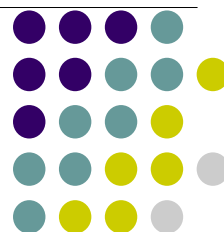


Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

COMEK2



ECHANGE, DEBAT ET PARTAGE D'EXPERIENCE



*Le devoir de créer, d'entretenir et de
pérenniser la tradition médicale dans
la province du Kwilu.*



www.comek.org
contact@comek.org

EDITORIAL

LE PARRAIN

de la conférence des médecins du Kwilu dévoile son plan de contingence de l'épidémie de maladie à virus Ebola en RDC.



Mr le Pr Dr JJ Muyembe Tamfum, Parrain de la Conférence des Médecins du Kwilu est venu participer à l'œuvre qu'il a lui-même modelé durant plus de 6 mois.

Nombreux sont ceux qui n'ont pas cru à la venue de monsieur l'antivirus dans la province du Kwilu. Bien avant sa venue, ses apparitions à la télévision n'ont pas suffi à convaincre le commun des médecins du Kwilu de l'imminence de sa venue en province. Même après l'annonce de sa contribution financière à la hauteur de milliers de dollars Américains à une activité purement et simplement scientifique, les doutes planaient sur l'ensemble de la corporation médicale du Kwilu. Pourquoi contribuerait-il pour une activité non lucrative ? Disaient certains.

Ce n'est que le jour de l'ouverture de la conférence que nous avons dévoilé sa vraie nature: le Professeur JJ Muyembe Tamfum n'est pas un homme ordinaire, c'est un ESPRIT. Un esprit ne vieillit pas, ne vit pas que de l'argent et du pain, sa première nourriture étant la connaissance, il se rend partout où on parle science.

Il a donc montré, une fois de plus à la face du monde scientifique, l'intérêt qu'il a pour la science. Donnant ainsi la leçon à tous les potentiels scientifiques sur l'importance d'investir dans ce domaine sans aucun autre intérêt que le partage de connaissances et d'expériences.

Un parrain digne de ce nom ne peut être qu'un vrai père, voilà pour quoi il draine des foules de médecins, spécialistes et professeurs dont il est le géniteur depuis la fac jusque dans la vie sociale. Ce qui justifie la forte présence de la délégation de Kinshasa en général et de l'INRB en particulier, sans compter le nombre de médecins venus de tous les coins de la province pour puiser la connaissance à sa source.

Le collectif des médecins du Kwilu est fier d'avoir un parrain en la personne de monsieur l'antivirus et promet de l'honorer en pérennisant cette œuvre sur laquelle il a posé ses mains, son cœur et son esprit.

09.02.2018 09:48

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

SOMMAIRE

I. Déroulement des activités

II. Les conférences

- ◇ **« Après 30 ans d'expérience, une RDC sans épidémie de maladie à virus Ebola, mythe ou réalité ? »**
Le Professeur Dr JJ MUYEMBE dévoile le plan de contingence lors de la 2ème conférence des médecins du Kwilu.

- ◇ **Restriction d'accréditation de permis de travail aux médecins en RDC**
Le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins de la RDC (CNOM) annonce les nouvelles directives à la conférence des médecins du Kwilu.
Tout savoir sur ce qui va se passer d'ici 5 ans au niveau de l'ordre des médecins pour sauver la médecine en RDC.

- ◇ **« Fermeture des facultés de médecine dans la province du Kwilu »**
Quand le Dr JP BASAKE (chef de division provinciale de santé du Kwilu) veut maîtriser la gestion des effectifs de médecins dans la province du Kwilu.

- ◇ **« Médecine générale comme spécialité en RDC »**
Quand on sait que plus de 90% de médecins de la RDC sont généralistes, le Dr François KAHWATA appelle à la standardisation la redynamisation de la formation et la pratique de la médecine générale.

- ◇ **« Chirurgies majeures en Milieu rural reculé »**
Quand les médecins généralistes opèrent dans les conditions spéciales et les résultats sont au rendez-vous.
Le Dr Aimé DIWA MBELE révèle les secrets.

- ◇ **Divers**

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

COMEK2

DEROULEMENT DES ACTIVITES

La 2^{ème} conférence des médecins du Kwilu, prévue initialement à la date du 25 au 26 janvier 2018, a été reportée et tenue du 9 au 10 Février 2018 dans la salle de fête du grand hôtel de Kikwit. Elle a connu la participation d'au moins 160 participants sur les 200 participants attendus, soit un taux de participation de 80%.

Cette 2^{ème} édition a été organisée en collaboration avec le conseil provincial de l'ordre des médecins et la Division Provinciale de la Santé du Kwilu.

Elle a été parrainée par le Professeur Dr Jean Jacques MUYEMBE TAMFUM ; a connu le soutien de l'Honorable Président de l'assemblée Nationale de la RDC, le Dr Aubin MINAKU ; de son Excellence Monsieur le Gouverneur de Province, le Professeur Michel BALABALA ; de son Excellence Monsieur le Ministre Provincial de la Santé du Kwilu Dr, Chalet SELEGO et du président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Dr Berthier NSADI.

COMEK 2 a été appuyée par plusieurs partenaires dont l'INBR, la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa par l'entremise du Professeur Dr Jean Marie KAYEMBE NTUMBA, l'UCLA/RDC, le PEV et a connu la participation des firmes pharmaceutiques telles que INNOTECH, SHALINA, ARTEPHARME, NEW CESAMEX, ARAUPHAR ET ZENUFA.

Durant les deux jours, les participants venus de tous les coins de la province du Kwilu et d'ailleurs ont échangé sur plusieurs thèmes développés par

les conférenciers venus de plusieurs horizons.

PARTICULARITES ET IMPACT DE L'EPIDEMIE A VIRUS EBOLA A KIKWIT

PARTICULARITES DE LA PRATIQUE MEDICALE DANS LE KWILU

CHANGEMENT SOCIAL ET THERAPIES TRADITIONNELLES

PROBLEMATIQUE DES ENJEUX COMMERCIAUX DU MEDICAMENT

CLINQUES PRIVEES ET HOPITAUX SECONDAIRES

RESPONSABILITES SOCIALES DES FACULTES DE MEDECINE EN RDC

RATIONALISATION DES DEPENSES DE SANTE MEDECINE GENERALE COMME SPECIALITE

ETHIQUE, MORALE ET DEONTOLOGIE FACE AUX CONTRAINTES SOCIO-ECONOMIQUES

La conférence a commencé le vendredi 9 février 2018 à 10h00 par l'hymne national entonné par le maître de cérémonie. S'en est suivi la lecture du terme de référence par le président de COMEK, le mot du Parrain, celui du Président du COPROM, du Chef de Division Provinciale de la Santé avant que le Ministre Provincial de la Santé déclare officiellement ouverte la cérémonie.



Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

**Les contraintes socio-économiques:
menaces pour l'éthique et la déontologie en RDC**

Dr Berthier NSADI, Président CNOM

Lorsque le président de la république des médecins se rend à la province du Kwilu pour se rendre compte de la tenue de la deuxième conférence des médecins du Kwilu, il s'agit là de la volonté politique, de l'agacement personnel et de l'accompagnement d'un homme de terrain.

En effet, il avait déjà émis le vœux de voir pareille initiative s'étendre dans toutes les provinces de la république démocratique du Congo. Un président ambitieux, sérieux, à la rigueur et précision chirurgicale, qui veut voir émerger les sociétés savantes dans chaque province de la RDC afin de renforcer la formation continue et d'appuyer le projet d'accréditation de permis de travail temporaire aux médecins et de contrôler efficacement la corporation.

Le Dr Berthier NSADI a donc fait le déplacement de Kinshasa pour participer à cette messe de la société savante de médecins du Kwilu dont il a apporté son soutien personnel en tant que président National de l'ordre des médecins de la RDC, tant sur le plan scientifique, moral que logistique. C'est un homme qui a su faire ce qu'il fallait au bon moment.

Son voyage de Kikwit, après un séjour à Chicago en 2017 où il a participé au congrès de l'Association Médicale Mondiale, marque une nouvelle ère dans l'organisation de l'ordre des médecins et de la pratique médicale en RDC. Il est doc venu annoncer les nouvelles disposition et mesures qui seront appliquées d'ici 2020 afin de relever le niveau des médecins Congolais au standards internationaux.



Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

Les contraintes socio-économiques:
menaces pour l'éthique et la déontologie en RDC



Dans cette deuxième édition, nous vous présentons ce qu'a été l'exposé du président national de l'ordre des médecins à la conférence des médecins du Kwilu en dehors des considérations éthiques et déontologiques.

QUALITE DE LA FORMATION MEDICALE (Implications des Ordres des Médecins)

Recommandations de l'AMM (association médicale mondiale) :

Qualité de la formation

- ◆ Encourager les facultés de médecine à développer des programmes d'assurance qualité en vue du contrôle des programmes de formation
- ◆ Soutenir et encourager le développement permanent des systèmes NATIONAUX et REGIONAUX d'accréditation pour les facultés de médecine: conçus et gérés par les médecins en collaboration avec les formateurs expérimentés et autres spécialistes du domaine.
- ◆ Exhorter les décideurs publics et privés à assurer à ces organismes d'accréditation les ressources adéquates pour leurs activités
- ◆ Au-delà de la formation continue imposée à TOUT médecin et dans TOUS les pays
- ◆ RDC membre de la SADC
- ◆ Système adapté à chaque pays et dans le seul but d'assurer aux patients les soins les plus appropriés tenant compte des réalités locales.

Les conférences

Les contraintes socio-économiques: menaces pour l'éthique et la déontologie en RDC

II. Contraintes socio-économiques : Conséquences

Croissance démographique

- ♦ Anarchie dans le processus d'agrément des universités et donc des Facultés de médecine
- ♦ Explosion du nombre des Facultés de Médecine en RDC
- ♦ 47 répertoriés, dont 7 pour la seule province du Kwilu!!!
- ♦ Implosion du nombre des médecins produits
- ♦ Remise en question de la qualité du médecin
- ♦ Records du nombre des médecins sans emplois!
- ♦ Surcharge dans le circuit d'inscription au TOM
- ♦ Remise en question de la qualité des soins apportés aux patients
- ⇒ **Perte des valeurs éthiques et déontologiques**
- ⇒ **Remise en question de l'honneur de la profession**
- ⇒ Remise en question du Système de santé de la RDC vue de l'extérieur, et même de l'intérieur
- ⇒ **Bref: situation plus que critique.**

III. Des solutions?

- ⇒ **Aux gouvernants??**
- ⇒ **A l'Ordre des Médecins**
- ♦ Renforcement des capacités de l'Ordre des Médecins
- ♦ Dans ses infrastructures/ fonctionnement/ capacités juridiques. Échéances...

A termes

- ♦ Renforcer nos capacités en infrastructure, en fonctionnement et ressources humaines (...)
- ♦ Réviser nos outils juridiques et textes de Loi (URGENCE)
- ♦ Renforcer le contrôle dans le processus d'inscription au TOM: Kinshasa, puis aux Provinces (conséquence: délais!!)
- ♦ Instaurer le système d'accréditation de la pratique médicale (*Sociétés Savantes/ des Rencontres médicales*)
- ♦ Instaurer le concours pour l'octroi du CNOM (en phase avec le Ministère de la Santé Publique): 2020

IV. Annonce

- ⇒ **Tenue du congrès Extraordinaire de l'Ordre des Médecins de la RDC en Août 2018 !**
- ♦ Adopter les textes juridiques à révisés avant de les
- ♦ proposer au S.E. Mr le Ministre de la Santé Publique.
- ♦ Concrétiser le projet de nouveau siège de l'Ordre
- ♦ des Médecins de la RDC à acquérir avec la contribution de TOUS les médecins de la RDC.
- ⇒ **Contribution de TOUS les médecins pour protéger la corporation!**

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

Le chef de Division Provinciale de la Santé du Kwilu a ouvert la série des conférences de la première Journée. Il a proposé un projet permettant de rationaliser la gestion des ressources humaines, au moins, en ce qui concerne les médecins dans la province du Kwilu.

« *Projet d'appui à l'amélioration de la production/formation des médecins dans la province Kwilu par la fermeture de 4 facultés de médecine durant 3 ans, soit de Janvier 2018 au mois de décembre 2020.* »

Le Dr Basake a rappelé que la province du Kwilu à elle seule regorge 7 facultés de médecine sur les 47 que compte la RDC. Il existe donc 7 Facultés de médecine pour 24 zones de santé que compte la nouvelle province du Kwilu. Conséquence : production excessive des médecins dont plus de la moitié travaillent sans prime ni salaire : « Pharma-poche » : Soins de qualité douteuse.

L'objectif global du projet est de revisiter le nombre de facultés de médecines pour optimiser la qualité de la formation au sein des facultés ayant un minimum de conditions requises.

Selon JP Basake, la formation de base de médecins en termes de nombre de facultés doit tenir compte de la qualité et présence des hôpitaux provinciaux faisant office des CHU et besoin de la province. Quoi de plus normal pour celui qui revient d'un voyage au Japon qui a connu le même problème il y a quelques années auparavant.

Inspiré par le modèle Japonais en ce qui concerne la gestion des médecins, il propose un plan stratégique en trois axes : les résultats attendus, les indicateurs objectivement vérifiables et les moyens de vérification.

Le premier axe doit déboucher à la signature de l'Arrêté ministériel au niveau national (ESU) favorisant la production rationnelle des médecins, faisant suite au mémorandum provincial de réduction du nombre des facultés de médecine à 3 en fermant 4 d'entre elles parmi les 7 existantes actuellement.

Le projet (draft) de l'Arrêté ministériel de fermeture/fusion de 4 facultés de médecin élaboré sera soumis au niveau central à l'ESU par le MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE (MSP).

L'Arrêté ministériel de fermeture/fusion signé sera transmis en province pour la mise en application. La fermeture des facultés de médecine conformément à l'Arrêté ministériel sera réalisée selon le chronogramme proposé {7 universités dont 3 à kkt (unikik,upc,useba), mukedi, djuma, idiofa et bandundu }.

Pour ce faire, il faut Préparer un mémorandum de

plaidoyer auprès de SEM Gouverneur de Province à travers le ministre provincial comme projet de fermeture /fusion de 4 facultés de médecine dans la province du Kwilu, organiser une conférence /débat autour de la problématique de fermeture des facultés de médecine en province, organiser la cérémonie officielle d'annonce de la signature de l'Arrêté ministériel de fermeture/fusion des facultés de médecine dans le Kwilu au siège de la province, Transmettre l'Arrêté ministériel aux universités dont les facultés de médecine sont fermées. En effet, les décisions militant à la fermeture doivent provenir des organes de participation communautaire. Enfin, il faut retenir que l'enseignement des sciences de santé et la **production** des médecins dépendent des besoins exprimés à la base et sont appliqués par l'autorité gouvernementale.



Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

Il avait parcouru plus de 300 km à moto pour participer à la deuxième édition de la conférence des médecins du Kwilu pour la deuxième fois. Cette fois, il a proposé plus d'images que de textes pour parler de la réalité de la pratique de la chirurgie en milieu rural et reculé. Pas de salle d'opération moderne, sans anesthésiste qualifié, pas de kit requis, il prend le risque et le courage de pratiquer la chirurgie majeure pour soulager des populations démunies.

Le Dr Aimé DIWA nous a présenté en images les résultats de ses interventions chirurgicales majeures.



SALLE D'OPERATION ET D'ACCOUCHEMENT



Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

Les interventions chirurgicales majeures en milieu rurale reculé

ADENOMECTOMIE

Matériels requis pour adénomectomie

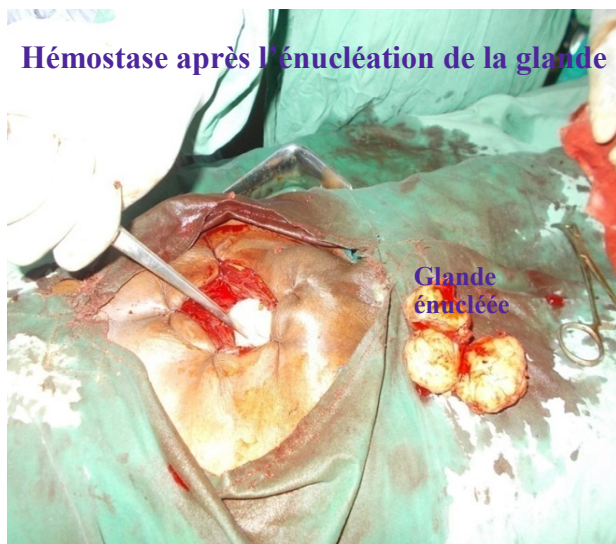
Pour une adénomectomie il nous faut comme matériels: des pinces (courbes et droites moyennes), manche bistouri, pinces anatomiques sans dent et avec dent, deux ciseaux (courbes et droite), sonde à 3 voies, **écarteur à vessie et aspirateur électrique**.

Matériels disponibles au CSR MABENGA

Nous avons comme matériels: des pinces (courbes et droites petites), manche bistouri, pinces anatomiques sans dents et avec dents, deux ciseaux (courbe et droite), sonde à 3 voies; nous manquons: **écarteurs à vessie et aspirateur électrique**. Le manque de certains matériels fait que le Dr de Mabenga face recours à des méthodes telles que « attacher la vessie à la peau par des points de suture ».



Après la mise à nu de la glande prostatique par l'attachement de la vessie à la peau, le Dr Diwa fait l'énucléation de la celle-ci.



