

Plateforme THA



Bulletin d'information N° 10, Décembre, 2011



© Photo W. MUTOMBO

Participants Formation en Recherche Clinique et Bonnes Pratiques Cliniques
Centre Nganda, Kinshasa RDC, Novembre 2011

Sommaire

1. Éditorial	P.2	5. Formation en Recherche Clinique et Bonnes Pratiques Cliniques	P.11
2. Rapport de la réunion du comité directeur de la plateforme régionale de la THA,	P.3	6. Mise à jour sur les recherches en cours	P.12
3. Que retenir de la 31 ^{ème} Conférence du Conseil Scientifique International pour la Recherche et la Lutte Contre Les Trypanosomiasés (CSIRLT).....	P.6	7. Parole aux patients et aux soignants	P. 17
4. 7 ^{ème} Congrès Européen sur la Médecine Tropicale et la Santé Internationale à Barcelone	P.8	8. Les rendez-vous scientifiques programmés pour 2012 et les sites web intéressants	P. 19
		9. Les publications récentes sur la THA	P. 20

Éditorial



A ce jour, nous en sommes à la dixième publication de notre bulletin d'information de la Plateforme THA à raison de deux parutions par an.

Nous avons été présents dans de grands forums scientifiques dont nous présentons dans ce numéro les grandes lignes en rapport avec les objectifs de notre Plateforme THA.

Les mises à jour sur les recherches en cours dans le domaine du diagnostic et du traitement de la maladie du sommeil sont très encourageantes, nos différents partenaires nous en parlent avec images à l'appui dans ce bulletin.

Une grande innovation dans ce bulletin est que nous avons donné une bonne place aux témoignages des premiers bénéficiaires de toute notre action à savoir les patients et les soignants.

Profitant de cette période de fin d'année, la coordination de la plateforme

THA au nom de tous ses membres se fait le plaisir et le devoir de vous souhaiter tant des bonnes choses pour la nouvelle année à venir et entre autre très bonne lecture.

Rapport de la réunion du comité directeur de la plateforme régionale de la Trypanosomiasse Humaine Africaine, Bamako le 11 Septembre 2011

Le comité directeur est l'organe de la Plateforme THA qui veille au bon fonctionnement de ce réseau et qui doit se réunir au moins deux fois l'an. Le 11 septembre 2011 à l'occasion de la 31ème Conférence du Conseil scientifique International pour la Recherche et la Lutte Contre les Trypanosomiasés à Bamako (Mali) s'est tenue la seconde réunion de l'année (la première ayant eu lieu à Bangui).

Tous les représentants des pays endémiques membres, à savoir: République d'Angola, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo, République du Congo, République Islamique du Soudan, République du Sud-Soudan et la République de l'Uganda étaient présents à l'exception de ceux du Tchad. Parmi nos partenaires traditionnels, six ont pris part à cette réunion (DNDI, Suisse-TPH, FIND, CTB ;

EANETT et MSF)

Les travaux ont entre autres porté sur :

a) L'analyse du bilan des 5 dernières années de la plateforme THA

Dans le domaine de la formation (chercheurs + comité éthique), le bilan est positif pour ce secteur. Toutes les formations planifiées se sont déroulées comme prévues (exception faite de la formation non réalisée pour le comité éthique du Congo Brazzaville).

Concernant les activités de communication, 9 bulletins d'information de la Plateforme THA ont été publiés durant cette période ainsi que de nombreuses présentations TV et radio, réunions etc.



Membres du comité Directeur de la Plate forme THA, Bamako Malie, Sept. 2011

©Photo W. MUTOMBO



Séance de travail, membres du comité Directeur, Bamako Malie, Sept. 2011

©Photo W. MUTOMBO

Bilan : points forts / Points faibles

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
Support financier régulier Formations réalisées Support des activités de terrain Conférence (scientifique ou comité directeur) Publication Newsletter Mise en place/ renforcement des comités d'éthiques des pays Adoption et mise en place du NECT Recherche clinique pour de nouveaux médicaments Collaboration avec FIND pour le diagnostique Réunion en collaboration avec EANETT	Faible utilisation des moniteurs formés au niveau national ou régional Insuffisance des visites terrain Arrêt de l'essai clinique DB289 Pas ou peu d'utilisation des experts régionaux Manque d'interaction avec d'autre aires de recherches sur la THA (Diagnostic, Tsé-tsé, étude socio-économique etc....) Etendre la collaboration lors de réunions avec d'autres acteurs clés (OCEAC etc...)

b) Proposition de Plan stratégique 2012-2014

Sur base de l'analyse ci-haut, le comité a reconnu que ces cinq années ont été une période de construction de la Plate-

forme. Pour la suite, il faut consolider les acquis et apporter de l'innovation. C'est dans ces perspectives que les principaux axes d'actions pour 2012-2014 ont été proposés.

AXES	Commentaire
Renforcement des capacités des membres	Plan de formation avec des indicateurs de succès Contenu du module Chronogramme (Où, qui etc) Mise à jour des documents Evaluation impact des formations
Renforcer la capacité des chercheurs locaux	Confirmer les sites pour les études à venir Monitoring et utilisation des moniteurs locaux Participation congrès scientifiques/conférences Pour toutes les activités mentionnées → besoin d'assurer le financement
Participation études actuelles et futures	Traitement : -Mise en place étude fexinidazole -Suivi de la mise en place du NECT + Pharmacovigilance -Possibilité d'augmenter le nombre d'acteurs de la plateforme à des pays de faible endémie (ex : Gabon, Guinée, Cameroun etc....) comme consultant ou ponctuellement en fonction des besoins Diagnostic : -outils de détermination de phase et pour le suivi -liste des initiatives et définition de la valeur ajoutée de chaque outil diagnostique -favoriser l'évaluation/validation des nouveaux outils diagnostique
Plaidoyer et recherche de fonds	Communication/plaidoyer Echange courriel / téléconférence Newsletter (bulletin info) : distribution via courriel Augmenter l'utilisation du site web DNDi pour la promotion des activités de la plateforme Participation aux diverses réunions Comité directeur Forum scientifique Réunion annuelle scientifique + EANETT Organiser des groupes de travail par sujets spécifiques Recherche de fonds Planification de la part des projets des plans de recherche de fonds (quand, combien, etc...) Organisation de groupes de travail incluant spécialistes de la recherche de fonds pour cibler les donateurs. Recherche de fonds pour les activités ponctuelles non couvertes par les fonds disponibles Préparation des projets Suivi des offres

Un groupe de travail spécifique a été créé pour finaliser ce plan stratégique. La nouveauté devra être l'inclusion des thématiques transversales (ex : rôle plateforme dans la compilation des documents de recherche clinique; coordination avec les autorités régulatrices légales des pays lors des projets de recherches).

c) Contribution aux recherches en cours.

Le comité a discuté à propos de la facilitation du processus de validation et d'approbation par les Comités d'Ethique

(CE)des pays. Le cas du fexinidazole va aider à renforcer les capacités et encourager les échanges entre les CE.

Un débat scientifique a eu lieu pour enrichir le protocole de l'étude fexinidazole, au sujet des traitements annexes devant être administrés systématiquement, ou seulement après confirmation par test diagnostique avant l'inclusion du patient dans l'étude : pour chaque traitement donné il sera nécessaire de laisser une « période de latence » entre la fin de ce traitement et le début de l'administration du fexinidazole (période dépendant de la demi-vie de la molécule utilisée)



Séance de travail, membres du comité Directeur, Bamako Malie, Sept. 2011

© Photo W. MUTOMBO



Séance de travail, membres du comité Directeur, Bamako Malie, Sept. 2011

© Photo W. MUTOMBO

Le consentement éclairé du patient et le protocole du suivi post-traitement ont été examinés et des propositions faites pour amélioration.

