



Plateforme

PLATEFORME RÉGIONALE DE RECHERCHE CLINIQUE

THA

Bulletin d'information N° 19

Mai 2018



**Réunion des investigateurs des essais cliniques
sur le fexinidazole et acoziborole,
Kinshasa, RDC 05 Septembre 2017**

Partenaires



AUTRES PARTENAIRES: Groupes de recherche nationaux et internationaux: INRB, CDC, TRC-KARI, Université de Makerere...

COMITÉ DE RÉDACTION:

Rédacteur en chef :

Florent Mbo Kuikumbi

Membres :

Olaf Valverde, Charles Wamboga, Pierre Marie Douzima,
Josenando Théophile, Richard Laku, Victor Kande

Conseillers :

José Ramon Franco, Sonja Bernard et Laurence Flévaud

COORDINATION DE LA PLATEFORME THA

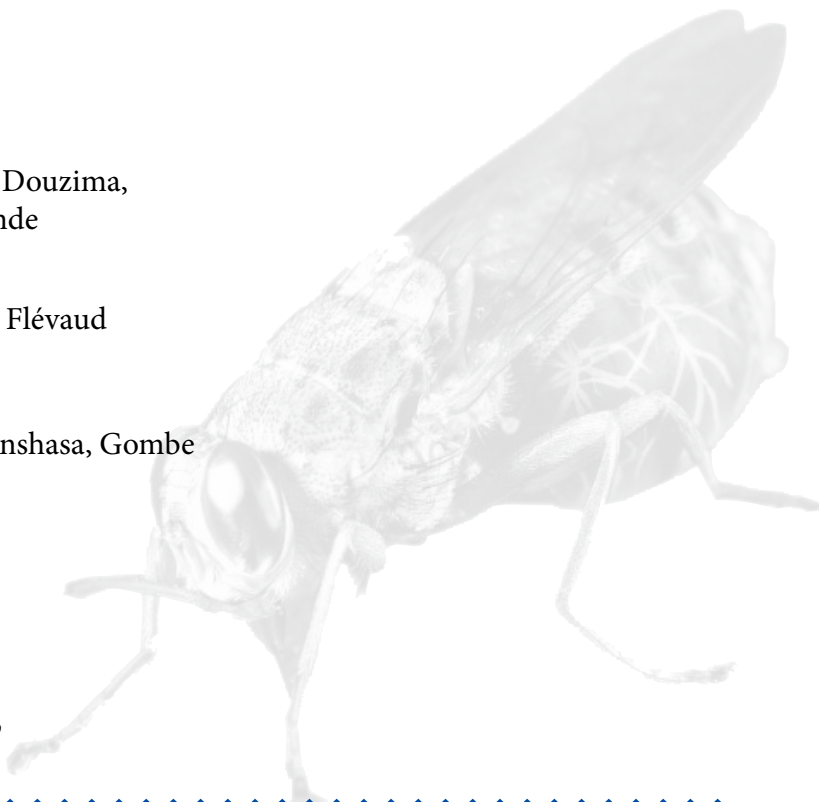
Avenue Milambo, N° 4, Quartier SOCIMAT Kinshasa, Gombe
République Démocratique du Congo

Email :

fmbo@dndi.org

Tél : 00243 81 4313838

*Nos remerciements à Violaine Dallenbach et Sandrine Lo Iacono
pour la relecture de ce Bulletin*



Sommaire

- p4.** Éditorial
- p5.** Profils épidémiologiques des pays endémiques membres de la Plateforme THA en 2016
- p6.** Résumé des réalisations de la Plateforme THA depuis 2005
- p9.** 7ème Cours International sur la trypanosomiasse humaine africaine (ICAT 7)
- p11.** Opportunités de recherche clinique et opérationnelle en Angola : cas du Centre de Viana
- p13.** Prise en charge de la maladie du sommeil dans les centres de santé périphériques
- p15.** Projet TrypElim : des outils innovants pour accélérer l'élimination de la THA en RDC
- p17.** Activités du Centre opérationnel de MSF à Amsterdam (COA) sur la THA en RDC en 2016-2018
- p19.** Accès des populations déplacées aux programmes d'élimination de la maladie du sommeil
- p21.** Projet transfrontalier en vue de l'élimination de la THA en RDC, au Congo et en Angola
- p23.** Réunions des plateformes nationales THA en images
- p25.** Publications scientifiques récentes
- p27.** Réunions internationales en 2017 et 2018
- p28.** Visites et réunions
- p33.** Nouvelles du programme filariose de DNDi
- p36.** Présentation de la nouvelle équipe du PNLTHA RDC
- p37.** Nécrologie
- p38.** Naissance

Editorial

Dr. Florent Mbo

Coordinateur de la Plateforme THA



Chers lecteurs,

Dans ce 19^{ème} numéro du Bulletin d'information, nous passons en revue les principales réalisations de la Plateforme THA au cours de ses 13 années d'existence, ainsi que son rôle de soutien auprès de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de tous les partenaires impliqués dans la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (THA), avec pour objectif d'éliminer cette maladie d'ici 2020.

La mission de la Plateforme THA comprend principalement le développement de méthodologies appropriées pour les essais cliniques, la résolution des défis liés aux exigences administratives et réglementaires, le renforcement des capacités de recherche clinique (ressources humaines, infrastructures, équipements), le partage de l'information et le renforcement des liens entre les pays endémiques.

Toutes les études cliniques et opérationnelles réalisées sur la THA au cours de ces années ont permis d'améliorer les bonnes pratiques cliniques et de laboratoire dans les services de santé polyvalents, et de contribuer au renforcement du système de santé en général dans les pays endémiques.

Toutes les études cliniques et opérationnelles réalisées sur la THA au cours de ces années ont permis d'améliorer les bonnes pratiques cliniques et de laboratoire »

Grâce à ces travaux de recherche et aux programmes nationaux de lutte contre la THA sous le leadership de l'OMS, les patients et les populations vivant dans des zones reculées ont désormais accès à des médicaments moins toxiques, tels que l'association nifurtimox-éflornithine (NECT), à des tests de diagnostic rapide et à des stratégies de dépistage innovantes.

D'autres médicaments oraux, tels que le fexinidazole (dont le dossier a été soumis par Sanofi à l'évaluation de l'agence européenne des médicaments) et l'acoziborole (dont les essais cliniques sont en cours), pourront améliorer

davantage la prise en charge de la THA et accélérer l'élimination de cette maladie.

Bonne lecture !

Profils épidémiologiques des pays endémiques membres de la Plateforme THA en 2016

Les rapports des pays membres de la Plateforme THA mettent en évidence une baisse des nouveaux cas. Néanmoins, il faut signaler que les activités de dépistage actif et passif ont diminué en raison d'un manque de ressources et de problèmes de sécurité dans certains pays endémiques, notamment au Soudan du Sud, en République centrafricaine, au Congo Brazzaville et en République démocratique du Congo.

La République Centrafricaine a rapporté 60 nouveaux cas parasitologiques, dont plus de 80% ont été diagnostiqués passivement.

Le Soudan du Sud n'a rapporté que 4 nouveaux cas parasitologiques diagnostiqués passivement à cause de problèmes sécuritaires empêchant tout dépistage actif dans le pays. La plupart des personnes vivant dans les zones endémiques se sont réfugiées dans les pays voisins, dont plus de 300'000 dans le district sanitaire de Yumbe au nord de l'Ouganda.

La Guinée a déclaré 107 nouveaux cas parasitologiques dont 87 cas au stade 2 de la maladie et 20 cas au stade 1. Les principaux foyers se situent à Boffa et Dubréka. Les activités de dépistage ont repris après l'épidémie d'Ebola qui avait perturbé tout le système de santé.

