



Maladies tropicales négligées : dix ans de partenariat avec Médecins sans frontières

Rev Med Suisse 2009 ; 5 : S32-S34

**F. Chappuis
E. Comte
H. Vuagnat
L. Loutan
A. Tamrat**

Médecins sans frontières (MSF) has contributed for more than 20 years to improving access to healthcare and the quality of medical treatment for patients suffering from neglected tropical diseases. The University Hospitals of Geneva (HUG) give support to MSF projects dealing with sleeping sickness, visceral leishmaniasis and Buruli ulcers in the form of teaching, training, clinical or epidemiological research, medical supervision of projects, and lobbying. HUG staff benefit from this partnership on both personal and professional levels. Non-governmental organizations and academic institutions form a vital part of the network of actors working to improve the quality of care in the field of neglected tropical diseases.

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

Médecins sans frontières (MSF) est un mouvement associatif composé de dix-neuf sections nationales et d'un Bureau international. La section suisse (MSF-CH), désormais appelée centre opérationnel Genève, est l'un des cinq centres opérationnels de

MSF (www.msf.ch). MSF a été créé pour contribuer à la protection de la vie et à l'allègement des souffrances en respect de la dignité humaine. L'action de MSF est avant tout médicale, en apportant des soins à des personnes en situation précaire. Elle consiste principalement à procurer des prises en charge curatives et préventives dans le respect de l'éthique médicale aux personnes en danger, indépendamment du pays où elles se trouvent. Adhérant aux principes des Droits de l'homme et du droit humanitaire international, MSF contribue à améliorer le sort des populations par ses actions de témoignage. MSF est une organisation non gouvernementale (ONG) caractérisée par une indépendance stricte à l'égard de toute structure ou pouvoir, ainsi qu'à l'égard de ses sources de financement en majorité issues de dons privés.

MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES

Les maladies tropicales négligées sont un groupe de maladies infectieuses de fréquence et de gravité variables touchant en premier lieu les populations rurales des pays pauvres situés en zone intertropicale.¹ Ces maladies, et plus largement les populations qui en souffrent, sont négligées par les pouvoirs politiques nationaux et internationaux, par les milieux académiques (enseignement et formation déficients) et par la recherche pharmaceutique (absence de recherche et développement de nouveaux tests diagnostiques ou médicaments).²

Depuis plus de vingt ans, MSF a mené des projets de lutte sur le terrain contre la trypanosomiase américaine (maladie de Chagas) et africaine (maladie du sommeil), la leishmaniose viscérale (kala-azar), la schistosomiase et l'ulcère de Buruli. Les efforts ne se sont pas seulement con-

centrés sur le dépistage et le traitement des patients sur le terrain, mais également sur la recherche clinique et sur les actions de témoignage et de lobbying, afin d'améliorer les protocoles nationaux et internationaux de prise en charge clinique des patients et d'assurer la production des médicaments existants, notamment via les actions de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels (www.accessmed-msf.org). De plus, MSF est l'un des membres fondateurs du Drugs for neglected diseases initiative (DNDi), une organisation basée à Genève et très active dans le développement de nouveaux médicaments pour les maladies tropicales les plus négligées (www.dndi.org).

Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) se sont également investis depuis de nombreuses années dans certaines maladies tropicales négligées comme le noma (Service de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique), la leishmaniose viscérale et les morsures de serpents (Service de médecine internationale et humanitaire), en apportant une aide technique médicale ou chirurgicale, et en participant à des projets de recherche clinique et épidémiologique.³

PARTENARIAT ENTRE MSF ET HUG

De nombreux collaborateurs médicaux, infirmiers ou paramédicaux des HUG ont effectué une ou plusieurs missions sur le terrain dans le cadre d'une première convention signée avec MSF en 1992. Une deuxième convention a été signée en 2001, élargissant le cadre du partenariat à la conception et au soutien de projets, à des consultations spécialisées, à la recherche épidémiologique ou clinique, ainsi qu'à la formation. C'est dans ce cadre élargi que s'inscrit depuis dix ans le par-



tenariat entre MSF et les HUG sur certaines maladies tropicales négligées comme la trypanosomiase africaine, la leishmaniose viscérale et l'ulcère de Buruli.

