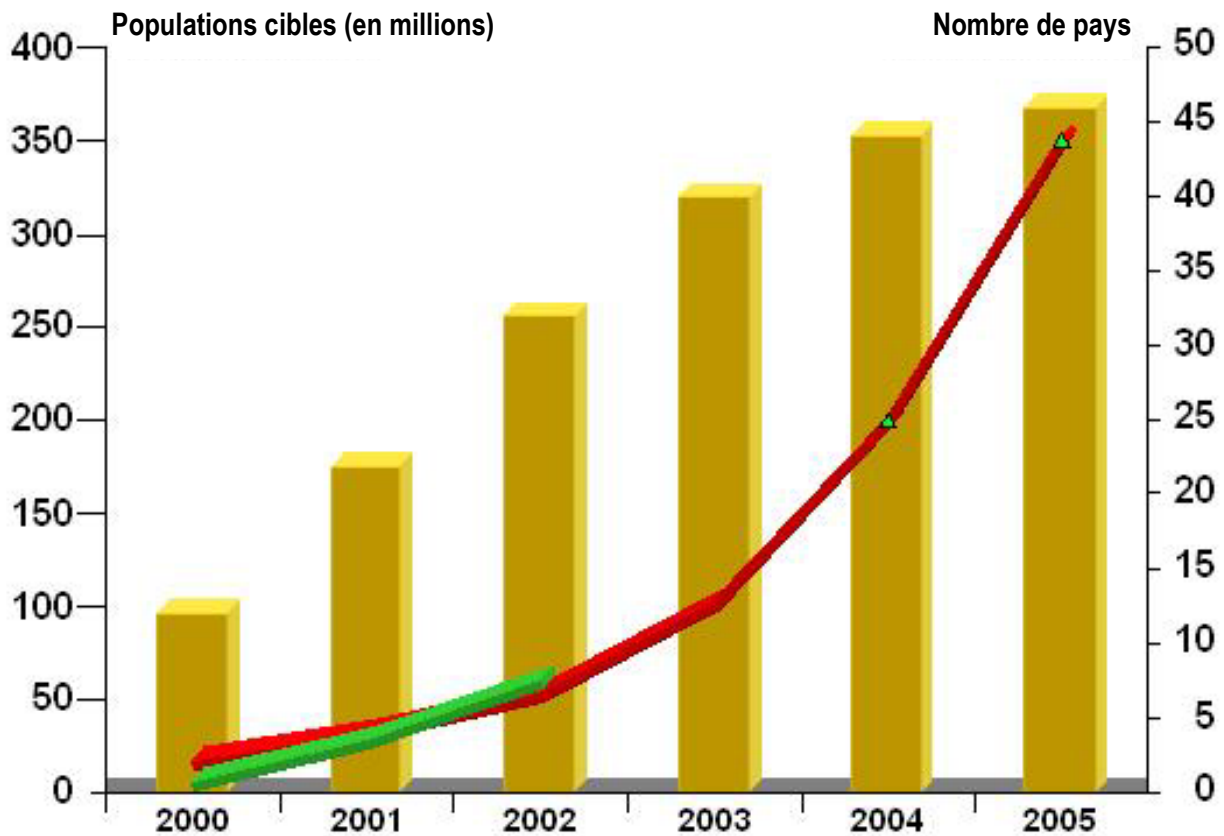


---

**PROGRAMME MONDIAL POUR L'ELIMINATION  
DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE**

---

**Plan stratégique 2003–2005**  
*Les défis de l'élargissement*



**Organisation  
mondiale de la Santé**

## © Organisation mondiale de la Santé 2004

Tous droits réservés.

Le présent produit d'information sanitaire est destiné à un public restreint seulement. Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit, transmis, distribué, traduit ou adapté, partiellement ou en totalité, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit.

Les appellations employées dans le présent produit d'information sanitaire et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

---

**PROGRAMME MONDIAL POUR L'ELIMINATION  
DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE**

---

**Plan stratégique 2003–2005**  
*Les défis de l'élargissement*



**Programme d'élimination de la filariose lymphatique,  
Maladies transmissibles : Prévention, lutte et éradication**

Ce plan, dont les grandes lignes et le contenu ont été approuvés par le groupe consultatif technique sur la filariose lymphatique durant sa réunion de mars 2003, contient des principes directeurs à l'intention des groupes d'examen des programmes régionaux et des directeurs des programmes nationaux qui devront mettre en forme les plans d'exécution précis adaptés à leurs Régions et pays. Selon les besoins, il pourra aussi être utilisé par l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique pour des activités de sensibilisation et de promotion.

# Sommaire

	<b>Pages</b>
<b>But et hypothèses de départ</b> .....	<b>5</b>
<b>Champ d'action</b> .....	<b>5</b>
Pays d'endémie – stratégie d'interruption de la transmission de la FL.....	5
Prévenir les incapacités causées par la FL – lymphoedème et hydrocèle .....	5
<b>Principes opérationnels stratégiques</b> .....	<b>6</b>
Régionalisation.....	6
Renforcement des systèmes de santé existants .....	6
Synergies avec d'autres programmes de lutte ou d'élimination.....	6
Intégration de l'élimination de la FL aux stratégies de développement.....	6
Création de partenariats nationaux .....	7
<b>Objectifs stratégiques</b> .....	<b>7</b>
2003–2005.....	7
2006–2010.....	7
2011–2020.....	7
<b>Plan à court terme 2003–2005</b> .....	<b>8</b>
Objectifs et priorités .....	8
Activités et résultats .....	9
<b>Plan à moyen terme 2006–2010</b> .....	<b>13</b>
Objectifs et priorités .....	13
<b>Plan à long terme 2011–2020</b> .....	<b>13</b>
Objectifs et priorités .....	13
<b>Ressources nécessaires</b> .....	<b>14</b>
Plan à court terme 2003–2005.....	14
Plans à moyen et à long terme 2006–2020.....	15
<b>Direction du Programme contre la FL</b> .....	<b>16</b>
Organisation au niveau des pays .....	16
Organisation au niveau régional.....	16
Organisation au niveau mondial.....	17
<b>Annexe 1 : Bilan du Programme mondial pour l'élimination de la FL 1999–2002</b> .....	<b>20</b>
<b>Annexe 2 : Liste des abréviations</b> .....	<b>24</b>



## But et hypothèses de départ

Le but du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (FL) a été défini comme « **l'élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici à 2020** ». <sup>1</sup> Le plan stratégique, établi en 1999<sup>2</sup>, précisait que ce Programme comprenait quatre éléments principaux et avait deux objectifs :

- interrompre la transmission,
- prévenir les incapacités.