Au Tchad, 36'090 personnes ont fait l'objet d'un dépistage passif ou actif mettant en évidence 53 nouveaux cas, dont 33 au stade 2, 19 au stade 1, et 1 de stade indéterminé.

Le Congo-Brazzaville a déclaré 18 nouveaux cas sur 16'149 personnes examinées, dont 13 identifiés par dépistage passif et 5 par dépistage actif. Les foyers de THA visités étaient situés dans les districts de Ngabé, Makotimpoko et Imboulou.

L'Angola a déclaré 19 nouveaux cas en 2016. Dans la première moitié de 2017, une campagne de dépistage a identifié 12 cas parasitologiques, dont 10 cas dans la seule province d'Uíge. Au total 38'964 personnes ont été examinées, dont 31'897 par dépistage actif et 7'067 par dépistage passif.

La République démocratique du Congo (RDC) a déclaré 1'766 nouveaux cas en 2016 sur un total de 2'627'764 personnes examinées. La RDC est le pays le plus touché avec plus de 85% de tous les cas rapportés dans le monde, mais on note une baisse du nombre de nouveaux cas.

L'Ouganda est le seul pays où coexistent les deux formes de THA. En 2016, 14 nouveaux cas ont été déclarés, dont 5 cas à *T.b. gambiense* et 9 cas à *T.b. rhodesiense*.

TRYPANOSOMIE HUMAINE AFRICAINE HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS

Résumé des réalisations de la Plateforme THA depuis 2005

1. Contribution au développement et à la mise à disposition d'une nouvelle association thérapeutique

La Plateforme THA a participé aux essais cliniques sur l'association thérapeutique nifurtimox-éflornithine (NECT) et à l'étude de Phase IV NECT-Field. Dans les 13 pays les plus endémiques, NECT est désormais utilisé comme traitement de première intention pour tous les cas de THA à *T.b. gambiense* au stade 2. Ces essais cliniques ont permis de réduire le nombre de perfusions d'éflornithine de 54 à 14. L'association NECT est inscrite sur la Liste des médicaments essentiels de l'OMS qui en assure l'approvisionnement.

2. Participation aux essais cliniques

- Essais cliniques de Phase III et IV sur NECT

L'objectif de ces études était d'évaluer l'efficacité et la sécurité de l'association thérapeutique nifurtimox-éflornithine (NECT) dans le traitement de la THA au stade 2, comparé au schéma d'administration standard de l'éflornithine.

Nombre des patients inclus et traités : 269 dans 4 sites en RDC et au Congo-Brazzaville

- Étude NECT-field

L'objectif de l'étude était de documenter le profil de sécurité de NECT dans des conditions de terrain.

Nombre de patients inclus et traités : 629 dans six centres de traitement de la THA en RDC (Kwamouth, Bandundu, Dipumba, Katanda, Vanga et Bonga Yassa), dont 100 enfants de moins de 12 ans, 14 femmes enceintes et 33 femmes allaitantes.

- Étude clinique de Phase II/III sur le fexinidazole (FEX-004, FEX-005 et FEX-006). Date de début: Décembre 2012

L'objectif de l'étude était d'évaluer la sécurité et l'efficacité du fexinidazole par voie orale (5-nitroimidazole 2-substitué avec une activité trypanocide prouvée) par rapport à l'association nifurtimox-éflornithine chez des patients atteints de THA à *T.b. gambiense* au stade 2.

Résultats de l'étude publiés dans *The Lancet*¹:

Ces résultats laissent entrevoir la possibilité d'un changement de paradigme concernant

1 Kande et al. Oral fexinidazole for late-stage African *Trypanosoma brucei* gambiense trypanosomiasis: a pivotal multicentre, randomised, non-inferiority trial. *Lancet*. 2018 Jan 13;391(10116):144-154.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32758-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32758-7/fulltext)

le traitement de cette maladie mortelle (THA).

Entre 2012 et 2016, une étude pivot de phase II/III randomisée et ouverte a comparé l'efficacité et la sécurité du nouveau traitement, le fexinidazole, avec le traitement de première intention actuel, soit l'association thérapeutique nifurtimox-eflornithine (NECT) chez des patients souffrant de g-THA à la phase méningo-encéphalique (stade 2). 394 patients ont été recrutés dans 10 sites en République démocratique du Congo (RDC) et en République centrafricaine. Les taux de guérison 18 mois après la fin du traitement étaient de 91,2% pour le fexinidazole, contre 97,6% pour NECT. Ces résultats indiquent que l'efficacité du fexinidazole se situe dans la fourchette d'acceptabilité prédéterminée, fondée sur une enquête menée auprès de praticiens, qui permet de refléter l'avantage significatif d'un traitement de première intention administré par voie orale. Aucune différence majeure concernant la sécurité n'a été mise en évidence.

Deux études complémentaires ont en effet confirmé l'efficacité du fexinidazole, 12 mois après la fin du traitement, chez des patients souffrant de g-THA à la phase lymphatico-sanguine (stade 1) ou au stade 2 précoce (98,7%), ainsi que chez des enfants (97,6%). L'étude sur la g-THA au stade 1 et au stade 2 précoce a été réalisée chez 230 patients, et 125 enfants ont été inclus dans l'étude pédiatrique. Ces études n'ont pas montré de nouveaux signaux en matière de sécurité dans l'usage du fexinidazole.

Ces résultats ont permis à Sanofi, partenaire industriel de DNDi pour le développement du fexinidazole, d'entreprendre les démarches auprès de l'Agence européenne des médicaments (EMA), au titre de l'Article 58 (procédure permettant à l'EMA de rédiger des avis, en association avec l'OMS

et les autorités réglementaires des pays endémiques, sur des médicaments à usage humain destinés à être mis sur les marchés exclusivement hors de l'Union européenne) en vue d'une approbation réglementaire et pour assurer un futur accès des patients au fexinidazole dans les pays où la THA est endémique.

- **Essai clinique FEX-009 en cours.**

Date de début: Novembre 2016

L'objectif de l'essai clinique FEX-009 est de recueillir des données sur des populations particulières (femmes enceintes ou allaitantes, et patients souffrant d'un déficit nutritionnel ou de maladies chroniques) non incluses dans les études précédentes sur le fexinidazole. Les patients sont traités à l'hôpital ou à la maison, et des données préliminaires sont recueillies sur l'observance du traitement et l'efficacité chez les patients ambulatoires.

Nombre de patients inclus et traités : 55 répartis dans 7 sites en RDC (Bagata, Bandundu, Dipumba, Kinshasa, Masi Manimba, Mushie et Roi Baudouin) et un site à Dubreka en Guinée.

- **Étude clinique sur l'acoziborole (OXA-002) en cours. Date de début: Septembre 2016**

L'objectif de l'étude OXA-002 est de tester l'efficacité de l'acoziborole en traitement à dose unique chez des patients atteints de la THA au stade 2. Les patients sont suivis pendant 18 mois après le traitement, avec une évaluation préliminaire des données à 12 mois.

Nombre de patients inclus et traités : 100 répartis dans 9 sites en RDC (Katanda, Isangi, Dipumba, Bandundu, Ngandajika, Masi Manimba, Kwamouth, Roi Baudouin et Bolobo) et un autre site à Dubreka en Guinée.