- Pharmacocinétique;
- Evaluation d'outils de diagnostique pour la détection du parasite chez les animaux.

d)) Parole aux partenaires

Les différents partenaires ont partagé à l'occasion de cette rencontre les informations ou activités en cours dans leurs projets :

- **Swiss-TPH** : Présentation des différentes aires de recherche et clarification sur l'arrêt de l'étude DB289;
- **MSF**: Présentation de l'équipe mobile THA (MSF Holland) (objectifs, activités etc..);
- **FIND** : Présentation des recherches en cours : RDT SD-Bioline, I-led, Molecular LAMP, Biomarkers CSF;
- **EANETT**: Description des principales activités de la plateforme EANETT;
- Groupe de recherche sur les mouches Tsé-tsé, Trypanosomoses humaine et animale;

e) Préparation de la réunion scientifique annuelle 2012 conjointement entre EANETT et la Plateforme THA.

Le comité a reconfirmé la décision d'organiser ce forum scientifique à Juba en République du Sud Soudan durant le mois de Septembre 2012.

Un comité scientifique et logistique a été mis en place pour travailler à l'organisation de cette grande rencontre. Il faut penser à favoriser la présence de jeunes chercheurs Africains et voir les possibilités de bourses de financement afin de leur permettre de venir présenter leurs travaux Laurence Flévaud (rapporteur)

Augustin Kadima Ebeja
(coordonnateur)



Séance de travail, membres du comité Directeur, Bamako Malie, Sept. 2011

© Photo W. MUTOMBO



Séance de travail, membres du comité Directeur, Bamako Malie, Sept. 2011

© Photo W. MUTOMBO

Que retenir de la 3^{ème} Conférence du Conseil Scientifique International pour la Recherche et la Lutte Contre Les Trypanosomiasés (CSIRLT)



Délégués de la Plate forme THA, Réunion CSIRLT Bamako Malie, Sept. 2011

©Photo W. MUTOMBO



Délégués de la Plate forme THA, Réunion CSIRLT Bamako Malie, Sept. 2011

©Photo W. MUTOMBO

La Conférence s'est tenue à Bamako du 12 au 16 Septembre 2011 dans la grande salle du centre international de conférence de Bamako (CICB), sous le haut patronage de son Excellence Madame le Premier Ministre de la République du Mali et chef du gouvernement, en collaboration avec l'Union Africaine, sous la coordination de son bureau inter-africain des ressources animales.

Plus de 340 participants ont pris part à cette réunion scientifique représentant 46 pays dont 36 Africains et 10 Occidentaux. Tous les pays de la plateforme THA ont été présents avec un total de plus de trente membres de la plateforme financés par DNDi.

Plusieurs sessions ont été organisées, à savoir:

- Rapports des organisations internationales;
- Rapports des pays touchés par la maladie (nationaux) et PATTEC;
- Présentation des articles sur la THA et TAA;
- Discussions des posters;
- Les recommandations finales.

1. RAPPORTS DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

Plusieurs organisations internationales ont présenté leurs rapports sous la modération de Dr Baba Soumare et Dr José Ramon Franco comme rapporteur de la session.

Parmi lesquelles, nous citons: l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), The Food and Agriculture Organisation (FAO), The Programme Against African Trypanosomiasis (PAAT), Agence Internationale de l'Énergie Atomique (IAEA), Global Alliance Livestock Veterinary Medicines (GALVMEDEVAC), Eastern Africa Network for Trypanosomiasis (EANETT), Centre

International de Physiologie et Écologie des Insectes (ICIPE), Centre International de Recherche-Développement en Zone Subhumide (CIRDES), IRLI, Drug for Neglected Diseases initiative (DNDi),...

Dans l'ensemble, plusieurs progrès ont été réalisés durant ces dernières années sur la lutte et la recherche de la maladie. L'argent investi par les organisations internationales ont permis la diminution des cas de THA dans les régions jadis endémiques.

2. RAPPORTS DES PAYS TOUCHÉS PAR LA THA ET LA TAA

Les responsables des programmes nationaux de lutte contre la THA et TAA, ont tous présenté les rapports d'activités de leurs pays respectifs. Il en ressort la continuation de la lutte et la diminution de nombre de cas déclarés suite à la bonne collaboration avec les organismes internationaux et régionaux.

3. PRESENTATIONS DES ARTICLES SUR LA THA ET LA TAA

Toutes les présentations faites avaient comme seul thème et/ou objectif principal: « Recentrer la recherche et le contrôle de la mouche tsé-tsé et de la trypanosomiose: un programme de développement ». Au total, il y a eu 78 présentations selon les thèmes:

- La trypanosomiose humaine africaine: épidémiologie, diagnostic et chimiothérapie.
- La trypanosomiose animale africaine: chimiothérapie et chimiorésistance, épidémiologie.
- La biologie, contrôle et éradication des glossines.
- Utilisation des terres, environnement et socio économie.



Délégués de la Plate forme THA, Réunion CSIRLT Bamako Malie, Sept. 2011

©Photo W. MUTOMBO



Autres participants, Réunion CSIRLT Bamako Malie, Sept. 2011

©Photo W. MUTOMBO

4. DISCUSSION DES POSTERS

Le président de cette session le Dr Ahmed H.A a souligné que les posters ne constituent pas une méthode de deuxième classe, mais qu'un poster est un document scientifique approprié conçu pour aider les jeunes scientifiques à publier leurs travaux et être exposés à la communauté scientifique internationale.

Le poster de notre plateforme THA a figuré parmi les 37 posters affichés sur les 58 que le conseil avait acceptés:

5. RECOMMANDATIONS DU CONSEIL

Différentes recommandations ont été faites pour chacune des structures et organisations représentées, et ici, nous en rappelons quelques unes :

1. Pour l'OMS:

- Continuer à aider les pays endémiques dans les activités de contrôle, de transmission et d'identification des régions isolées, enfin de couper la chaîne de transmission de la maladie;
- Développer le système innovateur centré sur l'approche « surveillance », en tenant compte de différentes situations épidémiologiques,
- Compléter l'Atlas de la THA et équiper les pays en matériels.

2. Pour la FAO:

- Maintenir l'assistance technique des pays endémiques;
- Continuer la coopération avec les partenaires sur terrain, surtout avec la PATTEC;
- Renforcer les capacités en management et analyse des données;
- Contribuer au contrôle et à l'assurance de qualité à

l'implantation des projets visant le monitoring et l'évaluation.

3. Pour le PAAT:

- Circuler le plan des stratégies;
- Reconstituer les structures de PAAT;
- Renforcer la collaboration et l'énergie entre PAAT et PATTEC;
- Renforcer la capacité de différents programmes dans les formations;
- Continuer la publication des bulletins scientifiques et techniques.

4. Pour les Programmes Nationaux de THA, DNDi, et autres Partenaires:

- Des ressources devraient continuer à être engagées pour les efforts de lutte même dans les pays qui sont au niveau d'élimination, afin de contrecarrer les énormes exigences qui se poseraient en cas de résurgence.
- Le modèle d'estimation des risques devrait être étendu à la THA à T.b. rhodesiense.
- Étudier comment réduire la période de suivi post-traitement en utilisant de nouveaux bio marqueurs, notamment la Néoptérine. Les autres sources d'antigènes devraient être étudiées afin de fournir d'autres options de tests de dépistage de la THA tels que le TDR.
- Le FEXINIDAZOLE et SCYX-7158 (OXABOROLE) devraient encore être testés lors des essais de phases I et II, afin de déterminer leur utilité comme trypanocides nouveaux et sûrs, susceptibles d'éliminer la nécessité de ponction lombaire qui est actuellement une entrave à l'efficacité des efforts de lutte.

**Dr Digas NGOLO ; Dr Pathou NGANZOBO et
Dr Kadima Ebeja Augustin**

7eme Congrès Européen sur la Médecine Tropicale et la Santé Internationale à Barcelone



Exposition Posters Plateforme THA, Barcelone, Oct. 2011



Présentation orale de la Plateforme THA par Dr. A. Ebeja

la recherche en santé du Sud Soudan, l'autre présentait les trois plateformes que DNDi a initiées (LEAP, CHAGAS et THA), qui contribuent à trouver les solutions appropriées à chaque contexte de ces maladies négligées.

