10 ANS DE PROGRÈS VERS L'ÉLIMINATION: LE SUCCÈS DANS UNE POLITIQUE ENVIRONNEMENTALE CHANGEANTE

Cinquième réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique

Ngurdoto Lodge, Arusha, Tanzanie
Du 1er au 3 Avril 2008

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS **4**

CONTEXTE **5**

DISCOURS D'OUVERTURE **6**

LE SUCCÈS DE 10 ANS **10**

Perspective du Programme mondial 10
Réalisations issues de la 1ère subvention du Gates Foundation 11
La Perspective du Gates Foundation 13
La Perspective de l'Alliance Mondiale 16
Les perspectives du Programme de la région Afrique 18

HISTOIRES NATIONALES ET FOCUS **20**

La mobilisation sociale pour porter appui au programme de TDM – l'expérience du Sri Lanka 20
Tester les critères d'évaluation de la transmission – l'expérience de l'Egypte 22
Intégration de la FL dans les systèmes de soins de santé primaires en République Dominicaine 24
Extension du Programme d'intégration des TDM au Nigéria 26
Financement national et extension en Inde 29
Mobiliser la volonté politique aux Philippines 30
Scénarios de post-élimination pour la morbidité et la lutte contre les MTN au Zanzibar 32

LE GPEFL DANS UNE POLITIQUE ENVIRONNEMENTALE CHANGEANTE **36**

Elimination de la filariose lymphatique dans la région de l'EMRO 36
La politique environnementale des MTN dans la région Afrique 37
Les approches du système de santé concernant la lutte contre les MTN 38
Traitement à base communautaire de l'ivermectine pour une mise en œuvre conjointe 43
Les défis de l'intégration 44
Dons de médicaments aux programmes des MTN 46
Expériences des districts dans la lutte contre la FL 47

PRIORISER LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE POUR FAIRE FACE AUX GRANDS DÉFIS **50**

Les défis techniques auxquels sont confrontés les programmes nationaux 50
Les problèmes liés à la recherche opérationnelle de l'Afrique de l'est et du sud 51
Initiatives de recherche en cours 56

PRISE EN CHARGE DE LA MORBIDITÉ ET PRÉVENTION DES INCAPACITÉS **58**

Le projet sur la morbidité de la FL en Afrique de l'ouest (WALF) 61
Mise en œuvre de l'opération de l'hydrocèle à grande échelle en Tanzanie 63
Prise en charge de la morbidité dans l'Etat de Bihar en Inde 66
L'impact du TDM sur la maladie clinique 67
Intégrer la formation pour la prise en charge de la morbidité 69

LA FL DANS UN MONDE DE MTN: PLAIDOYER ET FINANCEMENT 71
Financement national pour la FL – Cas du Burkina Faso 71
La Contribution des ONGD: le groupe des ONGD pour l'onchocercose er le réseau des ONGD pour la FL: 72
Le financement du secteur de la santé 74
Le réseau mondial pour les maladies tropicales négligées 75
Le G8, le fonds mondial et autres opportunités de collecte de fonds 76
Le programme de lutte contre les MTN de l'USAID 78

MESSAGES CLÉS ET PERSPECTIVES D'AVENIR 85

LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS EN GUISE DE SOLUTIONS 89

REMERCIEMENTS

Le Président de la République Unie de Tanzanie, Son Excellence Jakaya Mrisho Kikwete a délivré le discours d'ouverture de la cinquième réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique (GAELF)

L'apport financier a été assuré par le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale Tanzanienne, GlaxoSmithKline (GSK), Merck & Co. Inc. et le Mectizan® Donation Program.

L'organisation et le bon déroulement de la réunion ont été possibles grâce à l'assistance, au dévouement et au dur labeur :

- De l'Honorable Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, le Professeur David Mwakyusa
- Du comité directeur du GAELF
- Du comité local d'organisation conduit par le Dr. Mwele Malecela, Directeur du Programme National d'Elimination de la FL et Président du Groupe Representatif du GAELF
- Du rapporteur
- Des nombreux volontaires
- Du Lymphatic Filariasis Support Centre, Liverpool School of Tropical Medicine – le Professeur David Molyneux, Madame Joan Fahy et Mademoiselle Sara Holmes

CONTEXTE

Plus d'un milliard de personnes sont menacées par la filariose lymphatique (FL), une infection parasitique dévastatrice propagée par les moustiques. La FL causée par les vers parasites filiformes qui endommagent le système, est d'habitude contractée au cours de l'enfance, souvent avant l'âge de 5 ans. Cette maladie qui est l'une des plus handicapantes touche les plus démunis. Elle est actuellement endémique dans 80 pays, dans les tropiques et sous les tropiques et affectent plus de 120 millions de personnes, laissant plus de 40 millions d'autres dans l'incapacité ou défigurées au niveau des membres et/ou des seins (lymphoedème), des organes génitaux (hydrocèle) ou des membres épaissis, durs, rugueux avec une peau fissurée (éléphantiasis). Du fait de l'incapacité et des stigmatisations causées par la FL, celle-ci empêche les individus affectés d'expérimenter un travail et une vie sociale normaux, prolongeant ainsi le cycle de la pauvreté.

Le Programme Mondial pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique (GPEFL) a été mis en place en 1998 sous la houlette de l'Organisation Mondiale de la Santé, suite à la résolution prise lors de la 50ème Assemblée Mondiale de la Santé d'éliminer la FL en tant que problème de santé publique. En 1998, Smithkline Beecham (maintenant GlaxoSmithKline – GSK) et Merck & Co. Inc. se sont engagés tous les deux à faire don de médicaments – l'albendazole et le Mectizan® respectivement aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour éliminer la FL en tant que problème de santé.