Les conférences

Les interventions chirurgicales majeures en milieu rurale reculé

HYSTERECTOMIE

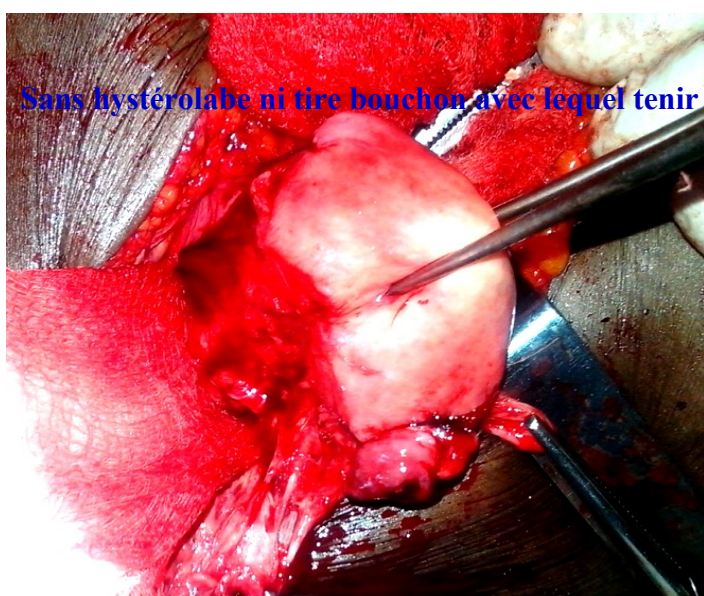
Après avoir décidé et indiqué une hystérectomie chez une P9G10A0, le Dr Diwa fait le compte de son kit à hystérectomie. Mais dans tout le cas, il doit intervenir pour sauver une femme qui ne dispose pas de moyen de faire l'anapath et voyager vers un milieu spécialisé. Transférer une patiente en milieu rural reculé signifie aux yeux des villageois que le Docteur sait que la patiente va mourir. Les villageois n'iront donc plus à l'hôpital et attendront que la patiente décède ou la conduiront chez le marabout avec toutes les conséquences possibles.

Matériel requis

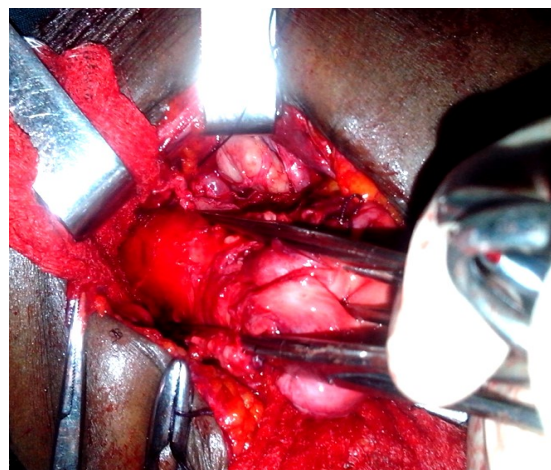
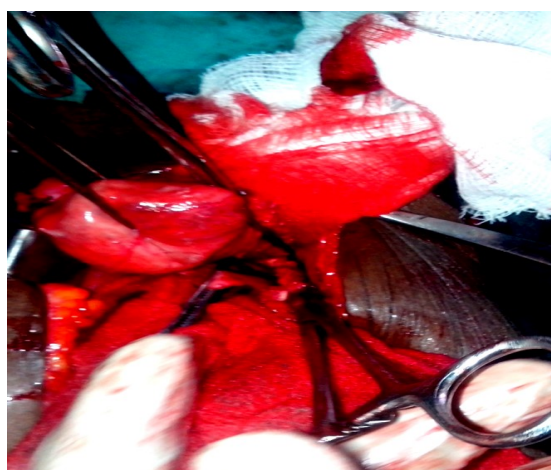
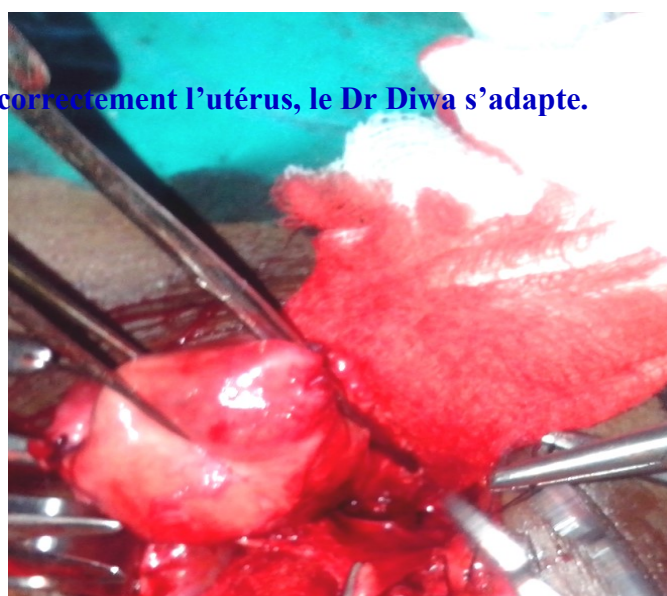
Deux ciseaux (courbes et droite), manche bistouri, deux pinces anatomiques (avec dent et sans dent), 4 pinces courbes moyennes, 2 grandes courbes, 2 pinces à hystérectomie, 2 petites : droite et courbe, un aspirateur électrique, écarteur abdominal, SUD à deux voies.

Matériel disponible

Nous n'avons que: 4 petites pinces droites, 3 petites pinces courbes, manche bistouri, 2 pinces anatomiques(sans dent et avec dent), un écarteur droit, SUD à deux voies



Sans hystérolabe ni tire bouchon avec lequel tenir correctement l'utérus, le Dr Diwa s'adapte.



Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

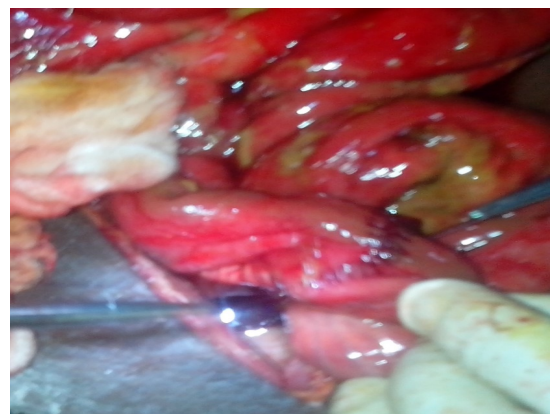
Les interventions chirurgicales majeures en milieu rurale reculé



Entéropathie par anastomose termino-terminale

Les matériels requis : boîte de chirurgie digestive composé des pinces courbes sans dent, les anatomiques, porte aiguille, écarteur abdominal, pinces intestinales... mais, quand on se retrouve à Maben-ga, c'est un miracle que de se procurer une boîte de chirurgie abdominale. Le Dr Diwa nous propose sa méthode particulière de la gestion des anses intestinales lorsqu'on ne dispose pas d'un kit complet.

En effet, on commence normalement l'entéropathie par le V incisionnelle mais par manque des pinces intestinales, nous plaçons quatre nœuds pour maintenir les 2 bouts. Ce qui nous permettra de faire une bonne entéropathie afin d'éviter la superposition des berges.



Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

Les nouvelles directives de la prise en charge du paludisme, simple et grave.

Le Dr Ben Bepouka, remplaçant le Pr Dr Situakibanza, est venu assurer la formation continue sur la prise en charge du paludisme aux médecins de la province du Kwilu lors de la deuxième édition. C'était un moment très attendu car le paludisme constitue la première cause de consultation en milieu tropical.



Parler du paludisme peut paraître tâche facile, mais en réalité, la tâche n'est pas aussi facile quand c'est un infectiologue qui doit en parler à la fois aux savants et aux populations non savantes en la matière. C'est pourquoi nous reprenons l'intégralité de l'exposé tel que présenté par le Dr Bepouka lors de la deuxième édition de la conférence des médecins du Kwilu.

Définition du paludisme simple

Ou paludisme non compliqué = Cas de fièvre, ou histoire de fièvre dans les 48 heures, sans signes de gravité avec confirmation biologique par TDR ou GE-FM

Autre symptomatologie éventuellement associée: céphalée, courbatures, nuchalgies, lombalgies, frissons, nausées, vomissements limités, arthralgies, asthénie, myalgies, splénomégalie...

Cadre de PEC: Site de Soins Communautaires, Centre de Santé, Dispensaire

Traitement du paludisme simple

Objectifs:

Guérir l'infestation le plus rapidement possible (éliminer de l'organisme les parasites responsables)

Prévenir la progression vers une forme grave

Réduire la transmission des parasites à d'autres personnes

Eviter l'apparition et la propagation d'une résistance aux antipaludiques

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

PRISE EN CHARGE DU PALUDISME

Principes:

Traitement précoce (endéans 24 h dès l'apparition des premiers symptômes/signes de la maladie)

Correct

Avec des médicaments efficaces sous forme de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine = CTA (ACT = Artemisinin-based Combination Therapy)

Chaque médicament de la combinaison devant être administré à ses dose et durée habituelles

RD CONGO (PNLP) VOIE ORALE

Coformulation AS-AQ

4,5-8 kg (2-11 mois) --- 1cé/j/3j (Cé AS25 / AQ67,5)

9-17 kg (1-5 ans) ---- 1cé/j/3j (Cé AS50 / AQ135)

18-35 kg (6-13 ans) ---- 1cé/j/3j (Cé AS100 / AQ270)

≥36 kg (≥14 ans) ----- 2cés/j/3j (Cé AS100 / AQ270)

Coformulation ATM-LMF (cé 20mg/120mg)

5 à < 15 kg: 2 x 1 cé / j / 3 j

15 à < 25 kg: 2 x 2 cés / j / 3 j

25 à < 35 kg: 2 x 3 cés / j / 3 j

≥ 35 kg : 2 x 4 cés / j / 3 j

Si contre-indication des CTA: Quinine (sel) 3 x 10 mg /kg / j / 7 j, po, alors associée à un Antibiotique (=Clindamycine: 2 x 300 mg/j ou 15 mg/Kg/24h si Enfant)

Attention

Tenir compte de contre-indications (enfants de moins de 1 mois) (1)

Ne pas dépasser 1,5 g de quinine base par 24 heures (1) Colite pseudomembraneuse ???

Echec thérapeutique

Cas de persistance de la fièvre 72 heures (3 jours), sans association des symptômes et/ou signes d'autres infections, après administration correcte de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine fiables (CTA), avec confirmation biologique (Goutte épaisse)

Cadre de PEC: Hôpital.

Echec thérapeutique

Objectif du traitement

Empêcher que l'échec thérapeutique évolue vers une forme grave

Avant le 28ème jr ≈ plusieurs facteurs [pharmacorésistance, mauvaise observance, exposition insuffisante aux CTA (vomissements, médicaments sous dosés...)]

En RDC, R / L'autre CTA ou Quinine + Clindamycine

Au-delà du 28ème jr ≈ recrudescence? ré-infestation ? (PCR non réaliste en routine): approche opérationnelle (≈ ré-infestation)

PALUDISME GRAVE

1. Définition du paludisme grave

Cas de fièvre avec un ou plusieurs signes de gravité **avec dysfonctionnement d' au moins un organe vital** et dont l' agent causal est *Plasmodium falciparum* (dans certains cas, la T° peut faire défaut) (*P. vivax*, *P. knowlesi*, *P. cynomolgi*, *P. brasilianum* à l' avenir, quid?)

Confirmation biologique = TDR/Microscopie (Goutte épaisse + Frottis mince), Expression des résultats (microscopie): densité parasitaire [nombre des parasites (formes asexuées) par mm³ ou µL] et en indiquant l' espèce plasmodiale (les espèces)
Cadre de PEC: Hôpital

Groupes cibles (à haut risque)

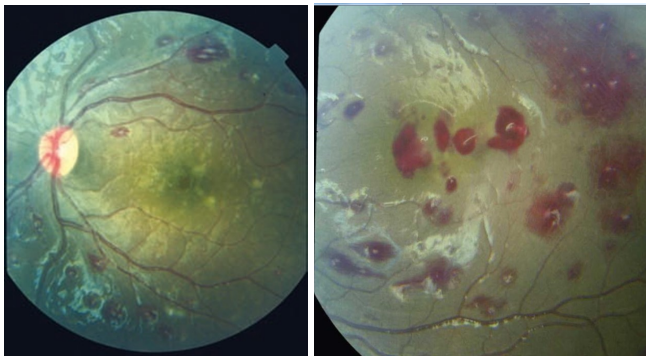
- ♦ Enfants < 5 ans (mais actuellement enfants de + en + >> 5ans)
- ♦ Femmes enceintes
- ♦ Immunodéprimés (VIH, pathologie tumorale...)
- ♦ Sujets naïfs (migrants à risque classiques) ou assimilés
- ♦ Populations en zone de paludisme à transmission instable
- ♦ Populations des zones en phase d' élimination du paludisme
- ♦ Drépanocytaires homozygotes
- ♦ Vieillards

Les conférences

PRISE EN CHARGE DU PALUDISME

Critères de gravité

- Altération de la conscience: score de Glasgow < 11 (adolescent et adulte), score de Blantyre < 3 (enfant de moins de 12 ans)
- Prostration : fatigue générale (incapacité de se lever, de s'asseoir, de marcher sans assistance)
- Convulsions répétées: > 2 épisodes/24 heures
- Acidose: déficit en bicarbonates > 8 mEq/L ou RA < 15 mEq/L ou lactate plasmatique veineux $\geq$ 5 mmol/L et cliniquement: détresse respiratoire (dyspnée, tachypnée, tirage costal...)
- Hypoglycémie: Glycémie < 2,2 mmol/L (< 40 mg/dL); Glycémie < 3 mmol/L (< 54,54 mg/dL) si Enfant < 5 ans
- Anémie sévère: Hb < 5 g/dL (Hct < 15%) Enf < 12 ans (< 7 g/dL ou < 20% Ado et Ad) avec parasitémie > 10 000/ μ L
- Insuffisance rénale: créatininémie > 265 μ mol/L (3 mg/dL), urée > 20 mmol/L (132 mg/dl)
- Ictère: bilirubine > 50 μ mol/L (3 mg/L) avec parasitémie > 100 000 / μ L
- Œdème du poumon: image Rx ou SaO₂ < 92% à air libre avec FR > 30 cycles/min, sibilances/crépitations
- Diathèse hémorragique: hémorragie récurrente ou prolongée (épistaxis, ecchymoses, hématomène, mélaena)
- Choc: PAS < 70 mmHg (enf < 12 ans) ou < 80 mmHg (Ado/Ad) avec baisse évidente de la perfusion périphérique
- Hyperparasitémie: parasitémie à Pf > 10 % des GR
- Rétinopathie palustre
- Urine foncée (urine sombre)



Traitement du paludisme grave et complications

Molécules:

- ◇ Quinine injectable
- ◇ Artésunate injectable
- ◇ Artéméther injectable
- ◇ α - β arteether injectable
- ◇ Usage d'Artésunate : recommandation forte de l'OMS

ARTÉSUNATE

Posologie:

2,4 mg/kg de poids corporel en intraveineuse lente (IVL), (la voie IM si IV impossible). Pour les patients de moins de 20 kg: 3 mg/kg

Rythme:

H0, H12, H24 puis toutes les 24 heures ... jusqu'à la disparition des signes de danger ou jusqu'au réveil avant de passer aux CTA par voie orale. Ne recourir à la quinine injectable qu'en cas de contre-indication d'Artésunate

Ou QUININE (sel de quinine)

Administer la dose de 10 mg / kg dans 5-10 ml de glucosé à 5 % / kg en perfusion IV pendant 4 h (en pratique, chez l'adulte: 500 ml de glucosé à 5% . 12 h plus tard (par % au début de la 1^{ère} perfusion), placer la 2^{ème} perfusion (10 mg / kg, même volume, même durée) qui sera répétée toutes les 12 h. La dose de charge de quinine n'est plus d'application. Ne pas dépasser 1,5g de Quinine base par 24 heures.

Quinine: contre-indiquée en cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique ou de cet antécédent ou déficit en Glucose-6-phosphate déshydrogénase (=> Artésunate).

Dès que possible, passer à la voie orale, CTA durée normale ou 3 x 10 mg / kg / j de Quinine (sel) pour atteindre 7 j associée à un AB (Cycline = Doxycycline ou Lincosamide = Clindamycine)

Tenir compte des CI des AB (grossesse et Enfant de moins de 8 ans pour les cycline, enfant de moins de 1 an pour la clindamycine)

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

PRISE EN CHARGE DU PALUDISME

Traitement de pré-référence

- ARTÉSUNATE en suppositoire en dose unique
- Chez le jeune enfant, lorsque le suppositoire est expulsé dans les 30 minutes, introduire un second suppositoire et tenir les fesses serrées pendant plus au moins 10 minutes.

PALUDISME ET GROSSESSE



Introduction

Paludisme au cours de la grossesse = Paludisme particulier (couple mère - produit de conception) – Pec toujours en milieu de soins
 Risque pour la mère (anémie, hypoglycémie ...)
 Risque pour le produit de conception (avortement, accouchement prématuré, mort *in utero*, *hypotrophie*)

Aspects cliniques du paludisme sur grossesse

formes cliniques :

- ♦ **Paludisme grave non compliqué (PGNC)**
 =paludisme simple sur terrain de grossesse
 Notion de fièvre, confirmation par Frottis sanguin/GE/TDR chez la femme enceinte sans signes de gravité.
- ♦ **Paludisme grave compliqué (PGC)**
 =paludisme grave habituel
 Notion de fièvre, confirmation du paludisme par Frottis sanguin/GE/TDR chez la femme enceinte avec la présence d'une ou de plusieurs des manifestations de gravité clinique, biologique ou obstétricale.