Trypanosomiase africaine

La trypanosomiase humaine africaine (THA), communément appelée maladie du sommeil, est une protozoose due à *Trypanosoma brucei gambiense* (ou *rhodesiense*) transmise par la mouche tsé-tsé en Afrique subsaharienne. La maladie est particulièrement présente dans les régions reculées ou politiquement instables, où le système de santé est dysfonctionnel. La maladie touche dans un premier temps le système réticulo-endothélial (stade 1) puis, après quelques mois ou années, le système nerveux central est envahi par le parasite (stade 2). La THA est toujours mortelle en l'absence de traitement.

MSF-CH a initié un projet de contrôle de la THA à Kajo-Keji au sud du Soudan en 2000. Un tel projet s'étend sur plusieurs années et nécessite un pilotage au long cours afin notamment d'assurer la mémoire du programme. Une telle stabilité professionnelle se rencontre rarement à MSF, aussi bien sur le terrain qu'en Europe. Un médecin des HUG spécialisé en médecine tropicale (FC) a ainsi été engagé à temps partiel depuis 1999 afin de coordonner les aspects médicaux du projet (rédaction du protocole clinique, visite de terrain annuelle, réponses aux questions médicales du terrain, briefing des expatriés médicaux), faire partie du groupe de travail MSF sur la THA et représenter MSF dans les congrès internationaux et dans les comités d'experts de l'OMS. De plus, un programme informatique (YoTryp) permettant le monitoring du programme a été créé par un collaborateur du Département de médecine communautaire des HUG.

Plusieurs projets de recherche MSF-HUG ont été conduits depuis cette période dans les domaines diagnostiques et thérapeutiques.^{4,5} En particulier, une analyse du pronostic des patients en stade 2 traités à Kajo-Keji a montré une toxicité moindre de l'éflornithine par rapport au mélaroprol. Ces résultats, par la suite confirmés dans d'autres centres, ont contribué à l'adoption de l'éflornithine comme traitement de première ligne

pour le stade 2 de la THA par l'OMS et par plusieurs programmes nationaux.⁶

Leishmaniose viscérale

La leishmaniose viscérale (LV), ou kala-azar, est une protozoose due à *Leishmania donovani* transmise par la piqûre d'un moucheron appelé phlébotome. La distribution géographique de cette maladie est large mais les zones les plus touchées sont les régions rurales du sous-continent indien et l'Afrique de l'Est. Le parasite se multiplie dans le système réticulo-endothélial et la maladie s'exprime cliniquement par un état fébrile, un amaigrissement, une splénomégalie et un état d'immunosuppression. La LV est toujours mortelle en l'absence de traitement.

MSF a assuré depuis 2000 la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la LV dans un premier temps à Amudat à l'est de l'Ouganda (2000-2006), puis depuis 2006 à Kacheliba au Kenya (territoire Pokot). Au vu de certaines similarités entre la LV et la THA et de l'expérience acquise au Népal avec les HUG, le même clinicien du service de médecine internationale et humanitaire (FC) a assuré depuis 2000 l'appui technique médical aux projets et les autres activités décrites plus haut pour la THA.

La collaboration MSF-HUG sur la LV s'est également étendue au domaine de la recherche clinique, plus précisément diagnostique. Les résultats d'une étude de validation de tests diagnostiques rapides en Ouganda ont permis la simplification de l'algorithme diagnostique, une décentralisation du diagnostic et ainsi une prise en charge clinique des patients plus précoce.⁷ Une étude similaire est en préparation au Kenya, afin d'inclure le test diagnostique rapide dans le protocole national de la LV.