L'Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique GAEFL) est un partenariat entre le public et le privé créé pour porter assistance au GPEFL dans le plaidoyer, la mobilisation des ressources et la mise en œuvre de programmes. Créée en 2000, elle rassemble en son sein les ministères de santé nationaux, l'Organisation Mondiale de la Santé et autres agences des NU, les deux firmes pharmaceutiques et autres sociétés du secteur privé, les agences de développement internationales et les fondations, ls organisations non gouvernementales, les établissements d'enseignement et les instituts de recherche et les communautés locales. GlaxoSmithKline and Merck & Co. Inc. se sont engages à fournir respectivement l'albendazole et le Mectizan®- la plus grande donation de médicaments de l'histoire, évalué à plus de un milliard de dollars US.

DISCOURS D'OUVERTURE

Son Excellence Jakaya Mrisho Kikwete
Président de la République Unie de Tanzanie

C'est pour moi un honneur et un privilège d'être invité à officier l'ouverture de la cinquième réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique (GAEFL). Je voudrais vous remercier d'avoir permis à la Tanzanie d'être l'hôte de cette importante réunion. Pour la plupart d'entre vous qui ont parcouru de longues distances pour participer à cette conférence, je vous souhaite la bienvenue en Tanzanie, la terre du Kilimandjaro, de Serengeti et Zanzibar.

Comme l'a souligné le Professeur Mwakyusa, j'ose croire qu'à la fin de la conférence, vous puissiez trouver du temps pour contempler un peu le pays et voir ce que la Tanzanie a à vous offrir en termes de monuments historiques et scéniques, de flore et de faune. La Tanzanie possède plusieurs parcs de jeux, certains se trouvant à un jet de pierres d'ici- le Arusha National Park, le Kilimandjaro National Park avec le majestueux Mont Kilimandjaro aux alentours, le Tarangire National Park, le Lake Manyara National Park et le Cratère Ngorongoro. Pour ceux qui désirent s'aventurer plus loin, je leur recommande fortement une visite au Serengeti National Park (la 8ème nouvelle merveille du monde), reconnue pour la migration des animaux sauvages. Heureusement en ce temps de l'année, l'unique spectacle de la nature qui vous est offert se trouve à Serengeti. Vous pouvez également vous rendre au spice Island de Zanzibar, le paradis final de l'Océan indien.

Je me réjouis de savoir que c'est la première fois que cette réunion se tient en Afrique sub-saharienne. Je remercie le GAEFL d'avoir pensé à l'Afrique et d'avoir choisi la Tanzanie. L'Afrique mérite cet égard. Plus du tiers des personnes infectées par la filariose lymphatique se retrouvent en Afrique et l'impact social de la maladie sur notre continent est très important.

Je viens d'un pays et d'une région endémique de la filariose lymphatique (FL), et je sais à quel point cette maladie peut être handicapante. Malheureusement, les incapacités physiques dues à la maladie sont accompagnées de stigmatisation sociale et de difficultés économiques. Le cycle de pauvreté perpétué par cette maladie est continu et piège les personnes atteintes sans aucune échappatoire. L'incapacité causée par cette maladie rend les personnes affectées improductifs et incapables de contribuer au progrès économique national et individuel.

Ici en Afrique, la société paie un lourd tribut à la FL. Ce qui aggrave cet état de fait, ce sont les spécificités de la maladie, puisque les complications chroniques sont souvent cachées parce que considérées comme honteuses. Comme l'a souligné le Dr. Mohd Belhocine, pour les hommes, les dommages au niveau des organes génitaux constituent un vrai handicap limitant les mouvements physiques et conduisant à la stigmatisation sociale. Pour les femmes, la honte et le ridicule sont également associés à la maladie. Les personnes affectées par la tuméfaction des membres sont considérées indésirables. Le mariage qui peut constituer à la limite une source de sécurité et de fierté devient souvent un problème pour les personnes affectées. Il est donc important que nous appréciions à leur juste valeur les efforts entrepris par le Programme mondial pour éliminer cette maladie de nos pays.

Les progrès déjà enregistrés par le programme mondial au cours de ces dix dernières années sont phénoménaux. Je me suis laissé dire que c'est le programme qui s'est le plus rapidement développé dans l'histoire de la santé publique. J'ai également ouïe dire que le premier traitement en Afrique subsaharienne a été administré à Mafia Island en Tanzanie en 2000 et depuis lors, plus de 1 milliard de traitements ont été distribués dans 44 pays dans le monde entier. Cela est très louable et je voudrais tous vous féliciter pour ce succès gigantesque.

La distribution des médicaments nécessaires aux plus démunis a connu une expansion rapide au cours des dix dernières années. Ce fut également une période au cours de laquelle nous avons assisté à la réduction de l'infection et de la maladie dans bon nombre de pays. Je me suis laissé dire qu'au cours de cette réunion, la Corée fera un discours sur l'élimination de la maladie dans ce pays. On m'a également informé que les efforts d'élimination ont abouti en Égypte et qu'au Zanzibar, en Tanzanie le taux d'infection est tombé si bas que bientôt le Zanzibar sera déclaré libéré de la FL. Cela nous enseigne qu'il est possible d'éliminer la maladie de sorte qu'elle ne soit plus un problème de santé publique comme le prouve la science pure et les preuves empiriques à travers la pratique. Tout ce que nous avons à faire est de garantir la pérennité de ces succès et de nous assurer qu'ils sont reproduits dans d'autres pays.