Traitement

Traitement du paludisme grave non compliqué

Principes

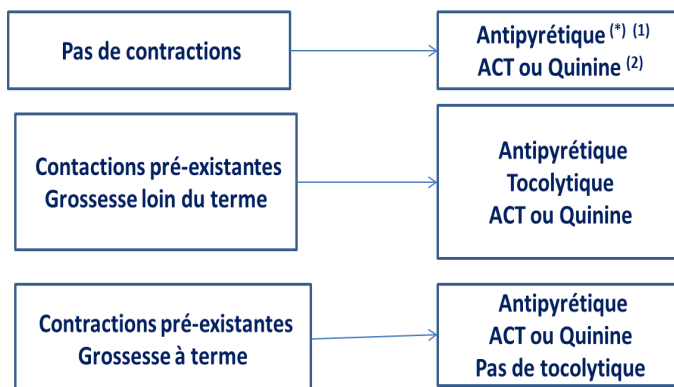
-Voie orale

Traitement symptomatique

•Molécules

CTA : Artésunate et Amodiaquine ;
 Arthemether et Luméfantrine
 Quinine plus clindamycine

CTA non recommandés au trimestre 1
 prescrit la Quinine associée à la clindamycine



(*) Si T° = Paracétamol
 (1) Quinine si premier trimestre
 (2) Si Quinine, adjoindre Clindamycine

Traitement du paludisme grave compliqué

Principe

Voie parentérale obligatoire

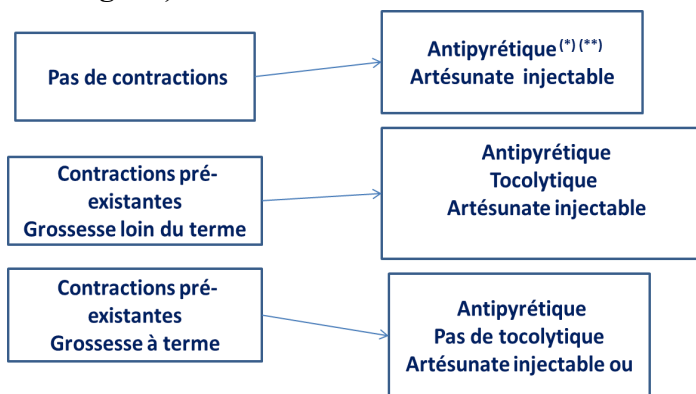
Correction de troubles associés : anémie...

Molécules

Artesunate (**injectable contre indiqué au trimestre 1**)
 Quinine

Traitement : Paludisme grave compliqué 2ème et 3ème Trimestres de la grossesse

- ♦ Si Quinine contre-indiquée (FBH, troubles de conduction, ...): dérivé d'Artémisinine
- ♦ Si Quinine contre-indiquée mais grossesse au premier trimestre, quid??? Voir Comité scientifique
- ♦ PNLP < « Tutorat » = Idéal (Aspects médico-légaux)



(*) Si T° = Paracétamol injectable
 (**): Quinine si premier trimestre

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

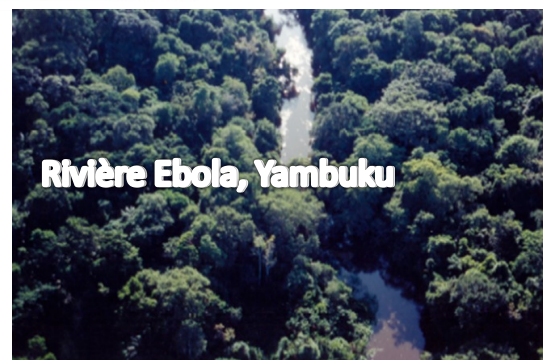
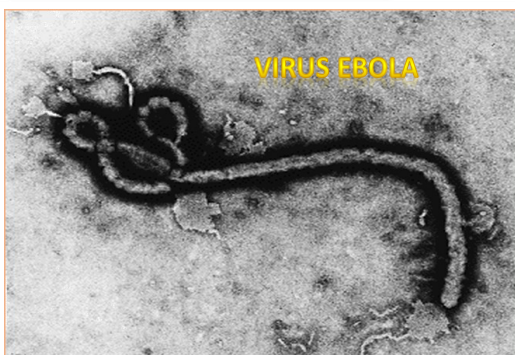
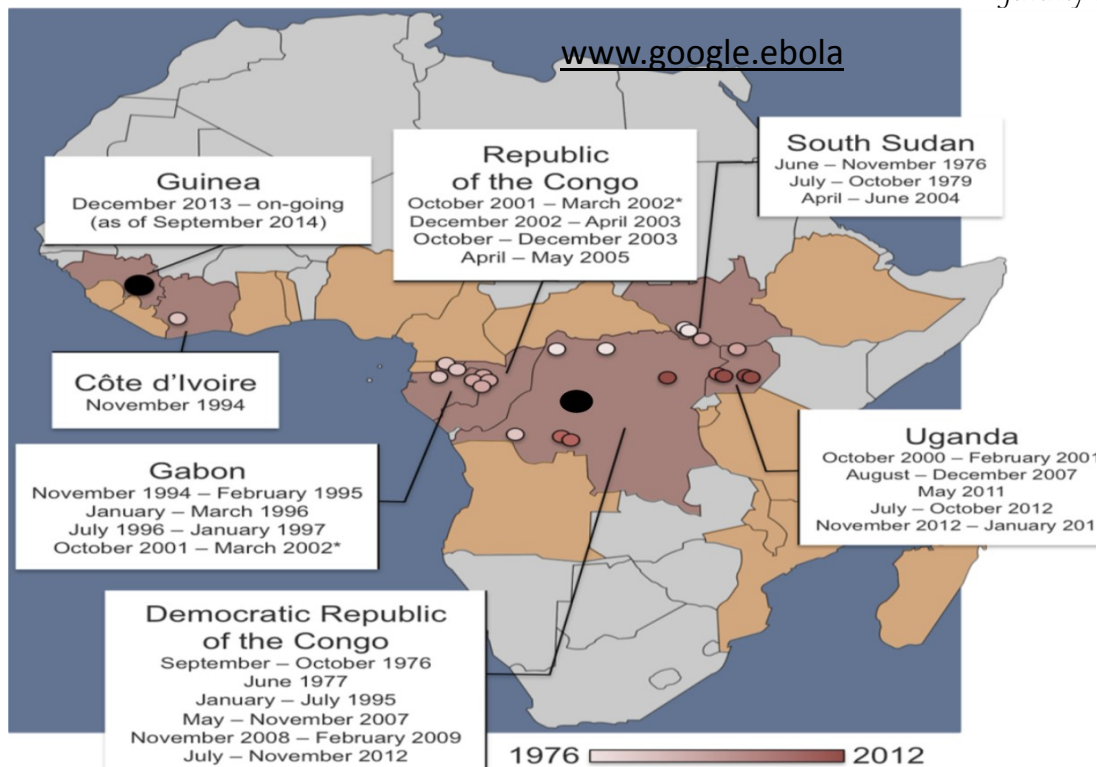
Les conférences

APPORT DU LABORATOIRE MOBILE DANS LA GESTION
DES EPIDEMIES DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA

RD CONGO



Jimmy KAPETSHI, MD, MSc



Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

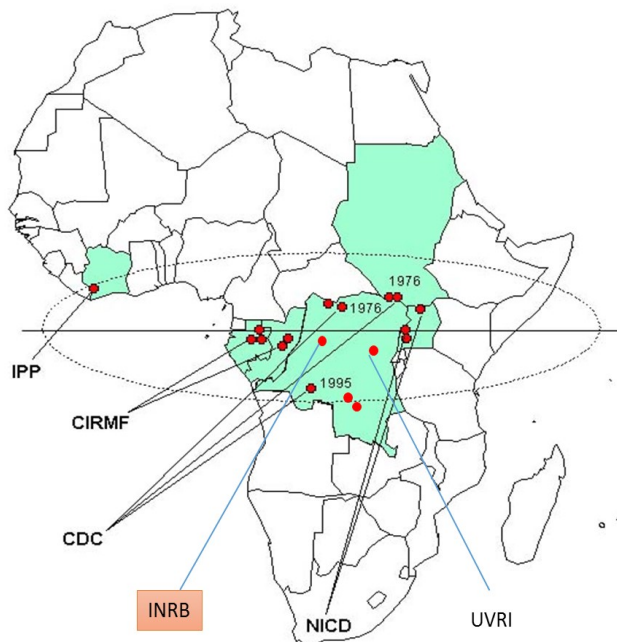
Les conférences

APPORT DU LABORATOIRE MOBILE DANS LA GESTION DES EPIDEMIES DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA

RD CONGO

Avant 2007/RDC : Epidémie de la MVE

Confirmation et diagnostic



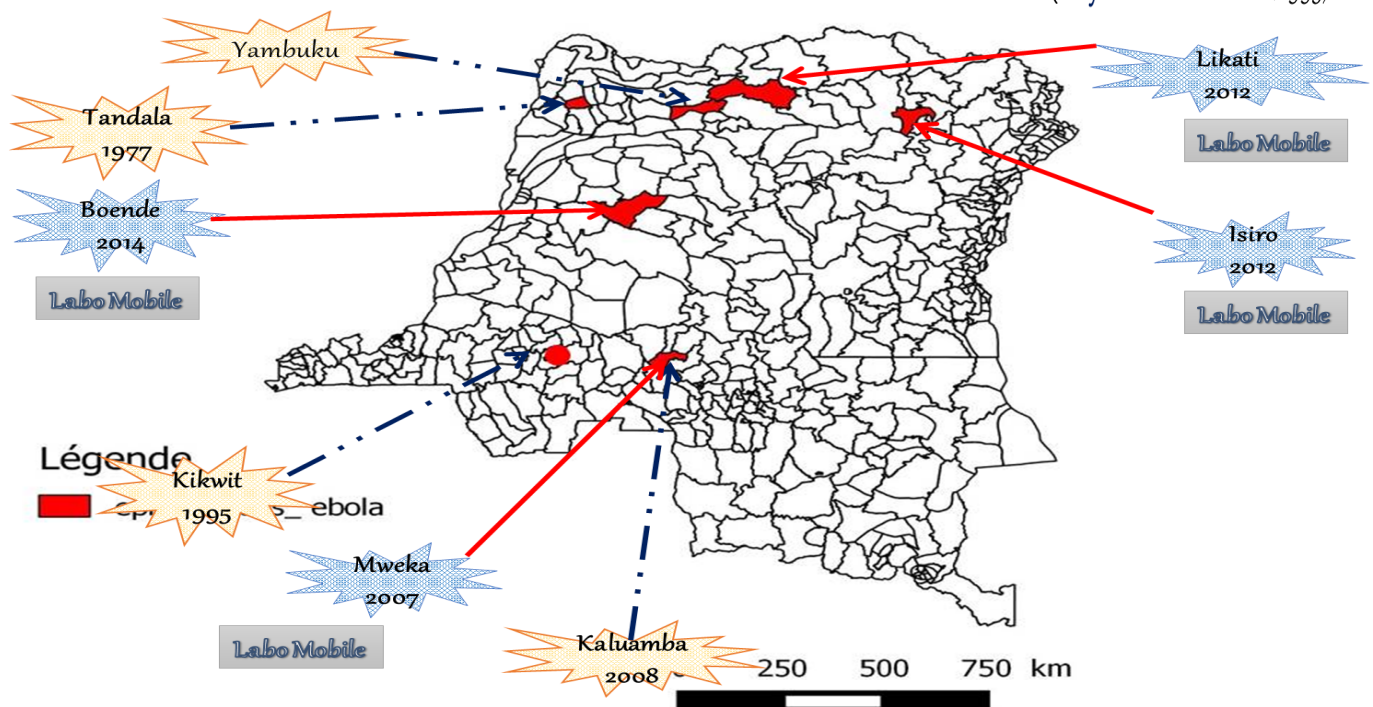
Prélèvement des échantillons

- Transport:

- site de prélèvement vers Kinshasa
- Kinshasa-Laboratoire spécialisé

Analyses biologiques

- Confirmation (?)
- Diagnostic et suivi de cas (triage?, sérothérapie,...)
- Durée: environs 2 semaines (Muyembe : Kikwit-RDC/1995)



En RDC, sur le 7 épidémies, 3 ont bénéficiées de l'apport du laboratoire mobile sur le site, dont Mweka, Isiro et Boende. Cependant, à ce jour aucun bilan sur l'apport de ce laboratoire n'a été dressé. C'est ainsi que le présent travail voudrait documenter l'apport du laboratoire mobile dans la gestion des épidémies de MVE en RDC en partant de l'expérience d'Isiro et de Boende, auxquelles nous avons participé.

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

APPORT DU LABORATOIRE MOBILE DANS LA GESTION DES EPIDEMIES DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA

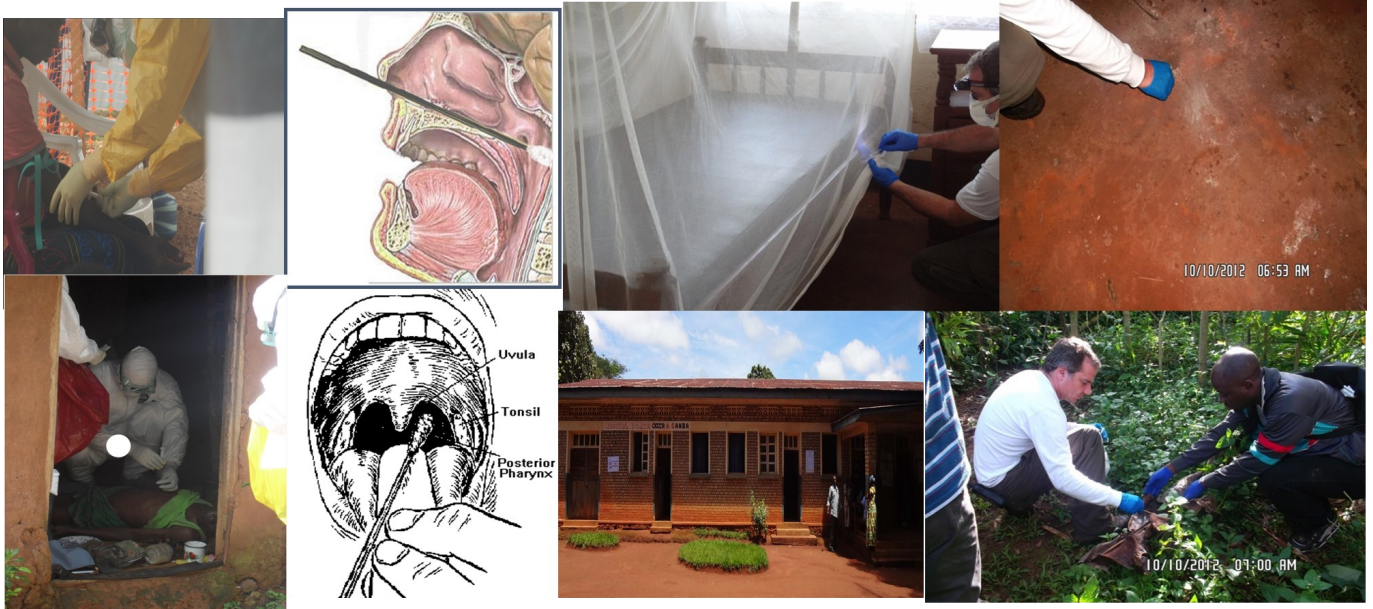
RD CONGO

Expérience du Terrain



Prélèvements des échantillons

Liquides biologiques: **Vivant** et **Cadavre** (sang: ponction veineuse/ **cardiaque** et **pleurale**, lait maternel, urines, écouvillonnages)



Différents échantillons ont été obtenus chez tous les cas suspects répondant aux définitions opérationnelles ci-dessus

Chez le vivant, un prélèvement sanguin a été réalisé par ponction veineuse ainsi que les écouvillons nasaux, buccaux, anaux, vaginaux, du sang de la pulpe.

Les conférences

APPORT DU LABORATOIRE MOBILE DANS LA GESTION
DES EPIDEMIES DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA

RD CONGO

Laboratoire mobile

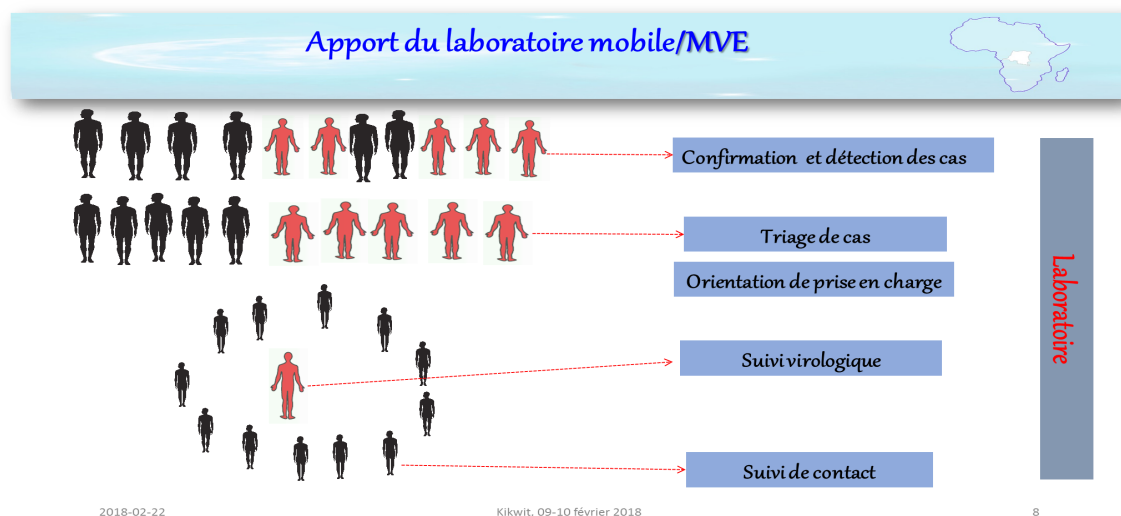


Une fois l'échantillon au laboratoire, un numéro lui est attribué, la boîte intermédiaire était récupérée et introduite dans l'isolateur pour l'inactivation.

Cette inactivation consiste à rendre l'échantillon non infectieux en mettant les produits pathologiques dans une solution de lyse et on ajoute de l'éthanol absolu.

Pour l'extraction de l'ARN viral, nous avons procédé aux lavages (2 solutions) et enfin nous avons ajouté la solution d'éluion pour obtenir l'ARN viral.

un master mix était réalisé pour l'amplification du matériel génétique en utilisant la technique de RT-PCR à l'aide du thermocycler SmarthCycler, nous avons utilisé les amorces et les sondes spécifiques en détectant une séquence de gène en ciblant le gène « L » et le gène « NP ».