Le présent plan stratégique d'élargissement pour la période 2003–2005 concerne uniquement des questions de programme et repose sur l'hypothèse que le Programme mondial pour l'élimination de la FL bénéficiera d'un financement adéquat. Le groupe spécial de l'Alliance pour l'action de plaidoyer et la collecte de fonds procède à l'élaboration de plans détaillés en vue de l'acquisition des fonds nécessaires.

## Champ d'action

### Pays d'endémie – stratégie d'interruption de la transmission de la FL

Le traitement médicamenteux de masse de la totalité de la population « à risque » permet d'interrompre la transmission de la FL en ramenant le nombre des parasites présents dans le sang à des niveaux tels que les moustiques vecteurs ne peuvent plus transmettre l'infestation :

- administration annuelle d'une dose unique de deux médicaments associés, (albendazole plus ivermectine ou diéthylcarbamazine (DEC)) pendant 4 à 6 ans,<sup>3</sup>
- utilisation exclusive de sel de table/cuisine enrichi de DEC pendant 1 à 2 ans.

### Prévenir les incapacités causées par la FL : lymphœdème et hydrocèle

- Autoprise en charge du lymphœdème à domicile avec l'aide de services d'appui.
- Accès à la chirurgie pour les malades présentant une hydrocèle.

---

<sup>1</sup> Résolution WHA50.29 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

<sup>2</sup> *Building partnerships for lymphatic filariasis: strategic plan*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (WHO/FIL/99.198).

<sup>3</sup> Le nombre des tournées annuelles de traitement dépend de la couverture. Plus elle est réduite, plus il faut multiplier les tournées. Un taux minimum de couverture de 65 % de la population totale des unités d'exécution est considéré comme efficace.

## **Principes opérationnels stratégiques**

### **Régionalisation**

Beaucoup a déjà été fait dans ce domaine, mais il faut que le Programme mondial continue de privilégier des mesures propres aux Régions et aux pays afin d'apporter les réponses les plus pratiques et les mieux adaptées à des caractéristiques et à des besoins particuliers. Il devrait également être ainsi plus facile de trouver les solutions les plus efficaces sur le plan des coûts, pour les problèmes et les besoins des différentes Régions. Il conviendra aussi de renforcer les groupes d'examen des programmes régionaux (GEP régionaux) pour leur permettre de mieux orienter et appuyer les programmes nationaux.

### **Renforcement des systèmes de santé existants**

L'expérience a montré que des programmes aussi vastes que l'est le Programme mondial pour l'élimination de la FL doivent être exécutés dans le cadre des systèmes de santé existants si l'on veut qu'ils ne soient pas imposés d'en haut, de l'extérieur, et ne mettent pas exagérément à contribution des ressources limitées. Le fait d'agir dans le cadre des systèmes existants présente le double avantage de renforcer les capacités locales et nationales, et de favoriser la viabilité du Programme. La mise en œuvre d'approches sectorielles suppose un travail très exigeant de planification et d'allocation des ressources à l'échelon des districts (qui correspondent en grande partie aux unités d'exécution des programmes de lutte). Les programmes nationaux ne devraient entreprendre des traitements de masse que dans les provinces ou districts qui ont intégré des activités d'élimination de la filariose dans leurs plans d'action par le biais des systèmes de santé locaux (ce qui est également essentiel pour créer des synergies avec d'autres programmes de santé publique).

### **Synergies avec d'autres programmes de lutte ou d'élimination**

Du point de vue des coûts comme de ceux de la gestion et de l'efficacité opérationnelle, il est important que, comme d'autres grands programmes, le Programme d'élimination de la FL soit exécuté dans la mesure du possible en synergie avec d'autres programmes et activités nationaux ou sous-nationaux pertinents, tels ceux exécutés en Afrique contre l'onchocercose, les helminthiases, la schistosomiase ou le paludisme. Dans la plupart des cas, les réseaux utilisés pour la distribution des médicaments et les activités de gestion aux niveaux tant national que local ont des chances d'être les mêmes de sorte que les programmes exécutés en synergie sont plus efficaces, efficaces et économiques. Les programmes de lutte antivectorielle – moustiquaires en Afrique, lutte contre la dengue dans le Pacifique, par exemple – constituent des points d'entrée importants pour le Programme de lutte contre la FL et vice versa.

### **Intégration de l'élimination de la F L aux stratégies de développement**

Pour que le Programme d'élimination de la FL atteigne ses objectifs et soit exécuté efficacement pendant la période requise, il faut que les gouvernements des pays atteints lui fassent une place de choix dans leurs propres priorités pour le développement. S'il est

manifeste qu'il faut agir pour éliminer la FL, la demande (sociale, politique et économique) de programmes à cette fin ne peut venir uniquement de l'OMS ou d'autres partenaires extérieurs. Il importe que les gouvernements des pays d'endémie s'engagent clairement en faveur de l'élimination de la FL et en fassent une priorité politique pour que l'exécution des activités reste soutenue aux échelons national et local et que d'éventuels partenaires extérieurs soient encouragés à apporter l'aide financière et technique qui pourrait être nécessaire.

### **Création de partenariats nationaux**

Il importe que les activités soient exécutées essentiellement aux niveaux national et sous-national, et la création de partenariats nationaux comprenant le ministère de la Santé, l'OMS, d'autres ministères, des organisations non gouvernementales de développement locales et internationales, et des représentants locaux du secteur privé et d'organismes d'aide pourra jouer à cet égard un rôle décisif. Pour le soutien opérationnel, il est particulièrement important de tirer pleinement parti des ressources des organisations non gouvernementales de développement présentes.

## **Objectifs stratégiques**

### **2003–2005**

- Mener à bien la cartographie des unités d'exécution dans les pays où se transmet la FL.
- Etendre le Programme à 46 pays et 350 millions de personnes.
- Mettre sur pied des programmes de prévention des incapacités dans au moins 23 pays.
- Mesurer l'impact et apporter la preuve du succès des traitements médicamenteux de masse.

### **2006–2010**

- D'ici à la fin de 2010, instituer des traitements médicamenteux de masse dans toutes les unités d'exécution.
- Etendre le Programme à 80 pays et à la totalité des populations des zones d'endémie.
- Vérifier qu'il y a eu interruption de la transmission dans 10 pays.
- Mettre sur pied des programmes de prévention des incapacités dans tous les pays d'endémie.