Alors qu'il existe des preuves suffisantes de grands succès déjà réalisés, l'Afrique, cependant, est toujours à la traîne dans la lutte contre la filariose lymphatique. Seuls 11 pays en Afrique ont des programmes actifs de FL. Je suis convaincu que nous pouvons faire mieux. Et il n'y a pas un lieu mieux indiqué pour faire une déclaration hardie de notre résolution d'éradiquer cette maladie de l'Afrique qu'ici même. Dédions encore tous nos efforts à cet objectif.

Vous vous rappelez tous qu'en 2000 à Abuja, l'Afrique avait pris un nouvel engagement pour la lutte contre le paludisme et nous avons tous vu indubitablement les fruits de cette vigueur renouvelée. Il est temps de rediriger nos efforts avec la même vigueur, pour lutter contre la FL et les autres maladies négligées.

Je loue le leadership du Dr. Margaret Chan, Directrice Générale de l'OMS ; avec elle, la visibilité des maladies tropicales négligées a été accrue et une plus grande priorité placée sur elles en tant que causes de pauvreté et du sous –développement. Nous ne pouvons pas nous permettre la perpétuation de ces maladies qui maintiennent nos populations enchaînées dans la pauvreté. Ainsi, la lutte contre ces maladies doit être considérée comme un pivot pour nos efforts concertés de lutte contre la pauvreté.

D'aucuns disent que ce dont l'Afrique a besoin, c'est de croissance économique et ainsi toutes les maladies disparaîtraient. Je dirais oui et non parce qu'elles se complètent mais une croissance économique plus importante serait grandement entravée par une population malade. Voici ma vision : en même temps que nous recherchons la croissance économique, nous devons en tant qu'États, investir dans la santé de nos populations.

Je me réjouis de ce que la communauté internationale en soit arrivée à comprendre que la longévité et le bien-être sont des indicateurs clés de développement. Nous devons prévenir les maladies si nous voulons que les populations participent pleinement dans la vie économique de leurs sociétés. Si en Afrique, nous sommes réellement motivés pour lutter contre la pauvreté alors la lutte contre les maladies est une bataille que nous devons engager et gagner. Cela fait partie intégrante de la lutte contre la pauvreté.

Depuis votre réunion aux Îles Fiji, il y a eu une évolution positive marquée par la reconnaissance de la FL comme étant importante dans le programme des maladies négligées-programme qui fait le plaidoyer de l'utilisation des approches intégrées à travers une chimiothérapie préventive. Certes, du fait de sa répartition au niveau international, la FL constitue une importante plateforme pour ce nouveau lot de maladies de la santé publique d'un faible coût et rentable. Nous avons des signes encourageants de soutien de la part des pays développés. Comme vous le savez, le Président des Etats-Unis, Georges Bush au cours de sa dernière visite en Afrique a annoncé qu'il s'engageait à verser 350 millions de dollars US échelonnés sur cinq ans aux maladies tropicales négligées. Cette annonce est la bienvenue et nous espérons voir d'autres engagements similaires des nations développées.

La FL fait partie de ce lot de maladies dont la visibilité doit être accrue dans le programme de la Santé Mondiale. Nous faisons bon accueil à cette attention plus soutenue pour la FL et les autres

maladies tropicales négligées, ainsi que son impact sur la pauvreté. Les maladies peuvent être éliminées à travers des efforts concertés de la part des états africains, des pays et des agences de donation ainsi que les firmes pharmaceutiques.

Je voudrais souligner ici ma reconnaissance spéciale envers les firmes pharmaceutiques Merck and Co., Inc. and GSK pour leur soutien généreux par la donation gratuite des médicaments : l'ivermectine et l'albendazole. Elles sont exceptionnelles. Ce sont elles qui ont rendues possible le succès enregistré jusque là. Je me réjouis de voir qu'elles continuent de jouer un rôle si important. En même temps que j'adresse mes remerciements à ces deux firmes, je voudrais humblement rappeler aux États et autres autorités de l'Afrique leurs responsabilités à bâtir sur la générosité des donations du secteur pharmaceutique.

Je suis très impressionné de voir que les malades de la FL font partie du programme de cette réunion. N'oublions surtout pas qu'ils constituent la raison pour laquelle nous sommes ici. Ecoutons leurs histoires avec sympathie et humilité et gardons à l'esprit que notre travail ne sera terminé que si cette maladie et les autres maladies négligées sont éliminées. Travaillons avec les malades de la FL puisqu'ils peuvent être les plus grands avocats dans la promotion du travail que nous faisons dans nos programmes. Il nous revient plus qu'à d'autres personnes de démontrer que nos efforts en valent la peine.

Et pour finir, je voudrais renouveler mon engagement personnel ainsi que celui de mon gouvernement dans la lutte contre la FL. A cet effet, je voudrais vous annoncer ma décision de mettre en place le fonds pour la filariose lymphatique du président pour soutenir les efforts de lutte contre cette maladie évitable par un don de 50 millions de shillings tanzaniens comme fonds de démarrage. Je remercie les autres sponsors pour leur contribution de 17 millions de shillings, ce qui nous donne un financement actuel de 67 millions de shillings. Nous avons besoin d'environ 500 000 millions dans les prochains mois pour pouvoir traiter 15 000 patients souffrant d'hydrocèle qui sont présentement enregistrés pour subir une opération et je suis convaincu qu'il en existe davantage. Ce fonds sera directement mis au profit des malades de la FL de ce pays par l'appui à l'opération de l'hydrocèle des nécessiteux et viendra en aide à ceux qui souffrent de lymphoedème et d'éléphantiasis.