La présentation orale a été encore une occasion pour nous de rappeler l'historique de la plateforme THA, ses objectifs, nos grandes réalisations et les leçons apprises. Nous avons distribué un grand nombre de bulletin d'information numéros 8 et 9 de notre plateforme.

Parmi les multiples sessions transversales, une intitulée « Science de l'élimination » a attiré notre attention et nous avons souhaité la partager avec nos lecteurs :

Un panel de scientifiques présidé par le Professeur Marcel Tanner (Directeur de Swiss Tropical and Public Health Institute), composé de : Dr Bernard Pécol (Directeur exécutif de DNDi) ; Professeur Pedro Alonso (Directeur de l'Institut de santé Global et centre international de la recherche en santé de Barcelone) ; Professeur Rose Leke (Présidente de la commission de certification de la région Afrique) et Dr Jean Jannin (OMS /NTD) a soulevé la discussion autour de cette problématique.

Selon le professeur Tanner, il y a lieu de clarifier les termes élimination et éradication car au niveau politique on peut décider pour l'un ou l'autre, mais il faut poser la question au scientifiques car à ce niveau il faut tenir compte de type de pathologie et d'autres éléments de faisabilité. Pour lui, les définitions suivantes doivent être considérées :

Contrôle : c'est une réduction du poids de la maladie
Élimination : signifie l'élimination de la transmission locale (dans une région, un pays).
Éradication : signifie l'élimination complète du parasite dans le monde entier.

Le 7ème Congrès Européen sur la Médecine Tropicale et la Santé internationale a eu lieu à Barcelone en Espagne du 03 au 06 Octobre 2011.

« Sawubona Barcelona » a été la salutation officielle choisie pour ce Congrès. Ceci vient du Zulu et signifie « Nous vous voyons », cette belle façon d'accueillir les uns et les autres a été choisie pour sa force comme engagement éthique partagée.

Lors de cet événement scientifique, il y a eu 1350 participants et 335 orateurs. Les communications orales étaient réparties en quatre grands groupes :

Les maladies infectieuses et maladies négligées
La santé de la mère et de l'enfant
Les maladies chroniques et la santé environnementale
Système de santé et ressources

La session THA qui a eu lieu le mardi 05 Octobre 2011 a permis à l'OMS de montrer la situation actuelle de la maladie (poids de la maladie) et sa distribution géographique. L'université de Vérone (Italie) a présenté les aspects neurologiques de la maladie du sommeil. L'occasion a été aussi belle pour DNDi de présenter l'étude multicentrique NECT-Field dans laquelle notre plateforme THA a joué un rôle et non le moindre.

Dans cette session, une étude comparative du schéma long et du schéma court de traitement par la Pentamidine (10 versus 7 jours) a été présentée, avec comme conclusion que l'efficacité est supérieure après 10 jours de traitement qu'après 7 jours.

Notre plateforme a pu présenter deux posters et donner une présentation orale. Un des posters portait sur la politique de



Panel de scientifiques présidé par le Professeur Marcel Tanner

©Photo W. MUTOMBO

Le Dr Jean Jannin, sur base de son expérience personnelle (car l'OMS n'a pas une position tranchée sur ces termes) a souligné qu'en parlant d'élimination, il faut d'abord penser aux critères et indicateurs qui montrent la réduction de la pathologie comme problème de santé.

L'éradication est le moment où on est arrivé à un résultat concret d'absence de cette pathologie.

Dans le passé, l'élimination a été atteinte pour certaines maladies (la THA par exemple), mais après il y a eu recrudescence, ce qui signifie que l'élimination est étroitement liée à la durabilité. Le manque de moyens de maintenir le contrôle effectif de la maladie est la cause de cet échec. Le défi est donc de maintenir (faire durer) l'élimination.

Pour l'OMS, il y a certains programmes d'éradication, par exemple :

Poliomyélite

Ver de Guinée (en voie d'éradication : d'ici 2015)

Filariose Lymphatiques (d'ici 2020)

La THA, l'onchocercose, la rage; etc...

Le professeur Rose en sa qualité d'immunologue, revient sur le programme d'éradication de la polio en Inde qui a atteint 99%.. Le problème serait la mise à disposition de moyens et la mobilisation des populations.

L'élimination doit venir des pays ou des régions, car l'exemple du paludisme montre qu'au niveau mondial on parle d'élimination, alors que dans certaines régions d'Afrique les efforts sont d'abord tournés vers un contrôle durable.

Quant au Dr Bernard Pécoul, il faut voir que si le politique ne reconnaît pas l'ampleur du problème, il est difficile de parler d'éliminer ou d'éradiquer. Mais en tant que scientifique, se référant à certaines maladies négligées, comme la Trypanosomiase Humaine Africaine, la Leishmaniose et la Filariose lymphatique, il n'est pas possible d'atteindre l'élimination avec les outils actuels.

Les moyens de diagnostic et de traitement de ces maladies sont compliqués et exigent une chaîne du froid fonctionnelle. L'exemple de NECT a montré qu'on peut mieux soigner les patients avec un produit moins toxique, mais les difficultés persistent pour la détermination du stade de la maladie (Ponction Lombaire) et l'utilisation en perfusion du DFMO,

ce qui fait qu'au niveau des villages il n'est pas possible de soigner les patients.

Il faut donc trouver mieux : moyens de diagnostic simple, traitement capable de soigner les deux stades de la maladie du sommeil. Il faut aussi une stratégie adaptée pour la Leishmaniose.

Pour la filariose lymphatique, suite à la coinfection avec loa loa, et le besoin d'un traitement de masse, une des stratégies adaptées serait de trouver un médicament macrofilaricide (qui tue les filaires adultes et évite ainsi les effets secondaires graves qui existent actuellement avec les microfilaricides). Etant donné qu'il faut 5 à 10 ans pour trouver les outils (de diagnostic et de traitement), l'élimination de ces maladies n'est pas encore à portée de main.

Pour les détails des autres sessions, voir le site <http://www.ectmihbarcelona2011.org> Certaines déclarations et recommandations faites par le professeur Manuel Corachán lors de la clôture ont été les suivantes :

La session plénière reconnaît que la Médecine tropicale et la recherche globale en santé sont centrales pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) : Nous sommes loin de la cible et les objectifs en rapport avec la santé sont apparemment les moins atteignables.

La communauté des chercheurs peut :

Générer des connaissances basées sur des données solides pour les décideurs politiques.

Suivre et évaluer les progrès montrant des résultats quantitatifs et qualitatifs.

Comme communauté, nous pouvons chercher les solutions pour mieux orienter les politiques.

Dans le domaine des maladies infectieuses et négligées :

1) Le paludisme :

Il cause encore annuellement 800.000 morts, ce qui est inacceptable.

Il y a besoin de comprendre la pathologie du paludisme sévère, d'utiliser les tests rapides de diagnostic rapide (TDRs) pour améliorer le diagnostic : toute fièvre ne signifie pas forcément paludisme; des nouveaux médicaments sont en voie d'être trouvés mais ce n'est pas pour demain ; la disponibilité



Stand DNDi, MSF au 10ème Congrès Européen sur la Médecine Tropicale et la Santé Internationale à Barcelone

©Photo W. MUTOMBO



Prof. Marleen Boelaert de l'IMT, Anvers

©Photo W. MUTOMBO



Dr. François Chapout de l'Université de Genève

©Photo W. MUTOMBO

des vaccins est plus proche que jamais, mais la résistance aux pyréthroides s'étend.

L'élimination est un objectif global mais il faut éviter des attentes irréalistes.

2) La Leishmaniose

Plus de recherches dans les méthodes de contrôle du vecteur sont nécessaires.

Les communautés affectées ont toujours un accès très limité aux médicaments.

3) Maladies à vecteurs

La propagation mondiale des moustiques vecteurs, soulève le risque des épidémies en Europe de Chikungunya, de Dengue et du West Nile.

L'augmentation globale de la migration, du commerce et des voyages sont des défis.