Ulcère de Buruli

L'ulcère de Buruli est une maladie tropicale due à une mycobactérie (*Mycobacterium ulcerans*).⁸ Elle se traduit le plus souvent par de larges ulcères cutanés affectant principalement les membres des enfants de moins de quinze ans. Rarement mortelle, elle entraîne cependant de nombreuses séquelles dues aux rétractions cicatricielles et aux ostéomyélites, complications fréquentes de ces ulcères. De nombreuses inconnues de-

meurent aussi bien sur le mode de transmission que sur la physiopathologie. Le traitement, basé principalement sur une antibiothérapie et sur la chirurgie, reste insatisfaisant.

MSF participe depuis 2002 à un programme de lutte contre l'ulcère de Buruli dans le district d'Akonolinga au centre du Cameroun. L'intérêt de cette action ne se situe pas seulement dans les soins directs apportés annuellement à une centaine de patients, mais également aux divers projets de recherche visant à mieux comprendre cette maladie méconnue et ainsi à améliorer la prise en charge des patients.

Afin d'améliorer les soins et mener à bien ces études, MSF a signé un partenariat avec la commission des affaires humanitaires des HUG. Selon les termes de cet accord, cinq médecins des HUG coopèrent avec MSF pour la mise en place et le suivi de plusieurs projets de recherche sur l'interaction possible entre le VIH et l'ulcère de Buruli, l'utilité diagnostique des biopsies et d'un score clinique, et sur l'impact des pansements «modernes» dans le traitement des ulcères cutanés.

La coopération avec les HUG s'est étendue à d'autres domaines : des infirmiers et médecins de MSF ont effectué des stages aux HUG afin d'améliorer leur connaissance dans la prise en charge des plaies ; un médecin des HUG (HV) s'est rendu au Cameroun en mars 2008 et a conseillé ses collègues africains sur la physiothérapie et les actes de rééducation nécessaires pour lutter, entre autres, contre les rétractions cutanées consécutives à la cicatrisation et sur la lutte contre les œdèmes responsables de douleur et de retard de cicatrisation (figure 1).

L'amélioration des pansements est aussi un des éléments de la coopération MSF-HUG. Des protocoles de soins respectant les principes modernes de prise en charge des plaies, tout en les adaptant aux contraintes du contexte d'Akonolinga, sont actuellement mis en place. Ce travail sur les soins de plaies a aussi bénéficié des cours organisés par la Haute école de santé (HES) de Genève. Depuis 1998, des infirmières et infirmiers spécialisés de la HES de Genève travaillent avec des partenaires camerounais et ont récemment mené deux sessions de for-



Figure 1. Equipe mixte MSF-HUG examinant un enfant présentant un ulcère de Buruli étendu à Akonolinga au Cameroun

mation sur la cicatrisation en milieu humide et ses adaptations au contexte tropical. De plus, ils supervisent la mise en place pratique de ces techniques de «pansement moderne» dans l'Hôpital d'Akonolinga et au Centre de santé de NkoIndongo.

Enfin, un des axes de travail a été celui de la coordination des différents thérapeutes afin d'aboutir, sur le terrain, à une véritable prise en charge interdisciplinaire avec les patients.

Les HUG se sont par ailleurs engagés dans l'organisation de deux tables rondes destinées à définir un consensus sur l'intérêt de la physiothérapie dans l'ulcère de Buruli (janvier 2008) et sur l'approche pratique de la prise en charge des ostéomyélites (décembre 2008).

BÉNÉFICES POUR MSF ET HUG

Le bénéfice de ce partenariat dans le domaine des maladies tropicales négligées est mutuel. Le département médical de MSF-CH doit assurer le support technique pour les problématiques médicales très diverses du terrain, tout en respectant un des principes majeurs de MSF qui est d'offrir aux patients une prise en charge médicale de qualité optimale, et non pas une médecine «de brousse» empirique et approximative. Le partenariat avec des praticiens travaillant dans un hôpital universitaire facilite le suivi et la mise en perspective des développements diagnostiques et thérapeutiques récents. De plus, le plateau technique et de compétences qu'offre le monde «aca-

démique» favorise la réalisation de projets de recherche.