J'espère que ces fonds auront une longue vie par le soutien apporté à ces malades-ci et aux autres patients de la FL dans le besoin. Qu'il me soit permis de remercier la Tanzania ports Authority, la National Security Fund, la Tanzania Communication Regulatory Authority et le New Africa Hotel pour leur contribution à ce fonds. Espérons que d'autres leur emboîteront le pas.

Je sais que le programme qui vous attend est très chargé. Une fois de plus, je vous remercie de m'avoir invité ici aujourd'hui. Je vous souhaite de fructueux débats. Et maintenant, j'ai l'honneur de déclarer ouverte la cinquième Réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique.

Que Dieu bénisse la Tanzanie. Que Dieu bénisse l'Afrique.
.

Le thème de la réunion a permis de mener des réflexions sur les succès du programme, de réfléchir sur le rôle de l'Alliance en tant que partenaire au niveau de la santé, d'examiner les 'leçons apprises' et de servir de plateforme pour les dix prochaines années dans un environnement où la santé à l'échelle mondiale occupera une place de premier choix dans le programme du développement.

LE SUCCÈS DE 10 ANS

Président: l'Honorable Professeur David Mwakyusa, Ministre de la santé et de la sécurité sociale de la Tanzanie

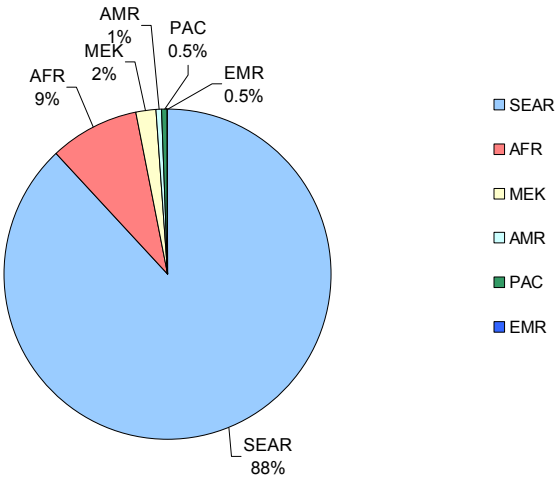
Perspective du Programme mondial
Lorenzo Savioli

La résolution 20 de l'ordre du jour de la 50ème Assemblée Mondiale de la Santé tenue en mai 1997 portait sur l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique. A la suite de cette résolution, GSK s'est engagée en 1998 à fournir l'albendazole pour l'élimination de la FL pendant que Merck and Co. Inc. a élargi sa donation en cours d'ivermectine contre l'onchocercose pour l'élimination de la FL en Afrique.

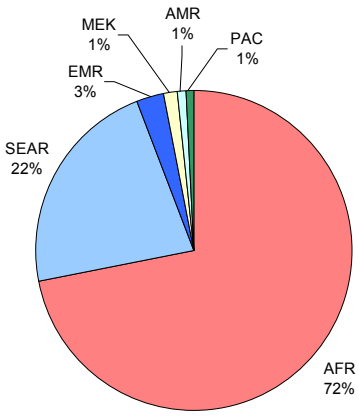
La stratégie
La stratégie mise en place par le programme mondial a été : la prévention primaire menée à travers le traitement de masse pour réduire la charge de l'infection, prévenir de nouvelles infections et la recrudescence ; et la prévention secondaire par la prévention et le traitement des incapacités causées par le lymphoedème et l'hydrocèle à travers l'éducation des malades sur la responsabilité qu'ils doivent prendre pour les soins de leur peau et le maintien d'une bonne hygiène.

Succès énorme des TDM
Le rapport fait état de vingt cinq pays ayant entrepris au moins des activités sur les incapacités. Parmi eux, 20 pays ont effectué 21 963 hydrocélectomies entre 2004 et 2007, et 8 pays ont conduit entre 10 500 et 13 000 formations sur la prise en charge du lymphoedème au cours de la même période. Le traitement de masse a également connu une large extension. Le nombre de personnes traitées par le TDM s'est progressivement développé, avec un pic depuis 2005 jusqu'à nos jours. La région de l'Asie du sud-est est en tête de file avec 88%, suivi de la région Afrique avec 9%. Mais l'attention devra être plus portée sur ces régions puisqu'elles portent la plus lourde charge de la maladie; la région Afrique a la plus lourde charge avec 72%.

Population traitée par le TDM en 2007



Population à risque à couvrir par le TDM



Parmi les facteurs ayant une incidence sur les TDM, on peut citer: une appropriation accrue de la part des ministères de santé et des programmes et une garantie de financement pour permettre leur évolution et leur maintien. Les pays qui comptent sur les apports financiers annuellement sont susceptibles de manquer ou de retarder les TDM, comme c'est le cas dans les pays politiquement instables ou en conflit. Comme l'a souligné Margaret Chan, la Directrice Générale de l'OMS (2007) : *« les pays doivent être le centre de contrôle, pleinement responsables de tout ce qui advient dans les limites de leurs frontières.* »

Le TDM a eu un impact significatif sur la prévalence de la MF avec un net déclin (allant jusqu'à 60%) après trois rondes de traitement. Des succès ont été enregistrés dans plusieurs pays qui sont parvenus à l'élimination – la Chine (mai 2007) et la République de Corée (mars 2008). Un autre impact au-delà de la FL y compris la contribution des TDM de la FL au déparasitage. La tendance actuellement consiste à travailler vers l'intégration dans la lutte contre d'autres maladies, particulièrement au niveau communautaire en utilisant les interventions de la FL.

Défis

Parmi les défis techniques prioritaires qui existent actuellement, il s'agit de savoir comment supprimer au fur et à mesure le TDM de la FL tout en assurant un traitement continu pour d'autres helminthiases, comment conduire la surveillance post-TDM pour prévenir la recrudescence, et identifier des outils de diagnostic alternatifs et à moindre coût pour le suivi et l'évaluation.