La Plateforme THA contribue à ces études de plusieurs manières :

- Les formations des investigateurs et du personnel des sites cliniques,
- Facilitation des réunions des investigateurs participant aux études sur NECT, NECT-Field, l'acoziborole et le fexinidazole,
- Réalisation des missions exploratoires avec FIND pour les études sur les tests de diagnostic rapide de la THA,
- Mise en relation avec les autorités réglementaires et les comités éthiques dans les pays membres de la Plateforme THA.

3. Publication de 18 bulletins d'information en français et en anglais.

18 numéros de bulletins d'informations ont été distribués aux pays membres de la plateforme THA.

Des présentations télévisuelles et radiophoniques ont également été données sur l'association thérapeutique NECT pour le traitement de la THA au stade 2.

4. Organisation de 4 réunions scientifiques conjointement avec la plateforme EANETT

Ces réunions scientifiques conjointes ont été organisées à Nairobi en 2010 et 2013, Kinshasa en 2014 et Conakry en 2016. Par ailleurs, des réunions du comité directeur sont organisées chaque année et la Plateforme THA assure tous les deux ans la participation de ses membres aux réunions biennuelles du Conseil Scientifique International sur la Recherche et la Lutte contre les Trypanosomiasés (CSIRLT). Par ailleurs, le Coordinateur de la Plateforme THA présente généralement des communications scientifiques lors des congrès scientifiques.

5. Réalisation de 22 formations et plus de 400 personnes formées

Formations (nombre de personnes formées)	Lieu et date
Formation pour les comités éthiques sur l'évaluation éthique (142)	Kinshasa 2007
	Khartoum 2007
	Kampala 2007
	Luanda 2008
	Juba 2009
	Bangui 2010
Formation des médecins aux Bonnes Pratiques Cliniques (96)	Nairobi 2006 Kinshasa 2011 et 2012 Juba 2012
Formation des médecins sur l'examen clinique des patients (25)	Kinshasa 2007
Formation des moniteurs cliniques (13)	Kampala 2008
Participation à ICAT 6 et 7 (26)	Kinshasa 2014 Kampala 2017
Formation sur la THA dans le district de Dinamadji (30)	Dinamadji 2015
Formation sur la THA au Soudan du Sud (41)	Juba 2015
Formation du médecin Guinéen en RDC (1)	Kinshasa 2014
Formation des techniciens de laboratoire du Soudan du Sud (3)	Kinshasa 2016
Formation sur la gestion des déchets dans les sites d'essais cliniques (182)	Mushie 2016 Vanga 2016 Bagata 2016 Masi Manimba 2016

7ème Cours International sur la trypanosomiase humaine africaine (ICAT 7)

Francis Louis



7ème Cours International sur la THA, Août 2017

Le septième cours international sur la trypanosomiase humaine africaine s'est déroulé du 7 au 25 août 2017 dans la prestigieuse Université Makerere à Kampala en Ouganda, grâce à l'appui financier et pédagogique de l'OMS, de DNDi et de la Plateforme THA, et à l'appui logistique sans faille du Pr Enock Matovu de l'université Makerere.

Ce cours de trois semaines, organisé par l'Association contre la trypanosomiase en Afrique (ATA), était particulièrement intensif. Il a réuni 20 participants venus d'Ouganda, de RDC, du Malawi, du Soudan

du Sud, du Tchad, du Congo, d'Angola et de Guinée Conakry. Les enseignants venaient de France, du Royaume-Uni, de Suisse (OMS et DNDi), de RDC et d'Ouganda.

L'accent mis sur l'interactivité, les travaux pratiques (sérologie, parasitologie, entomologie) et les travaux de groupe a été particulièrement apprécié par les apprenants.

En 2017, la priorité était l'élimination de la THA comme problème de santé publique d'ici à 2020, ainsi que les stratégies de lutte et de surveillance associées.



Travaux pratiques: 7^{ème} cours international sur la THA, Kampala, Août 2017

Des liens très solides se sont rapidement tissés entre les membres de la promotion BUSOGA, ainsi appelée en mémoire de la terrible épidémie de trypanosomiose qui a frappé cette province d'Ouganda dans les années 1920. Ces liens étaient très présents lors de la 34^{ème} réunion du CSIRLT organisée à Livingstone en Zambie du 10 au 15 septembre 2017.

Les évaluations réalisées par l'ATA ont mis en évidence un indice de satisfaction des participants de 18/20 et une progression moyenne des connaissances de 5 points par rapport au départ, illustrant ainsi la qualité de l'enseignement et l'intérêt des apprenants.

Des améliorations ont été apportées en fonction des retours concernant la formation, et il est réjouissant de

constater que près de 150 professionnels participant à la lutte contre la THA ont suivi les cours de ICAT1 à ICAT 7, créant ainsi un réseau d'experts dans tous les pays africains touchés par la maladie du sommeil.

Il faut noter que la très grande majorité de ces experts est toujours active, d'une manière ou d'une autre, dans le domaine de la trypanosomiose. Cette fidélité pourrait être célébrée en 2019 lors de la 35^{ème} réunion du CSIRLT qui fêtera ses 70 ans d'existence. Les organisateurs de cet événement sont favorables à l'organisation d'une journée de l'ATA qui fêterait ainsi son 20^{ème} anniversaire. Tous les trypanautes, apprenants et enseignants y seront invités, pour le plus grand plaisir de tous. DNDi et la Plateforme THA seront évidemment de la partie.



Travaux pratiques: 7^{ème} cours international sur la THA, Kampala, Août 2017

TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS

Opportunités de recherche clinique et opérationnelle en Angola : cas du Centre de Viana

Josenando Théophile, Amadeu Dala, Makana Don, Kungatikilu Davin et Florent Mbo



Le bureau de l'ICCT Angola (Institut de Combat et de Contrôle de la Trypanosomiase)

Le Ministère de la Santé de l'Angola a décidé que le Centre de Viana devienne un centre de recherche pour les maladies parasitaires.

Ce centre comprend :

- Le bâtiment administratif de l'Institut de Combat et de Contrôle de la Trypanosomiase (ICCT) comprenant les bureaux du personnel, et une salle de conférence d'une capacité de 40 à 45 personnes avec rétroprojecteur et matériel de sonorisation,
- Trois salles supplémentaires d'une capacité de 40 personnes munies des rétroprojecteurs et pouvant accueillir des formations, ainsi que 3 autres salles avec rétroprojecteurs pour l'organisation de formations ou de séminaires,
- Des bâtiments de consultation et d'hospitalisation et des salles de soins,
- Douze chambres climatisées pour les visiteurs (médecins, infirmiers ou étrangers), Un nouveau bâtiment pouvant être utilisé

pour les études cliniques, avec des chambres communes et privées équipées, ainsi que des bureaux pour les investigateurs et les infirmiers,

- Deux salles de laboratoire bien équipées. La salle du laboratoire central est munie d'un rétroprojecteur,
- Douze véhicules neufs des unités mobiles, sept Land Cruiser et Nissan ainsi que des ambulances pour conduire les patients à l'hôpital,
- Un service de restauration pour les patients et le personnel soignant,
- Un accès à internet,

- Une bibliothèque,
- Une pharmacie,
- Un accès à l'eau,
- Une buanderie,
- Un garage pour la réparation des véhicules,
- Un service d'hygiène et d'assainissement,
- Le centre de Viana offre les meilleures conditions pour la recherche clinique couplée à un bon réseau routier national permettant de faire venir les patients situés à plus de 100 km de la capitale Luanda.