### **2011–2020**

- Interruption de la transmission dans tous les pays d'endémie d'ici à 2015.
- Surveillance, dans tous les pays, des enfants nés après 2015.

Autoprise en charge à domicile pour tous les malades présentant un lymphœdème ou une hydrocèle.

## **Plan à court terme 2003–2005**

### **Objectifs et priorités**

*Objectifs (tels que définis lors de la deuxième réunion de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la FL, New Delhi, février 2002) :*

1. Etendre les traitements médicamenteux de masse à 350 millions de personnes exposées dans 46 pays en vue de l'interruption de la transmission.
2. Mettre en place des stratégies de prévention des incapacités dans au moins 50 % des pays d'endémie ayant entrepris un programme d'élimination de la FL.
3. Renforcer les capacités techniques et gestionnaires au sein de chaque groupe d'examen de programme régional et du système national de santé afin que les activités d'élimination de la FL bénéficient d'un soutien adéquat.
4. Mettre en place un cadre d'évaluation, de surveillance et de suivi et mesurer l'impact des traitements médicamenteux de masse dans 15 pays.
5. Réunir les ressources nécessaires à l'élargissement du Programme.

*Priorités correspondant à des objectifs précis :*

1. Achever les opérations de cartographie dans tous les pays connus comme étant des pays d'endémie, initialement en aidant en priorité ceux qui ont déjà commencé des opérations de cartographie.
2. Là où ont été entrepris des traitements de masse, en assurer la continuité en s'attachant en particulier aux zones où n'a pas encore été atteint un taux de couverture efficace ;<sup>1</sup> le recours à des activités de mobilisation sociale visant à maintenir un taux élevé de couverture constituera un élément essentiel de la stratégie.
3. Déterminer le taux de couverture atteint et modifier au besoin les stratégies mises en œuvre pour accroître ce taux (mobilisation sociale, etc.).
4. Etendre rapidement les traitements de masse dans les zones/pays dans lesquels ils ont déjà débuté de manière à couvrir rapidement la totalité de la population à risque.

---

<sup>1</sup> D'après des modèles de simulation, l'interruption de la transmission exige un taux de couverture « efficace » d'au minimum 65 %.

5. N'entreprendre de traitements de masse dans d'autres pays qu'une fois achevées les opérations de cartographie pour le pays tout entier et établi un plan national complet (y compris pour l'élargissement).
6. Intégrer des stratégies de prévention des incapacités aux programmes exécutés aux échelons national et sous-national.
7. Recenser et satisfaire les besoins en formation aux niveaux national et sous-national, l'accent étant mis sur les activités de formation au sein des unités d'exécution.

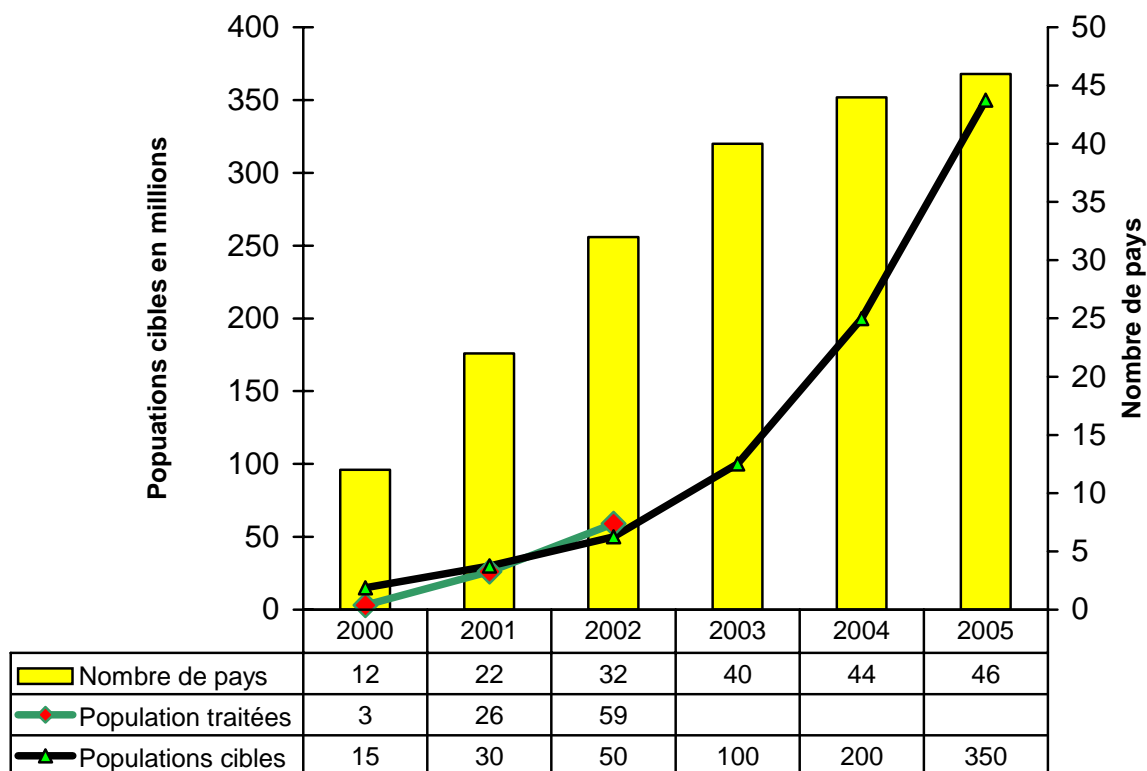
### **Activités et résultats**

#### *Achèvement des opérations de cartographie (objectif 1)*

La cartographie fournit les bases nécessaires au lancement de programmes d'élimination de la FL. La méthodologie applicable aux opérations initiales d'évaluation et de cartographie est disponible et des principes opérationnels uniformes sont utilisés pour l'Afrique. La progression de l'exécution et de la planification devrait être coordonnée sur le plan géographique. Par ailleurs, des ateliers de formation devraient être organisés pour garantir une certaine uniformisation et les résultats des enquêtes devraient être validés de manière indépendante. Il faudrait enfin veiller à ce que des instruments diagnostiques et des nécessaires de dépistage rapides et faciles à utiliser soient disponibles en quantités suffisantes et fassent l'objet de contrôles d'assurance de la qualité.

#### *Extension de la couverture des traitements médicamenteux de masse (objectif 1)*

Il faudrait que la couverture des traitements par les associations médicamenteuses recommandées soit efficace dans toutes les unités d'exécution des pays d'endémie et maintenue jusqu'à ce que la microfilarémie soit ramenée à des niveaux auxquels il ne peut plus y avoir de réapparition de l'infestation. Pour que soit atteint l'objectif à court terme qui serait de traiter 350 millions de personnes exposées avant la fin de 2005, au moins 100 millions devraient être traités en 2003 et 200 millions en 2004.