Même si de grands progrès ont été accomplis, ce serait une grave erreur de se sentir trop confiant. A l'avenir, l'accent sera mis sur la manière de coordonner et d'intégrer les interventions de chimiothérapie préventive dans les plans de santé au niveau national et du district.

Réalisations issues de la 1ère subvention du Gates Foundation
Professeur Bernhard Liese

Le Bill & Melinda Gates Foundation a donné une subvention de 20 millions de dollars US pour renforcer l'Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique (2002-2006). Les partenaires qui ont contribué sont entre autres; l'OMS, le Emory University, le CDC, le Carter Center, l'Interchurch Medical Assistance (IMA), le Liverpool School of Tropical Medicine, la Banque Mondiale. Huit pays ayant des programmes opérationnels en sont les principaux bénéficiaires.

Les objectifs de la subvention

- Elaborer des programmes modèles et
- Assurer une impulsion des programmes nationaux et mondiaux.

Les programmes pris en considération sont ceux qui peuvent initier des projets pilotes capables de conduire l'interruption de la transmission de la FL ; de même, les programmes qui peuvent se développer pour devenir des programmes nationaux, mettre en œuvre des mesures pour lutter et prévenir l'incapacité, et ceux qui sont rentables et possèdent une composante :une valeur ajoutée élevée. La cartographie, l'élaboration d'une stratégie, l'élaboration de bons mécanismes pour la coordination du programme et le partenariat, l'évaluation approfondie des programmes modèles constituent des éléments pour s'assurer du développement d'un programme. En guise d'exemples, nous avons l'identification des tendances positives (République Dominicaine, Ghana), l'extension (le Burkina Faso, le Zanzibar, la Tanzanie continentale) et l'évaluation de l'impact après 5 rondes de TDM (Egypte).

Il y a eu une grande extension au cours de la période de mise en œuvre du programme. Les traitements de la FL au niveau mondial sont passés de 12 millions à 350 millions et en Afrique subsaharienne, l'augmentation était de 0 à 40 millions.
Cependant, lorsqu'il n'y a plus de financement, des problèmes de durabilité se font jour, surtout dans les pays africains.

Faibles coûts unitaires

Les coûts unitaires des programmes de TDM étaient très faibles permettant ainsi de couvrir une grande partie de la population. Au Burkina Faso et dans la Tanzanie continentale, l'extension a réduit les coûts unitaires de 50%. Les programmes qui couvrent relativement une petite partie de la population ne bénéficient pas des économies de l'extension et tendent à avoir des coûts unitaires élevés. La FL est une intervention à moindre coût avec un coût de traitement annuel en moyenne allant de 0,06 - 22 dollars US par personne couverte dans les programmes élargis. Il n'existe pas de preuve d'un autre programme de santé publique qui soit parvenu à des résultats similaires dans un délai si court et avec des ressources si limitées.

Les succès enregistrés au moyen de la subvention de Bill and Melinda Gates ont donné la preuve que les traitements de masse annuels constituent un puissant outil pour un grand impact sur la réduction de la prévalence de la FL dans les régions ciblées et il a été clairement démontré la possibilité de faire une extension/reproduction.

Le défi

Le défi majeur auquel est confronté la plupart des pays, à l'exception du Burkina Faso[1], est la sécurisation du financement national pour soutenir les programmes. Malheureusement, les progrès observés sur la prévention des incapacités dues à la FL ont déçu les attentes dans presque tous les pays. La plupart des projets pilotes ont été incapables de prouver l'interruption de la transmission de la FL, dû en partie aux ressources limitées et au peu de temps alloué (initialement de 4 ans seulement), mais également du fait que certaines attentes du projet original étaient irréalistes. Cependant, il a été prouvé qu'un programme efficace de lutte pour éliminer la FL en tant que problème de santé publique peut être mis en place en l'espace de 2 ou 3 ans.

Une reconnaissance particulière à l'endroit du DFID et du Bill and Melinda Gates Foundation pour avoir fourni les fonds initiaux au lancement d'un projet international de santé publique réussi et d'avoir pu également utiliser à bon escient la généreuse donation des firmes pharmaceutiques au profit direct des pauvres et des populations marginalisées.

La Perspective du Gates Foundation

Dr. Julie Jacobson

Des causes évitables et traitables de maladies

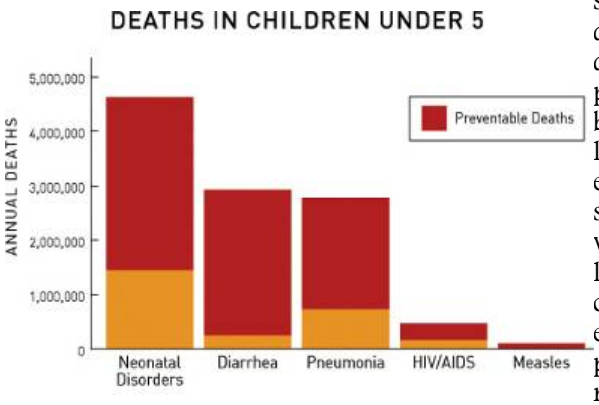
Des millions de personnes dans les pays en voie de développement meurent de causes évitables et traitables de maladies. La plupart des causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans, surtout la diarrhée sont évitables. Des recherches doivent être entreprises pour lutter contre la maladie dans les pays en voie de développement puisque les nouveaux produits de traitement des maladies dans les pays riches et les outils existants sont inutilisables dans les pays en voie de développement. Avec la FL, on a pu démontrer que la mort n'est pas le seul facteur pris en compte dans le calcul de la charge d'une maladie. La situation des MTN est unique dans ce sens qu'elle nécessite une collaboration étroite avec les firmes pharmaceutiques.