2018-02-22

Kikwit, 09-10 février 2018

8

Le laboratoire est un élément clé dans la gestion de l'épidémie de la MVE. En effet le laboratoire contribue non seulement à la confirmation et la détection des cas, mais aussi dans le triage, le suivi virologique ainsi que le contact dans la communauté.

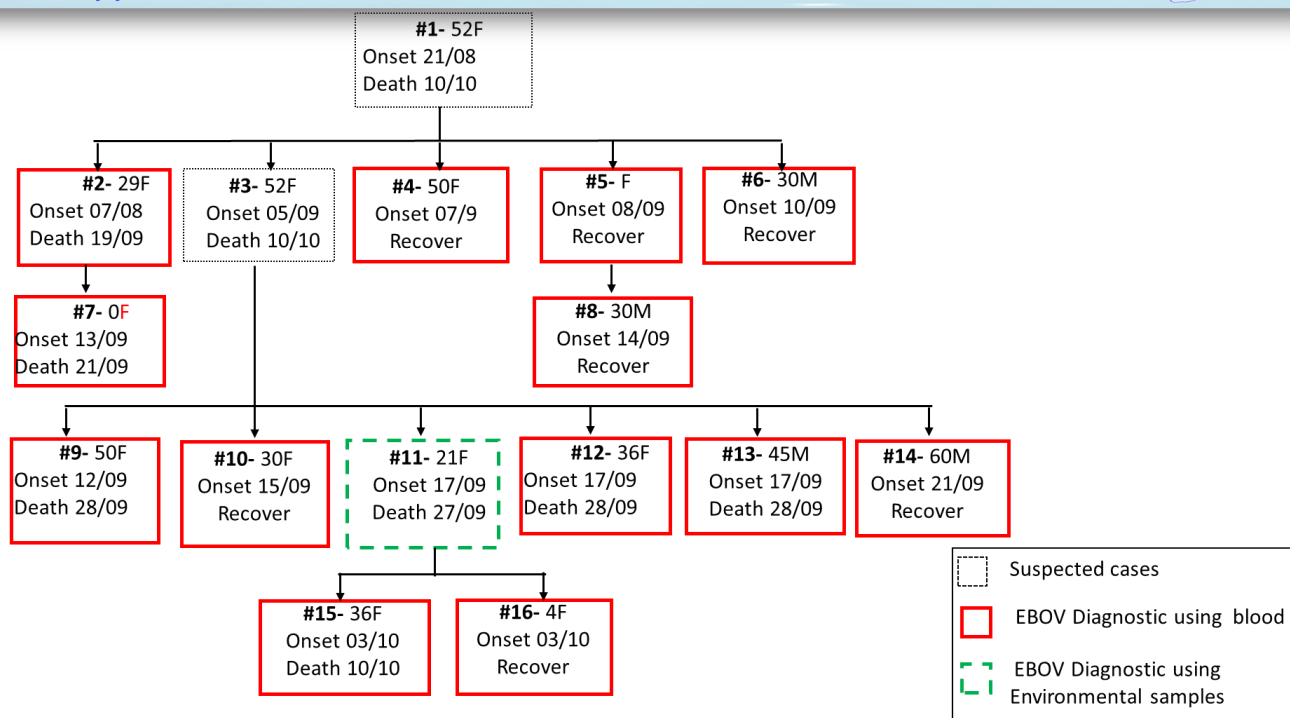
Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

APPORT DU LABORATOIRE MOBILE DANS LA GESTION DES EPIDEMIES DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA

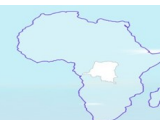
RD CONGO

Apport du laboratoire mobile: chaîne de transmission Bede/Isiro, 2012



Apport du laboratoire mobile

Différents paramètres de la gestion de l'épidémie avant et avec le labo mobile



	Avant 2007	2007-2017	
	Avant	Avant	LM
Circuit d'échantillon	Labo spécialisé	Labo spécialisé	Epicentre
Délai du rendu des résultats	≥ 2 semaines	± 6 heures	3 heures
Nombre de cas (Suspect)			
Probable	++++	+	± 1
Confirmé*	+	+	++++
Contact suivi	+	+	++++
Suivi virologique	0	±	++++
Personnel de santé	++++	++	± 1
Durée de l'épidémie	≥ moins	± 3 moins	
Propagation de l'épidémie	±	nul	

Les paramètres de la gestion de l'épidémie avant et à l'installation du Labo mobile,
Le circuit d'échantillon. Par rapport au laboratoire mobile

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

APPORT DU LABORATOIRE MOBILE DANS LA GESTION DES EPIDEMIES DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA

RD CONGO

Contraintes



Les conférences



ETAT DE LA VACCINATION DANS LA PROVINCE DU KWILU 2008-2017

Délégué par le Dr Guillaume NGOIE (Directeur National du PEV), le Dr Enselm Fumuleki Chef d'Antenne du PEV au Kwilu est venu présenter l'état de lieu de la vaccination dans la province du Kwilu depuis 2008 à ce jour de la Deuxième conférence des médecins du Kwilu. Nous vous proposons l'intégralité de sa présentation.

PLAN DE PRESENTATION

I. INFORMATIONS GENERALES DE LA PROVINCE

II. CONTEXTE

VACCINATION DE ROUTINE

III.1.OFFRE DES SERVICES:

- Fonctionnalité de la chaîne du froid
- Nombre d'antigènes et des maladies concernées
- Disponibilité des antigènes

III.2.UTILISATION DES SERVICES

- Couvertures vaccinales

IV.SURVEILLANCE

V. DIFFICULTES RENCONTREES

VI.DEFIS/PERSPECTIVES

INFORMATIONS GENERALES

ZS : 24

Pop. Province: 5.061.940

Superficie: 99978 Km2

Densité:50 Hab./km2

Naissances vivantes: **203370**

Naissances survivantes:**177440**

Sites stockage:**162**

Nombre HGR sur Nbre Hôpitaux: **24**

Nombre AS planifiées: **584**

Nombre CS **584**

Partenaires : GAVI/RSS , GAVI/SANRU/CROIX

ROUGE,FBMG/CARITAS-CONGO/BDOM-Kikwit,

UNICEF, OMS ,CTB, BM,, FM/SANRU, OMS, AD

CONTEXTE

Missions du PEV

Le PEV est un programme en interaction avec les autres programmes sanitaires et est lié aux réformes en cours au sein du secteur de la santé ainsi que des changements qui s'opèrent dans son environnement externe (changements démographiques, épidémiologiques, macroéconomiques, politiques et autres).

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

ETAT DE LA VACCINATION DANS LA PROVINCE DU KWILU 2008-2017

Sa mission se résume :

Améliorer la santé de l'enfant et de la femme enceinte en fournissant les services de vaccination de qualité en toute équité et sécurité;

Améliorer la santé des enfants en éradiquant la poliomyélite et en luttant contre toutes les autres maladies évitables par la vaccination;

Accroître la disponibilité et l'utilisation de services de vaccination de qualité, partout et pour tous

En tant que tel, il contribue à la réduction de la morbi-mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination

Système de vaccination



Composantes du système de vaccination

Composantes de soutien (d'appui):

Financement

Renforcement des capacités

Management

Composantes opérationnelles:

approvisionnement et qualité des vaccins

prestation des services

Logistique

Surveillance

plaidoyer et communication

Vision et stratégie globale

En 2005, l'OMS et l'UNICEF ont conjointement formulé la «Vaccination dans le monde : Vision et stratégies» (GIVS) pour la période 2006-2015, qui a été approuvée par l'Assemblée Mondiale de la Santé en 2006.

GIVS apporte un menu et un cadre pour faire face aux défis auxquels le programme national PEV est confronté. La GIVS a fixé les objectifs suivants du programme de vaccination. :

GIVS est composée de quatre axes stratégiques avec 24 stratégies et chaque

La protection de **plus de personnes dans un monde en mutation avec 7 stratégies;**

L'adoption de **nouveaux vaccins et de nouvelles technologies avec 3 stratégies;**

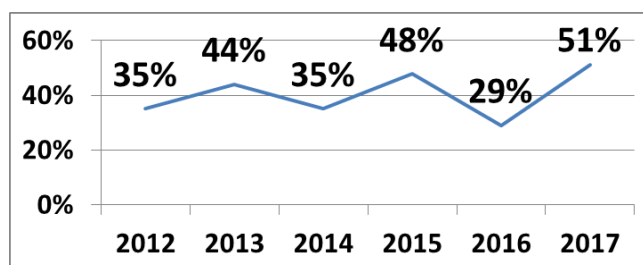
L'intégration de la vaccination, des interventions sanitaires apparentées et de la surveillance au sein des systèmes de santé avec **9 stratégies;**

La Vaccination dans un **monde interdépendant avec 5 stratégies.**

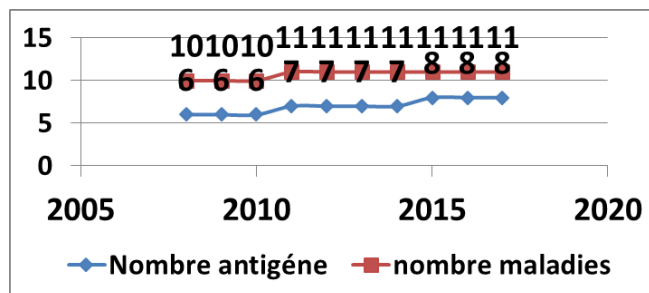
VACCINATION DE ROUTINE

EVOLUTION DE L'OFFRE DES SERVICES :

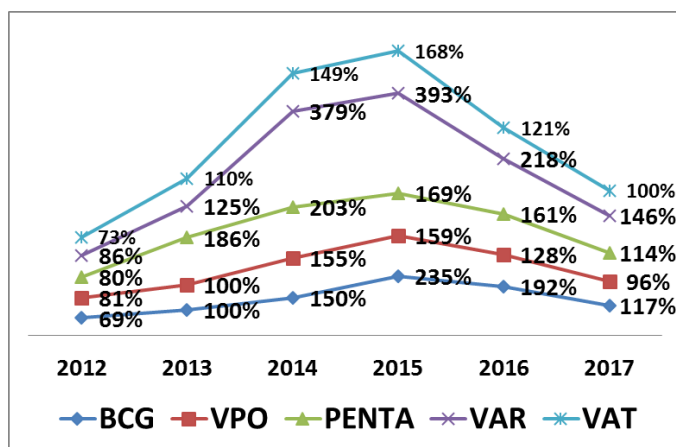
fonctionnalité de la CDF



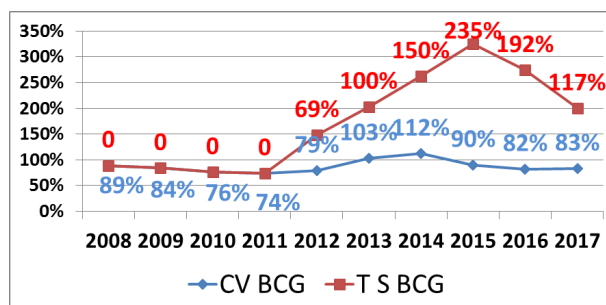
EVOLUTION DE L'OFFRE DES SERVICES : le nombre d'antigènes et maladies concernées



EVOLUTION DE L'OFFRE DES SERVICES : disponibilité des vaccins (taux de satisfaction)



UTILISATION DES SERVICES : couvertures vaccinales et taux de satisfaction BCG

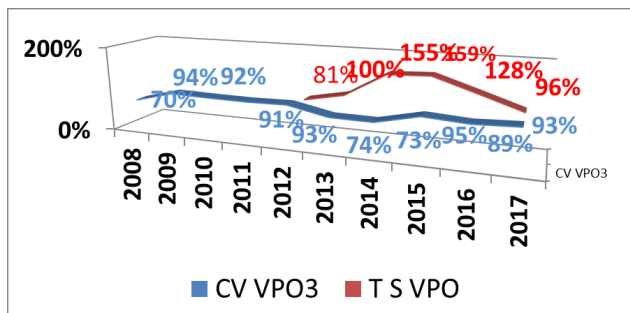


Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

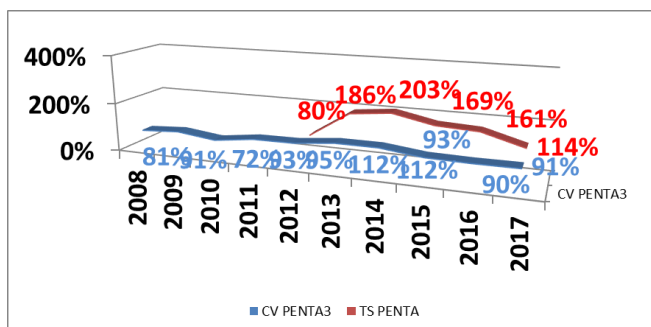
Les conférences

ETAT DE LA VACCINATION DANS LA PROVINCE DU KWILU 2008-2017

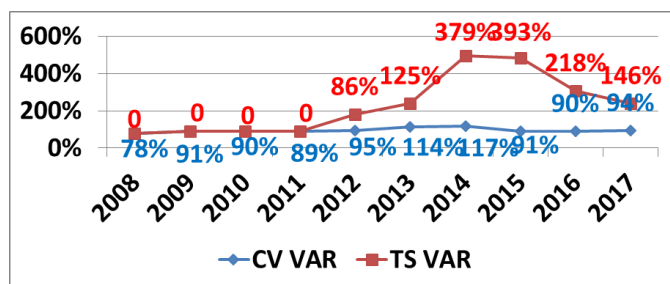
UTILISATION DES SERVICES :
évolution CV VPO3 et taux de satisfaction VPO



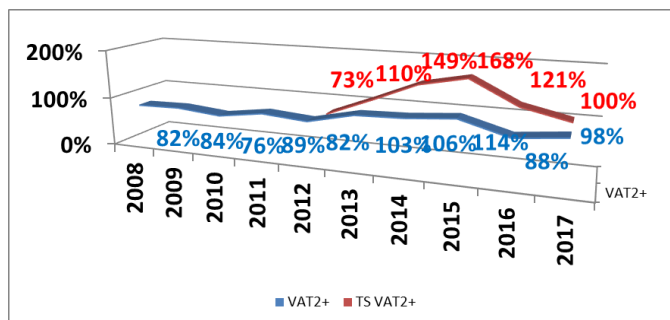
UTILISATION DES SERVICES : évolution CV PENTA 3 et taux de satisfaction PENTA



UTILISATION DES SERVICES : couvertures vaccinales et taux de satisfaction VAR



UTILISATION DES SERVICES : évolution CV VAT2 et taux de satisfaction VAT



SURVEILLANCE

Distribution par province des cas cumulés de PVS de type 1 de 2000 à 2011, RDC

Province	Fréquence	%
Bandundu	56	20,1%
Bas-congo	29	10,4%
Equateur	24	8,6%
Kasai-Occidental	82	29,5%
Kasai-Oriental	11	4,0%
Katanga	23	8,3%
Kinshasa	34	12,2%
Maniema	2	0,7%
Nord-Kivu	1	0,4%
Orientale	14	5,0%
Sud-Kivu	2	0,7%
RDC	278	100,0%

PERFORMANCE DE LA SURVEILLANCE DE PFA DE LA PROVINCE BANDUNDU 2012-2014

année	Estimation population <15 ans	Nombre attendu de cas de PFA	Total cas de PFA notifiés*	Total cas de PFA notifiés (<15 ans)**	Total cas de polio confirmés	Total cas de PFA non polio	Taux de PFA non polio (<15 ans)	Cas de PFA avec échantillons de selles adéquates*	
								Nombre	%
2012	3 757 814	38	167	132	0	129	3,4	137	82%
2013	3 870 548	40	276	225	0	217	5,4	222	80%
2014	4 128 378	41	202	164	0	163	3,9	172	85

Indicateurs de performance de la surveillance des PFA par province, du 1er janvier au 31 Décembre 2017 (maj : 02 février 2018)

Province	PFA attendus	Total cas PFA notifiés	PFA <15 ans	Taux PFA NP notifiés par 1000 (<15 ans)	PFA avec 2 selles notifiées (<15 ans)	% Cas adéquats (<15 ans)	PFA notifiées <48h (<15 ans)	% Cas adéquats <48h (<15 ans)	Ratio MOYEN temps de traitement des échantillons (<15 ans)	% Cas adéquats <15 ans	% Cas adéquats <15 ans	% Cas adéquats <15 ans				
				(%)	(%)	(%)	(h)	(h)	(h)	(h)	(%)	(%)				
Bas Uele	6	29	29	4,4	90%	88%	90%	13	0	0	1	15,4	11	0	0,0%	100%
Equateur	12	43	39	3,0	84%	83%	88%	12	0	0	2	16,3	17	1	5,6%	87,5%
Haut Katanga	27	149	148	5,7	81%	76%	95%	9	0	0	2	8,7	25	2	7,4%	78%
Haut Lomami	18	139	128	6,2	78%	69%	93%	20	0	7	0	12,2	16	0	0,0%	51,2%
Haut Uele	10	63	59	6,4	97%	92%	95%	11	0	0	0	11,1	13	0	0,0%	60%
Ituri	27	93	92	3,2	82%	76%	94%	10	0	0	2	12,0	36	0	0,0%	78%
Kasai	23	58	54	2,3	76%	72%	79%	9	0	0	3	6,9	17	1	5,6%	68,8%
Kasai Central	22	77	74	3,2	90%	86%	78%	7	0	0	0	11,7	25	1	3,8%	50,0%
Kasai Oriental	23	142	139	5,4	72%	69%	96%	6	0	0	5	15,5	19	0	0,0%	93,2%
Kinshasa	45	154	124	2,6	89%	79%	92%	1	0	0	4	6,5	35	0	0,0%	77,4%
Kongo Central	19	76	74	3,8	88%	80%	96%	7	0	0	1	10,5	30	1	3,2%	71%
Kwango	12	63	55	4,2	98%	70%	94%	8	0	0	1	4,8	14	0	0,0%	100%
Kwilu	24	104	88	3,4	93%	87%	93%	5	0	0	1	8,7	24	0	0,0%	100%
Lomami	19	52	48	2,4	83%	79%	88%	8	0	0	0	7,7	14	2	12,5%	63,8%
Lualaba	13	53	49	3,9	87%	66%	93%	11	0	0	5	8,4	14	0	0,0%	62,5%
Maindombe	10	40	40	4,3	93%	85%	73%	12	0	0	0	10,0	14	0	0,0%	100%
Maniema	13	57	54	3,8	79%	70%	96%	6	0	2	5	17,9	15	3	16,7%	68,8%
Mongala	12	92	92	7,2	88%	87%	88%	9	0	0	3	20,7	12	0	0,0%	90,9%
Nord Kivu	42	162	159	3,8	96%	91%	94%	7	0	0	0	12,3	32	0	0,0%	100%
Nord Ubungu	6	26	26	3,5	89%	73%	77%	8	0	0	0	12,0	10	1	9,1%	100%
Sankuru	9	46	45	4,4	93%	80%	96%	18	0	0	1	17,4	16	0	0,0%	78%
Sud-Kivu	35	132	129	3,5	92%	83%	92%	7	0	0	7	11,4	34	0	0,0%	85,0%
Sud-Ubangi	14	35	35	2,3	77%	63%	74%	11	0	0	0	22,9	14	2	12,5%	84,8%
Tanganyika	13	72	68	3,9	67%	61%	82%	19	0	8	1	7,5	11	0	0,0%	42,9%
Tshopo	15	108	107	6,8	98%	89%	93%	7	0	0	0	11,2	23	0	0,0%	100%
Tshuapa	10	40	38	3,8	100%	63%	85%	17	0	0	0	23,5	12	0	0,0%	83%
RDC	480	2105	1993	3,9	86%	78%	91%	9	0	17	44	11,7	503	14	2,7%	76,5%

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

Arboviroses en RDC, quelle stratégie pour la surveillance?