Pour les HUG, un soutien aux organisations humanitaires internationales basées à Genève est une priorité inscrite dans le plan stratégique 2006-2010. Pour les collaborateurs des HUG, travailler avec MSF est une opportunité formatrice et bénéfique aussi bien sur le plan personnel (partage de compétences avec les plus

démunis) que professionnel : acquisition d'une expérience pratique unique, participation à la gestion de programmes de grande envergure, opportunités de contacts avec des experts internationaux, projets de recherche et publications, etc.

CONCLUSION

L'accès à des soins de qualité pour les patients souffrant de maladies tropicales négligées comme la maladie du sommeil, la leishmaniose ou l'ulcère de Buruli nécessite une collaboration étroite entre l'OMS, les ONG comme MSF, les développeurs de nouveaux outils diagnostiques ou thérapeutiques (DNDi, FIND, pharmas, biotechs, etc.), les milieux académiques, et bien sûr les financeurs et les décideurs politiques nationaux et internationaux. La collaboration entre les HUG et MSF est une pierre, modeste certes, mais une pierre solide de cet édifice. L'extension de ce partenariat au domaine des maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale, maladies cardiovasculaires, etc.) est actuellement en discussion.

Adresses

Dr François Chappuis
Pr Louis Loutan
Service de médecine internationale
et humanitaire
Département de médecine
communautaire et de premier recours
Dr Hubert Vuagnat
Service de soins continus
Département de réhabilitation et gériatrie
HUG et Université de Genève
1211 Genève 14
francois.chappuis@hcuge.ch
louis.loutan@hcuge.ch
hubert.vuagnat@hcuge.ch

Drs Eric Comte et Abiy Tamrat
Département médical
Médecins sans frontières
Centre opérationnel Genève
78 rue de Lausanne
1202 Genève
eric.comte@geneva.msf.org
abiy.tamrat@geneva.msf.org

Bibliographie

- 1 Hotez PJ, et al. Control of neglected tropical diseases. *N Engl J Med* 2007;357:1018-27.
- 2 Chirac P, Torreele E. Global framework on essential health R&D. *Lancet* 2006;367:1560-1.
- 3 Chappuis F, Rijal S, Shama S, Loutan L. Partenariat de recherche au Népal : impact sur des populations négligées. *Rev Med Suisse* 2006;2:S51-3.
- 4 Chappuis F, et al. Field evaluation of the CATT/ Trypanosoma brucei gambiense on blood-impregnated filter papers for diagnosis of human African trypanosomiasis in southern Sudan. *Trop Med Int Health* 2002;7: 942-8.
- 5 Chappuis F, et al. Card agglutination test for trypanosomiasis (CATT) end-dilution titer and cerebrospinal fluid cell count as predictors of human African trypanosomiasis (Trypanosoma brucei gambiense) among serologically suspected individuals in southern Sudan. *Am J Trop Med Hyg* 2004;71:313-7.
- 6 Chappuis F, Udayraj N, Stietenroth K, Meussen A, Bovier PA. Eflornithine is safer than melarsoprol for the treatment of second-stage Trypanosoma brucei gambiense human African trypanosomiasis. *Clin Infect Dis* 2005;41:748-51.
- 7 Chappuis F, et al. Diagnostic accuracy of two rK39 antigen-based dipsticks and the formol gel test for rapid diagnosis of visceral leishmaniasis in northeastern Uganda. *J Clin Microbiol* 2005;43:5973-7.
- 8 Sizaire V, Nackers F, Comte E, Portaels F. Mycobacterium ulcerans infection : Control, diagnosis, and treatment. *Lancet Infect Dis* 2006;6:288-96.