Le Gates Foundation a mis l'accent sur l'équité en matière de santé au niveau mondial en utilisant une approche qui facilite la création d'une fourniture de soins de santé au niveau international et en augmentant l'accès aux soins de santé. La santé au niveau mondial est confrontée à de grands défis et doit surmonter plusieurs obstacles. Le Gates Foundation est convaincu que la science et la technologie peuvent créer de bons outils capables de sauver des

[1] Le gouvernement du Burkina Faso a augmenté son financement en faveur de la FL d'environ 34,000 dollars US en 2004 à plus de 500,000 US en 2006.

vies. La Fondation récompense la créativité et l'innovation et apporte son appui à la création de nouvelles solutions pour des problèmes qui perdurent.

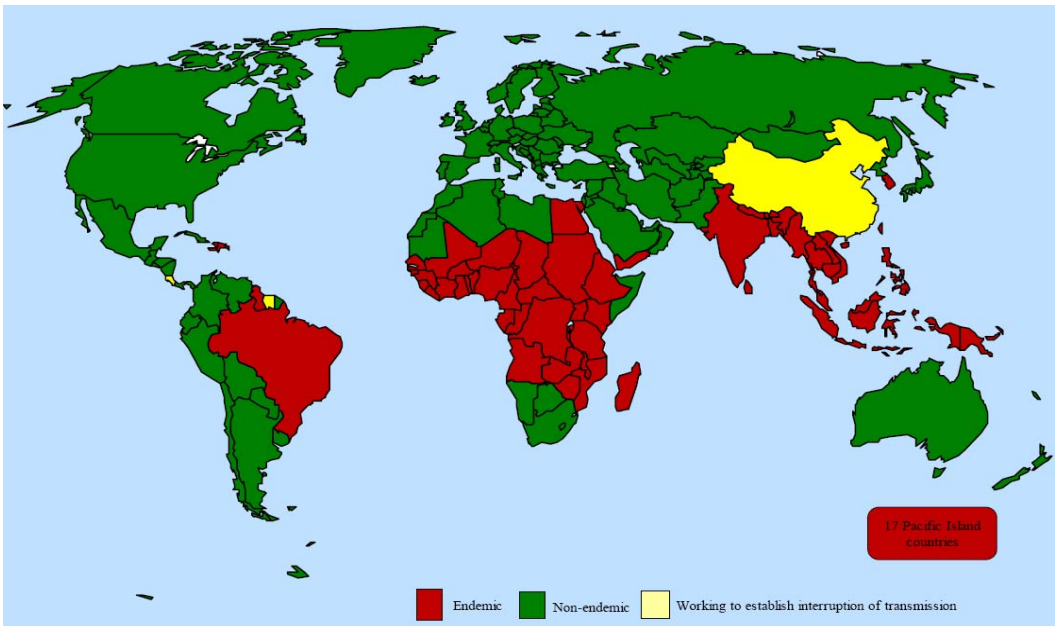
Focus sur les populations les plus nécessiteuses



La mission de la Fondation en faveur de la santé mondiale consiste à aider au développement et à la fourniture d'outils et de stratégies à moindre coût, salvateurs au profit des personnes qui en ont le plus besoin. Cette mission est sous-tendue par l'idée que toute vie-quel que soit le lieu où elle est vécue- a de la valeur ; et lorsque la santé s'améliore, il en va de même pour la vie. Fort de cette idée, la Fondation met l'accent là où peu d'attention a été accordée, où elle peut encourager de nouvelles actions et agir sur les inégalités entre riches et pauvres. Les populations qui vivent avec moins de 1$ par jour sont celles qui en ont le plus grand besoin.

En mettant en œuvre le rôle qu'elle s'est donnée, le Gates Foundation met l'accent sur la recherche de solutions aux problèmes cruciaux et les plus négligés de santé dans les pays en voie de développement, en réunissant des acteurs divers et variés du public et du privé, en mesurant et partageant les résultats. La Fondation est toujours jeune et se développe dans le travail et les défis qu'elle entreprend. Son principal centre d'intérêt consiste à développer la prochaine génération d'outils et à conduire la découverte de nouvelles solutions y compris les nouvelles stratégies. L'accent est également mis sur la recherche de solutions appropriées à utiliser dans les zones présentant de grands besoins. La Fondation investit davantage dans la découverte de nouveaux outils qui n'ont jamais été essayés auparavant, par exemple, les médicaments et les vaccins.