Des nouveaux vaccins et des nouvelles stratégies de contrôle sont nécessaires.

4) La Maladie de Chagas (Trypanosomiose Américaine)

Besoin d'essais cliniques pour évaluer des nouveaux médicaments pour la phase chronique, incluant les composés Azolés. La nouvelle présentation de Benznidazole pour les enfants est pour bientôt. (NR : la forme pédiatrique a été agréée au Brésil : <http://www.dndi.org/pressreleases/1016-paedbenz.htm/>)

Les problèmes de rupture de stock en médicaments doit être résolu de toute urgence.

5) Infection à V.I.H.

Les récents succès de la prophylaxie pré-exposition pour la prévention de l'infection VIH a ouvert le potentiel à l'élargissement des outils : Gels microbicides, anneaux et comprimés oraux

La recherche du vaccin VIH est basée sur les leçons apprises des essais précédents tout comme sur le renouvellement des recherches de base.

Le renforcement des capacités dans les pays à faibles ressources, où la prévalence du VIH est élevée et où les essais sur le VIH se déroulent, reste une priorité.

Une approche innovatrice de test VIH dans la population des migrants incluant des méthodes individuelles.

Les défis futurs relatifs à la gestion VIH avec les groupes hétérogènes des migrants en Europe ont été discutés.

6) Tuberculose et VIH

Besoin des nouveaux outils pour le contrôle de la tuberculose dans le champ du diagnostic, traitement et vaccins.

Discussions sur l'utilité de faire le dépistage pour la tuberculose active et latente chez les migrants.

Pour plus des détails sur les autres recommandations voir le site web : www.ectmihbarcelona2011.org/doc/

A la clôture ce congrès a été réitéré le besoin d'endosser la déclaration de Verona qui insiste sur le droit à la santé comme un droit fondamental à toute personne indépendamment de son origine, son ethnie et son statut légal.

Dr Kadima Ebeja Augustin;
Coordonnateur Plateforme THA

Formation en Recherche Clinique et Bonnes Pratiques Cliniques



Participants Formation en Recherche Clinique et Bonnes Pratiques Cliniques Centre Nganda, Kinshasa RDC, Nov. 2011

Dans le cadre du renforcement de capacité en recherche clinique, la Plateforme THA, en collaboration avec DNDi et Swiss TPH, a organisé du 25 au 28 Novembre 2011 à Kinshasa/RDC une session de formation sur les bases de la recherche clinique et des bonnes pratiques cliniques.

Cette formation s'inscrivait dans le cadre de la préparation des sites devant abriter l'étude fexinidazole.

Vingt-deux délégués (médecins, infirmiers et techniciens de laboratoire) venus de la République Centrafricaine (RCA) et de la République Démocratique du Congo (RDC) ont pris part à cette session, qui a été officiellement ouverte par le Dr Kande (médecin Directeur du PNLTHA de la RDC).

Après un pré-test pour évaluer le niveau de connaissance des participants en Recherche Clinique et en Bonnes Pratiques Cliniques, les modules suivants ont été développés par les facilitateurs de Swiss TPH :

1. Ethique dans la recherche
2. Bonnes pratiques cliniques
3. Consentement éclairé
4. Développement d'un médicament
5. Conception d'une étude clinique
6. Comment gérer une étude clinique
7. Comment réaliser une étude clinique
8. Gestion de qualité et SOP
9. Documents de l'étude
10. Monitoring
11. Audit
12. Saisie et gestion des données cliniques
13. Signaler les incidents de sécurité

La méthode utilisée consistait à des présentations théoriques suivies de jeux de rôle et d'exercices pratiques pour faciliter l'assimilation des cours et soutenir l'attention de l'auditoire. Cette méthode a été appréciée par les participants et a permis une bonne interaction entre les facilitateurs et les participants, mais également entre les participants ayant déjà été impliqués dans un essai clinique et ceux qui ne l'avaient jamais été.

Des échanges ont été particulièrement animés autour du consentement éclairé, du rôle de l'investigateur dans un essai clinique et du rôle du sponsor.

Notons que cette session de formation a eu plusieurs particularités :

- Elle a été animée par ceux-là même qui auront en charge le monitoring des sites fexinidazole
- Le Medical Manager dans le projet THA de DNDi (sponsor dans le projet fexinidazole), a activement pris part à la formation, comme tous les participants
- Les futurs investigateurs et personnels de site étaient présents



Travaux en groupes lors de la formation

Donc les principaux intervenants dans le projet fexinidazole étaient présents. Ce contact face à face et les échanges qui s'en sont suivis sont un gage de réussite de l'implémentation du projet fexinidazole.

Somme toute cette session de formation a été une réussite. Pour Swiss TPH c'est une mission accomplie

Pour la Plateforme THA, le réseau des personnes avec compétence en recherche clinique se renforce et s'élargit.

Pour le sponsor et les futurs investigateurs, la balle est dans notre camp pour relever le défi de réaliser une des rares études de phase II en RDC et RCA d'abord, puis contribuer au reste du processus permettant que le patient trypanosomé du deuxième stade soit traité aussi facilement (Per os).

Dr Wilfried Mutombo participant.

Mise à jour sur les recherches en cours

Diagnostic de la maladie du sommeil: l'utilisation des couches leucocytaires améliore la sensibilité du test mAECT (mini anion exchange centrifugation test)

Nous avons écouté à Bamako une présentation d'une méthode très utile pour améliorer la détection des trypanosomes qui permet de trouver des plus faibles quantités que la méthode la plus sensible utilisée actuellement. Nous présentons ici le résumé officiel de cette présentation ainsi que deux des images présentées.

Camara Oumou¹, Camara Mamadou¹, Ilboudo Hamidou², Sakande Hassan², Kaboré Jacques², Jamonneau Vincent^{2,3} and Bucheton Bruno^{2,3}

¹ Programme National de Lutte contre la Trypanosomose Humaine Africaine, BP 851, Conakry, Guinée ; ² Centre International de Recherche-Développement sur l'Élevage en zone Subhumide (CIRDES), 01 BP 454 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso ; ³ Institut de Recherche pour le Développement, Unité Mixte de Recherche IRD-CIRAD 177, Laboratoire de Recherche et de Coordination sur les Trypanosomoses. IRD-CIRAD, TA A-17/G, Campus International de Baillarguet, F-34398 Montpellier, France

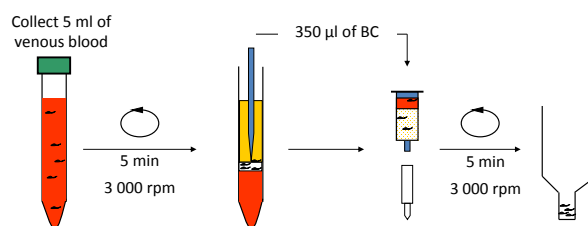
* Author for correspondence: Bruno Bucheton, Phone: +226 20 97 62 15 e-mail: bruno.bucheton@ird.fr

tions de terrain chez 57 patients chez qui la THA avait été diagnostiquée au cours d'une étude médicale réalisée en Guinée. L'utilisation des couches leucocytaires dans l'étude expérimentale a multiplié la sensibilité du test mAECT au moins par cinq, et a permis de détecter systématiquement les parasites présents dans le sang à une concentration de 10 trypanosomes/ml.

Dans l'étude de terrain, le nombre de patients positifs était plus élevé avec le test mAECT-cl (96,5%) qu'avec le test mAECT-sang (78,9%, $\chi^2=6,93$; $p=0,008$) ou avec l'analyse de la lymphe (77,2%, $\chi^2=7,67$; $p=0,005$). Par ailleurs, le nombre de parasites par collecteur était significativement plus élevé (7.2 vs 2.6, $p=0.001$) lorsque les couches leucocytaires étaient utilisées au lieu du sang. Le test mAECT sur les couches leucocytaires permet donc d'améliorer de manière significative le diagnostic parasitologique de THA en Guinée, sans augmenter les coûts, et mériterait d'être testé dans d'autres zones d'endémie à T.b. gambiense.