#### *Approvisionnement en médicaments, logistique et contrôle de la qualité (objectif 1)*

La qualité des dons d'albendazole et d'ivermectine est garantie et assurée sur le long terme. En vertu d'un protocole d'accord conclu avec l'OMS, la société GlaxoSmithKline s'est engagée à fournir la totalité de l'albendazole nécessaire à l'élimination de la FL. La société Merck & Co., Inc., s'est à son tour engagée à fournir de l'ivermectine dans les pays africains où la FL et l'onchocercose coexistent. L'approvisionnement en DEC de qualité ne fait encore l'objet d'aucune réglementation particulière. Pour obtenir les quantités voulues de DEC de bonne qualité, il faudrait faire en sorte qu'au moins cinq fabricants de formulations de DEC et deux producteurs de DEC matière première soient présélectionnés en 2005. Pour que les comprimés de DEC ou que le principe actif du sel enrichi répondent aux normes actuellement en vigueur pour la pharmacopée des Etats-Unis d'Amérique et satisfassent aux tests pour les pipérazines prévus dans la Pharmacopée internationale de 1996, il faudrait que les approvisionnements soient centralisés. Les pays qui s'approvisionnent de façon indépendante devraient se procurer auprès de l'OMS la liste des fabricants ayant obtenu son agrément préalable. Des normes relatives à la fabrication et à l'assurance de la qualité du sel enrichi de DEC devraient être élaborées à l'intention des pays qui optent pour cette stratégie de traitement.

#### *Rôle de la lutte antivectorielle (objectif 1)*

La lutte antivectorielle a toujours occupé une place essentielle dans les programmes de lutte contre la FL, mais avec des succès divers. Aux Iles Salomon, par exemple, la FL a disparu

grâce aux opérations de lutte contre les vecteurs du paludisme, et l'amélioration des conditions d'hygiène liée au développement a conduit à l'élimination de la FL au Japon et dans la plus grande partie de la République de Corée ; en revanche, les programmes de lutte antivectorielle et de chimiothérapie conçus pour combattre la filariose de Bancroft transmise par *Culex* dans les zones d'endémie n'ont pas donné les mêmes résultats. Les ressources allouées à l'élimination de la FL devraient donc être utilisées judicieusement dans le cas d'opérations antivectorielles. Une occasion se présente en Afrique où l'on s'est fixé comme objectif de distribuer des moustiquaires imprégnées d'insecticide à 60 % de la population des zones d'endémie palustre d'ici à 2005. L'exécution coordonnée de ce Programme et d'activités de lutte contre la FL dans les zones où celle-ci est endémique devrait se révéler doublement profitable.

#### *Mise au point de stratégies et de programmes de prévention des incapacités (objectif 2)*

Les connaissances nécessaires à l'autoprise en charge du lymphoedème et le traitement chirurgical de l'hydrocèle devraient être proposés à tous ceux qui présentent ces manifestations et incapacités liées à la FL dans toutes les unités d'exécution où sont administrés des traitements de masse, et cet élément devrait être expressément mentionné dans tous les plans nationaux d'élimination de la FL. Le plus difficile est d'apporter l'aide nécessaire au niveau de l'unité d'exécution. Des outils simples pour la formation aux soins à donner et l'autoprise en charge du lymphoedème à domicile ont déjà été fournis, mais il faudrait également apporter une aide technique et opérationnelle en vue de l'élaboration de principes directeurs sur la prévention des incapacités pour au moins la moitié des programmes nationaux ; mettre en œuvre des projets pilotes dans quelques zones d'exécution, puis étendre les activités à au moins 50 % des unités d'ici à 2005 et mettre en place des liens opérationnels avec les services de traitement à domicile d'autres maladies chroniques afin de garantir la durée sur le long terme de la prévention des incapacités causées par la FL.

#### *Renforcement des capacités et formation (objectif 3)*

La formation à la gestion des programmes au niveau national continuera de jouer un rôle essentiel. S'il est important qu'existent les compétences nécessaires au niveau national, le problème est aussi de garantir les capacités requises aux échelons opérationnels inférieurs.

##### ➤ *Echelon national :*

- Révision du module de formation à l'intention des directeurs des programmes d'élimination de la FL.
- Programme de formation pour la planification et l'exécution d'activités de mobilisation sociale dans le cadre du Programme d'élimination de la FL ; programme général pouvant être adapté aux conditions propres aux différents pays.

##### ➤ *Echelon du district :*

- Module de formation à la mise en œuvre d'opérations d'élimination de la FL à l'intention des responsables au niveau des districts.

- Module de formation à l'intention des personnels de santé de district chargés de participer à la surveillance et à l'évaluation des opérations d'élimination de la FL.
- Elaboration de programmes généraux de formation aux soins à domicile et au traitement chirurgical de l'hydrocèle à l'échelon secondaire des systèmes de santé, et élaboration de principes directeurs pour l'adaptation de ces programmes dans les pays ; principes directeurs techniques à l'intention des équipes de santé de district pour la planification et la mise en œuvre d'interventions destinées à prévenir les incapacités liées à la FL (objectif 3).

#### *Création de partenariats nationaux (objectif 3)*

Les GEP régionaux devraient organiser pour les programmes nationaux des activités d'information et de plaidoyer en vue de la création de partenariats nationaux (comprenant le ministère de la Santé, l'OMS, d'autres administrations nationales, des institutions d'aide locales, des organisations non gouvernementales de développement locales et internationales, des instituts locaux d'études universitaires et de recherche, et des sociétés privées). De tels partenariats peuvent jouer un rôle crucial en faveur de la régionalisation et aider à renforcer les systèmes de santé nationaux existants, à créer des synergies avec d'autres programmes de lutte ou d'élimination et à encourager les pouvoirs publics à s'engager résolument sur la voie de l'élimination de la FL au titre des priorités nationales de développement. L'existence de groupes spéciaux à l'échelon national peut beaucoup aider à créer des synergies, établir des partenariats, obtenir des ressources et favoriser une coopération essentielle aux échelons national et sous-national.