Généralités – Arbovirus

Les arbovirus sont des Virus transmis à l'Homme dans les conditions naturelles par des arthropodes.

La plupart de ces virus ont connu une réémergence ces dernières décennies. On estime que ces virus causent des centaines millions d'infections et plus d'un million de décès chaque année. 3 familles virales sont principalement impliquées dans l'ictère, il s'agit de

Le VFJ en particulier, est le principal arbovirus responsable du syndrome d'IFA.

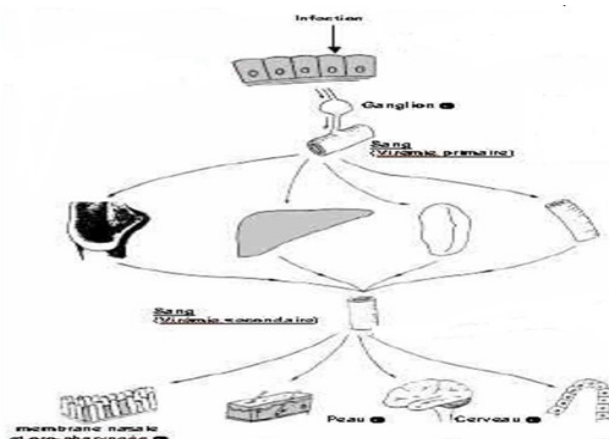
Clinique

- ◆ Phase virémique:
- ◆ syndrome pseudo-grippal (courte rémission)
- ◆ Dissémination aux organes cibles

retour de la fièvre

Le symptôme est spécifiques suivant les organes touchés.

Famille	Genre	Principaux arbovirus africains	Principaux arbovirus Asie du Sud-Pacifique	Principaux arbovirus américains
<i>Togaviridae</i>	<i>Alphavirus</i>	<i>Chikungunya</i> , <i>O' Nyong Nyong</i> , <i>Sindbis</i>	<i>Chikungunya</i> , <i>Sindbis</i> , <i>Ross River</i> , <i>Barmah Forest</i>	<i>Mayaro</i> , <i>Una</i> , encéphalites équine américaines,
<i>Flaviviridae</i>	<i>Flavivirus</i>	Fièvre jaune, dengue, <i>West Nile</i> , <i>Zika</i> ,	Dengue, encéphalite japonaise, <i>West Nile</i> , <i>Murray Valley</i> , <i>Kunjin</i> , <i>Zika</i> , de la forêt de <i>Kyasanur</i>	Fièvre jaune, dengue, <i>West-Nile</i> , <i>Rocio</i> , <i>Ilheus</i> , encéphalite de Saint Louis,
<i>Bunyaviridae</i>	<i>Bunyavirus</i> <i>Phlébovirus</i> <i>Nairovirus</i>	<i>Bunyamwera</i> , <i>Ilesha</i> , <i>Bwamba</i> , <i>Tataguine</i> <i>Vallée du Rift</i> <i>Crimée-Congo</i>		<i>Oropouche</i>
<i>Reoviridae</i>	<i>Orbivirus</i>	<i>Orungo</i>		



Les conférences

Arboviroses en RDC, quelle stratégie pour la surveillance?

Trois grands tableaux cliniques sont observés suivant le tropisme du virus

Famille	Genre	Virus à l'origine de syndrome fébrile aigu	Virus à l'origine de syndrome encéphaliques	Virus à l'origine de syndromes hémorragiques
<i>Togaviridae</i>	<i>Alphavirus</i>	Chikungunya O'Nyong Nyong Sindbis		
<i>Flaviviridae</i>	<i>Flavivirus</i>	Dengue West Nile Zika	West Nile	Dengue fièvre jaune Forêt de Kyasanur
<i>Bunyaviridae</i>	<i>Bunyavirus</i>	Bwamba Ilesha Bunyamwera Tataguine		
	<i>Plebovirus</i>	Fièvre de la vallée du Rift		Fièvre de la vallée du Rift Nairovirus Crimée-Congo
<i>Réoviridae</i>	<i>Orbivirus</i>	Orungo		

Syndrome fébrile aigu (syndrome dengue-like) caractérisé par des céphalées intenses, des myalgies, des arthralgies, une photophobie, une insomnie, associées aux troubles digestifs et une asthénie

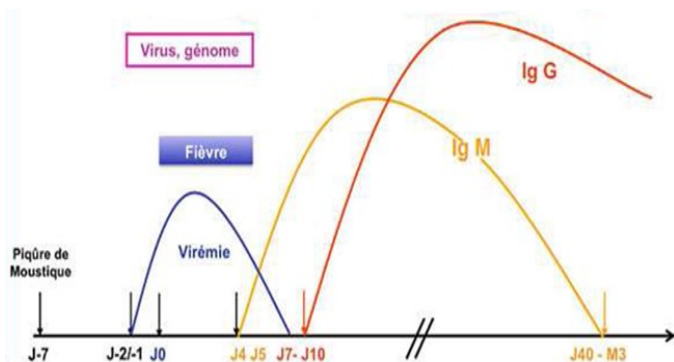
Syndrome encéphalitique pouvant aller du discret syndrome méningé fébrile à une méningo-encéphalomyélite de pronostic sévère.

Ces lésions s'accompagnent souvent des troubles moteurs, des troubles végétatifs, des troubles psychiques et des troubles de la conscience.

Syndrome hémorragique allant des simples épistaxis, gingivorragies, pétéchiés, hémorragies conjonctivales à des hémorragies massives et multiples avec choc.

Diagnostic biologique

Il existe en pratique deux moyens diagnostiques : **sérologie (ELISA, TDR) et PCR**



Diagnostic précoce

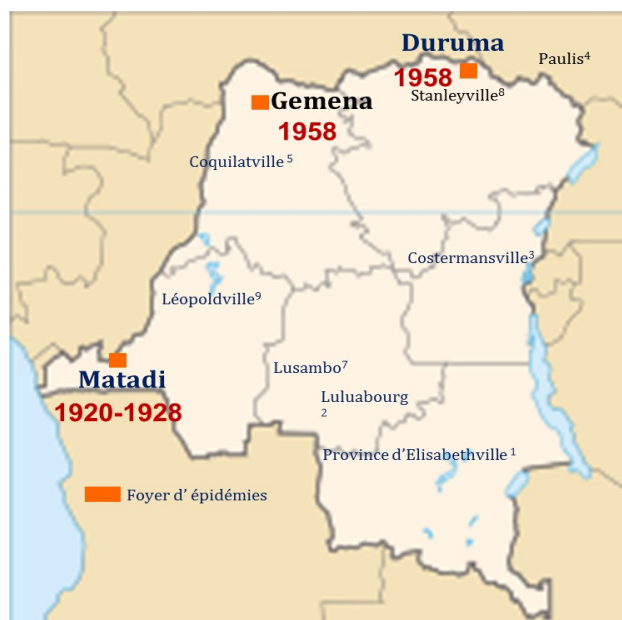
Très sensible
spécifique

Sérologie : Diagnostic tardif

Réactions croisées avec : d'autres arbovirus, d'autres pathogènes (*Plasmodium*)

Arboviroses en RDC – Cas de la fièvre jaune

Foyer d'épidémies enregistrées de 1912 à 1958



Maladie zoonotique grave, réservoirs non complètement identifiés

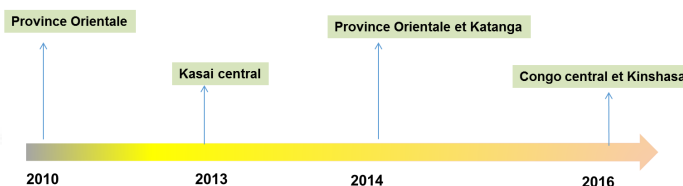
→ Transmis par les moustiques du genre *Aedes*, en Afrique

→ Clinique 2^{ème} phase: Ictère, hémorragies

Cas de la fièvre jaune

Depuis 2003

- ♦ Surveillance biologique de la FJ en cas de : fièvre + ictère dans les deux semaines qui suivent
- ♦ Vaccination dans le PEV de routine (Faible couverture vaccinale : 65% en 2014)



Les conférences

Arboviroses en RDC, quelle stratégie pour la surveillance?



Problèmes dans la surveillance de la FJ

- ⇒ En dehors d'épidémies, le taux de positivité est faible (<5%): diagnostic différentiel des cas testés négatifs
- ⇒ la confirmation se fait grâce à la sérologie (ELISA),
 - sujette aux réactions croisées
 - ne permet pas de différencier l'infection aiguë d'une vaccination récente

Il faut un autre test de confirmation (PRNT ou PCR)

⇒ **Transmission par les moustique du genre *Aedes***

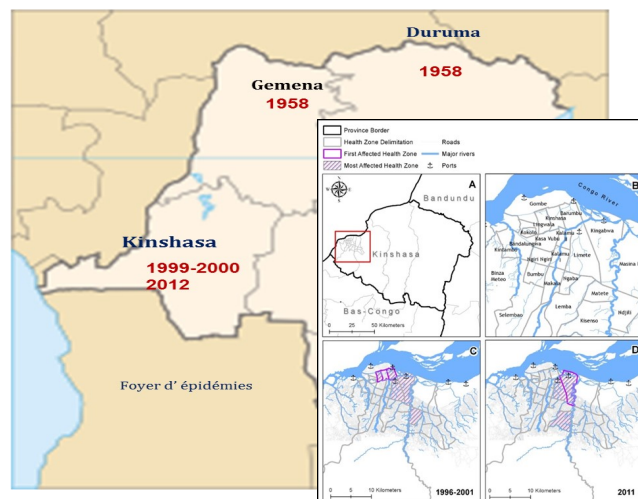
⇒ **Particularités cliniques:**

- Syndrome dengue-like avec douleurs musculaires et articulaires caractéristiques
- parfois associé à des hémorragies

Cas de Chikungunya

1999-2000 : plus de 50 000 cas

2012 : 4 zones de santé touchées (seuls 10% des cas confirmés)



Les conférences

Arboviroses en RDC, quelle stratégie pour la surveillance?

Cas de Dengue

Transmis par les moustiques du genre *Aedes*
Il existe 5 sérotypes (1-5): immunité homotypique à vie

Particularités cliniques : 3 formes cliniques

- La dengue classique: syndrome dengue-like
- La dengue hémorragique (DH)
- La dengue avec syndrome de choc (DSC)

A ce jour, IgM

- * Voyageurs retournant de la RDC
- * 1 patient lors d'une épidémie de WN (Kisangani 1998)
- * Buffalo, Garamba National Park (Province Orientale 1994)

Trois récentes études

- * Patients ictériques dans surveillance de fièvre jaune
- * Patients suspects de Chikungunya lors de l'épidémie de 2012
- * Patients avec syndrome fébrile à Lisungi en 2012

Cas de Dengue chez les patients suspects de fièvre jaune



453 sérums de patients inclus dans la surveillance FJ de 2003-2012,

ELISA FJ négatif



PCR en temps réel



Virus de la fièvre jaune, virus de la dengue, virus Chikungunya, virus West Nile, virus de la FVR, virus Zika,

virus O'nyong nyong

Pour ce travail nous disposons de 498 sérums de patients inclus de 2003-2012.

Ces patients ont présenté un syndrome d'IFA, une GE négative ou un échec du traitement antipaludéen.

Sexe était d'environ ratio 1, et il y avait une bonne représentativité de tous les âges.

Sur le plan géographique, nous avons remarqué que ces patients provenaient dans plus de la moitié des cas des deux provinces du Nord du pays.

Et par rapport au temps, nous avons remarqué une augmentation des cas en 2010 durant une épidémie de fièvre jaune survenue dans la province Orientale et en 2006, la majorité des patients ont été enrôlés en Août dans la ville de Gemena (Province d'Equateur).

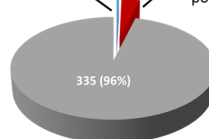
une Augmentation des cas en 2010 (Province orientale) et en 2006 (Equateur: Gemena)

Cas de Dengue chez les patients suspects de fièvre jaune

Résultats

Virus détectés

2 (0,4%) cas CHIK positifs
16 (3,5%) cas DEN positifs



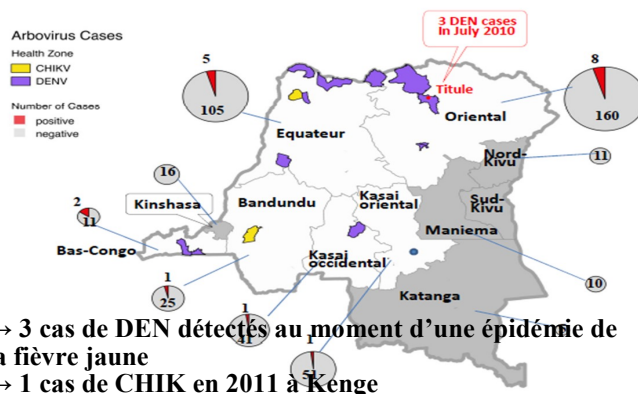
Sérotypes du virus de la DEN

2 sérotypes DEN-1 et DEN-2



→ Détection de virus de la DEN et du virus CHIK

→ Détection de deux sérotypes du virus de la DEN-1 et 2



→ 3 cas de DEN détectés au moment d'une épidémie de la fièvre jaune

→ 1 cas de CHIK en 2011 à Kenge

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

Arboviroses en RDC, quelle stratégie pour la surveillance?

- ♦ 111 Echantillons collectés en 2012 dans la ZS de Binza Meteo, Nsele, Mont Ngafula I et II (INRB).
- ♦ Test rapide, détection de l'antigène de DENV



Résultats:

- ♦ **3 (2,7%) échantillons positifs**
- ♦ provenant de la Zone de santé de Binza Météo.

Cas de Dengue chez les patients fébriles à Lisungi

- ⇒ A la suite de l'épidémie de Chikungunya en 2012
- ⇒ Enquête syndrome fébrile à Lisungi (Mont Ngafula)
- ⇒ 441 échantillons collectés dont 50 testés par ELISA

Résultats:

- * **Pas de cas Chikungunya**
- * **13 % d'échantillons IgG DEN positifs**
- * **5% d'échantillons IgM positif**

Cas de West Nile et CCHF

WN

- Transmis par les *Culex*
- Clinique : syndrome encéphalique
- 1998
- Camp militaire à Kisangani

CCHF

- Transmis par des tiques
- Clinique: syndrome hémorragique
- 1ers cas décrits dans les steppes de Crimée en 1944-1945
- le virus isolé en 1956 en RDC

Enquêtes entomologiques: *Aedes albopictus* en RDC

Vecteur

- ⇒ *Aedes* : abondant
- ⇒ *Aedes albopictus* :
- ♦ Espèce invasive
- ♦ Avec une bonne compétence vectorielle
- ♦ Envahit l'Afrique centrale

- ♦ En RDC, espèce majoritaire à l'Ouest
- ⇒ Risque d'épidémies dévastatrices
- ⇒ Veille sanitaire

Surveillance des arbovirus : Différentes stratégies

- ⇒ **Surveillance syndromique et systématique:**
- ♦ détection des épidémies au niveau national
- ♦ estimation du poids des pathologies
- ♦ coût élevé
- ⇒ **Surveillance sur sites sentinelles**
- ♦ détection des épidémies autour des sites
- ♦ coût réduit
- ⇒ **Surveillance sous une surveillance**
- ♦ coût très réduit
- ♦ certaines épidémies peuvent passer inaperçues
- ♦ sous-estimation du poids des pathologies

Travaux de thèse du Pr Dr **Sheila MAKIALA MANDANDA**, réalisés au CIRMF et l'INRB, sous la direction du Pr JJ Muyembe et du Dr Eric Leroy



Les conférences

Susceptibilité génétique à la trypanosomiose humaine Africaine

Empêché, le Pr Dieudonné MUMBA a désigné le Dr FATAKI Asina pour présenter les résultats de études menées par son équipe dans la province du Kwilu.