Mots clés: trypanosomiase humaine africaine, diagnostic, couches leucocytaires, mAECT

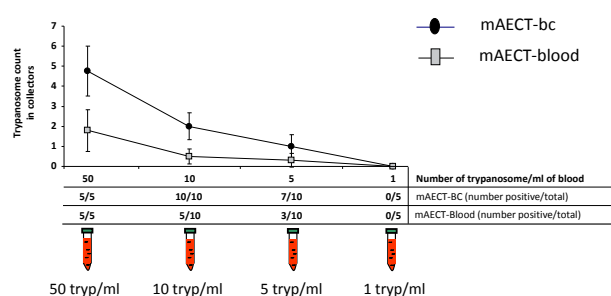
Fig 1: Nouveau tube collecteur pour augmenter la sensibilité mAECT



Une nouvelle phase dans le développement d'un test de dépistage de la maladie du sommeil

La Bill & Melinda Gates Foundation (BMGF) a renouvelé récemment son financement au FIND pour le développement d'un test diagnostique rapide (TDR) de la trypanosomiase humaine africaine (THA). La nouvelle subvention permettra à FIND et à ses partenaires d'achever le développement, l'évaluation et le lancement sur le marché d'un test immunochromatographique (lateral flow test) simple et bon marché, pouvant être administré par un personnel de santé peu formé dans les régions les plus retirées. Une évaluation de la performance d'un prototype de TDR est en cours en Angola, en RDC et en République Centrafricaine. L'objectif

Fig2: Experimental evaluation of the sensitivity threshold



Threshold	
mAECT-bc:	10 tryp/ml
mAECT-blood:	50 tryp/ml

Le but de cette étude était d'évaluer le test mAECT (mini anion exchange centrifugation test) pour le diagnostic de la trypanosomiase humaine africaine (THA) à *Trypanosoma brucei* gambiense, à partir de 350 µl de couches leucocytaires extraites de 5 ml de sang, et non à partir de sang entier, afin d'augmenter la sensibilité du test. Le nouveau protocole a d'abord été testé de manière expérimentale sur des dilutions de trypanosomes en séries, et ensuite dans des condi-

est de rendre le test diagnostic de la THA disponible sur le marché d'ici 2013.



© Photo FIND

Nouveau prototype du test de dépistage de la THA et accessoires développés par FIND et SD. Procédure: 20µl de sang frais recueilli par piqûre du doigt sont placés dans un puits, avant de rajouter 4 gouttes de diluant. Le résultat est lu au bout de 15 min. L'apparition de 3 ou 4 bandes rouges signifie que le test est positif, tandis qu'une seule bande rouge signifie que le test est négatif.

Le TDR permettra d'augmenter de manière spectaculaire le nombre de personnes testées par des équipes mobiles dans les postes de santé des zones d'endémie.

Le renforcement du dépistage et des mesures de lutte contre la maladie du sommeil va jouer un rôle déterminant dans l'effort mondial d'élimination de la maladie du sommeil. Ces avancées viennent s'ajouter à d'autres projets de FIND, dont le développement de tests simples pour confirmer le diagnostic, déterminer le stade de la maladie, et confirmer la guérison après le traitement.



© Photo FIND

Recrutement de patients dans l'étude dans un village en RDC



© Photo FIND

Le Dr. Crispin Lumbala, investigateur principal (à droite) et le Dr. Augustin Ebeja, moniteur de l'étude, observent un technicien (Dieudonné Tshibangu) du Programme National de Lutte contre la Maladie du Sommeil en RDC effectuant le test avec le sang d'un participant dans le cadre d'une évaluation de la performance.



© Photo FIND

Lecture du résultat du test prototype par comparaison avec une échelle colorimétrique en RDC

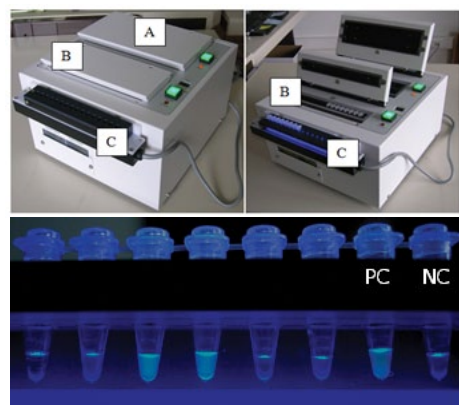
FIND et ses partenaires obtiennent une avancée majeure dans le diagnostic moléculaire de la THA

FIND (Foundation for Innovative New Diagnostics) à Genève et Eiken Chemical Co. Ltd. ont réalisé des progrès spectaculaires dans le développement d'une méthode simple de diagnostic moléculaire de la THA. Le test LAMP (loop-mediated isothermal amplification) détecte la présence de minuscules fragments d'ADN du parasite dans le sang des personnes infectées. En septembre 2011 à Bamako au Mali, FIND et Eiken ont annoncé lors de la conférence de l'ISCT-TRC que le développement du test et son évaluation dans un contexte expérimental étaient terminés. Au cours de cette même conférence, Le Pr. Enock Matovu de l'Université de Makerere en Ouganda a donné un compte-rendu détaillé des études menées à ce jour, confirmant le potentiel de ce test. L'évaluation clinique du test est en cours en Ouganda et en République Démocratique du Congo (RDC).



©Photo FIND

Jérémie Ilunga et Willi Mutangala utilisant une source lumineuse LED pour lire les résultats du test LAMP de dépistage de la THA



Incubateur LoopampTM LF-160 utilisé pour le test LAMP de dépistage de la THA. Après extraction de l'ADN, la réaction est effectuée dans le bloc de réaction (B), où la température est maintenue à 65°C. La réaction est arrêtée au bout de 40 minutes, et les résultats sont visualisés sous une lumière fluorescente émise par des diodes LED (C). Les échantillons positifs sont colorés en vert. TP: témoin positif, TN: témoin négatif.

Le test LAMP se distingue des autres tests par sa sensibilité et sa spécificité élevées, et ne nécessite pas un matériel de laboratoire sophistiqué ni des conditions de stockage particulières. Le sang peut être utilisé frais ou absorbé sur du papier filtre ordinaire et stocké à température ambiante. Le traitement des échantillons avant de réaliser le test est aussi simple. Le sang des personnes susceptibles d'être atteintes de THA, identifiées par un test de dépistage, est simplement chauffé pendant 10 minutes, et introduit ensuite dans l'appareil. Le test est effectué à 65°C pendant 40 minutes. Les échantillons positifs émettent une lumière fluorescente, observée sous une simple lampe à LED.

L'arrivée du test LAMP pour le diagnostic de THA pourrait constituer une avancée significative dans la lutte contre cette maladie, et contribuer à terme à son élimination.

Étude NIDIAG en République Démocratique du Congo

Introduction

On estime à environ 1,2 milliards le nombre de personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies infectieuses négligées (MIN). Ces maladies sont particulièrement répandues dans les populations pauvres des pays en voie de développement, dans les zones rurales retirées, les bidonvilles urbains et les zones de conflit (OMS & Carter Center 2008).

Elles regroupent une série d'infections chroniques invalidantes, telles que l'ulcère de Buruli, la maladie de Chagas, la cysticercose, la dracunculose, les tréponématoses endémiques, la trypanosomiasse humaine africaine (THA), la leishmaniose, la lèpre, la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase, les helminthiases transmises par le sol, le trachome, les trématodoses d'origine alimentaire, ainsi que des infections plus aiguës, telles que la brucellose, la fièvre entérique, la mélioi-dose, le choléra, la dengue et la rage.

Les MIN sont responsables d'environ 500.000 décès chaque année dans le monde, et provoquent des handicaps physiques sévères, mettant en péril la croissance des enfants et l'issue des grossesses.

Le total des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) associées aux MIN est égal à 56,6 millions, un chiffre supérieur à celui associé au paludisme (46 millions) ou à la tuberculose (35 millions) (Hotez et al. 2007).