#### *Intégration des activités de mobilisation sociale au stade de la planification des programmes (objectifs 1–3)*

Il est maintenant admis que la mobilisation sociale est extrêmement importante pour favoriser les changements de comportements qui s'imposent pour obtenir un taux de couverture efficace et assurer la prévention des incapacités. Pour être pleinement efficace, la mobilisation sociale doit être prévue dès les premiers stades de la planification des programmes aux échelons national et sous-national (unités d'exécution). Le soutien politique et social des instances concernées aux échelons les plus élevés de la prise de décision, tout comme au sein des communautés, sera décisif pour atteindre un taux de couverture efficace et assurer la viabilité du programme limité dans le temps.

#### *Surveillance et évaluation des programmes (objectif 4)*

Des systèmes de surveillance et d'évaluation devront être mis en place, appliqués et maintenus pour chaque programme national. Il conviendra de définir et d'uniformiser un cadre de surveillance et d'évaluation pour les programmes nationaux, de procéder à des évaluations indépendantes périodiques dans les pays, de permettre l'échange d'informations et de données d'expérience entre les programmes, de faire la preuve de l'impact des traitements de masse sur la réduction de la microfilarémie à des niveaux auxquels il ne peut y avoir de recrudescence de la maladie et, si nécessaire, de valider les stratégies d'intervention. Les unités d'exécution et les pays qui sont sur le point de remplir

les conditions voulues pour que soient interrompus les traitements de masse, à savoir l’Égypte en 2005, les îles du Pacifique en 2005 et Sri Lanka en 2006, seront soumis à une surveillance étroite pour que soit détectée une éventuelle recrudescence de la maladie après l’arrêt des traitements de masse (objectifs 1, 2 et 3). L’examen et l’ajustement des stratégies de traitement de manière à ce qu’elles réussissent dans différents contextes épidémiologiques supposent que des informations soient recueillies aux échelons régional et mondial. Les logiciels de l’OMS Healthmapper et HealthAtlas seront utilisés dans le cadre du système d’information mondial grâce auquel peuvent être établis des liens avec d’autres programmes de soins de santé/de lutte contre la maladie.

#### *Recherche opérationnelle (objectifs 1–4)*

Des recherches opérationnelles resteront continuellement nécessaires, les problèmes devant être abordés au fur et à mesure de leur évolution. Les problèmes spécifiques d’une situation locale ou nationale ou revêtant un caractère mondial devront être recensés et classés par ordre de priorité. Les pays devront être encouragés à se doter de capacités accrues pour définir et exécuter les recherches opérationnelles répondant à leurs besoins. Des liens seront créés avec des instituts locaux ou régionaux d’études universitaires et de recherche. Quant aux recherches opérationnelles plus générales présentant un intérêt aux niveaux régional et mondial, elles pourront être exécutées par des centres collaborateurs de l’OMS. TDR, c’est-à-dire le Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, jouera à cet égard un rôle central, mais d’autres membres de la communauté scientifique internationale seront mobilisés, notamment des organes comme la Fondation Bill et Melinda Gates, les National Institutes of Health, le Wellcome Trust, l’Union européenne et le Medical Research Council du Royaume-Uni.

## **Plan à moyen terme 2006–2010**

### **Objectifs et priorités**

1. Toutes les unités d’exécution auront entrepris des traitements médicamenteux de masse d’ici à la fin de 2010.
2. Les unités d’exécution où auront été effectuées cinq tournées de traitements feront l’objet d’évaluations destinées à vérifier que la microfilarémie a été ramenée à des niveaux où il n’y a plus de transmission.
3. Des activités de prévention des incapacités seront en place dans tous les programmes nationaux d’élimination de la filariose lymphatique.

## **Plan à long terme 2011–2020**

### **Objectifs et priorités**

1. D’ici à la fin de 2015, tous les pays d’endémie devront avoir ramené les taux d’infestation à des niveaux où aucun cas nouveau ne peut se produire.

2. Tous les pays d'endémie assureront la surveillance des enfants nés après 2015 afin de déterminer si des cas nouveaux se produisent.
3. Tous les patients présentant un lymphoedème devront avoir accès à des informations et à une formation sur les moyens de se soigner eux-mêmes à domicile. Tous les patients présentant une hydrocèle simple devront avoir accès à des services de chirurgie au sein du système de soins de santé primaires.
4. Vérification de l'interruption de la transmission de la FL.

## Ressources nécessaires

### Plan à court terme 2003–2005

#### ➤ *Médicaments*

Les besoins en albendazole, ivermectine (Mectizan<sup>®</sup>) et DEC sont indiqués dans le tableau ci-après.

Année	Pays concernés par le Programme	Besoins en médicaments (en millions de comprimés)		
		Albendazole	Ivermectine	DEC
2003	40	100	84	180
2004	44	200	144	380
2005	46	350	223	689

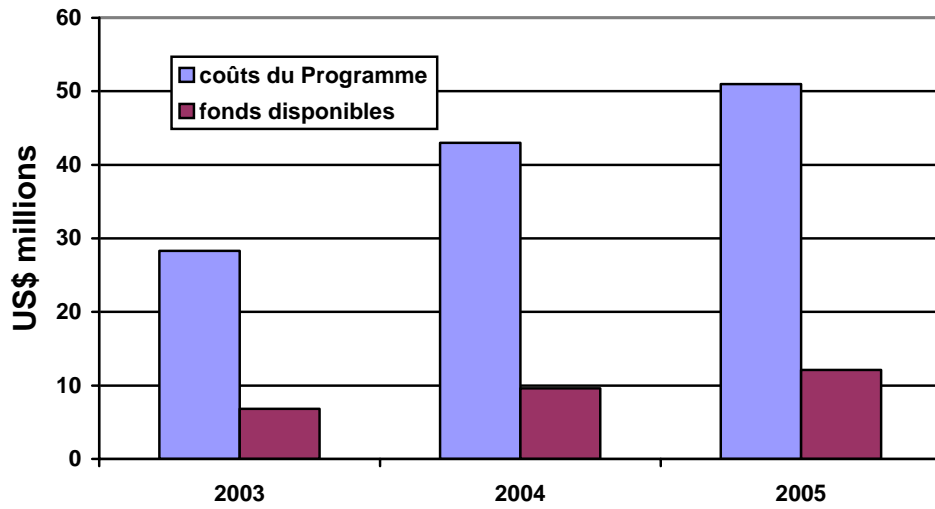
#### ➤ *Fournitures (cartes pour tests d'immunochromatographie (ICT))*

On estime qu'il faudra au moins 25 000 cartes par trimestre pour mener à bien la cartographie. Le total requis pour la période 2003–2005 est donc de 300 000 cartes.