Contexte

Trypanosomiose humaine africaine (THA)

- ◇ Maladie tropicale négligée
- ◇ Transmission vectorielle
- ◇ Piqûre de la glossine
- ◇ Infection du trypanosome
- > maladie active
- > infection latente évoluant soit vers la maladie soit vers la guérison spontanée

Plusieurs phénotypes dans un même environnement

- ◆ Individus sains
- ◆ Malades chroniques
- ◆ Porteurs asymptomatiques

Réponses à l'infection très diversifiée

- ◆ Maladie
- ◆ Infection longue durée
- ◆ Guérisons spontanées

Prévalence des cas annuels en DA

An-née	Bandundu		Kasaï	
	1 ^{er} stade	2 nd stade	1 ^{er} stade	2 nd stade
2008	76,9 %	21,5 %	53,8 %	44,7 %
2009	82,2	14,6	65,7	31,2
2010	80,8	17,2	60,0	40,0

Evidence de souches de trypanosomes résistantes

- Graf, 2012
- Pyana PP, 2014 (vecteur)

Diverses réponses à l'infection et progression rapide vers stade 2

- facteurs ethniques / environnementaux ?
- polymorphisme génétique ?
-

implication des cytokines et autres facteurs? (IL, TNF, HLA, APOL...) Question de recherche
Pourquoi certaines populations évoluent-elles plus lentement que d'autres vers la maladie?

Hypothèses de recherche



Certaines populations seraient porteurs des facteurs génétiques qui contrôlèrent mieux la maladie par rapport à d'autres

L'existence des différences dans la susceptibilité à l'infection par *T. b. gambiense* peut expliquer l'existence des sous-populations génétiquement bien différenciées

Objectif général

rechercher les facteurs génétiques incriminés dans la résistance ou la susceptibilité à l'infection par le *T.b.g*

Objectifs spécifiques

Rechercher le polymorphisme génétique dans les différents phénotypes de la population d'étude

Evaluer l'association entre ce polymorphisme et la susceptibilité à la maladie

Méthodologie

- Site d'étude: Masi-Manimba (Kwilu, Bandundu)
- Période d'étude: Juillet 2013 - mars 2016
- Etude multicentrique: Guinée, Cameroun, Côte-d'Ivoire, Ouganda, RDC et Malawi
- Collecte de sang total des 3 phénotypes
- Extraction de DNA sur Buffy coat (kit Maxwell® Promega)
- Génotypage de DNA
- Résultats analysés à l'aide des logiciels Plink v 1,9 et R
- Recherche du polymorphisme de 96 SNP localisés sur 17 gènes
- Sélection des SNP selon 2 stratégies
 - * ceux connus avoir un lien avec THA ou autres maladies infectieuses : *APOL1 (G1 et G2 SNP)*, *CFH*, *HLAA*, *HPR*, *HP*, *IL1B*, *IL12B*, *IL12RB1*, *IL10*, *IL4R*, *MIF* et *TNFA*
 - * 6 autres résultant du déséquilibre de linkage, en utilisant Plink : *IL6*, *IL4*, *IL8*, *IFNG* et *HLA-G*
- Génotypage réalisé à
 - * Plateforme Genome Transcriptome de Bordeaux / INRA Site de Pierroton (France)
 - * LGC Genomics, Hoddesden, UK

Les conférences

Susceptibilité génétique à la trypanosomiase humaine Africaine

Résultats

- ♦ Génotypage de 233 DNA : 100 Contrôles, 100 Malades et 33 Asymptomatiques
- ♦ 87 sur 96 SNP sélectionnés retenus après contrôle de qualité
- ♦ Analyse d'association faite en comparaison de ces 3 phénotypes

Association malades vs contrôles

- ♦ Deux SNP de *IL4* (rs2243258 et rs2243279) et deux autres de *IFNG* (rs2430561, rs2069718) ont des allèles mineurs ayant un effet protecteur contre la THA (OR < 1) avant correction de Bonferroni.
- ♦ Pas de différence statistiquement significative dans la fréquence des allèles pour le polymorphisme de CFH, HP, HPR, IL1B, IL12B, IL12RB1, IL6, IL8, IL10, TNFA, HLAG, HLAA, MIF, and APOL1.

Association porteurs asymptomatiques vs contrôles

- ♦ Deux allèles mineurs de *IFNG* (rs2430561, rs2069718) ont un effet protecteur.
- ♦ L'allèle mineur (T) de *IL6* (rs2069830) n'a pas été retrouvé chez tous les porteurs asymptomatiques et seulement à 7% chez les contrôles, suggérant un effet protecteur contre la séro-conversion.

Association porteurs asymptomatiques vs malades

- ♦ Trois SNP dans *IL4* (rs2243258, rs2243279, rs71889624) sont associés à la protection contre la progression du portage asymptomatique vers la maladie, et deux d'entre eux sont bizarrement associés à la protection des contrôles vers la maladie.
- ♦ Les porteurs de l'allèle T (rs2243258) et ceux de l'allèle A (rs2243279) de *IL4* ont un risque réduit de développer la maladie; de même pour les porteurs de l'allèle T (rs2069728) de *IFN*

chez les porteurs asymptomatiques en comparaison avec les contrôles.

- ♦ L'absence complète de l'allèle T de *IL6* (rs2069830) chez les porteurs asymptomatiques insinue que cet SNP serait associé au risque de progression vers la maladie active. Toutefois, aucune de ces associations ne s'est révélée significative après correction de Bonferroni.

Conclusion

- ♦ Deux SNP respectifs des gènes *IL4*(rs2243258, allèle T et rs2243279, allèle A) et *IFNG* (rs2430561, allèle A et rs2069718, allèle G) associés à un risque mineur de développer l'infection à *Tbg* dans population congolaise vivant dans un foyer endémique de THA, sans association significative.
- ♦ Facteurs génétiques de susceptibilité à l'infection non reproductibles dans d'autres populations.
- ♦ Facteurs de risque génétique seraient variables selon la population en présence.

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

DEPISTAGE DE L'IMPUISSANCE SEXUELLE CHEZ LES MOTOCYCLISTES

DE KINSHASA

Présenté par le Dr GIBEMBA lors de la deuxième conférence des médecins du Kwilu tenue au grand hôtel de Kikwit



Le Dr Gibemba est venu présenter le résultat d'une étude récente faite sur les conducteurs de moto taxi. Après avoir présenté la même étude au congrès d'urologie l'année passée à Kinshasa, il devait faire face aux médecins qui travaillent en brousse, oubliant que la plupart de médecins présents à la conférence peuvent être considérés comme meilleurs conducteur de moto que les moto taxi urbains.

En effet, la moto constitue le meilleur moyen de transport en milieu rural et est particulièrement utilisée par les médecins de brousse et les prêtres qui, à la différence des conducteurs de motos taxi qui conduisent sur des routes en bon état, conduisent la moto sur des routes sablonneuses et accidentées. C'est donc une conférence à la fois instructive et provocatrice. Mais de toute les façons, la science finit par triompher.

Voici en intégralité, ce qu'a été l'exposé du Dr Gibemba lors de la deuxième édition de la conférence des médecins du Kwilu.

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

DEPISTAGE DE L'IMPUISSANCE SEXUELLE CHEZ LES MOTOCYCLISTES
DE KINSHASA



Introduction 1

Des études ont établi la relation de cause à effet entre la pratique de l'exercice physique sur vélo, moto et certaines dysfonctions du plancher pelvien: dysfonction érectile, névralgie pudendale, etc. Plusieurs heures sur la moto est source d'obstruction du nerf principal innervant la zone pelvienne « le nerf pudendal » selon le Dr Gibemba. La région périnéale étant soumise pendant longtemps à des compressions, des frottements et des traumatismes.



« A Kinshasa, au-delà des pathologies du cycliste et motocycliste, le conducteur de taxi-moto pourrait souffrir particulièrement d'une infertilité, vu l'exposition au quotidien de son appareil génital aux sources traumatiques et de chaleur que sont, le réservoir et le moteur de sa moto, desquels il se rapproche en transportant 3 à 5 personnes ou des lourdes charges ».

Objectif général

Dépister l'impuissance sexuelle chez le motocycliste de la ville de Kinshasa.

Objectifs spécifiques

- Evaluer l'impuissance sexuelle chez les motards dans la ville de Kinshasa ;
- Sensibiliser les motards aux risques qu'ils courent ;
- Organiser les consultations médicales pour déterminer l'ampleur de la pathologie précitée ;
- Proposer une prise en charge.

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

DEPISTAGE DE L'IMPUISSANCE SEXUELLE CHEZ LES MOTOCYCLISTES DE KINSHASA

Matériel et méthodes

Des 24 communes que compte la ville, nous nous sommes focalisés sur Mont-Ngafula, Lemba, Kisenso, Limete, Makala, Selembao et Kalamu.

Une étude transversale Cas –Témoins sur motocyclistes de Juin à Septembre 2017, a permis d'inclure 104 motocyclistes actifs durant la période de l'étude.

La collecte des données a été faite par 3 médecins dans un cadre confidentiel.

Chacun des motocyclistes inclus, remplissait une fiche d'information et du score IIEF-5 après explications du médecin pour ceux qui étaient en mesure de le faire et les médecins aidaient les autres qui ne pouvaient pas le faire d'eux-mêmes.

Ces données ont constitué une base de données confectionnée avec le logiciel SPSS version 21.0 pour Windows et ont été saisies à l'aide du logiciel SPSS version 21.0 pour Windows.

Nous avons obtenus l'adhésion des motocyclistes après un consentement éclairé. Nous avons gardé la confidentialité sur les patients en n'inscrivant sur la fiche que les initiales de leurs noms.

Résultats

Caractéristiques descriptives des motocyclistes

Les 104 motocyclistes ayant participé à notre étude avaient une moyenne d'âge de $32,2 \pm 8,6$ ans (extrême:19 et 54 ans).

Plus de la moitié des motocyclistes (70%) étaient mariés ou vivaient en union libre en moyenne depuis $10 \pm 7,8$ ans.

101 motocyclistes avaient en moyenne 2 rapports sexuels par semaine ; trois n'avaient pas des rapports sexuels.

Caractéristiques générales des motocyclistes enquêtés

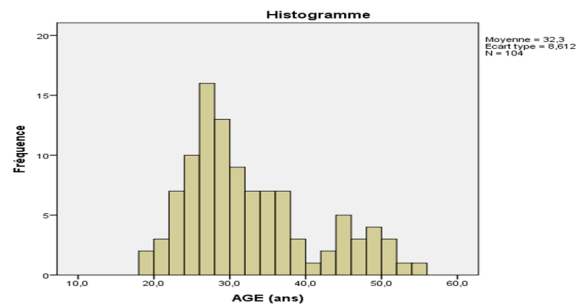


Tableau III : Répartition selon la durée de travail en heures (cas et témoins)

Durée du travail (heures)	Fréquence	Pourcentage
Moins 8	12	11,5
8-12	36	34,6
Plus de 12	56	53,8
Total	104	100

Tableau IV: Répartition selon l'ancienneté

Ancienneté	Fréquence	Pourcentage
Moins 1	11	10,6
1-5	61	58,7
6-10	26	25,0
11-15	4	3,8
Plus de 15	2	1,9
Total	104	100

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

DEPISTAGE DE L'IMPUISSANCE SEXUELLE CHEZ LES MOTOCYCLISTES

DE KINSHASA

Tableau V : Répartition selon le nombre des personnes transportées

Nombre des personnes	Fréquence	Pourcentage
2	7	6,7
3	8	84,6
4	7	6,7
NA	2	1,9
Total	104	100,0

Tableau XI : Répartition selon l'utilisation de préservatifs

Contraception	Fréquence	Pourcentage
Non	72	69,2
Oui	31	29,8
NA	1	1,0
Total	104	100,0

Tableau XII : Répartition selon la présence des lombalgies et les douleurs périnéales et/ou anales

Tableau VIII: Répartition selon le nombre des rapports sexuels/semaine

Nbr des rapport sex/sem	Fréquence	Pourcentage
0	39	37,5
1-3	44	42,3
4-6	18	17,3
NA	3	2,9
Total	104	100,0

Lombalgie Douleur périnéale	Fréquence	Pourcentage
0	10	9,6
1	19	18,3
1,2	67	64,4
2	8	7,7
Total	104	100,0

Tableau IX : Répartition selon le nombre des partenaires

Nbre des partenaires	Fréquence	Pourcentage
1	57	54,8
2	24	23,1
3	14	13,5
4	5	4,8
5	3	2,9
10	1	1,0
Total	104	100,0

Tableau XV : Répartition selon le score IIEF-5

Score	Fréquence	Pourcentage
1-4	2	1,9
5-10	3	2,9
11-15	24	23,1
16-20	39	37,5
21-24	36	34,5
Total	104	100,0

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

APRES 30 ANS D'EXPERIENCE, UNE PROVINCE DU KWILU SANS
EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA : MYTHE OU REALITE?

JJ Muyembe-Tamfum. MD, PhD.
Faculté de Médecine, UNIKIN
Institut National de Recherche Biomédicale (INRB).
Parrain de la Conférence des Médecins du Kwilu



**19 ans après l'épidémie d'Ebola à Yambuku :
Epidémie de Kikwit, 1995**

Alerte, 27 avril 1995

Diarrhée rouge.
Fièvre.

Plusieurs décès dans les communautés et parmi les
agents de santé.



Sévérité de la situation

Même les religieuses européennes sont mortes de

**cette maladie mystérieuse.
Réponse nationale**

investigations bactériologiques, 28 Avril 1995.

Messages

Mgr Mununu,
Abbé Nguya,
Dr Kipasa, Médecin Directeur HGR

Départ pour Kikwit et installation d'un petit labora-
toire mobile de bactériologie.

Echantillons de selles des cas aigus: recherche de
Shigella dysenteriae.

Echantillons de sang: recherche de *Salmonella Ty-*
phi.

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

APRES 30 ANS D'EXPERIENCE, UNE PROVINCE DU KWILU SANS
EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA : MYTHE OU REALITE?

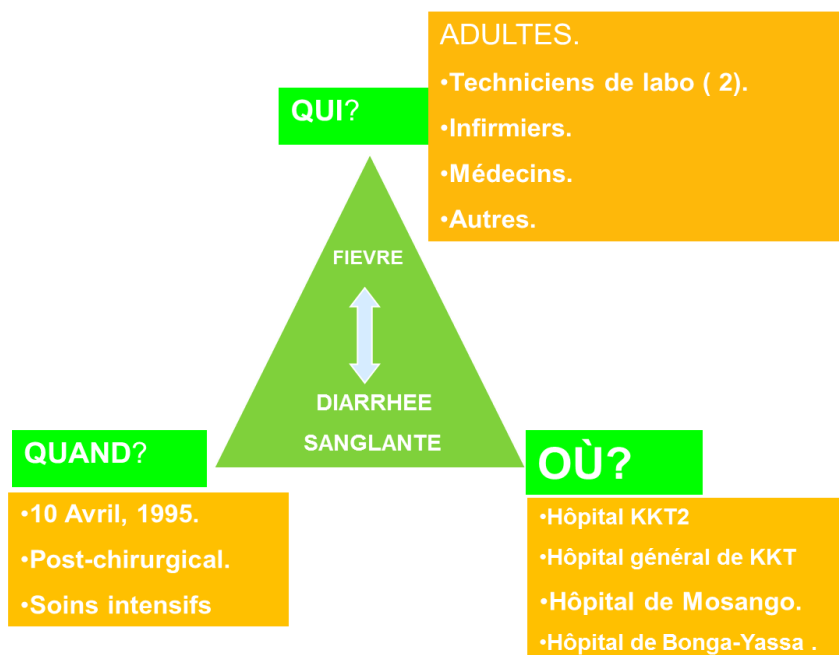
Epidémie de Kikwit : données de laboratoire du 1^{er} Mai,

NATURE	NOMBRE	CULTURE NEGATIVE	CULTUREPOSITIVE
COPROCULTURE/ SHIGELLA	97	93	4
HEMOCULTURE/ S.TYPHI	9	9	0

Epidémie de Kikwit: distribution par âge et par sexe des cas de diarrhée au 1^{er} Mai, 1995.

AGE	HOMME	FEMME	TOTAL
<1	1	2	3
1-10	4	2	6
11-20	21	8	29
21-30	16	12	28
>30	20	20	40
TOTAL	62	44	106

Epidémie de Kikwit : investigations épidémiologiques.