Un des défis majeurs de la prise en charge clinique des MIN est la faiblesse des systèmes de santé dans les zones d'endémie. Les personnes atteintes de MIN se présentent majoritairement dans les centres de soins primaires, et souvent tard dans l'évolution de la maladie (Kibadi et al. 2009; Robays et al. 2007).

La prise en charge clinique des MIN est souvent méconnue des agents de santé. Les erreurs de diagnostic sont fréquentes, car leur présentation clinique est souvent non spécifique et peut être confondue avec celles d'autres pathologies courantes (Lejon et al. 2003; Swai et al. 2006).

Les algorithmes actuels de diagnostic des MIN dans la plupart des pays sont principalement empiriques, et tiennent rarement compte des données locales des MIN. Par ailleurs, ils ne représentent pas de manière suffisamment exacte la diversité des patients, ils ne tiennent pas compte du diagnostic différentiel au niveau des centres de soins primaires, et ils n'ont généralement pas été validés sur le terrain.

Le ciblage sur une maladie spécifique de plusieurs programmes 'verticaux' de lutte contre les MIN a conduit à une fragmentation et à des lacunes sévères dans la prise en charge des patients.

En réponse à l'appel HEALTH.2010.2.3.4-2 FP7, le consortium NIDIAG (Better Diagnosis for Neglected Infectious Diseases) a été créé pour développer un système de soins primaires amélioré dans les zones à faibles ressources, et propose une approche intégrée pour relever ce défi.

Le consortium est coordonné par l'Institut de Médecine Tropicale ITM (Pr. Marleen Boelaert, Anvers, Belgique), et rassemble 13 partenaires complémentaires venus de 4 états européens, 4 pays d'Asie et 3 pays d'Afrique, dont la RDC.

Objectifs de NIDIAG

L'objectif du projet NIDIAG est d'améliorer le diagnostic précoce et la prise en charge des MIN (et autres morbidités) au niveau des centres de soins de santé primaires dans les zones à faibles ressources, en développant et en validant des directives diagnostiques intégrées pour plusieurs syndromes cliniques.

La stratégie repose sur deux piliers. Le premier consiste en une approche centrée sur le patient à partir de trois syndromes majeurs : le syndrome de fièvre persistante, le syndrome neurologique, et le syndrome intestinal.

A eux seuls, ces trois syndromes regroupent la plupart des MIN en Afrique et en Asie, ainsi que d'autres pathologies majeures, telles que paludisme, VIH/SIDA et tuberculose. Le deuxième pilier correspond au développement de nouveaux tests diagnostiques rapides (TDR) à utiliser là où les soins sont prodigués, et ciblant spécifiquement les besoins des régions pauvres en ressources.

L'objectif principal de cette étude sera d'établir la preuve du concept d'élaboration de nouvelles directives cliniques pour les zones à faibles revenus, mises à jour en tenant compte de données épidémiologiques récentes, et améliorées grâce à des TDR utilisés seuls ou en association.

NIDIAG en RDC

Ce projet de recherche se déroulera entre autres en République Démocratique du Congo, sous l'égide de l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) à Kinshasa. En RDC, la MIN ciblée en priorité sera la trypanosomiose humaine africaine (THA), choisie pour sa prévalence dans plusieurs régions rurales du pays et la difficulté de son diagnostic précoce dans les centres de soins primaires.

Les deux syndromes de fièvre persistante et de troubles neurologiques seront spécifiquement étudiés en RDC parce que la THA peut être associée à n'importe laquelle de ces manifestations cliniques.

D'autres pathologies "sévères et traitables" provoquant une fièvre persistante ou des troubles neurologiques seront aussi examinées (telles que paludisme, tuberculose, infection à VIH, fièvre typhoïde), afin de dépasser l'approche verticale classique.

L'étude NIDIAG devrait démarrer dans un premier temps dans les Hôpitaux Généraux de Référence de Mosongo et Yasa-Bonga, situés dans la province de Bandundu où la THA sévit de manière endémique.

Les patients se présentant dans un de ces hôpitaux avec des symptômes neurologiques et/ou une fièvre persistante (depuis plus d'une semaine) pourront participer à l'étude.

Ils seront inclus après avoir donné leur consentement éclairé. Les tests diagnostiques standards seront effectués (parasito-

logie, cultures bactériennes et mycologiques, dosages sérologiques ou moléculaires), soit dans les centres de l'étude, soit à l'INRB. Une série de TDR, déjà validés ou en cours de développement clinique, seront systématiquement réalisés sur place, afin d'estimer leurs performances diagnostiques sur le terrain (étude diagnostique de phase III sur de nouveaux TDR pour la THA, la tuberculose, la cryptococcose, etc.).

L'étude devrait démarrer au début 2012 et durera deux ans. Environ 500 patients devraient être recrutés pour chacun des syndromes étudiés. De nouvelles directives cliniques pour les deux syndromes devraient être formulées d'ici 2-3 ans. Dans la mesure du possible, des complémentarités et des synergies devront être recherchées avec d'autres études en cours ou prévues dans le même domaine (par ex. études de DNDi sur le traitement de la THA).

Dr. Bottieau Emmanuel, Investigateur Coordinateur, Département des Sciences Cliniques, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique.

Pr. Pascal Lutumba, Investigateur Principal pour la RDC, INRB, Kinshasa, RDC.

Pr. Marleen Boelaert, coordinateur NIDIAG, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique.



Institut National de Recherche Biomédicale

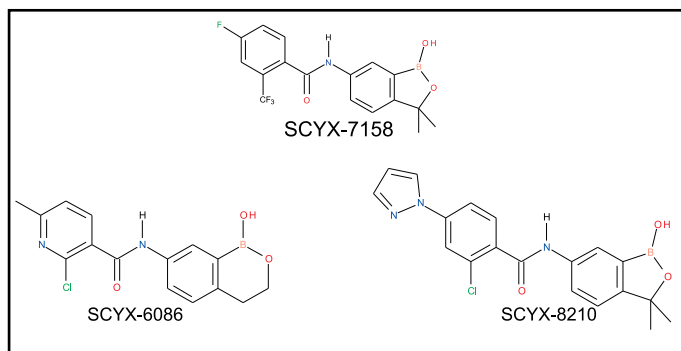


Joyeux Noël & Bonne Année 2012

Merry Christmas and Happy New year 2012

Nouveau OXABOROLE en développement clinique pour la THA.

DNDi (Drugs for Neglected Diseases initiative) et ses partenaires, ANACOR pharmaceutical inc, Scynexis Inc., et Pace University, USA, ont développé une nouvelle classe de médicaments candidats pour le traitement de la THA.



Il s'agit d'une molécule de la série benzoxaborole dont le nom de code est «SCYX 7158» administrable par voie orale. SCYX7158 a démontré une activité in vitro contre les souches de *Trypanosoma brucei* incluant *T.b rhodesiense* et *T.b gambiense*. In vivo SCYX7158 est efficace contre les deux stades de la maladie dans le modèle souris. Les études précliniques chez les rongeurs et les non rongeurs ont montré une bonne diffusion dans l'organisme incluant le cerveau avec une bonne tolérance.

Etant donné ces résultats précliniques prometteurs, cette molécule pourra passer en phase clinique chez les humains en 2012. La plateforme reste en attente pour offrir le cadre et l'expérience locale qui commence à s'accumuler après les études DB289 ; NECT, NECT-Field et bientôt féxinidazole pour la phase clinique II / III.

Dr. Antoine Tarral, Chef de projet Clinique à DNDi

NECT_FIELD ;

Cette étude dont nous avons présenté les premiers résultats dans notre bulletin d'information numéro 08 de Décembre 2010 (pages 16-17); a été présentée (avec une analyse plus poussée) au 7ème Congrès Européen sur les Maladies Tropicales et santé internationale à Barcelone en Espagne par le Dr Olaf Valverde de DNDi.

Pour rappel, cette étude avait comme objectif d'évaluer la tolérabilité clinique, la faisabilité sur le terrain et l'effectivité de la co-administration Nifurtimox-Eflornithine chez les adultes, les enfants, et les femmes enceintes ou allaitantes pour le traitement du deuxième stade de la maladie du sommeil (THA à *T.b gambiense*).