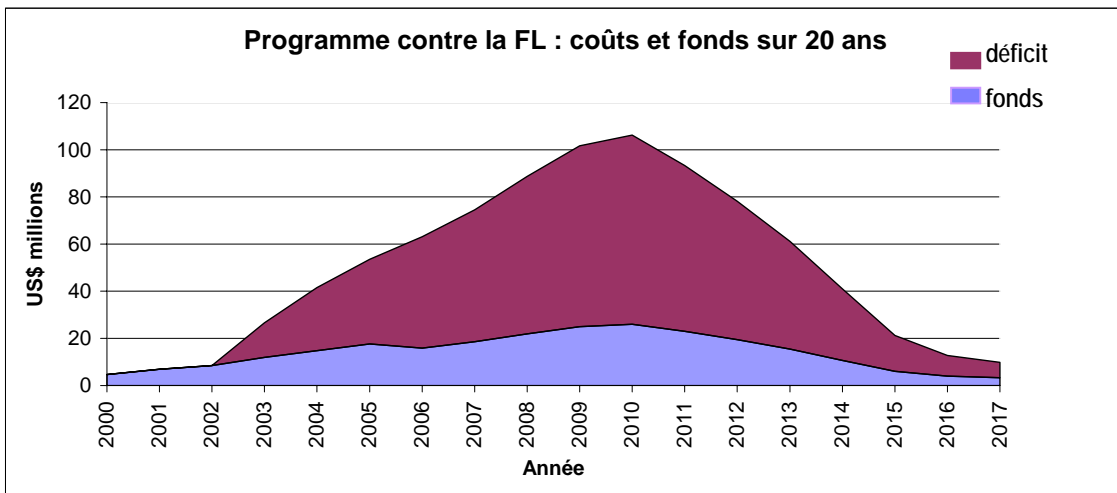
#### ➤ *Financement*

Pour la période 2003–2005, on estime à environ US\$ 100 millions le déficit entre les coûts du Programme et les fonds disponibles (fonds des donateurs, engagements existants, et contributions des ministères de la santé et des autres partenaires nationaux compris).

### Coûts du Programme contre la FL (non compris les dons de médicaments) et financement



### Plans à moyen et à long terme 2006–2020



## **Direction du Programme contre la FL**

Le Programme mondial pour l'élimination de la FL est la structure qui coiffe les programmes nationaux exécutés par les pays où la FL est endémique.

### **Organisation au niveau des pays**

#### *Programmes nationaux*

- Les ministères de la Santé et les autorités sanitaires au niveau sous-national devraient exécuter les programmes d'élimination de la FL dans le cadre des systèmes de santé existants.
- Un coordonnateur/directeur national devrait être chargé de veiller à l'exécution du programme.
- A chaque programme devrait correspondre un groupe spécial/organe de coordination national, c'est-à-dire un organe pluridisciplinaire chargé de définir des objectifs et des politiques, de créer des partenariats nationaux et de mobiliser la volonté politique des pouvoirs publics.

#### *Partenariats nationaux*

- Des partenariats public-privé locaux devraient être créés à l'appui du programme national.
- Les groupes spéciaux nationaux et leurs membres seront appelés à jouer un rôle décisif dans la constitution de ces partenariats locaux.
- Dans chaque pays, le bureau de l'OMS assure la liaison entre le Siège, le bureau régional et le programme national. C'est à lui qu'il appartient d'assurer la logistique nécessaire à l'importation des dons de médicaments et de fournitures diagnostiques et de distribuer les ressources nécessaires. Dans les pays où la charge de FL est importante, les bureaux de l'OMS auront besoin du renfort de personnels professionnels locaux pour apporter un appui technique au programme national et en assurer la surveillance afin de déterminer les moyens techniques ou financiers qui seraient nécessaires.

### **Organisation au niveau régional**

Un groupe d'examen du Programme mondial (GEP mondial), créé en vertu du protocole d'accord conclu avec GlaxoSmithKline, a été chargé d'examiner les demandes d'exécution de programmes contre la FL soumises par les ministères nationaux de la Santé. Avec l'extension rapide des activités de lutte, il est apparu qu'il serait plus efficace d'examiner les programmes à l'échelle régionale.

A sa septième réunion, tenue au Siège de l'OMS à Genève, les 26 et 27 février 2001, le groupe d'examen du Programme mondial a adopté le mandat des six groupes régionaux proposés. Pour l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental, au lieu de suivre exactement le découpage de l'OMS, on a créé des groupes interrégionaux et sous-régionaux de pays

tenant mieux compte de la distribution épidémiologique de la FL. Ces six groupes d'examen régionaux sont les suivants :

- ◇ Groupe d'examen du Programme africain
- ◇ Groupe d'examen du Programme de la Méditerranée orientale
- ◇ Groupe d'examen du Programme des Amériques
- ◇ Groupe d'examen du Programme du sous-continent indien
- ◇ Groupe d'examen du Programme Mekong-Plus
- ◇ Groupe d'examen du Programme PacCARE.

Les groupes d'examen régionaux ont besoin d'un appui supplémentaire afin de s'acquitter de leurs fonctions de plaidoyer et de direction auprès des programmes régionaux et nationaux.

Les bureaux régionaux de l'OMS assurent les fonctions de secrétariat des groupes d'examen des programmes régionaux et échangent des informations avec le groupe consultatif technique dont ils appliquent les recommandations.

### **Organisation au niveau mondial**

#### *Organisation mondiale de la Santé*

L'OMS aide les programmes nationaux à élaborer des plans d'action nationaux, à cartographier la distribution de la maladie, à former des agents de santé aux activités de distribution de médicaments et de prévention des incapacités, à organiser des campagnes de mobilisation et à exécuter des opérations de surveillance et d'évaluation.

#### *Groupe consultatif technique*

Le groupe consultatif technique conseille l'OMS pour des questions essentielles (politiques, stratégiques et opérationnelles) liées à la mise en œuvre du Programme et à la surveillance des progrès accomplis. Il détermine aussi les recherches à entreprendre pour accroître l'acceptabilité et la viabilité du Programme.

#### *Alliance mondiale pour l'élimination de la FL*

L'Alliance, dont l'OMS assure le secrétariat, est un forum ouvert à la participation de toutes les instances intéressées dans le but de favoriser des échanges d'idées et la coordination des activités. Son rôle est notamment de communiquer des informations sur les progrès accomplis et les obstacles rencontrés, de coordonner les activités de lutte, de recueillir des fonds et de faire un travail de plaidoyer. Outre les ministères de la Santé des pays d'endémie, l'Alliance regroupe à ce jour 39 organisations des secteurs public et privé, des groupes universitaires, des organes gouvernementaux et des organisations non gouvernementales de développement.