Ce centre est dirigé par :

Directeur général

Directeur général chargé des services exécutifs

Directeur général chargé des finances

Chef de département de laboratoire

Chef de département de la gestion technique

Chef de département clinique

Coordinateur des consultations

Prof Josenando Théophile

Dr Amadeu Domingos

Dr Mogardo Paulo

Makiadi Felix

Mafuta Daniel

Dr Makana Don

Dr Kungatikilu Davin

Nombre de médecins : 5

Nombre d'infirmiers : 23

Nombre de techniciens de laboratoire : 14



Salle de réunion pour les investigateurs, centre de Viana



Salle d'hospitalisation, centre de Viana

Prise en charge de la maladie du sommeil dans les centres de santé périphériques

Veerle Lejon, Coordinatrice du projet DiTECT-HAT

Le projet DiTECT-HAT (projet de recherche sur de nouveaux outils diagnostiques pour l'élimination de la trypanosomiose humaine africaine et pour les essais cliniques) a formé le personnel de santé participant à l'évaluation de nouveaux algorithmes pour la détection passive de la THA.

Au total, 34 personnes en Côte d'Ivoire et 25 en Guinée ont été formées au cours de deux séances de 4 jours dans 23 hôpitaux et centres de santé situés dans des zones endémiques de ces pays. Elles ont appris à reconnaître les signes de la THA et à recueillir correctement le consentement éclairé des patients concernant les procédures de l'étude. Elles se sont également familiarisées avec les principes de bonnes pratiques cliniques. Au cours des ateliers pratiques, les participants ont effectué différents tests de diagnostic rapide pour la THA, ainsi que des recherches de trypanosomes sur mini-colonne et sur goutte de sang séché sur papier filtre pour une analyse ultérieure.

Une partie importante de la formation a été consacrée à l'utilisation de tablettes pour la saisie électronique de données et pour la prise de photos et de vidéos des résultats de tests pour le contrôle qualité. Le personnel de santé a maintenant acquis toutes les connaissances nécessaires pour l'étude qui débutera lorsque les comités d'éthique nationaux auront donné leur accord.

Un participant a déclaré : « La formation a été très bien accueillie, j'ai acquis de nouvelles connaissances sur la maladie du sommeil et je suis maintenant prêt à commencer le travail chez moi. » Koné, un doctorant, a ajouté : « Le projet DiTECT-HAT est particulièrement adapté au dépistage passif de la maladie du sommeil, qui représentait jusqu'à présent un défi considérable. Je pense que ce projet pourra améliorer le contrôle de la THA et sera un réel pas en avant. Il sera également utile pour d'autres maladies tropicales négligées. »

L'intégration de la lutte contre la maladie du sommeil dans les structures de santé est une étape essentielle pour obtenir son élimination. Les ressources de ces centres de santé étant souvent limitées, l'un des principaux objectifs du projet DiTECT-HAT est de valider la performance des outils diagnostiques et de proposer des algorithmes pour un diagnostic rapide et précoce de la THA. Les résultats obtenus permettront de proposer des algorithmes de diagnostic avec un bon rapport coût/efficacité afin d'améliorer la prise en charge des patients, en tenant compte de l'arrivée future de médicaments plus sûrs et administrés par voie orale.

DiTECT-HAT est le premier projet sur les maladies tropicales négligées financé par le partenariat Europe-Pays en développement pour les essais cliniques (EDCTP, www.edctp.org). C'est une initiative conjointe de l'Institut de Recherche pour le Développement, du PNLTHA de RDC, du PNLTHA



PLATEFORME RÉGIONALE DE RECHERCHE CLINIQUE TRYPANOSOMIOSE HUMAINE AFRICAINE THA

de Guinée, de l'Institut Pierre Richet en Côte d'Ivoire, de l'Institut National de Recherche Biomédicale de RDC, du Centre International de Recherche et Développement sur l'élevage en Zone Subhumide au Burkina Faso, de l'Université de Liverpool au

Royaume-Uni et de l'Institut de médecine tropicale en Belgique.

Pour plus d'informations, cliquer sur www.ditect-hat.eu

Annnonce



Chers tous

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE SON EXCELLENCE MONSIEUR LE MINISTRE DE LA SANTE DE L'OUGANDA

5ème REUNION SCIENTIFIQUE CONJOINTE PLATEFORME THA –EANETT

**“Défis de la recherche et des activités de contrôle pour maintenir la THA
sous le seuil de l'élimination au-delà de 2020”**

KAMPALA, OUGANDA, 3-4 OCTOBRE 2018

LA DATE LIMITE POUR L'ENREGISTREMENT ET LA SOUMISSION DES RESUMES POUR PRESENTATIONS ORALES ET POSTERS EST LE 31 Juillet 2018

Envoyer les résumés à: fmbo@dndi.org; matovue04@yahoo.com; sokocho@gmail.com

Projet TrypElim : des outils innovants pour accélérer l'élimination de la THA en RDC

Yves Claes

Bien que le nombre de nouveaux cas de trypanosomiasse humaine africaine (THA) ait diminué de manière substantielle depuis 1998, passant de plus de 30'000 à 2'353 cas reportés en 2015, cette maladie reste un problème de santé publique en RDC. À cause de cette forte diminution de la prévalence, l'identification d'un seul cas requiert des efforts considérables. Le projet de recherche opérationnelle TrypElim a pour but de démontrer la faisabilité de l'élimination de la THA en utilisant des approches innovantes dans deux zones de santé pilote (Yasa Bonga et Mosango) pendant une période de 3 ans (2016-2018).

Ce projet met en œuvre plusieurs approches combinées pour rationaliser les stratégies de lutte contre la THA : le dépistage par porte-à-porte avec des mini-équipes, la collecte électronique des données avec des tablettes, la planification du dépistage actif soutenue par un système d'information géographique (QGIS), un contrôle qualité basé sur la prise de photos et de vidéos, et la lutte antivectorielle avec une nouvelle génération de pièges (petits écrans).

Mini-équipes

Les unités mobiles traditionnelles ont permis de diminuer considérablement le nombre de cas de THA, cependant cette diminution rend l'identification des derniers cas beaucoup plus difficile. L'arrivée de nouvelles approches plus souples permettra d'accélérer l'élimination de la THA.

Une mini-équipe est composée de trois personnes réalisant les tests de dépistage et d'une personne confirmant les diagnostics. La capacité de dépistage d'une mini-équipe est similaire à celle d'une équipe mobile traditionnelle. Les mini-équipes se déplacent à moto dans les villages endémiques pour y effectuer un dépistage en porte-à-porte. Cette approche plus souple permet de s'adapter aux activités des communautés, en évitant de longues files d'attente, et d'atteindre un plus grand nombre d'habitants dans les villages. Ce système s'avère plus adapté pour les villages peu peuplés et d'accès difficile. Cependant, le point faible de cette approche avec des mini-équipes est le délai de confirmation du diagnostic qui ne se fait que quelques jours plus tard en laboratoire, avec le risque de ne pas pouvoir retrouver les personnes positives.

Numérisation des données

Nous avons mis en place un système de collecte des données électroniques avec des tablettes Android qui synchronisent leurs données avec une base de données centrale, qui alimente elle-même le Dashboard (un système d'aide à la prise de décision) accessible depuis un site web. Ce système permet de générer automatiquement des rapports épidémiologiques avec des tendances (statistiques), de surveiller la performance du système (équipes), et de produire des cartes avec un outil permettant de planifier le dépistage actif par les mini-équipes et les grandes équipes traditionnelles.