Elle s'est déroulée dans six sites en RDC. 630 patients de deuxième stade ont été inclus, ils ont reçu 400mg/Kg/jour d'eflornithine en IV pendant 7 Jours et 15mg/Kg /jour de Nifurtimox par voie orale pendant 10 Jours. La durée médiane de l'hospitalisation a été de 16 Jours (Intervalles 5 à 46).

Les résultats de 629 patients ont été analysés (ayant débuté le traitement: ITT). 100 étaient des enfants âgés de moins de 12ans (Médiane 6 ans) ; 13 étaient des femmes enceintes et 33 des femmes allaitantes.

De manière générale, les enfants ont montré des symptômes similaires que les adultes à l'exception de la fièvre, plus fréquente et des maux de tête, moins rapportés. 100% des enfants ont terminé le traitement et sont sortis vivants de l'hôpital ; le score de Karnofski a été amélioré après le traitement. Il y a eu une réduction des signes cliniques et symptômes (Lymphadenopathie ; Neurologiques).

Des améliorations similaires ont été remarquées aussi chez les femmes enceintes et allaitantes.

L'utilisation chez ces catégories (enfants, femmes enceinte et allaitante) semble être sans danger, mais les programmes nationaux continuent à observer très attentivement avant de changer la politique thérapeutique.

Dr Kadima Ebeja Augustin; Coordonnateur Plateforme THA



Equipe DNDi, Réunion annuelle 2011, Divonne, France, Novembre 2011

Parole aux patients et aux soignants

Témoignages de patients ayant bénéficié du traitement NECT :



© Photo M. ILUNGA



© Photo M. ILUNGA

a. « Je suis Kazadi Kalala, âgé de 33 ans, marié et père de quatre enfants dont le benjamin est né après mon traitement de la maladie du sommeil. Je suis ancien étudiant de l'Université de Lubumbashi. Je faisais les sciences politiques et administratives. En 1997, je me suis fait enrôler dans l'armée des « kadogo », révolutionnaires du feu président Laurent Désiré Kabila. C'est en cette qualité que je me retrouverai en affectation à Mbuji-mayi.

En 2001, après le décès de Laurent Désiré Kabila, j'optais pour la démobilisation ; et comme nouvelle occupation, je partis à la mine de Bakwa Nsumpi faire le commerce de diamant. Je pense que c'est dans cette mine que j'ai attrapé la maladie du sommeil.

Je suis dépisté comme trypanosomé en 2008 à l'Hôpital de la Muya à Mbuji-mayi et transféré à l'Hôpital de Dipumba pour les soins.

J'avais déjà entendu parler de la maladie du sommeil auparavant. Et je savais que son traitement était difficile, surtout avec le médicament appelé Arsobal. Beaucoup de patients n'étaient plus guéris avec ce médicament.

Moi, je suis content du nouveau traitement qui consiste à donner une perfusion le matin et une le soir pendant une semaine, plus quelques comprimés, car je me sens aujourd'hui guéri.

Lors de mon hospitalisation, j'ai connu Muyoyi qui se comportait comme un fou et Kabeya qui était complètement abattu par la maladie. A la sortie, tout le monde était sensiblement amélioré.

J'avais été agréablement surpris de rencontrer Kabeya tout à fait rétabli au suivi après six mois de traitement. »

b. « J'ai été diagnostiquée de maladie du sommeil en février 2008 à Kamaleka à environ 30 km de Mbuji-mayi.

C'est probablement dans le village de Bakwa Nsumpi que j'ai contracté cette maladie en me livrant à la culture de maïs. Mon mari en a aussi souffert en 2004 et il avait été soigné avec l'Arsobal. Six mois après avoir été traité, il n'était toujours pas guéri. Il a du être retraité avec le même Arsobal

auquel on avait associé un deuxième médicament en comprimé appelé Lampit. C'est seulement en 2006, après un suivi médical de deux ans, qu'il a été déclaré guéri.

Dans notre village, quelqu'un d'autre avait aussi pris l'Arsobal et il est resté mentalement troublé ; il était devenu fou. L'Arsobal est un médicament qui a beaucoup de réactions. Moi, avec le nouveau traitement où l'on donne à la fois des perfusions et des comprimés jaunes (NECT), j'ai vomi une fois

le premier jour de traitement ; mais après cela, je n'ai rien senti qui pouvait m'empêcher de terminer ma cure.

Nous étions hospitalisés à quatre, deux adultes, un enfant de deux ans et une jeune fille de douze ans et nous avons été tous soumis au même traitement. Tout le monde est sorti bien amélioré de l'hôpital.

Docteur ! Pouvez-vous commander un vaccin pour devenir invulnérable lors des piqûres de la mouche tsé-tsé ?»

c. « Ma fille est née à Mbuji-Mayi et elle est âgée de 15 ans. Sa maladie du sommeil est dépistée au Centre de santé de Kamaleka en 2009 dans le territoire de Lupatapata au Kasai-oriental.



© Photo M. ILUNGA

Nous vivons avec elle à Bakwa Mulumba Bakwa Iba où je me suis reconverti à l'agriculture parce que j'étais dans l'artisanat à Mbuji-Mayi. C'est donc à Bakwa Mulumba qu'elle a attrapé sa maladie du sommeil. Je connais cette maladie parce moi-même j'en ai souffert en 1999 et j'avais été soigné à Dipumba avec l'Arsobal pendant près d'un mois.

On m'avait donné des injections dans la veine pendant trois jours successifs trois fois, avec des repos de sept jours entre les séries d'injections.

Le nouveau traitement (NECT) où l'on donne des perfusions associées à un médicament en comprimé à prendre pendant dix jours est très bon parce que ma fille est guérie ; elle qui était troublée mentalement comme moi pendant la maladie. Elle raisonne très bien maintenant et peut même aider sa mère dans son petit commerce. Elle ne se trompe pas dans les calculs. Elle était en quatrième primaire quand la maladie avait commencé. Elle souhaite que sa maladie finisse totalement afin qu'elle retrouve l'école et puisse devenir infirmière. Le nouveau traitement est plus court et ne me semble pas trop compliqué.

Le seul problème qu'on a eu, c'est que ma fille avait convulsé le premier jour de traitement. Ces convulsions ont été vite maîtrisées avec l'administration de deux autres médicaments et la suite a été sans difficultés. »

Questions principales posées lors de chaque interview :

- Depuis quand êtes-vous malade de la Maladie du sommeil ?
- Où l'avez-vous contractée ?
- Connaissiez-vous cette maladie auparavant ? Qu'est-ce que les gens en disaient ?
- Comment soignait-on la maladie du sommeil auparavant ?
- Que pouvez-vous dire du traitement actuel que vous avez suivi ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontré avec ce traitement ?

Interviews faits par **Dr Ilunga Wa Kyhi Medard**
Sous la coordination du **Dr Kadima Ebeja Augustin**

La THA, une maladie vraiment négligée !!!

Si les guerres civiles, les criminalités, le chômage, les accidents, les inondations, les crises sous leurs différentes formes et des maladies telles que le SIDA, le paludisme et la tuberculose retiennent l'attention générale, il est très rare que les victimes de la trypanosomiasse soient citées dans les principaux journaux télévisés, même dans des pays de haute endémicité comme la RDC.

Pourtant, selon l'OMS, bien que les cas déclarés diminuent, la THA continue à faire des victimes. Que ce soit en Afrique ou ailleurs, la THA touche presque exclusivement les populations les plus démunies. Ces personnes, selon l'OMS, sont



Docteur Pathou Nganzobo, Investigateur NECT-FIELD
lors d'une formation à Kinshasa

©Photo W. MUTOMBO

celles qui ont le moins accès aux services de santé, ont le moins les moyens de prendre des mesures prophylactiques et sont éloignés des organismes de lutte contre des maladies.