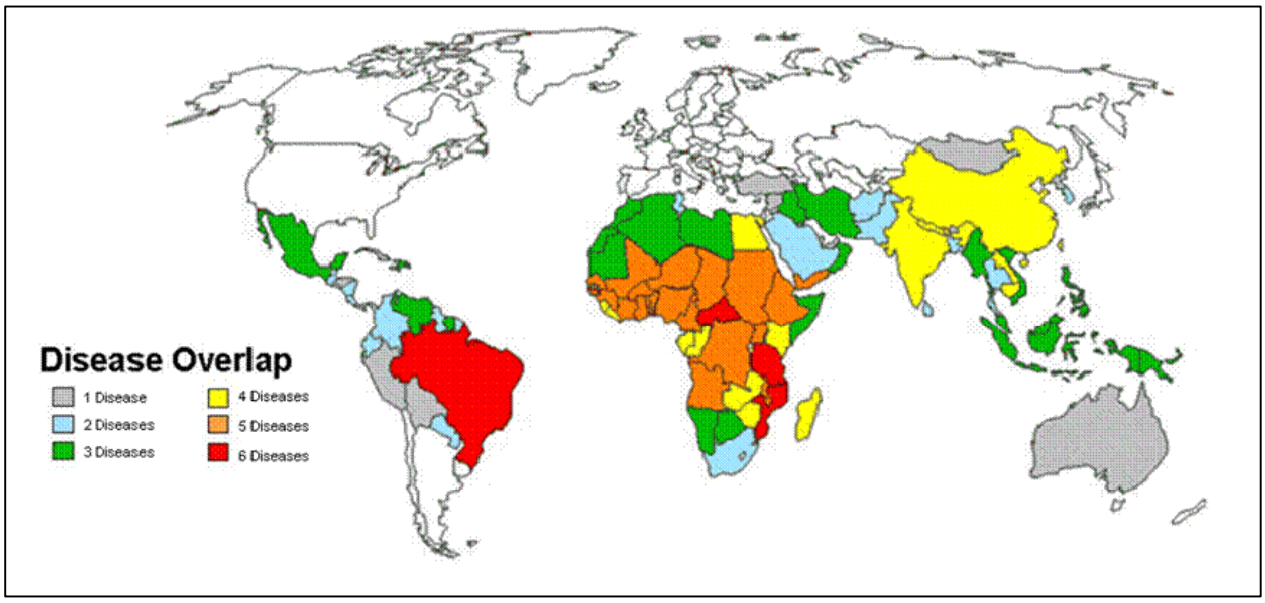
Charge Mondiale de la Maladie: Filariose Lymphatique



Relation entre maladie et pauvreté
La relation entre la maladie et la pauvreté est un thème récurrent. La charge mondiale de la FL confirme cette relation. Les 80 pays d'endémie de la FL se trouvent en Asie, en Afrique, en Amérique du Sud, et dans le Pacifique, parmi lesquels 38% de la population à risque sont des enfants de moins de 15 ans. Presque un tiers vit en Afrique (39 pays d'endémie) et plus d'un tiers vit en Inde ; ainsi, la priorité consiste à accélérer l'accès aux structures de santé fiables.

Chevauchement des maladies
Les études ont montré qu'il existe une co-endémicité entre les maladies et que plusieurs pays sont affectés par plus d'une MTN. **Les plus affectés sont les plus démunis**, vivant souvent dans des villages reculés ou les bidonvilles urbains. **Les maladies se développent davantage dans des conditions de pauvreté** – eau non potable, mauvaise hygiène, habitations de qualité inférieure aux normes, réservoirs pour insectes et autres vecteurs de maladies ; en outre, **100% des pays à faible revenu sont simultanément affectés par plus de 5 maladies**.

Pays affectés par plus d'une maladie parmi les MTN (source Molyneux et al, PLoS NTD, 2005



Distribution intégrée
Le Gates Foundation fait la promotion d'une plateforme de distribution intégrée, flexible et opérationnelle et permettant d'accéder aux populations difficiles d'accès au monde, en utilisant des interventions permettant de traiter différentes maladies. Le plus grand défi consiste à introduire celui qui se trouve au plus bas de l'échelle dans la hiérarchie, par exemple, au niveau village, puisque ce sont les mêmes personnes qui apportent les services aux populations. Cela nécessite une intégration pour créer des programmes qui auront proportionnellement un impact plus élevé.

Il existe des synergies complémentaires qui peuvent augmenter l'impact du lot d'outils qui sont distribués. Il est nécessaire d'en évaluer la rentabilité et de faire le plaidoyer pour la viabilité des interventions.

Avec la plateforme de distribution intégrée, on peut saisir l'opportunité de voir comment cette approche peut être utilisée pour d'autres actions sanitaires publiques du ressort des programmes de proximité ; cela va augmenter l'impact de ces programmes en créant une

durabilité et une demande pour la plateforme puisque certaines MTN seront éradiquées ou éliminées.

Expansion par le biais de l'inclusion

La vision du Gates Foundation est d'introduire d'autres maladies dans une plateforme intégrée et d'encourager l'engagement d'autres donateurs. La Fondation demeure optimiste quand à l'élimination de la FL et reste convaincue que les programmes intégrés constituent une grande stimulation pour une plus grande extension. Les MTN constituent également un potentiel et présentent un grand intérêt et les partenaires doivent se tenir prêts pour agir.

La Perspective de l'Alliance Mondiale

Le Professeur David Molyneux

Le verre est-il à moitié plein ou à moitié vide?

En partageant avec l'assemblée le rapport du comité directeur de l'Alliance mondiale, le secrétaire exécutif, le Professeur Molyneux se demandait si les expériences acquises durant la période de notification doivent être perçues comme un verre à moitié plein ou à moitié vide. En s'adressant aux délégués, il leur a dit que l'Alliance était entrée dans un nouvel environnement et appartenait désormais à une marque de plus en plus considérée dans le programme de la santé mondiale ; il a utilisé la caricature de deux étrangers regardant la planète et voyant seulement 3 maladies – le VIH, le paludisme et la tuberculose. Ce sont les décideurs politiques mondiaux pour qui, seules 3 maladies importent et sont fermés aux opportunités qui se présentent et aux réalisations déjà accomplies ailleurs. Il a souligné la nécessité de délivrer des messages sûrs pour le plaidoyer, et de s'assurer que l'élimination de la FL demeure le point focal et la principale entité dans les opérations.