Planification du dépistage actif

L'OMS recommande de planifier les visites des unités mobiles dans les villages endémiques de la THA (avec au moins un cas au cours des trois ou cinq dernières années). Si aucun cas n'a été trouvé, ces villages devraient être visités pendant trois années consécutives, et encore une fois après 5 ans avant d'être considérés comme non endémiques. Nous avons respecté cette recommandation lors de la planification annuelle du dépistage dans les zones pilotes. Par ailleurs, nous avons augmenté systématiquement la couverture de la population à risque en ajoutant trois mini-équipes en plus de la grande équipe traditionnelle, et nous avons inclus les villages situés dans un rayon de 5 km autour d'un village endémique. La valeur ajoutée de cette approche sera évaluée après trois années d'activités.

Contrôle qualité

Étant donné la rareté des cas rencontrés actuellement dans les zones endémiques, il est de plus en plus important de garantir la qualité de la lecture des tests de dépistage et diagnostiques. En outre, dans ce contexte de diminution du nombre de cas, il est de plus en plus difficile de former les prestataires de soins et de maintenir leur performance en matière de diagnostic. Nous avons introduit la prise de photos des résultats des tests à l'aide de tablettes pendant le dépistage, et de vidéos des trypanosomes mobiles avec des caméras adaptées au microscope. Ces images sont envoyées à la coordination provinciale

où un gestionnaire des données réalise un contrôle qualité. Ces images pourront aussi être utilisées pour la formation sur le diagnostic de la THA.

Lutte antivectorielle

Dans une de deux zones pilotes (zone de santé de Yasa Bonga), le dépistage était associé à la lutte antivectorielle avec une nouvelle génération de pièges (les petits écrans) mis en place principalement le long des cours d'eau et dans des endroits présentant un risque élevé de contacts entre l'homme et la mouche tsétsé. L'efficacité des petits écrans est similaire à celle des pièges classiques utilisés par le programme de lutte contre la THA, mais les petits écrans offrent l'avantage d'avoir un coût unitaire considérablement plus faible et de pouvoir rester en place pendant une longue période sans nécessiter d'entretien. Le déploiement de ces écrans peut être réalisé facilement par la communauté, et une étude anthropologique est en cours.

Mise à l'échelle

Parallèlement au projet pilote, ces approches innovantes sont appliquées dans la totalité de l'ancienne province de Bandundu qui regroupe plus de la moitié des cas (60 à 70%) rapportés en RDC par le PNLTHA. Quinze mini-équipes mobiles seront ajoutées progressivement dans les zones endémiques, en plus des 13 unités mobiles traditionnelles déjà présentes. Ensemble, ces unités mobiles pourront examiner environ 2 millions des personnes chaque année.

Approche innovante: Mini-équipe

3 dépisteurs et un confirmateur

Accès facile à moto



Dépistage porte à porte



Tous les matériels de dépistage et de diagnostic sur la moto



Activités du Centre opérationnel de MSF à Amsterdam (COA) sur la THA en RDC en 2016–2018

Turid Préning

L'équipe mobile de MSF pour la THA (MHAT) effectue actuellement un dépistage actif dans les provinces de Maniema, Kasai et Tanganyika en collaboration avec le PNLTHA. L'année dernière, le projet s'est déplacé dans la zone de santé de Kasongo dans la province de Maniema, une zone connue pour la transmission de THA. Les opérations de dépistage actif et passif de la THA ont débuté en mars 2016 après la mise en place d'une nouvelle base et de capacités de dépistage passif dans l'hôpital local. Depuis cette date, 18'156 personnes ont été examinées et 32 cas de THA ont été identifiés.

Le centre opérationnel de MSF à Amsterdam prévoit désormais d'étendre le dépistage aux zones de Kimbombo et Lusangi.

L'équipe mobile de MSF pour la THA a donc décidé d'intégrer le diagnostic et le traitement du paludisme dans ses activités de dépistage actif de la THA. Dans les endroits où l'équipe est active, le paludisme est la principale cause de maladie. L'intégration du diagnostic et du traitement du paludisme dans le dépistage et le traitement de la THA a été accueillie avec enthousiasme par les communautés et elle a favorisé l'acceptation de MSF sur le terrain. En 2016, 15'155 personnes ont été testées pour le paludisme, et plus de 80% d'entre elles étaient positives.

Au cours de ses activités visant à mieux comprendre les communautés et à améliorer la coordination et le

partage de l'information, l'équipe MHAT a remarqué que la radio était très écoutée dans la région. Elle a donc utilisé ce moyen de communication pour sensibiliser les communautés sur ses activités liées à la THA à Kasongo et dans les villages où un dépistage actif était prévu. Un programme radio a été diffusé sur les ondes, sous la forme d'un père expliquant à son fils le but des activités de MSF concernant la maladie du sommeil. Cette diffusion a conduit plusieurs personnes à se présenter spontanément à l'hôpital pour un dépistage passif.

Après avoir affiné sa méthodologie, l'équipe MHAT a testé 8'282 personnes pour la THA et 7'931 personnes pour le paludisme au cours des six premières semaines de 2017. Ces tests ont mis en évidence 28 cas de THA.

Une équipe de terrain polyvalente et un support technique ad hoc ont joué un rôle fondamental pour rechercher, diagnostiquer et traiter les personnes atteintes de la THA dans ces régions éloignées. Consciente de la complexité et de l'importance du service de laboratoire, l'équipe MHAT a mis en place l'utilisation d'une caméra connectée au microscope afin que l'équipe de soutien située au siège à Amsterdam puisse lui fournir des informations et des conseils spécialisés.

Afin d'améliorer la lecture et l'interprétation des résultats microscopiques, les techniciens de laboratoire sont régulièrement envoyés pour une

formation à l'Institut de Médecine Tropical, à Anvers en Belgique.

La maladie du sommeil reste une maladie tropicale négligée et le centre opérationnel de MSF à Amsterdam s'est engagée à effectuer des dépistages et à traiter les personnes dans des zones éloignées

et isolées grâce à son équipe mobile. En mars 2017, le projet s'est déplacé dans une nouvelle zone de santé dans la province de Maniema. Les dépistages passifs ont commencé en avril à Kibombo, suivis de dépistages actifs pour la THA et le paludisme dans certaines parties de la zone de santé.



Activités de MSF sur terrain. Le 20 Août 2016, Province de Maniema, RDC

Accès des populations déplacées aux programmes d'élimination de la maladie du sommeil

Jennifer Palmer, Okello Robert et Freddie Kansiime

Les objectifs de développement durable encouragent les Etats à ne pas « oublier » les populations déplacées de force par la guerre. Cela inclut les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et les réfugiés qui fuient leur pays. Dans un programme qui prévoit l'intégration équitable, les populations déplacées devraient avoir le même accès aux ressources de santé que les populations d'accueil. Les dépenses par habitant devraient également être égales pour les deux populations, avec un ajustement en fonction de la prévalence de la maladie.

L'existence de nouvelles technologies simples, telles que les tests de diagnostic rapide (TDR), peut favoriser un meilleur accès aux interventions de lutte contre la maladie du sommeil pour de nombreuses populations touchées par la maladie. Cependant, en Afrique, les politiques d'assistance aux réfugiés varient selon les États, et les réfugiés n'ont pas toujours les mêmes droits socioéconomiques de base, tels que la santé universelle et l'inclusion dans les activités de lutte ou d'élimination des maladies.

Par ailleurs, les personnes déplacées internes doivent aussi faire face à la stigmatisation et à d'autres difficultés d'accès aux soins. Assurer un accès réel aux populations déplacées peut donc nécessiter des mesures opérationnelles et de gouvernance supplémentaires.