La THA est considérée, même par le personnel traitant et soignant, comme une maladie étrangère, réservée aux seuls initiés. Le clinicien dans son box de consultation ne suspecte pas immédiatement un cas de THA lorsqu'il reçoit un patient.

En RDC, par exemple, le système d'enseignement n'est pas adapté à la réalité du terrain; d'une part pour un étudiant qui sort de la Faculté de Médecine, la THA est une maladie qu'il peut à peine définir, car elle ne constitue pas une priorité pour le jury final et les encadreurs (Professeurs et Enseignants). Les travaux de fin de cycle ou d'étude, dirigés par eux, qui traitent de ce sujet sont très rares.

Les grandes questions à poser sont celles de savoir «lesquels des acteurs énumérés ci-haut contribuent à continuer de faire de la THA une maladie négligée?» et «si ceux qui devraient faire la promotion de l'effort entrepris pour la lutte ne le font pas, que dira-t-on des autres, moins savants en la matière?»

L'option doit être prise d'abord par les auteurs actifs de la lutte pour faire bouger les choses, afin d'informer et de former des nouveaux acteurs pour une participation massive et en grande envergure, et de ne pas se contenter d'une simple diminution des nombre de cas déclarés, mais plutôt de préconiser l'option de l'éradication de la maladie; chose qui ne peut plus être considérée comme une utopie.

Ainsi, il faut encourager les partenaires, tels que les PNLTHA, la Plateforme, DNDi et les autres, et soutenir leurs actions sur le terrain, du fait des efforts et des moyens considérables mis en jeu pour la formation dont bénéficient les Investigateurs des diverses études cliniques et des prestataires qui œuvrent dans lutte contre la THA.

Dr. NGANZOBO Pathou

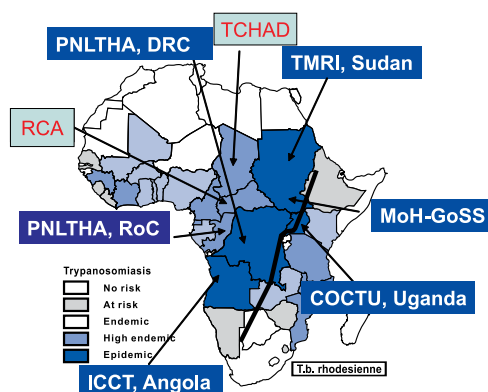
Investigateur/NECT-FIELD/Bandundu-ville

Les rendez-vous scientifiques programmés pour 2012 et les sites web intéressants

Date	Location	Event
11/14 March	Atlanta, USA	International Conference on Emerging Infectious Diseases.
31 March /3 April	London, UK	22nd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases.
3/5 April	Glasgow, UK	BSP spring meeting - 50 years of Parasitology in the UK-2012
18/20 April	Geneva, Switzerland	Geneva Health Forum
23/27 April	Addis Ababa, Ethiopia	13th World Congress on Public Health http://www.etpha.org/2012/
24/26 April	Cape Town, South	Forum 2012 (COHRED/Global Forum for Health Research) http://www.forum2012.org/
8/11 May	Thessaloniki, Greece	30th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases
13/16 June	Bangkok, Thailand	15th International Congress on Infectious Diseases
16/18 June	Washington, USA	Global Health Council Annual Conference

PLATEFORME THA

Programmes nationaux de lutte contre la THA des pays endémiques les plus affectés



DNDI
Institut Tropical Suisse

Autres partenaires:

- Groupes de recherche nationaux et internationaux: ITMA, INRB, CDC, TRC-KARI, etc.
- ONGs opérationnelles dans les programmes de lutte contre la THA
- FIND
- OMS
- EANETT, PABIN, AMANET...

Extrait de la mission de la Plateforme THA :

La plateforme THA est un réseau régional, scientifique et technique, ancré dans le domaine de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), communément appelée « maladie du sommeil », la plateforme a pour mission de créer un pôle de compétences régional hautement qualifié à travers une formation continue afin de faciliter la réalisation des essais cliniques et développer de nouveaux outils de lutte contre cette maladie tels que les moyens de diagnostic et de traitement.

Les publications récentes sur la THA

Aksoy, S. "Sleeping sickness elimination in sight: time to celebrate and reflect, but not relax." *PLoS Negl Trop Dis* 2011, 5(2): e1008.

Barrett, M. P., I. M. Vincent, et al. "Drug resistance in human African trypanosomiasis." *Future Microbiol* 2011, 6(9): 1037-47.

Blum, J. A., A. L. Neumayr, et al. "Human African trypanosomiasis in endemic populations and travellers." *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2011, Sep7.

Bucheton, B., A. MacLeod, et al. "Human host determinants influencing the outcome of *Trypanosoma brucei* gambiense infections." *Parasite Immunol* 2011, 33(8): 438-47.

Checchi, F., F. Chappuis, et al. "Accuracy of five algorithms to diagnose gambiense human African trypanosomiasis." *PLoS Negl Trop Dis* 2011, 5(7): e1233.

Corbel, V. and M. C. Henry "Prevention and control of malaria and sleeping sickness in Africa: where are we and where are we going?" *Parasit Vectors* 4: 37.

Jacobs, R. T., J. J. Plattner, et al. "Benzoxaboroles: a new class of potential drugs for human African trypanosomiasis." *Future Med Chem* 2011, 3(10): 1259-78.

Kagira, J. M., N. Maina, et al. "Prevalence and types of coinfections in sleeping sickness patients in Kenya (2000/2009)." *J Trop Med* 2011: 248914.

Mumba, D., E. Bohorquez, et al. "Prevalence of human African trypanosomiasis in the Democratic Republic of the Congo." *PLoS Negl Trop Dis* 2011, 5(8): e1246.

Simarro, P. P., A. Diarra, et al. "The human African trypanosomiasis control and surveillance programme of the World Health Organization 2000-2009: the way forward." *PLoS Negl Trop Dis* 2011, 5(2): e1007.

Tong, J., O. Valverde, et al. "Challenges of controlling sleeping sickness in areas of violent conflict: experience in the Democratic Republic of Congo." *Confl Health* 2011, 5: 7.

Wastling, S. L. and S. C. Welburn "Diagnosis of human sleeping sickness: sense and sensitivity." *Trends Parasitol* 2011, 27(9): 394-402.

Lorna M. Maclean ; Martin Odiit et al « Focus Specific Clinical profiles in Human African Trypanosomiasis caused by *Trypanosoma brucei rhodesiense* » *PLoS Negl Trop Dis* 2010, 4(12) e906

Andreas K. Lindner, Gerardo Priotto "The unknown risk of vertical transmission in sleeping sickness-A Literature review" *PLoS Negl Trop Dis* 2010, 4(12) e783

Mamadou Camara, Oumou Camara et al "Sleeping sickness diagnosis : use of buffy coats improves the sensitivity of the mini anion exchange centrifugation test" *Trop Med Int Health*, 2010 .00(4)00

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) / HOLLANDE

Union Européenne - FP6

Médecins Sans Frontières / INTERNATIONAL

Medicor Foundation / LIECHTENSTEIN

Ministère des Affaires Européenne et Etrangères (MAEE) / FRANCE

République et Canton de Genève, Département Institutionnel, Solidarité Internationale / SUISSE

Agence Espagnole pour la Coopération et de Développement (AECID) / ESPAGNE

Agence Suisse de Développement et de Coopération (SDC) / SUISSE

Les Fondations privées Suisses et des Donneurs Individuels

Comité de rédaction:

Rédacteur en chef: Augustin Kadima Ebeja

Membres: Olaf Valverde ; Charles Wamboga ; Sylvestre Mbadingai ; Gédéon Vatunga ; Richard Laku ; Victor Kande et Nicolas Mbongo

Conseillers: José Ramon, Cecilia Schmid et Laurence Flévaud.

Adresse coordination de la Plateforme THA

Avenue Révolution No 4, quartier SOCIMAT

Kinshasa, Gombe

République Démocratique du Congo

Email: aebeja@dndi.org

Tél: 00243 81 081 22 38