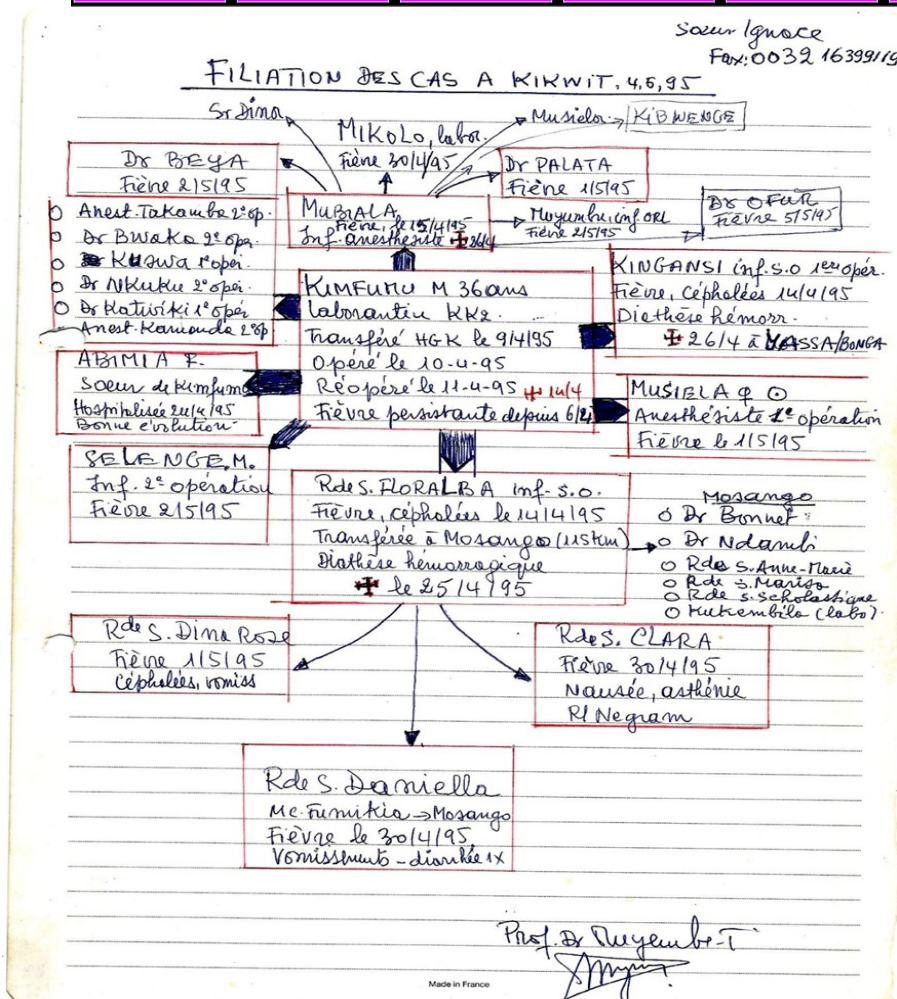
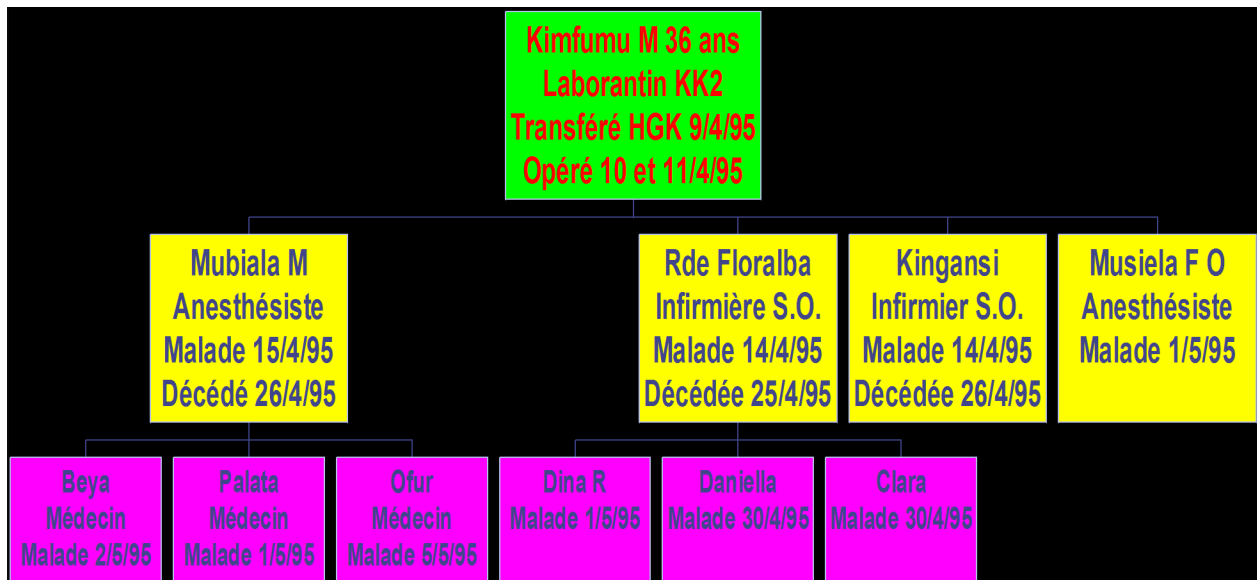


Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

APRES 30 ANS D'EXPERIENCE, UNE PROVINCE DU KWILU SANS
EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA : MYTHE OU REALITE?

Epidémies de Kikwit: liens épidémiologiques entre les cas.



EBOLA KIKWIT: sœurs victimes

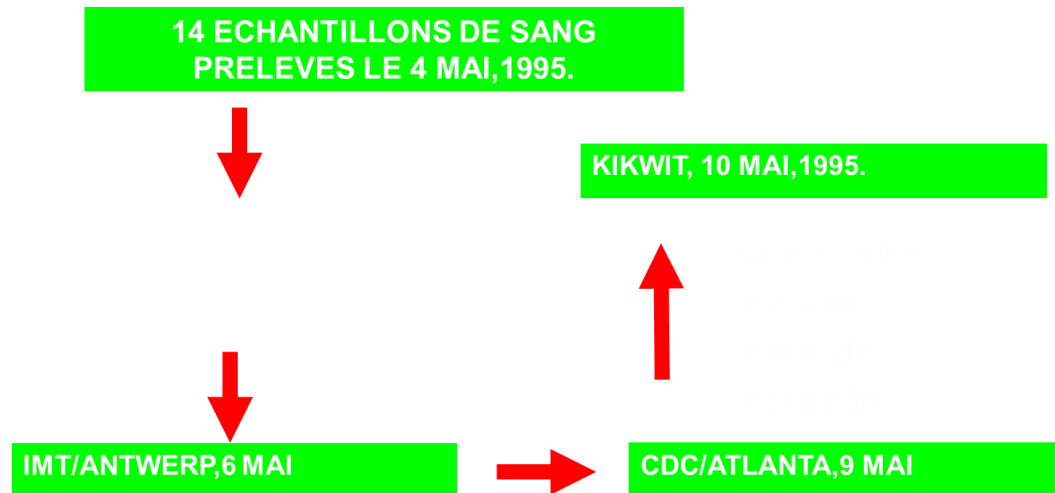


Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

APRES 30 ANS D'EXPERIENCE, UNE PROVINCE DU KWILU SANS
EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA : MYTHE OU REALITE?

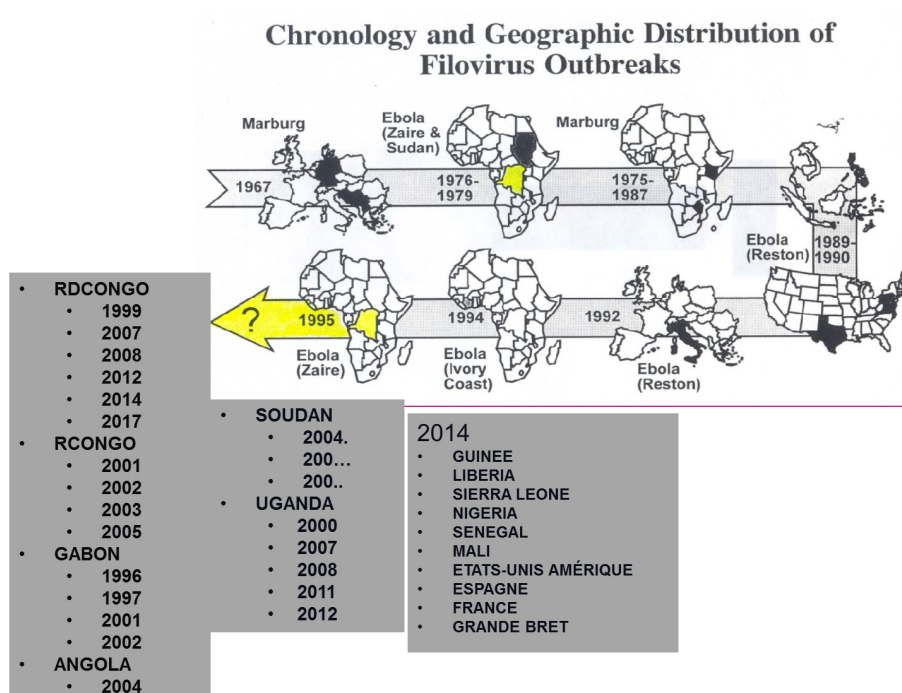
Epidémie de Kikwit: investigations virologiques.



Aperçu sur l'épidémie de Fièvre hémorragique Ebola à Kikwit, 1995.

- ✦ Cas index: Janvier, et confirmation de l'épidémie le 10 Mai 1995.
- ✦ 317 cas (75 personnel de santé).
- ✦ 250 décès (60 personnel de santé).
- ✦ Convalescents: 70.
- ✦ Familles affectées: 180; orphelins: 727.
- ✦ Extension: 25 villages et 1 cas à Kinshasa.

Fin de l'épidémie: 24 Août, 1995.



Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

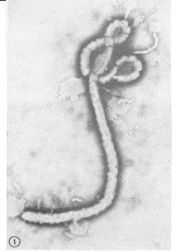
Les conférences

APRES 30 ANS D'EXPERIENCE, UNE PROVINCE DU KWILU SANS
EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA : MYTHE OU REALITE?

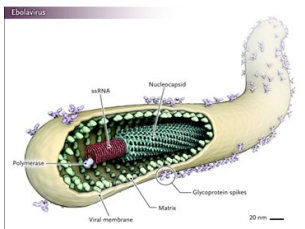


Ordre *Mononegavirales*

Famille *Filoviridae*



Genre *Marburgvirus*
Espèce *Marburg marburgvirus*
Virus 1: Marburg virus
Virus 2: Ravn virus (RAVV)



Genre *Ebolavirus*
Espèce *Tai Forest ebolavirus*
Virus: Tai Forest virus (TAFV)
Espèce *Reston ebolavirus*
Virus: Reston virus (RESTV)
Espèce *Sudan ebolavirus*
Virus: Sudan virus (SUDV)
Espèce *Zaire ebolavirus*
Virus: Ebola virus (EBOV)
Espèce *Bundibugyo ebolavirus*
Virus: Bundibugyo virus (BDBV)

Genre *Cuevavirus*
Espèce *Lloviu cuevavirus*
Virus: Lloviu virus (LLOV)

Espèces et virulence

- ✦ Zaire Ebolavirus: létalité 60-90%.
- ✦ Sudan Ebolavirus: létalité 40-60%.
- ✦ Bundibugyo Ebolavirus: létalité 25-50%.
- ✦ Taï Forest Ebolavirus: létalité 0%.

Modes de contamination

Infection par injection: période incubation de 6.3jrs et létalité 100%. (Yambuku).

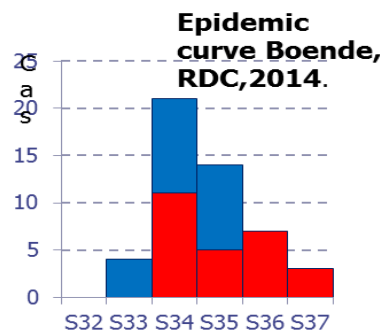
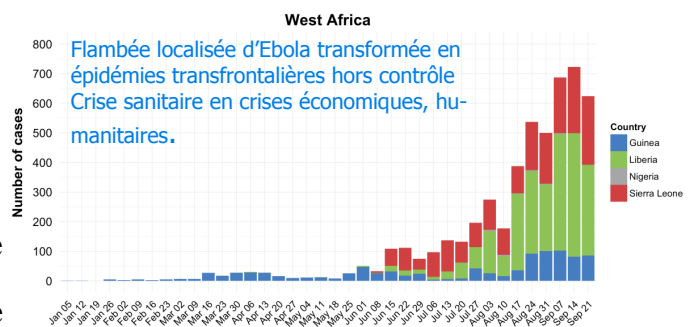
Infection par contact: période incubation de 9.5jrs et létalité 80%.

Le Virus, oui, mais avant tout le contexte.

- ✦ Virus de l'Afrique de l'OUEST plus virulent?
- ✦ Sans doute, **mais**, mais les épidémies du Sénégal et du Nigeria ont été contrôlées.

Guinée, Sierra Leone et Liberia: grosses épidémies hors contrôle dans un contexte d'impréparation, des funérailles non encadrées etc.

Fièvre hémorragique Ebola en Afrique de l'ouest, 2014 : Nouveau visage.

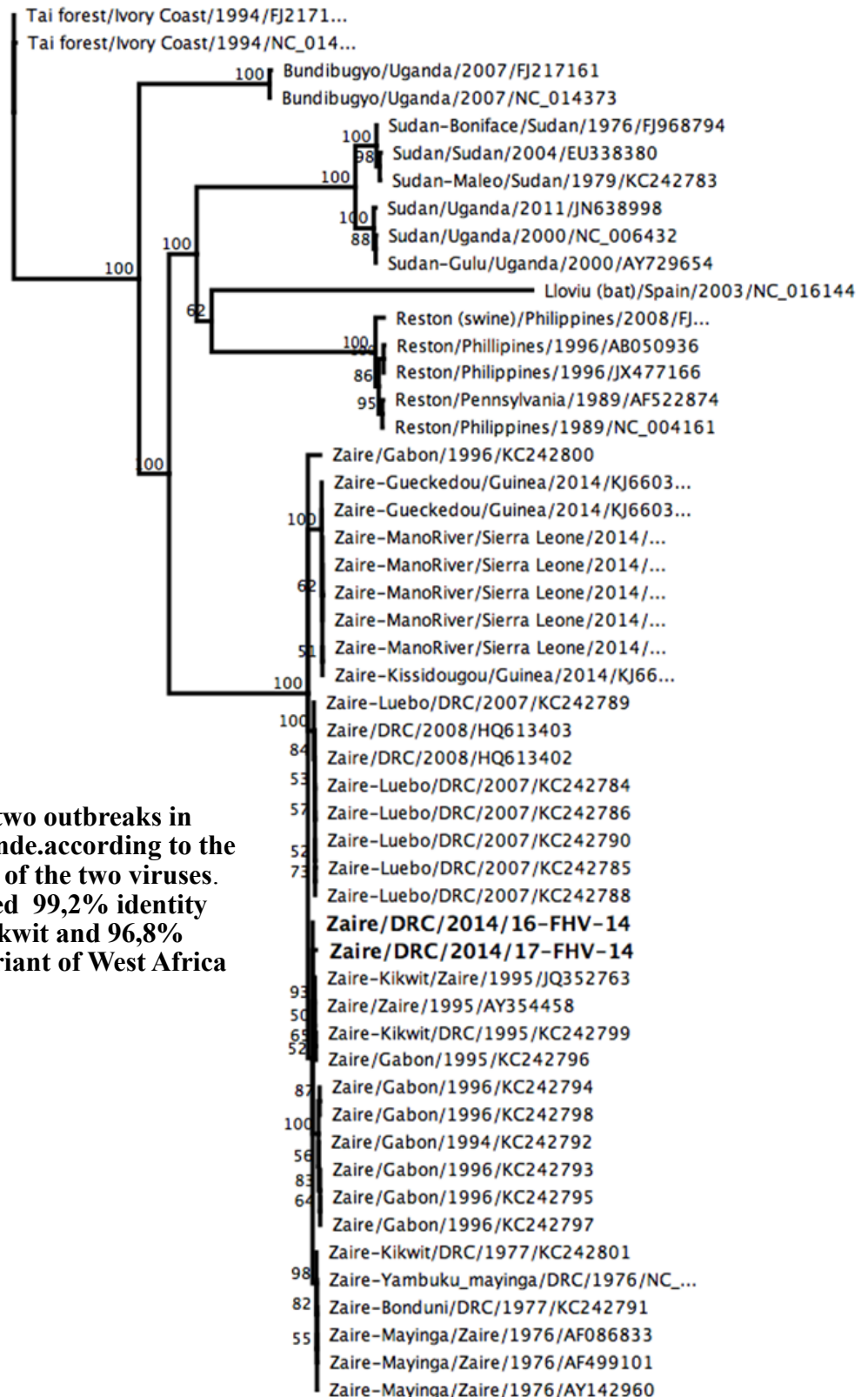


En RDC les épidémies sont localisées sans expansion et maîtrisées par de simples mesures de santé publique basées sur une approche communautaire.

■ Probable ■ Confiriné

Les conférences

APRES 30 ANS D'EXPERIENCE, UNE PROVINCE DU KWILU SANS
EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA : MYTHE OU REALITE?



No link between the two outbreaks in West Africa and Boende according to the results of sequencing of the two viruses. EBOV Boende showed 99,2% identity with the isolate of Kikwit and 96,8% identity to EBOV variant of West Africa

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

APRES 30 ANS D'EXPERIENCE, UNE PROVINCE DU KWILU SANS
EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA : MYTHE OU REALITE?

Caractéristiques des épidémies de MVE en RDC,1976-2014.

Année	Localisation	Alerte	Espèce Ebola	Ecologie
1976	Yambuku	F.typhoïde, F.jaune	Ebola Zaire	Rural, Région des forêts tropicales.
1995	Kikwit	F.typhoïde. Shigellose	Ebola Zaire	Urbain, Région de savanne
2007 2008	Mweka	F.typhoïde. Shigellose	Ebola Zaire	Rural, Région de savanne avec galeries forestières.
2012	Isiro	Malaria et bactériémie.	Ebola Bundibugyo	Urbain, région de forêts tropicales.
2014	Boende	Gastro-entérite.	Ebola Zaire	Rural, Région de forêts tropicales.

Caractéristiques des épidémies de MVE en RDC,1976-2014.