Sur la base des mesures de gouvernance adoptées pour lutter contre la maladie du sommeil par l'Ouganda, qui

a accueilli près d'un million de réfugiés du Soudan du Sud depuis 2013, nous proposons les recommandations suivantes pour aider les programmes de lutte contre la THA et les donateurs à éviter de marginaliser involontairement les populations déplacées et de favoriser ainsi la transmission de la maladie.

Recommandations pour les programmes nationaux

1. Déterminer si les populations déplacées sont exposées au risque de maladie du sommeil dans les zones où les programmes peuvent fournir des services

Tous les 36 pays africains endémiques de la maladie du sommeil ont accueilli des populations déplacées de force par la guerre, et on sait que les épidémies de maladie du sommeil sont associées aux migrations forcées. Dès lors, les programmes nationaux de lutte contre la THA devraient identifier d'éventuelles populations déplacées vivant actuellement dans leur pays et pouvant être exposées au risque de la maladie du sommeil, soit parce qu'elles proviennent d'une zone endémique, ou parce qu'elles ont migré vers une zone endémique. Ce travail peut nécessiter l'aide des agences humanitaires pour localiser les populations déplacées, qu'il s'agisse de lieux de regroupement officiels ou pas. Il est important de localiser les personnes déjà malades, de déterminer si elles se trouvent dans des zones propices à la transmission même si ces zones

étaient autrefois considérées comme exemptes de maladies, et de déterminer s'il existe dans ces zones des services de lutte contre la THA.

2. Déterminer comment les programmes dans leur structure actuelle pourraient agir sur le risque de THA parmi les populations déplacées

Ce n'est peut être pas aux programmes nationaux de lutte contre les maladies de prendre en charge les besoins de santé des populations déplacées, mais celles-ci peuvent avoir accès à des services de santé gouvernementaux avec lesquels les programmes nationaux collaborent déjà (ou pourraient le faire). Les programmes nationaux de lutte contre les maladies peuvent identifier les structures gouvernementales particulièrement impliquées dans l'aide aux populations déplacées. Des effectifs plus importants étant recrutés pour répondre aux crises humanitaires, les programmes peuvent intensifier les activités de formation et de supervision et augmenter les approvisionnements. Les programmes nationaux peuvent également communiquer avec des partenaires non gouvernementaux intervenant dans les crises humanitaires pour les informer des risques de maladie du sommeil, des initiatives nationales et de la possibilité de collaborations.

3. Identifier et tenir compte d'éventuelles difficultés de communication entre les populations déplacées et les prestataires de santé

Toutes les innovations technologiques, peu importe leur apparente simplicité, doivent faire l'objet d'une explication quant à leur fonctionnement afin d'en assurer leur bonne utilisation. Il ne faudrait pas mésestimer l'impact des différences culturelles entre les personnes déplacées (internes ou réfugiées dans un autre pays) et les prestataires de services dans les pays d'accueil sur l'utilisation des technologies de lutte contre les maladies, en particulier à cause de difficultés linguistiques. Ainsi dans un contexte de dépistage passif, la décision du prestataire de soins de santé d'utiliser un TDR pour la maladie du sommeil est prise généralement après un long interrogatoire sur les symptômes, ce qui peut être difficile s'il n'est pas bien compris par le patient. Par conséquent, les programmes nationaux cherchant à intégrer les populations déplacées devraient tenir compte d'éventuels problèmes de communication, et former leur personnel ou recourir à des traducteurs pour garantir la qualité de la communication entre

les prestataires nationaux et les représentants des populations déplacées.

4. Identifier les nouvelles interventions potentiellement nécessaires

Si les indicateurs de suivi suggèrent que le programme affiche moins de résultats que prévu dans les zones desservant des populations déplacées, les programmes devraient envisager de nouvelles interventions qui pourraient nécessiter un financement externe. Il pourrait s'agir par exemple de l'organisation de « journées de test » dans les centres de dépistage passif, de l'organisation du transport des patients qui doivent se rendre dans un centre de référence pour le traitement de la maladie du sommeil, ou de la réalisation d'un dépistage actif dans les camps ou les centres d'accueil des réfugiés. Il ne faut pas oublier non plus que des personnes possédant une expertise technique pourraient se trouver parmi les populations déplacées et qu'elles pourraient participer à ces services.

Recommandations aux donateurs pour la maladie du sommeil

1. Anticiper les besoins des personnes déplacées dans la conception des programmes

Lors des négociations concernant les contrats de projet, les donateurs pourraient inciter les pays à intégrer dans leurs programmes d'élimination les besoins d'éventuelles populations déplacées - existantes ou futures - dès la conception du projet. Les donateurs pourraient également offrir aux pays l'option de demander un budget supplémentaire pour des activités ciblant ces populations lors de crises humanitaires.

2. Soutenir les programmes pour surveiller les résultats des interventions auprès des populations déplacées

La surveillance de l'équité entre les populations déplacées internes ou hors de leur pays et les populations d'accueil est une priorité essentielle pour le programme de développement durable, que les donateurs des programmes de lutte contre la maladie du sommeil peuvent soutenir. Les structures de santé connues pour servir un grand nombre de populations déplacées peuvent, par exemple, être surveillées de près pour s'assurer de la bonne mise en œuvre de l'intervention.

Projet transfrontalier en vue de l'élimination de la THA en RDC, au Congo et en Angola

Simom Simon Kayembe, Joseph Ndungu et Florent Mbo



Réunion du projet transfrontalier d'élimination de la THA entre la RDC, le Congo et l'Angola financé par FIND, Kinshasa, RDC 27 juillet 2017

Une réunion de suivi du projet transfrontalier en vue de l'élimination de la THA en RDC, au Congo et en Angola s'est tenue à Kinshasa du 27 au 28 juillet 2017, avec la participation d'acteurs des trois pays.

L'objectif du projet est de déterminer la faisabilité de l'élimination de la THA dans le foyer transfrontalier

du Kongo Central par un dépistage passif intensifié, en utilisant une nouvelle stratégie diagnostique associant des tests de diagnostic rapide (TDR), la microscopie à fluorescence LED (LED-FM) et une méthode moléculaire appelée amplification isotherme à médiation par boucle (LAMP). Cette approche est complétée par un dépistage actif réactif

des communautés dans les villages où des cas ont été identifiés récemment. Le projet est en cours dans la province du Kongo Central en République démocratique du Congo (RDC), dans les provinces de Cabinda et du Zaïre en Angola et dans les provinces du Pool et de la Bouenza au Congo.

Pendant la première phase du projet, 600 centres de santé de Kongo Central ont examiné des patients atteints de THA en utilisant des TDR : 23 centres ont effectué des tests de confirmation par microscopie sur des cas TDR positifs, et 5 centres ont réalisé des tests LAMP sur des échantillons de suspects TDR positifs. Au cours de la deuxième phase du projet, le nombre des centres effectuant un dépistage de la THA a été ramené à 141, en ciblant les régions où des cas avaient été signalés au cours des dernières années.

En Angola, 50 centres dans les provinces de Cabinda et du Zaïre ont intégré le projet depuis décembre 2016, avec deux centres de microscopie iLED et deux centres LAMP pour la THA.

Au Congo Brazzaville, 54 sites TDR dont deux de microscopie et un LAMP à Mandingu et

Nkayi devaient être utilisés, mais 14 sites TDR n'ont pas pu fonctionner à cause de problèmes de sécurité.

Au cours de la première phase du projet, le taux de référence était faible. Malgré cela, la plupart de patients ont été diagnostiqués au premier stade. Dans la deuxième phase du projet, les suspects TDR positifs chez qui le test de confirmation n'a pas pu être effectué ont été recherchés pour réaliser un test microscopique grâce à un laboratoire mobile.