L'Alliance a été créée officiellement au cours d'une réunion tenue à Saint-Jacques-de-Compostelle (Espagne) en mai 2000. Lors de cette première réunion, les discussions ont

porté sur l'aide (y compris financière) nécessaire à une action efficace au niveau des pays, les besoins en communications et en information, le rôle des organisations non gouvernementales de développement dans les programmes nationaux d'élimination de la FL, les clés du succès des programmes et les moyens d'optimiser la coopération au niveau régional.

➤ *Partenariat*

L'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique regroupe de nombreuses organisations qui ont toutes des mandats différents mais poursuivent un objectif commun – mettre en œuvre le processus ample et complexe qui aboutira à l'élimination mondiale de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique.

L'objectif de l'élimination de la filariose lymphatique a très tôt bénéficié du soutien des ministères de la Santé des pays d'endémie et de plusieurs organisations internationales, dont le Fonds arabe pour le Développement économique et social, les United States Centers for Disease Control and Prevention et le Department for International Development du Royaume-Uni.

En 1998, cette coalition a reçu une formidable impulsion quand la société GlaxoSmithKline (à l'époque SmithKline Beecham) a annoncé qu'elle s'engageait à former avec l'OMS un partenariat public-privé unique et à soutenir le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique en fournissant gratuitement le médicament albendazole aussi longtemps que cela serait nécessaire. Les deux organismes se sont engagés à œuvrer étroitement ensemble pour soutenir ce formidable effort de santé publique. Par la suite, la société Merck & Co., Inc., s'est engagée à étendre son programme de distribution gratuite de Mectizan® pour le traitement de l'onchocercose au traitement de la FL dans tous les pays d'Afrique où ces deux maladies coexistent. Ces dons permettent aux pays qui n'ont pas les ressources nécessaires de se procurer les médicaments dont ils ont besoin pour poursuivre leurs programmes nationaux d'élimination.

➤ *Secrétariat – mandat*

Au nom de l'Alliance mondiale, le secrétariat est chargé de :

- 1) fixer les objectifs de la troisième réunion de l'Alliance ;
- 2) organiser régulièrement des échanges d'information et des consultations avec les partenaires de l'Alliance ;
- 3) faire le point chaque trimestre des progrès accomplis par les groupes spéciaux de l'Alliance, donner à ces derniers des indications de politique générale et soumettre aux partenaires de l'Alliance des rapports sur les progrès accomplis ;
- 4) présenter l'Alliance à l'extérieur, et notamment participer activement aux activités de collecte de fonds et de plaidoyer ;
- 5) élaborer et recommander des structures nouvelles de direction/gestion de l'Alliance (y compris des mécanismes de soutien financier) en vue de leur examen et de leur approbation par les participants à la troisième réunion de l'Alliance ;
- 6) examiner les problèmes importants qui se posent et prendre des mesures appropriées.

Le secrétariat exercera ses fonctions jusqu'à la troisième réunion de l'Alliance.

➤ *Groupe spécial sur les communications*

Créé à la suite de l'atelier de planification stratégique tenu à Liverpool (Angleterre) en décembre 2002, ce groupe spécial est composé de représentants de l'OMS, du Centre d'appui Emory, des groupes d'examen régionaux, d'organisations non gouvernementales de développement et des sociétés pharmaceutiques qui ont fait des dons.

➤ *Groupe spécial sur les activités de plaidoyer et de collecte de fonds*

Créé à la suite de l'atelier de planification stratégique tenu à Liverpool (Angleterre) en décembre 2002, ce groupe spécial sur les activités de plaidoyer et de collecte de fonds est composé de représentants de l'OMS, du Centre d'appui Emory, du Centre d'appui de Liverpool (Angleterre), du Programme de don de Mectizan<sup>®</sup> et des groupes d'examen régionaux.

## Annexe 1

### Bilan du Programme mondial pour l'élimination de la FL, 1999–2002

#### Interruption de la transmission

L'interruption de la transmission est obtenue par le traitement médicamenteux de masse de la totalité de la population à risque grâce auquel le nombre de microfilaires dans le sang est ramené à des niveaux au-dessous desquels les moustiques vecteurs ne peuvent plus transmettre l'infestation. Cet objectif est obtenu soit par l'administration massive annuelle d'une dose unique d'ivermectine ou de diéthylcarbamazine (DEC) associée à de l'albendazole pendant 4 à 6 ans, soit par l'utilisation de sel de table/cuisine enrichi de DEC pendant 1 à 2 ans.

A la fin de 2001, 38 pays avaient entrepris d'élaborer des plans pour l'exécution de programmes d'élimination de la FL et 22 avaient commencé d'assurer le traitement médicamenteux de masse de 30 millions de personnes à risque, réussissant à atteindre 26 millions de personnes, soit un taux de couverture de 86,67 %. Les participants à la deuxième réunion de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique ont donc recommandé, en mai 2002, que le Programme mondial soit élargi de manière à couvrir 350 millions de personnes à risque d'ici à la fin de 2005.<sup>1</sup> Fin 2002, quelque 59 millions de personnes dans 32 pays avaient bénéficié de l'administration de traitements polymédicamenteux.<sup>2</sup> Par ailleurs, 40 millions de personnes avaient reçu en Inde en 2002 de la DEC seule.

#### Prévention des incapacités<sup>3</sup>

La stratégie retenue pour prévenir les incapacités consiste à encourager les patients qui présentent un lymphœdème à se soigner eux-mêmes à domicile (soins dermatologiques et exercices réguliers et ports de chaussures adaptées) et à améliorer l'accès de ceux qui présentent une hydrocèle à des services de chirurgie au niveau des services de santé périphériques. Malgré la formation qui a été donnée aux directeurs des programmes dans plusieurs pays d'endémie, la prévention des incapacités n'a pas marqué de progrès significatifs. Des principes de base pour la mise en œuvre d'activités de prévention des incapacités ont été mis au point en collaboration avec les partenaires concernés et examinés par le groupe consultatif technique et avec les pays d'endémie. Un nouveau module de formation sur l'autoprise en charge à domicile au sein de la communauté a été élaboré à partir de projets pilotes exécutés au Burkina Faso et à Zanzibar. Des projets pilotes de ce type seront exécutés au Myanmar et à Sri Lanka pendant le premier semestre de 2003, le

---

<sup>1</sup> Voir *Report of the second meeting of the Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

<sup>2</sup> Voir *Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: Annual report 2001 et Annual report 2002*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 et 2002.