Année	Localisation	Likati Cas (% décès)	Facteurs de risque (case index)	Infection nosocomiale	Délais de réponse
1976	Yambuku	318(88)	Viande de brousse?	++++	4 mois
1977	Tandala	1(100)	?	0	
1995	Kikwit	317(78)	Activités agricoles.	++++	5 mois
2007	Mweka	264(71)	Manipulation de viande de chauve-souris?	+	4 mois
2008	Mweka	32(42)	Manipulation de viande de chauve-souris?	0	21 jours
2012	ISIRO	77 (49)	?	++++	4mois
2014 2017	Boende Likati	66 (70) 09 cas	Singe trouvé mort Phacochères? Chauve-souris	++ 0	15 jours <7 jours

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

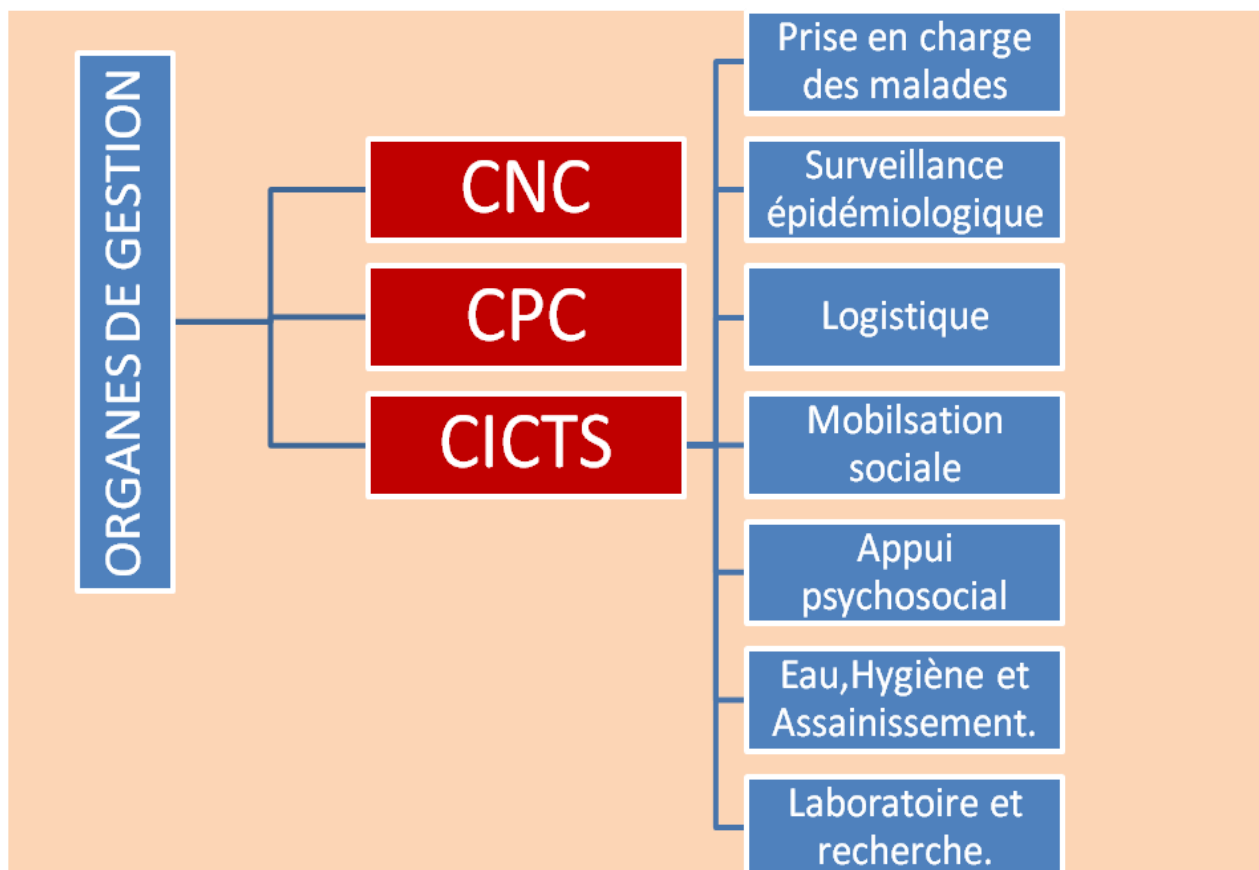
Les conférences

APRES 30 ANS D'EXPERIENCE, UNE PROVINCE DU KWILU SANS
EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA : MYTHE OU REALITE?

La RD CONGO Expertise: les épidémies de MVE en RDC ont été maîtrisées à l'épicentre

Localisations	Nombre des cas (%)	Nb cases transférés à Kinshasa	Infections secondaires
YAMBUKU,1976	318(88%)	1	2
Tandala (1977)	1(100%)	0	0
KIKWIT,1995	317(78%)	1	0
MWEKA, 2007	264(71%)	0	0
Mweka, 2008	32(42%)	0	0
ISIRO, 2012	77(49%)	0	0
BOENDE, 2014	66(70%)	0	0

La RDCONGO: développement des connaissances sur la MVE/Les organes de gestion.



Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

APRES 30 ANS D'EXPERIENCE, UNE PROVINCE DU KWILU SANS
EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA : MYTHE OU REALITE?

La RD CONGO : développement des connaissances sur la MVE/la sérothérapie, les vaccins etc.

Patient	Days between disease onset and transfusion	Volume blood received	Outcome
1	7	400cc	Alive
2	11	150cc	Alive
3	13	150cc	Alive
4	9	250cc	Alive
5	15	250cc	Alive
6	13	250cc	Alive
7	11	450cc	Alive
8	8	450cc	Died

La RD CONGO: développement des connaissances sur la MVE
et partage de ses expériences et expertise avec les pays Africains.



Sous le haut patronage du Président de la République Démocratique du Congo
Le Ministère de la Santé Publique organise
La formation internationale sur la gestion de la Maladie à Virus Ebola à Kinshasa
Du 11 au 19 Janvier 2016
INPESK



- RDC: développement d' expertise en épidémio, labo et équipes multidiscipl.
- RDC:partage d' expériences avec d' autres pays africains (JICA).

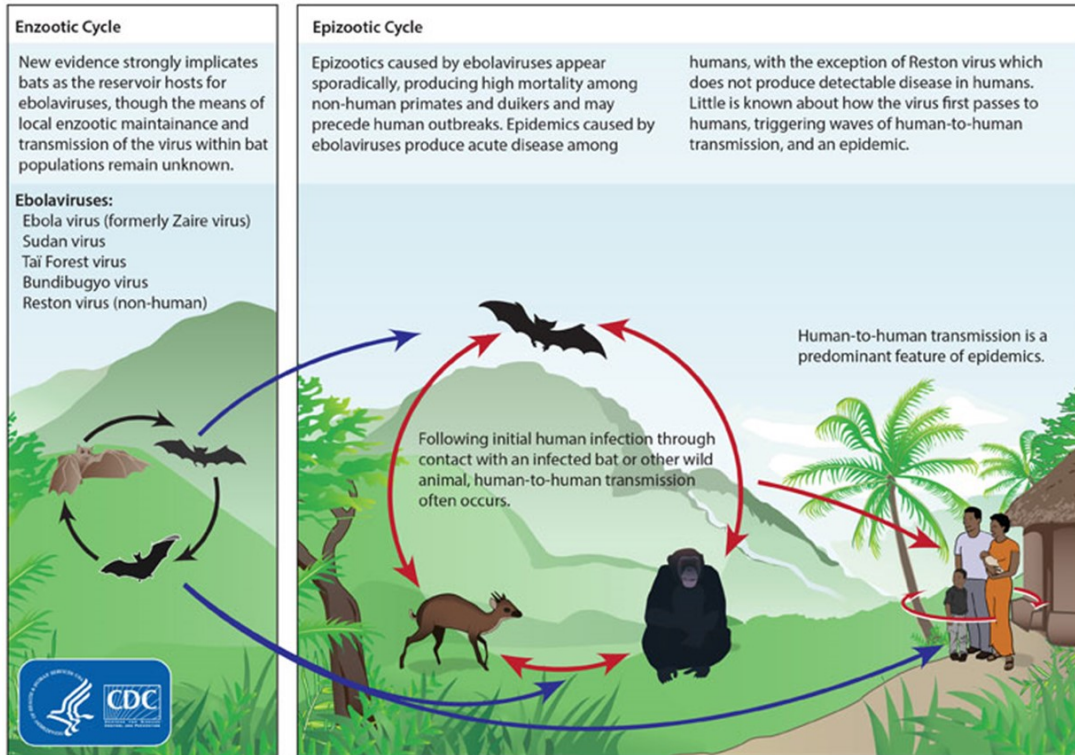
- RDC: envoi des plus de 100 experts multidisciplinaires (épidémiologistes, hygienistes, médecins, anthropologistes).
- RDC: gestion labo KAPLAN

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

APRES 30 ANS D'EXPERIENCE, UNE PROVINCE DU KWILU SANS
EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA : MYTHE OU REALITE?

Ebolavirus Ecology



This graphic shows the life cycle of the ebolavirus. Bats are strongly implicated as both reservoirs and hosts for the ebolavirus. Of the five identified ebolavirus subtypes, four are capable of human-to-human transmission. Initial infections in humans result from contact with an infected bat or other wild animal. Strict isolation of infected patients is essential to reduce onward ebolavirus transmission.

Une Province du Kwilu sans épidémies de MVE est possible si meilleures connaissances sur les modes de transmission du virus Ebola.



Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les conférences

APRES 30 ANS D'EXPERIENCE, UNE PROVINCE DU KWILU SANS
EPIDEMIES DE MALADIE A VIRUS EBOLA : MYTHE OU REALITE?

Une Province du Kwilu sans épidémies de MVE est possible en adoptant l'approche communautaire de lutte.

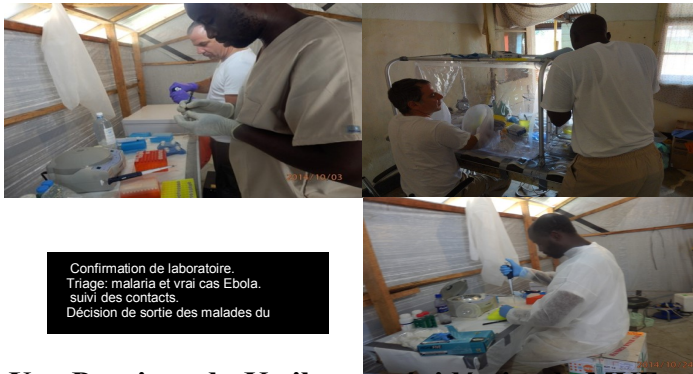
L'approche communautaire a pour but d'obtenir un engagement précoce de la communauté afin qu'elle s'approprie les mesures de lutte proposées par les équipes d'experts.

Sensibilisation des membres des communautés.
Utilisation des survivants pour la prévention et la gestion des résistances des communautés.

Dialogue and négociations avec les communautés et les familles affectées. Seules les solutions négociées seront mises en œuvre.

Promotion des survivants d'Ebola pour réintégrer leurs communautés.

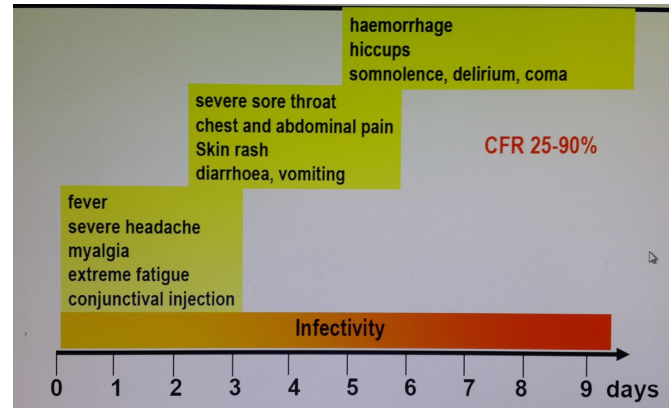
Une Province du Kwilu sans épidémies de MVE est possible en renforçant nos capacités de diagnostic : POC, ELISA et PCR.



Une Province du Kwilu sans épidémies de MVE est possible en améliorant nos capacités logistiques.



Une Province du Kwilu sans épidémies de MVE est possible en améliorant les capacités des cliniciens pour la détection précoce des cas d'Ebola.



Une Province du Kwilu sans épidémies de MVE est possible en améliorant les capacités des cliniciens pour la détection précoce des cas d'Ebola



En conclusion

Une Province du Kwilu sans épidémies de MVE est possible si:

- Nous bâtissons dès aujourd'hui un système national de santé robuste doté de diverses capacités en recherche, épidémiologie, prise en charge etc.
- Nous créons des équipes multisectorielles (épidémiologistes, hygiénistes, médecins cliniciens anthropologues et communicologues) avec la participation des communautés.
- Nous nous préparons pour utiliser les nouveaux outils de lutte: vaccins, antiviraux et anticorps monoclonaux spécifiques.

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Les recommandations



Recommandations issues de la 2^{ème} conférence des médecins du Kwilu

Aux autorités du gouvernement central

Bâtir dès aujourd'hui un système national de santé robuste doté de diverses capacités en recherche, épidémiologie, prise en charge etc.

Créer des équipes multisectorielles (épidémiologistes, hygiénistes, médecins cliniciens anthropologues et communicologues) avec la participation des communautés.

Se préparer pour utiliser les nouveaux outils de lutte: **vaccins, antiviraux et anticorps monoclonaux**

Doter les hôpitaux de matériel de protection individuelle

Adopter l'approche communautaire de lutte contre

les épidémies et autres maladies.

Améliorer nos connaissances sur les modes de transmission des maladies transmissibles et du virus Ebola.

Renforcer nos capacités de diagnostic : POC, ELISA et PCR.

Améliorer nos capacités logistiques.

Améliorer les capacités des cliniciens pour la détection précoce d'épidémies et des cas d'Ebola.

Promouvoir l'émergence du programme de lutte contre les maladies bucco-dentaires en lui dotant des moyens nécessaires pour la sensibilisation, la prévention et la prise en charge,

Promouvoir l'émergence du programme de lutte contre les cancers en lui dotant des moyens nécessaires pour la sensibilisation, la prévention et la prise en charge,

Consulter les sociétés savantes et mettre en application les recommandations de celles-ci.

Les recommandations

Au CNOM, COPROM, au MINESU, au le besoin à la base,
MINSANTE

Organiser la fermeture des facultés de médecines non viables et réorienter les étudiants et enseignants vers les facultés viables

Déterminer le nombre de facultés de médecine et de médecins à produire en fonction de besoin à la base.

Suspendre l'accréditation des médecins issus des facultés de médecines sans cliniques universitaires

Dépolitiser la nomination des médecins directeurs des hôpitaux en légitimant les élections des directeurs comme le cas avec les médecins chef de staff médical élu par le collège de médecins.

Renforcer les capacités en infrastructure, en fonctionnement et ressources humaines (...)

Réviser les outils juridiques et textes de Loi (URGENCE)

Renforcer le contrôle dans le processus d'inscription au TOM: Kinshasa, puis aux Provinces (conséquence: délais!!)

Instaurer le système d'accréditation de la pratique médicale (*Sociétés Savantes/ des Rencontres médicales*)

Instaurer le concours pour l'octroi du CNOM (en phase avec le Ministère de la Santé Publique): 2020
Standardiser la formation des médecins généralistes sur le plan scientifique et pratique

Réorganiser et promouvoir la formation continue du personnel

A la DPS

Bien maîtriser les effectifs des agents à affecter dans les institutions sanitaires de la province,

Rééquilibrer la distribution des agents et cadre de la santé de façon équitable dans le secteur public et privé en respectant les normes en matière de capacité d'accueil des hôpitaux,

Aider le gouverneur de province à ne pas signer des affectations massives sans avoir évalué au préalable

Promouvoir la culture de l'excellence en encourageant les plus méritants et en décourageant les promotions politico-tribales au sein de la division provinciale de la santé,

Appliquer le strict respect du code de travail dans la prise de décision en ce qui concerne les sanctions administratives des agents et cadres du secteur de la santé,

Aux praticiens de la médecine

Prendre conscience du danger qui guette la profession médicale en RDC avec la prolifération des écoles de médecine, l'altération de l'environnement de travail, la modicité des honoraires et le mauvais traitement salariale,

Participer aux activités scientifiques et aux journées déontologiques,

Refuser de donner des enseignements aux institutions supérieures et universitaires non viables,

Renforcer le lien de confraternité, travailler ensemble pour sauver la noble profession qu'est la médecine.

A la Population

S'instruire afin d'avoir une culture générale sur les questions de la vie liées à la santé,

Éviter les cultures et pratiques à risque de nature à nuire à la santé personnelle et communautaire,
Adopter les attitudes simples et responsables telles que se laver les mains régulièrement,

Participer aux activités d'appui à la santé et dénoncer les mauvaises pratiques qui anéantissent les efforts de l'état et de scientifiques à faire évoluer la prise en charge.

S'intéresser particulièrement à la médecine dentaire qui constitue une meilleure solution de leur problème de santé bucco-dentaire, car l'ignorance amène à des complications,

Adopter la culture de consulter et de faire dépister même lorsqu'on est en bonne santé.

Remerciements



Au Professeur Dr JJ MUYEMBE, parrain de COMEK, qui a su attirer l'attention de tous les participants et tous les partenaires, pour son appui scientifique, moral et financier ;

A l'Honorable Président de l'assemblée nationale Aubin MINAKU, pour sa volonté politique d'accompagner la conférence des médecins du Kwilu et son appui financier ;

Au Président Conseil National de l'Ordre des Médecins de la RDC, le Dr Berthier NSADI, pour son implication et son accompagnement ;

Au Professeur Dr JM KAYEMBE NTUMBA, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Kinshasa, pour son esprit d'ouverture, son soutien moral, scientifique et son accompagnement ;

A son Excellence le Gouverneur du Kwilu, Michel BALABALA pour son soutien personnel ;

A son Excellence Monsieur le Ministre Provincial de la Santé du Kwilu, le Dr Chalet SELEGO, pour son implication personnelle ;

A son Excellence Justin KANGUNDU, ministre honoraire de l'agriculture, ADG de l'ACP

A l'honorable Willy MAKIASHI pour son appui logistique ;

Au Chef de Division Provinciale de la Santé du Kwilu, le Dr JP BASAKE, pour son sens de leadership et sa disponibilité ;

Au président du COPROM/KWILU, le Dr VUMUKA, pour son sens de collaboration ;

Au Directeur National du PEV/RDC, le Dr Guillaume NGOIE MWAMBA, pour son soutien financier et son implication ;

A son Excellence Mgr Timothée BODIKA, Evêque du diocèse de Kikwit

Révérende Sr Aimée KINGATA KAPINGA présidente de USUMA/RDC

Monsieur Zephyrin MAMOKO, PCA de la RTNC

Au Professeur Dr AHUKA

Au Professeur Dr MAKIALA

A tous les médecins spécialistes qui ont fait le déplacement de Kinshasa vers Kikwit

A tous les médecins qui ont pris part à la 2ème édition de COMEK

A tous nos partenaires :

NRB

UCLA/RDC

FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE KINSHASA

PEV/RDC

ACP

INNOTECH

NEW CESAMEX

ARTEPHARM

SHALINA

ARAUPHAR

Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Divers : Reportage





Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Divers : Reportage



Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Divers : Reportage





Conférence des Médecins du Kwilu 2ème Edition

Divers : Reportage



