que tu as toujours été : un grand chef, un vrai leader. Maintenant que tu nous as quittés, permets-moi de te remercier une dernière fois pour ce que tu as été pour nous. Je ne suis pas le seul à avoir apprécié en toi une capacité d'écoute hors du commun. Quel que soit le moment de la journée et malgré tes multiples occupations, tu trouvais toujours le temps d'accueillir ceux qui voulaient te voir. Chose étonnante, en sortant de ton bureau nous avions à chaque fois le sentiment d'avoir été attentivement écoutés et d'avoir trouvé les solutions à nos problèmes.

Je peux témoigner comment je t'ai vu arriver souvent le premier au travail pour quitter le dernier, infatigable boss que tu étais, doué d'une force extraordinaire. Tu privilégiais l'esprit d'équipe, la concertation et l'innovation et tu encourageais sans distinction autant les cadres que les simples agents et les manutentionnaires. Expérimenté, perspicace et diplomate, tu savais mieux que quiconque comment, lorsque le temps devenait orageux, amener le bateau du ministère à bon port. Pour la lutte contre la maladie du sommeil, tu as été en effet ce grand baobab que tout le monde reconnaît. Aucun effort

n'a jamais été de trop pour faire avancer les initiatives dans ce domaine qui te passionnait. L'on reconnaissait en toi aussi un vrai père, fier de ses propres enfants et s'intéressant spontanément aux enfants des autres et aux jeunes en général, que tu ne cessais d'encourager et de lancer sur de nouvelles pistes.

Je te remercie personnellement pour les gestes généreux que tu as eus à mon égard, entre autres quand tu es venu me chercher en avion à Idiofa quand j'y étais tombé malade. Que ta famille éprouvée trouve ici encore l'expression de ma profonde et sincère reconnaissance.

Nul n'est parfait dans ce monde, c'est vrai pour chacun d'entre nous. Si nous avons commis des fautes envers toi, pardonne-nous. Quant à moi, je sais que Dieu t'accueillera bien dans sa paix après tout ce que tu as fait en te donnant toi-même à fond pendant cette intense et courte vie.

Adieu Constantin et merci.

Dr Wim Van der Veken

Chère communauté des trypanautes,
C'est avec une grande tristesse que nous devons communiquer la mort du Dr Miaka Mia Bilenge qui est décédé le 22 mars 2014. Au cours de sa brillante carrière le Dr Miaka a occupé, entre autres, les postes de Médecin Directeur de l'Hôpital de Kwamouth, Médecin Inspecteur Provincial du Kasai Oriental, Médecin Directeur National du Programme Élargi des Vaccinations, Directeur National du Bureau Central de la Trypanosomiase (aujourd'hui le PNLTHA), et finalement Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Malgré sa prestance d'homme d'État, il était toujours resté médecin de cœur.

Nous ne perdons pas seulement un grand leader et un exemple pour nous tous, mais aussi la personne à l'origine du partenariat entre l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse et le Ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo. C'est lui qui nous avait invités en 2000 à élargir nos activités en Angola et à initier des études cliniques sur la THA en RDC. Au cours des années suivantes, notre collaboration passionnée et fructueuse dépassait le domaine de la maladie du sommeil et s'élargissait aux projets de recherche clinique et épidémiologique sur le paludisme et les systèmes de santé. En plus, l'encouragement du Dr. Miaka nous inspira la création d'un bureau permanent à Kinshasa et de l'Alliance pour la Recherche Clinique et l'Épidémiologie Clinique en RDC.