D'autres améliorations ont été ou seront réalisées :

1. Intégration du dépistage de la THA dans le système de soins de santé primaires,
2. Réduction de la distance entre les centres TDR et les centres de confirmation en augmentant le nombre de centres pouvant réaliser les tests de confirmation par microscopie,
3. Formation des agents de santé,
4. Introduction de nouveaux outils pour le dépistage et de tests de confirmation.



Réunion du projet transfrontalier d'élimination de la THA entre la RDC, le Congo et l'Angola financé par FIND, Kinshasa, RDC 27 juillet 2017

TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE
HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS

Réunions des plateformes nationales THA en images



Angola

Luanda, 20 Juillet 2017



Congo

Brazzaville, 26 Septembre 2017





Guinée

Conakry, 16 Décembre 2017



RDC

Kinshasa, 12 Octobre 2017



Ouganda

Kampala, 17 Août 2017

TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS

Publications scientifiques récentes

Aita Signorell

1. Biéler S, Waltenberger H, Barrett MP, McCulloch R, Mottram JC, Carrington M, Schwaeble W, McKerrow J, Phillips MA, Michels PA, Büscher P, Sanchez JC, Bishop R, Robinson DR, Bangs J, Ferguson M, Nerima B, Albertini A, Michel G, Radwandska M, Ndung'u JM. Evaluation of Antigens for Development of a Serological Test for Human African Trypanosomiasis. *PLoS One*. 2016 Dec 9;11(12):e0168074. doi: 10.1371/journal.pone.0168074.
2. Cheuka PM, Mayoka G, Mutai P, Chibale K. The Role of Natural Products in Drug Discovery and Development against Neglected Tropical Diseases. *Molecules*. 2016 Dec 31;22(1). pii: E58. doi: 10.3390/molecules22010058.
3. de Vries H, Wagelmans AP, Hasker E, Lumbala C, Lutumba P, de Vlas SJ, Klundert JV. Forecasting Human African Trypanosomiasis Prevalences from Population Screening Data Using Continuous Time Models. *PLoS Comput Biol*. 2016 Sep 22;12(9):e1005103. doi: 10.1371/journal.pcbi.1005103.
4. Field MC, Horn D, Fairlamb AH, Ferguson MA, Gray DW, Read KD, De Rycker M, Torrie LS, Wyatt PG, Wyllie S, Gilbert IH. Anti-trypanosomatid drug discovery: an ongoing challenge and a continuing need. *Nat Rev Microbiol*. 2017 Feb 27. doi: 10.1038/nrmicro.2016.193.
5. Haanstra JR, Gerding A, Dolga AM, Sorgdrager FJ, Buist-Homan M, du Toit F, Faber KN, Holzhütter HG, Szöör B, Matthews KR, Snoep JL, Westerhoff HV, Bakker BM. Targeting pathogen metabolism without collateral damage to the host. *Sci Rep*. 2017 Jan 13;7:40406. doi: 10.1038/srep40406.
6. Hamill L, Picozzi K, Fyfe J, von Wissmann B, Wastling S, Wardrop N, Selby R, Acup CA, Bardosh KL, Muhanguzi D, Kabasa JD, Waiswa C, Welburn SC. Evaluating the impact of targeting livestock for the prevention of human and animal trypanosomiasis, at village level, in districts newly affected with *T. b. rhodesiense* in Uganda. *Infect Dis Poverty*. 2017 Feb 6;6(1):16. doi: 10.1186/s40249-016-0224-8.
7. Koffi M, N'Djetchi M, Ilboudo H, Kaba D, Coulibaly B, N'Gouan E, Kouakou L, Bucheton B, Solano P, Courtin F, Ehrhardt S, Jamonneau V. A targeted door-to-door strategy for sleeping sickness detection in low-prevalence settings in Côte d'Ivoire. *Parasite*. 2016;23:51.
8. Picado A, Ndung'u J. Elimination of sleeping sickness in Uganda could be jeopardised by conflict in South Sudan. *Lancet Glob Health*. 2017 Jan;5(1):e28-e29. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30288-1.

9. Rock KS, Torr SJ, Lumbala C, Keeling MJ. Predicting the Impact of Intervention Strategies for Sleeping Sickness in Two High-Endemicity Health Zones of the Democratic Republic of Congo. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017 Jan 5;11(1):e0005162. doi: 10.1371/journal.pntd.0005162.
10. Russell S, Rahmani R, Jones AJ, Newson HL, Neilde K, Cotillo I, Rahmani Khajouei M, Ferrins L, Qureishi S, Nguyen N, Martinez-Martinez MS, Weaver DF, Kaiser M, Riley J, Thomas J, De Rycker M, Read KD, Flematti GR, Ryan E, Tanghe S, Rodriguez A, Charman SA, Kessler A, Avery VM, Baell JB, Piggott MJ. Hit-to-Lead Optimization of a Novel Class of Potent, Broad-Spectrum Trypanosomacides. *J Med Chem*. 2016 Nov 10;59(21):9686-9720.
11. Shereni W, Anderson NE, Nyakupinda L, Cecchi G. Spatial distribution and trypanosome infection of tsetse flies in the sleeping sickness focus of Zimbabwe in Hurungwe District. *Parasites & Vectors*. 2016 Nov 25;9(1):605.
12. Lestrade-Carluer De Kyvon MA, Maakaroun-Vermesse Z, Lanotte P, et al. Congenital trypanosomiasis in child born in France to African mother. *Em Inf Dis* 2016; 22: 935-7.
13. Franco JR, Cecchi G, Priotto G, et al. Monitoring the elimination of human African trypanosomiasis: update to 2014. *PLoS Negl Trop Dis* 2017; 11: e0005585.



TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS

Réunions internationales en 2017 et 2018

1. 11-15 septembre 2017 : 34ème Comité Scientifique International pour la Recherche et la Lutte contre les Trypanosomiasés - Lusaka, Zambie
2. 16-20 octobre 2017 : 10ème Congrès européen de médecine tropicale et santé internationale - Anvers, Belgique
3. 5-9 novembre 2017 : 66ème Réunion annuelle de l'American Society of Tropical Medicine and Hygiene - Baltimore, États-Unis
4. 30 novembre 2017 : 27ème Congrès européen de microbiologie clinique et maladies infectieuses (ECCMID) - Vienne, Autriche
5. 3-4 octobre 2018 : 5ème Réunion scientifique internationale conjointe Plateforme THA -EANETT à Kampala, Ouganda

TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS

Visites et réunions



Présence d'une délégation de la Plateforme THA aux funérailles du Dr Stéphane Ngampo, ancien directeur du PNLTHA Congo et point focal de la Plateforme THA Congo. Brazzaville, 6 Janvier 2017



Visite de travail du Coordinateur de la Plateforme THA en Angola en Janvier et en Juillet 2017 : visite des activités sur terrain de l'ICCT Angola dans les provinces de Mbanza Kongo, Kwanza norte, Uige et Bengo.



Visite du Coordinateur en Ouganda : participation à la réunion de la Plateforme THA en Ouganda et visite des activités sur le terrain au nord de l'Ouganda dans les districts d'Arua, Yumbe et Kiboko, Septembre 2017.



Visite du Coordinateur à Brazzaville du 26 au 27 Septembre 2017 pour assister à la réunion de la Plateforme THA Congo et visite du PNLTHA Congo et du laboratoire national de la santé publique.



Participation aux réunions des investigateurs des études cliniques sur l'acoziborole et le fexinidazole à Kinshasa. Les résultats des essais cliniques sur le fexinidazole ont été présentés aux participants, le 6 Septembre 2017



Participation à la 34^{ème} conférence du Conseil Scientifique International sur la Recherche et Lutte contre les trypanosomoses, 10-15 Septembre 2017 à Livingstone, Zambie.



Visite à son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé de la RDC, Dr Oly Ilunga, par le responsable de FIND, Prof Joseph Ndungu, en compagnie des délégations des PNLTHA Congo & RDC et de l'ICCT Angola en marge de la réunion d'évaluation du projet transfrontalier d'élimination de la THA, Kinshasa le 28 Juillet 2017



Participation au 10ème Congrès européen sur la médecine tropicale et la santé internationale, du 16 au 20 Octobre 2017 à Anvers en Belgique, avec la présentation des résultats des essais cliniques sur le fexinidazole, premier traitement oral de la THA, et d'un poster de la Plateforme THA.



Participation à l'atelier sur les méthodes parasitologiques utilisées pour l'onchocercose du 21-22 Septembre 2017 à Accra au Ghana, au cours duquel un consensus a été trouvé par les experts sur les méthodes parasitologiques qui devraient être utilisées lors des essais cliniques sur les filarioses/onchocercose.



Participation à la première réunion de la Plateforme THA Guinée et à la réunion du comité de pilotage de Guinée, du 17 au 21 Décembre 2017.

TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS

Nouvelles du programme filariose de DNDi

Belen Pedrique et Florent Mbo

2ème visite exploratoire de l'équipe du programme filariose de DNDi Genève dans les provinces de Tshopo et Bas Uélé en République démocratique du Congo

L'équipe du programme filariose de DNDi Genève a effectué une mission de prospection préliminaire du 13 au 23 mars 2017. En même temps, l'équipe de communication de DNDi USA ainsi que des journalistes du Huffington Post et de El Pais ont effectué une mission du 13 au 26 mars

2017 pour préparer un reportage sur l'onchocercose et la trypanosomiase humaine africaine.

Au cours de ces missions, des réunions de travail ont été organisées avec le Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées par des interventions de chimiothérapie préventive de la RDC, le PNLTHA et les institutions de recherche (INRB). Des visites ont été effectuées dans des hôpitaux à Kinshasa et dans les provinces de Tshopo et Bas-Uele, ainsi qu'auprès des populations dans les villages endémiques.



Réunion de concertation au programme des maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive, Kinshasa 14 Mars 2017



Village Badagulu endémique à l'onchocercose: Population touchée par la cécité



Visite du centre de prise en charge des cas cliniques d'onchocercose et ophtalmologiques, Kisangani RDC, Mars 2017

Visite d'évaluation du site de l'étude clinique de Phase Ib sur l'onchocercose réalisée au Ghana par l'équipe du programme filariose de DNDi Genève et l'équipe de DNDi RDC

L'équipe du programme de filariose de DNDi Genève a mené une mission conjointe avec l'équipe de DNDi

RDC au Ghana, pour évaluer le site choisi pour le déroulement de cette étude. Au cours de cette visite, des réunions de travail ont été organisées avec le personnel de University of Health and Allied Science (UHAS) de Ho, le personnel du site de l'étude clinique à Hohoe, et le Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées par des interventions de chimiothérapie préventive. Des experts ont été contactés à l'Université du Ghana et à l'Institut de recherche médicale Noguchi d'Accra. L'unité de soins intensifs de l'hôpital de Ho a également été visitée.



Visite du site d'essai clinique sur l'onchocercose, Hohoe, Ghana, Mai 2017



Visite du site d'essai clinique sur l'onchocercose, Hohoe, Ghana, Mai 2017

Présentation de la nouvelle équipe du PNLTHA RDC

Le comité directeur de la plateforme THA, au nom de ses membres, souhaite plein succès à la nouvelle équipe du PNLTHA RDC



Dr Eric MWAMBA MIAKA, Directeur du programme
PNLTHA RDC



Dr Vianney SELEMANI, Directeur Adjoint du PNLTHA RDC



Madame Jacqueline DAGU,
Chef de division administrative et finance PNLTHA RDC

TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS

Nécrologie



Dr Stéphane Ngampo

La plateforme THA a perdu en 2016 un de ses membres, le Dr Stéphane Ngampo, ancien Directeur du PNLTHA et ancien point focal de la République du Congo.

Témoignage du Dr Augustin Ebeja

J'ai connu le vieux Stéphane, comme nous l'appelions, en 2007 dans le cadre de la Plateforme THA.

En ma qualité de Coordinateur de la Plateforme THA, j'ai eu des contacts rapprochés avec tous mes points focaux des différents pays. Le Dr Stéphane Ngampo, qui me parlait souvent en lingala, formait avec le Dr Nicolas Mbongo et le Prof Joseph Parrha

le joyeux trio du Congo Brazza autour duquel notre plateforme gravitait.

Ils travaillaient dans une ambiance bon enfant, en riant et en donnant l'impression de se gronder les uns les autres, mais au bout du compte, ils produisaient toujours des résultats « à la congolaise », dans le bon sens du terme.

Le Dr Stéphane était réellement un homme de terrain : ses présentations scientifiques comportaient toujours des photos de lui en train de creuser le sable pour dégager son véhicule embourbé, naviguant sur le fleuve dans une pirogue chargée du matériel pour réaliser un dépistage actif avec son équipe, ou en tenue décontractée partageant un verre de vin de palme avec le chef du village.

Lorsque nos discussions se prolongeaient pendant nos réunions scientifiques, il nous demandait souvent quel était l'impact ou la valeur ajoutée pour « nous, les hommes de terrain ».

Je serais incomplet si je ne disais pas combien il était attaché à sa famille, me reprochant souvent de l'envoyer travailler loin d'eux.

Je terminerai en disant que le Dr Stéphane Ngampo était un homme discret, qu'aucun d'entre nous ne pourrait prétendre avoir bien connu, et dont je ne vous livre ici qu'une infime partie.

Que son âme repose en paix.

TRYPANOSOMIASE HUMAINE AFRICAINE HUMAN AFRICAN TRYPANOSOMIASIS

Naissances

Gratien Benoit Ilunga Mukendi, né
le 28 Février 2017, fils de Melchias
Mukendi, Fellow R&D, TDR, RDC



Iris NUSBAUMER, née le 22
Décembre 2016
fille de Morgane Nusbaumer,
Clinical research associate,
Swiss TPH, Suisse



La plateforme THA et DNDi aimeraient remercier les donateurs suivants pour leur soutien depuis 2003 :

- Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (AECID) / ESPAGNE
- Agence Française de Développement (AFD) / FRANCE
- Agence Norvégienne de Développement (NORAD) / NORVEGE
- Agence Suisse pour la Coopération et le Développement (SDC) / SUISSE
- Département pour le Développement International (DFID) / ROYAUME-UNI
- Fondation Medicor / LIECHTENSTEIN
- Médecins Sans Frontières / INTERNATIONAL
- Ministère Fédéral de l'Education et de la Recherche (BMBF) à travers le KfW / ALLEMAGNE
- Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères (MEAE) / FRANCE
- Ministère des Affaires Etrangères de Pays-Bas (DGIS) / PAYS-BAS
- République et Canton de Genève / SUISSE
- Union Européenne – 6ème programme cadre
- Une fondation suisse privée et des donateurs individuels

Écrire à :

Coordination de la Plateforme THA

Avenue Milambo N°4 Q/Socimat
Kinshasa, Gombe, République Démocratique du Congo
Email : fmbo@dndi.org
Tél : 00243 81 4313838