<sup>3</sup> Le mot « prévention » désigne ici la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

but étant l'autoprise en charge à long terme, à domicile, de différentes pathologies chroniques, dont celles qui sont associées à la FL. Cette approche globale, tout à fait nouvelle, devrait beaucoup favoriser la poursuite sur le long terme des activités de prévention des incapacités liées à la FL et à d'autres maladies chroniques.

### **Soutien technique**

Les programmes d'élimination ont bénéficié du soutien technique de l'OMS et des autres partenaires de l'Alliance.

#### *Examen et mise en évidence de l'innocuité des médicaments coadministrés*

Des experts indépendants en pharmacovigilance au sein et à l'extérieur de l'OMS ont analysé les résultats d'études conduites aussi bien dans un cadre clinique contrôlé qu'à l'occasion des distributions de médicaments au sein de la communauté. A la fin de 1999, ces experts avaient approuvé l'utilisation à grande échelle des médicaments coadministrés recommandés. La coadministration de médicaments est régulièrement examinée par un comité d'examen de l'innocuité.

#### *Groupe consultatif technique*

Ce groupe, qui comprend 14 membres, est chargé d'adresser des recommandations à l'OMS et à l'Alliance. Il a tenu quatre réunions qui ont porté sur les points suivants :

- indicateurs pour la surveillance du Programme mondial d'élimination,
- stratégie de prévention des incapacités,
- la FL en tant que maladie infantile,
- comment garantir des approvisionnements en DEC de bonne qualité,
- comment vérifier l'absence d'infestation ou l'arrêt de la transmission,
- contrôle de l'innocuité des associations médicamenteuses,
- lutte antivectorielle et xénodiagnostic,
- constituer une base de données factuelles pour le Programme mondial,
- sociologie de la FL,
- moyens diagnostiques,
- politiques de traitement et âge d'admissibilité,
- surveillance et évaluation.

#### *Examen des programmes régionaux*

Le groupe d'examen du Programme mondial a été créé en 1998 afin de formuler des principes directeurs et de préciser les conditions à remplir pour les dons d'albendazole. En vue de l'élargissement des activités, six groupes d'examen des programmes régionaux ont été créés en 2001. Désormais, ceux-ci ont également pour mandat de formuler des recommandations pour les distributions gratuites d'albendazole et d'ivermectine, de passer en revue les plans nationaux et leur mise en œuvre, et de définir les questions susceptibles de faire l'objet de recherches opérationnelles.

### *Renforcement des capacités*

Des ateliers interpays ont été organisés à l'intention d'agents de santé de niveau supérieur et des directeurs des programmes d'élimination de la FL du sous-continent indien et des pays du groupe Mekong-Plus. Dans toutes les Régions, les agents chargés des distributions de médicaments ont été formés à l'échelle nationale. Des ateliers sur la mobilisation sociale ont été organisés en Inde. Les équipes de programmes nationaux d'élimination ont bénéficié d'une formation dans différents pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est. Différents matériels de formation ont été produits, notamment :

- préparation et mise en œuvre d'un plan national pour l'élimination de la filariose lymphatique – principes directeurs à l'intention des directeurs des programmes ;
- module de formation à l'intention des agents chargés de la distribution des médicaments ;
- aide-mémoire à l'intention des agents chargés de la distribution des médicaments ;
- module de formation en quatre parties sur la prise en charge à domicile des incapacités liées à la filariose lymphatique.

### *Surveillance et évaluation des programmes*

Les procédures à suivre pour constituer une documentation de base et assurer la surveillance et l'évaluation des programmes d'élimination de la FL ont été précisées en 1999 dans le rapport d'une consultation informelle de l'OMS<sup>1</sup>, ainsi que dans deux documents<sup>2</sup> publiés en 2002. En mars 2002, sur la recommandation du groupe consultatif technique, un groupe de travail sur la surveillance et l'évaluation a été mis sur pied avec la participation de membres de l'OMS, de ses centres collaborateurs et des Centres d'appui Emory et de Liverpool. A sa première réunion, en juin 2002, ce groupe s'est penché sur les questions suivantes : évaluation de la couverture des traitements médicamenteux et optimisation des méthodes d'échantillonnage, collecte de données à des sites sentinelles, indications pour l'interruption des traitements médicamenteux de masse, vérification de l'absence de transmission, recherches et matériels de soutien nécessaires. A sa deuxième réunion, en février 2003, le groupe a adressé des recommandations au groupe consultatif technique sur la couverture des traitements médicamenteux de masse, le moment à choisir pour interrompre les traitements médicamenteux de masse, la vérification de l'absence de transmission, et la surveillance et l'évaluation des besoins en recherches appliquées.

---

<sup>1</sup> *Report of a WHO Informal Consultation on Epidemiologic Approaches to Lymphatic Filariasis Elimination: Initial Assessment, Monitoring, and Certification*. Atlanta, Georgia, USA, 2–4 September 1998. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (WHO/FIL/99.195).

<sup>2</sup> *Preparing and implementing a national plan to eliminate lymphatic filariasis (in countries where onchocerciasis is not co-endemic)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (WHO/CPE/CEE/2000.15).  
*Preparing and implementing a national plan to eliminate lymphatic filariasis (in countries where onchocerciasis is co-endemic)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (WHO/CPE/CEE/2000.16).

### ***Recherche opérationnelle***

En collaboration avec le Programme TDR, le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique a encouragé la conduite de recherches dans les domaines suivants :

- stratégies de distribution des médicaments à mettre en œuvre pour obtenir durablement un taux élevé de couverture ;
- stratégie de distribution intégrée des médicaments ;
- études à long terme sur la transmission ;
- stratégies pour la prise en charge de l'adénolymphangite dans la communauté et instruments de surveillance et d'évaluation ;
- méthode d'évaluation rapide pour la détermination du risque d'encéphalopathie associée à *Loa-Loa* ;
- innocuité de la coadministration d'albendazole et d'ivermectine ;
- pharmacocinétique de l'association de deux médicaments ;
- génomes des filaires.

## Annexe 2

### Liste des abréviations

DEC	Citrate de diéthylcarbamazine
ICT	Test d'immunochromatographie
FL	Filariose lymphatique
PacCARE	Groupe de coordination et d'examen pour l'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique
PELF	Programme pour l'élimination de la filariose lymphatique
GEP	Groupe d'examen du Programme
GEPR	Groupe d'examen du programme régional
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé