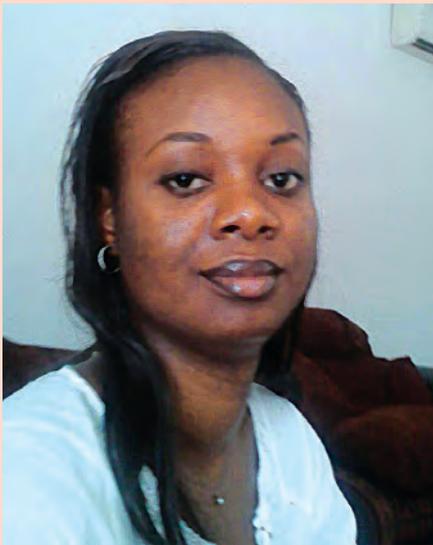
Le Dr Miaka fut une personne exceptionnelle ; sa présence, son énergie, son aptitude à motiver les équipes, sa capacité de synthèse et sa souplesse dans les négociations étaient inégalées. Nous nous remémorons avec plaisir ces moments de collaboration, d'échange scientifique et stratégique, toujours dans un esprit de « yes, we can ». Nous sommes aussi reconnaissants de tous les conseils que le Dr Miaka a pu nous donner et de tout ce que nous avons pu apprendre grâce à lui.

Prof Christian Burri



Bienvenue aux nouveaux membres

La coordination de la Plateforme THA ainsi que le comité d'édition souhaitent la bienvenue à :



Alida ATEKANDOYI VAME, Responsable des Finances, DNDi, République Démocratique du Congo (RDC).

Elle s'est présentée de la manière suivante :

'Je suis financière expérimentée dans l'humanitaire, avec cinq années d'intervention pratique en RDC. J'ai également une bonne connaissance et une bonne expérience progressive dans la gestion de l'administration en général.

Je suis titulaire d'une licence en sciences économiques de l'Université de Kinshasa (2006).

J'ai rejoint l'équipe de DNDi RDC en juillet 2014 comme Responsable des Finances après avoir passé cinq années dans un poste similaire à MDMF

Ma devise est : Efficacité et rapidité riment avec planification et anticipation.'



Dr NKIERI MATSHO MATTHIEU ; Co-investigateur Site FEXINIDAZOLE Bagata

Diplômé en médecine de l'UNIKIN en 2010, j'ai évolué comme médecin traitant à l'hôpital générale de référence de Bandundu, puis médecin Directeur de l'hôpital secondaire de Manza Nsayi. Depuis 2013, je suis Médecin Directeur à l'hôpital général de référence de Bagata.

Ma devise est: On se forge en affrontant même l'inconnu.

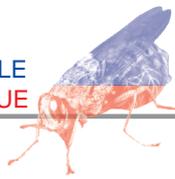


Dr KAVUNGA LUKULA PAPY ; Investigateur principal

Diplômé en médecine de l'UNIKIN en 2010, j'ai accepté de commencer par le plus difficile, à savoir Médecin de brousse, loin de toute ma famille, à Bagata où jusqu' à ce jour, je suis Médecin Chef de Staff à l'hôpital général de référence de Bagata.

J'ai la grâce de voir s'accomplir mes rêves

Ma devise est: Ce qui n'est pas noté, n'a pas été fait



Parole au personnel soignant et aux patients trypanosomés



Renaissance d'un village (Isangi / Héritier et Espérant) Yabondulu, une nouvelle vie après les ravages de la maladie du sommeil

Situé à 12 km au sud-ouest d'Isangi centre (N 0° 45' 12.85946" E 24° 11' 23.80888"), Yabondulu est un petit village d'à peine 10 maisons qui, comme de nombreux villages de la région, a été frappé de plein fouet par la recrudescence de la trypanosomiase humaine africaine (THA).

En 2003, MSF-Belgique a découvert lors d'une mission de prospection de la THA dans la région ce village quasiment vidé de ses habitants, où il ne restait que 2 maisons habitées. Onze ans après, nous nous y sommes rendus pour en savoir plus.

Dès notre arrivée par le nord, nous avons trouvé une situation très différente de celle de 2003 avec un village en pleine renaissance. À la sortie de Yabondulu se trouvaient les 2 maisons qui étaient encore habitées pendant la période sombre de la THA. Dans la dernière, nous avons rencontré M. Baliani Loetelagoni Maurice, originaire du village et directeur de l'école primaire de Yalosuna à quelques 12 km de là. M. Baliani vit dans le village depuis sa naissance, il est marié à Ingwey Julienne depuis 32 ans avec qui il a eu 6 enfants.

Dans son récit, M. Baliani raconte les tristes événements qui avaient secoué son village : "Il y a eu beaucoup de morts dans ce village" dit-il, "nous avions 12 maisons, des ménages à plus de 25 personnes comme celui de mon voisin où 5 personnes étaient mortes, chez moi j'avais perdu ma mère et même ma femme avait été atteinte par la maladie du sommeil et traitée à Isangi", poursuit-il. En effet, M. Bolimbo Espérant, superviseur PNLTHA/Isangi, nous a raconté que cette femme avait été diagnostiquée il y a 9 ans avec une THA au stade II. Elle avait été traitée au mélarsoprol mais à la troisième visite de contrôle, une rechute avait été diagnostiquée et elle a alors été traitée avec NECT. A ce jour, elle va bien et elle a même donné naissance à deux fillettes, âgées maintenant de 6 et 4 ans, apparemment en bonne santé.

Pour eux, c'était la sorcellerie qui avait causé tous ces décès : "Cela a créé de la discorde entre les familles et a poussé les habitants à fuir le village", raconte M. Baliani.

Comment s'est fait le retour des habitants ? Notre interlocuteur

dit : "Lorsque les décès ont été attribués à la maladie du sommeil, les habitants ont commencé à regagner le village, les familles qui s'accusaient mutuellement de sorcellerie se sont réconciliées, et de là est né ce nouveau village".

M. Baliani a conclu en remerciant le PNLTHA, à qui, selon lui, le village doit sa renaissance. M. Baliani a exhorté le PNLTHA à poursuivre ses activités.

L'histoire de Yabondulu n'est pas inédite, beaucoup de villages dans la région ont repris vie malgré les ravages de la THA. Ce mérite revient au PNLTHA avec d'abord le soutien de MSF-Belgique qui a agi dans l'urgence au cours des premières années, et ensuite celui de la CTB qui a accompagné le PNLTHA ces dernières années.



M. Baliani, sa femme et les deux fillettes nées après le traitement et la guérison de sa femme.

Dr YALUNGU LOBANGA
Médecin traitant HGR/Isangi
BOLIMBO Espérant
Superviseur PNLTHA/Isangi



Relation soignant-soigné : s'engager vers l'autonomisation des participants au travers d'une communication efficace sur la recherche

FINA LUBAKI Jean-Pierre, MD, MMED, MPH
Hôpital Évangélique CBCO Vanga, Province de Bandundu,
RD Congo

La trypanosomiasse humaine africaine et de nombreuses maladies négligées sont des pathologies répandues dans les régions rurales où vivent généralement des populations avec un faible statut socioéconomique.¹ Les patients sont pauvres, souvent illettrés et confrontés à une stigmatisation.

Dans la prise en charge de la trypanosomiasse, dont la guérison est attestée après un suivi long, la relation soignant-soigné a une importance capitale, elle doit être harmonieuse et maintenue au travers des multiples rencontres avec le patient.

Dans la pratique courante dans les contrées rurales, la consultation médicale se déroule généralement selon un modèle paternaliste, dans lequel le médecin, considéré comme possédant le savoir, dicte le traitement et les examens sans réellement tenir compte du patient, qui est mal informé sur la maladie et démuné pour en discuter et faire valoir son point de vue.²

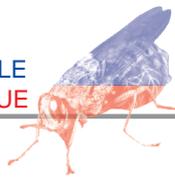
Cependant, alors que le soignant, parfois réputé être l'expert, ne possède qu'un savoir théorique sur la maladie, le patient lui a une réelle connaissance pratique, basée sur ses signes et symptômes.

Actuellement dans la recherche biomédicale, généralement centrée autour du couple soignant-soigné, une place de choix est accordée aux bonnes pratiques cliniques.³ Les bonnes pratiques cliniques découlent d'une évolution de la médecine privilégiant les droits des soignés et encourageant une égalité entre les chercheurs et les participants à la recherche.

L'obtention du consentement éclairé est un moment crucial dans toute recherche, qui nécessite une rencontre entre le chercheur et le participant. A cette occasion, le participant devra recevoir des informations claires sur les objectifs de l'étude, son déroulement et ses contraintes, ainsi que sur les avantages, les inconvénients et les bénéfices pour lui. Le participant doit ensuite être libre de décider s'il veut participer ou non à l'étude.

Si l'on peut parfois s'interroger sur la capacité du participant à comprendre toutes les informations communiquées lors de cette rencontre, surtout face aux obstacles inhérents à sa situation et à son contexte, il est clair que le chercheur doit faciliter son autonomisation. L'autonomisation est le processus de renforcement de la capacité des individus ou des groupes à faire des choix et à transformer ces choix en actions et résultats désirés.⁴ L'autonomisation devrait se faire dans le respect du participant en tant que personne à part entière, avec ses valeurs, sa culture et le droit d'être différent.

L'un des éléments clés de ce processus est le partage de l'information qui, au-delà du simple rendu d'un texte écrit décrivant l'étude, devrait comporter entre autres une discussion avec les participants.⁴ Un patient trypanosomé, soigné dans le cadre



d'une étude et ayant présenté des malaises après l'hospitalisation, allait être amené par ses proches chez un guérisseur traditionnel. Cependant, il s'est souvenu avoir lu et discuté de ces malaises lors de la signature du consentement éclairé et il a réussi à convaincre sa famille, en brandissant le formulaire de consentement éclairé, qu'il ne servirait à rien de consulter le guérisseur. L'information est un pouvoir.⁴

La communication est la clé d'une relation soignant-soigné harmonieuse, relation importante aussi bien dans la pratique clinique que dans la recherche. Pour de nombreuses personnes à qui on propose de participer à une étude, la signature du formulaire de consentement éclairé est un processus mal compris qui génère une anxiété.

La prise de nouveaux médicaments et les nombreux examens réalisés peuvent augmenter la peur, l'inquiétude, l'incompréhension et l'impatience.

Seule une bonne communication entre le médecin et le patient peut permettre de dissiper de telles inquiétudes, faciliter la compréhension de l'information médicale et mieux identifier les besoins du patient, ses perceptions et ses attentes.⁵

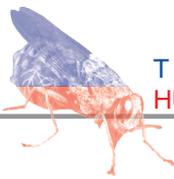
En améliorant l'accès des populations à l'information de santé et leur capacité à les utiliser efficacement, l'alphabétisation de la santé est essentielle à l'émancipation.⁶

Références

1. Control and surveillance of human African trypanosomiasis: report of a WHO Expert Committee. WHO technical report series; no. 984. Geneva: WHO; 2013.
2. Bob Mash. Handbook of family medicine. 2nd ed. Cape Town: Oxford University Press; 2006
3. Ligne directrice à l'intention de l'industrie: les bonnes pratiques cliniques : directives consolidées. Ontario : Santé Canada ; 1997.
4. World Bank. (page consultée le 24/04/2014). Empowerment-Overview, [en ligne]. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTEMP..>
5. Ha JF, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. The Ochsner Journal. 2010; 10:38-43.
6. WHO. (page consultée le 24/04/2014). Health literacy and health behaviour, [en ligne]. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>

Dr FINA LUBAKI (1^{er} à gauche), lors de la réunion des investigateurs.





UNE EXPERIENCE RICHE D'ACCOMPAGNEMENT PAR SES PAIRS, DEUXIEME EDITION

Tiré du rapport de l'équipe de Bagata
(Dr KAVUNGA PAPY, Investigateur principal)

Nous parlons de deuxième édition parce que dans notre bulletin d'information numéro 14, nous vous avons présenté cette expérience qui avait consisté à ce que médecin, laborantin et infirmier du site de Bandundu qui étaient allés former ceux de Mushie sur place.

Cette fois-ci, dans le cadre de l'ouverture du site de Bagata pour le projet d'essais cliniques fexinidazole DNDiFEX004, DNDiFEX005 et DNDiFEX006, c'est l'équipe du site BAGATA qui s'est rendue

- Infirmier : TAWABA WATSON ; infirmier traitant
- Laborantin : Mlle NDOMBE NED ; responsable de laboratoire

DUREE DE LA MISSION

La mission a duré 10 jours (du 27 juillet au 05 août 14) pour le premier groupe composé de l'investigateur principal, la technicienne de laboratoire et l'infirmier traitant ; 10 jours également pour le deuxième groupe (du 07 au 16 août 14), celui du Co-investigateur seul.

ACTIVITES MENEES

Tout a commencé le premier jour par une réunion de prise de contact au cours de laquelle l'investigateur principal de MUSHIE a circonscrit le cadre de travail et a aussitôt confié chaque stagiaire à la responsabilité de son homologue.



à MUSHIE pour un stage pratique (accompagnement par ses pairs) .

Ainsi une équipe composée de deux médecins, une technicienne de laboratoire et un infirmier était allé s'entraîner à Mushie pendant une période de 10 jours.

OBJECTIFS DE LA MISSION

- Participer au déroulement de l'étude FEXI dans les inclusions des malades partant de l'obtention du consentement éclairé, passant par les différents examens, la mise sous traitement, jusqu'à la sortie de l'hôpital.
- Comprendre les tâches dévolues à chaque membre de l'équipe et leur exécution, commençant par le rôle de l'investigateur principal jusqu'à celui de l'infirmier traitant.

COMPOSITION DE L'EQUIPE

L'équipe de Bagata était composée de 4 membres répartis en trois groupes :

- Médecins : Dr KAVUNGA PAPY ; investigateur principal
Dr NKIERI MATTHIEU ; Co-investigateur

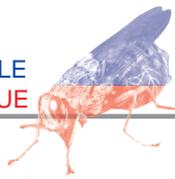
Il faut noter le bref rappel sur les bonnes pratiques cliniques fait au cours de cette même séance de travail ainsi que l'adoption d'un plan de travail ; l'exigence incontestée de respect des heures de travail.

Dès le deuxième jour, chaque membre de l'équipe s'est retrouvé à son poste pour les activités proprement dit.

Retenons comme travail fait :

Pour l'investigateur principal :

- l'étude des différents classeurs de l'investigateur, en mettant un accent particulier sur chaque rubrique et son importance.
- l'exercice sur les échanges, les correspondances entre différents acteurs présents dans l'étude (coordination, cardibase, cardinal système...)
- l'utilisation du logiciel infogate pour l'encodage des données
- l'exercice sur l'administration du consentement éclairé
- la conduite de l'examen physique général ainsi que de l'examen neurologique
- l'utilisation de l'appareil d'électrocardiographie
- la mise sous traitement des malades inclus dans l'étude



Rehabilitation du site de Bagata (HGR)



Avant



Avant



Après



Après

- la gestion journalière des malades de l'étude en assurant l'évaluation clinique, la notification, la prise en charge et le rapportage des événements indésirables.

- la planification du suivi des malades.
- l'administration comprenant la gestion des intrants (médicaments, disques piccolo, le PK), les finances, la restauration des malades et le transport.

Pour l'infirmier traitant :

- l'exploitation des flow chart pour les activités à mener auprès des malades notamment l'administration des médicaments après prise des repas, la notification et des événements indésirables observés chez tout malade de l'étude
- la gestion des médicaments en veillant sur le stock d'alerte
- le remplissage des différents documents des malades dont le fiche de traitement, les fiches de suivi ainsi que le registre de malade.

Au laboratoire la technicienne a :

- revue les procédures de laboratoire inhérentes à l'étude
- manipulé les différents appareils dont le microscope, le piccolo, la centrifugeuse pour woo, mAECT et simple centrifugation modifiée

Elle a par ailleurs fait des examens d'urine avec le combur 9 ; des tests de grossesse, la formule leucocytaire.

Notons l'accent mis sur les mesures de biosécurité pour la gestion des déchets ainsi que le respect de l'arbre diagnostic suivant le protocole de l'étude.

En fin, la technicienne de laboratoire était tenue de remplir les bons des examens et prendre la température au frigo avant et après midi.

CONCLUSION

Le stage effectué à MUSHIE a permis de comprendre les bonnes pratiques cliniques et leur application. Ainsi chaque membre de l'équipe de BAGATA a pu voir et exécuter avec soin ses tâches telles que le protocole l'exige.

Signalons que l'exercice a surtout été rendu plus compréhensible par la présence sur les sites de malades éligibles pour l'étude parmi lesquels certains dépistés sur place à l'hôpital dont les inclusions ont été faites par l'équipe de BAGATA sous la supervision de celle de MUSHIE.

Toutes les difficultés rencontrées lors de ce training ont été relevées et des pistes des solutions sous forme de recommandations ont été formulées.



Les rendez-vous scientifiques - Programme pour 2014-2015

Date	Lieu	Événement
17-19 septembre 2014	Kinshasa, RDC	3 ^{ème} Réunion scientifique conjointe EANETT/Plateforme THA
29 septembre - 1 octobre 2014	Addis-Abeba, Éthiopie	Réunion et conférence scientifique de la Plateforme LEAP
15-18 janvier 2015	Phnom Penh, Cambodge	Conférence internationale sur les maladies tropicales et infectieuses (ICTID)
25-28 avril 2015	Copenhague, Danemark	25th Congrès européen de microbiologie clinique et des maladies infectieuses (ECCMID) http://www.eccmid.org/eccmid_2015/
6-10 septembre 2015	Bâle, Suisse	9 ^{ème} Congrès européen de médecine tropicale et santé internationale (ECTMIH) http://www.festmih.eu/Page/WebObjects/PageFestE.woa/wa/displayPage?name=ectmihbasel2015
Septembre 2015 (à confirmer)		33 ^{ème} Conseil scientifique international pour la recherche et la lutte contre la trypanosomiase (ISCTRC) http://www.au-ibar.org/isctrc
25-29 octobre 2014	Philadelphie, PA, USA	64 ^{ème} congrès de l'ASTMH http://www.astmh.org/Future_Meetings.htm

La Plateforme THA et DNDi aimeraient remercier les partenaires suivants qui nous ont appuyé depuis 2003:

- Le Département pour le Développement international (DFID) du ROYAUME-UNI
- Le Ministère Hollandais des Affaires Etrangères (DGIS) / PAYS BAS
- L'Agence Française de Développement (AFD) / FRANCE
- L'Union Européenne - FP6
- Médecins Sans Frontières / INTERNATIONAL
- Medicor Foundation / LIECHTENSTEIN
- Le Ministère des Affaires Européennes et Etrangères (MAEE) / FRANCE
- La République et le Canton de Genève, Solidarité Internationale / SUISSE
- L'Agence Espagnole pour la Coopération et le Développement (AECID) / ESPAGNE
- L'Agence Suisse de Développement et de Coopération (SDC) / SUISSE
- Les Fondations privées suisses et des Donneurs Individuels
- Le Gouvernement allemand BMBF à travers le KfW (faisant partie du programme EDCTP2 soutenu par l'Union européenne) - ALLEMAGNE