Les personnes à l'origine du succès de l'Alliance

L'Alliance doit son succès à des personnes et organisations ressources y compris les membres du comité directeur (EG) pour leur soutien au programme mondial, en particulier, leur engagement et leur dur labeur qui a accordé à la FL une place particulière dans la ligne de mire de la santé mondiale. GSK et Merck & Co. Inc. ont fait une donation des deux médicaments pour la FL et ont apporté leur appui au secrétariat ; l'OMS a donné son appui à l'Alliance depuis sa mise en place.

Bâtir sur les forces déjà existantes

Les progrès accomplis par le comité directeur sortant ont été bâtis sur les fondations du premier comité directeur élu au Caire en 2004. Le comité directeur a développé un plan d'action flexible en vue d'exploiter les opportunités.
Des preuves scientifiques ont sous-tendu ces actions et le comité directeur a utilisé plusieurs opportunités qui s'offraient à lui pour le plaidoyer ; il a également développé la panoplie des contacts.

Le bilan à mi-parcours des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Les décideurs politiques en matière de santé se rapprochent du bilan à mi-parcours des OMD dans le domaine de la santé, mais on observe qu'ils sont à la traîne en ce qui concerne les objectifs. Une opportunité était ainsi offerte pour une réévaluation et l'Alliance a su exploiter cette porte ouverte. Depuis Fiji, la subvention de l'USAID est devenue une réalité pour l'Alliance ; elle a exploité son entrée dans la Izumi Foundation pour permettre le traitement au Zanzibar, obtenir une subvention plus importante pour le Kenya, le Madagascar, et la Tanzanie continentale.

Etapes importantes

Le Secrétaire Exécutif reste convaincu que l'Alliance doit se focaliser sur le plaidoyer et la mobilisation des ressources. L'Alliance a franchi de nombreuses étapes importantes et réalisé des succès. Des subventions de la Gates Foundation utilisées par divers partenaires dans nombre de pays africains ont permis de financer des études sur l'intégration et de traiter de questions diverses liées à la FL.

Il y a eu des changements notables depuis la réunion de Fiji:

- Le GAELF à travers son secrétariat est devenu membre du réseau mondial pour la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (GNNTDC). Dernièrement, une réunion à Washington DC a servi de point d'entrée à deux réunions de l'Initiative Clinton;
- A travers le GNNTDC, l'Initiative de la lutte contre la Schistosomiase a commencé à intégrer la lutte contre les MTN au Rwanda et au Burundi;
- La déclaration du Président George Bush au cours de sa récente visite en Afrique d'octroyer 350 millions de dollars US échelonnés sur 5 ans pour les maladies tropicales négligées font partie du nouvel engagement mondial en faveur des MTN ;
- Le Directeur Général de l'OMS a incorporé les maladies tropicales dans ses derniers discours inscrivant ainsi les MTN dans le programme des priorités.

Inclure la LF dans le lot des autres maladies

Le lien est déjà opérationnel entre les programmes de lutte contre l'onchocercose et la FL et l'ensemble des ONG englobent de plus en plus les programmes de FL en leur sein. Par exemple, CBM et Sightsavers International qui, d'habitude sont impliqués dans la lutte contre la cécité ont incorporé la FL dans leurs programmes. Cependant, on porte peu d'attention sur la morbidité et l'accent mis sur le traitement de masse ne devrait pas l'emporter sur l'obligation de l'Alliance envers les personnes déjà affectées.

La LF en tant que partie intégrante du programme des MTN

L'OMS à travers sa structure de rassemblement a toujours pris en compte la nécessité d'un fonds destiné aux médicaments. La FL fait partie intégrante du programme des MTN. C'est un élément commun de ce fait dans la lutte contre les MTN de sorte qu'avec le temps, plusieurs pays fourniront des preuves de l'élimination de la FL en tant que problème de santé. Le programme mondial a permis de traiter plus d'un milliard de personnes depuis 2000. Le programme de la FL est sans aucun doute le programme de santé ayant une extension rapide et visant les vrais alliés de la pauvreté.

Le secrétaire exécutif a repris sa question de savoir si le verre était à moitié plein ou à moitié vide ; selon lui, la bonne mesure consisterait à encourager l'engagement des pays à travers les ministères de santé vers les communautés elles-mêmes et à consacrer des ressources pour la FL et les autres maladies tropicales. Il a fait observer que sans un tel engagement, les alliances n'auront aucun fondement.

Prédictions optimistes

L'on s'attend à ce que les MTN et la FL soient inscrites comme des priorités dans le programme mondial par le DG de l'OMS. Il y a également des signes prometteurs après le discours de la Maison Blanche concernant les 350 millions de dollars US. Les MTN sont maintenant reconnues, il reste à l'Alliance de transformer cette priorité en pratique.

Le programme de la LF a montré son potentiel en parvenant à traiter 1 milliard de personnes jusqu'à présent – réalisé à travers l'engagement du pays. Cependant, des défis demeurent toujours par rapport au TDM. On doit s'attendre à ce qu'il n'y ait aucune uniformité des résultats puisque l'impact du programme montre des variations au niveau régional. Les stratégies deviendront plus complexes et locales durant la phase post contrôle et il y aura une grande pression pour répondre aux questions concernant l'arrêt du TDM.

Collaboration étroite : une nécessité

L'Alliance mondiale et le Programme inspirent le respect pour leurs réalisations. La gestion et la flexibilité de l'Alliance mondiale lui a permis d'être libre dans sa capacité à tirer profit des opportunités et du réseautage ; ce qui la différencie du Programme mondial puisqu'elle représente le ciment qui unit les diverses parties concernées. L'Alliance agit pour le bien de tous. Cependant, tout comme un animal social, elle dépend totalement de la colonie.

Les perspectives du Programme de la région Afrique

Dr. Charles Ravaonjanahary

Trente neuf pays parmi les quarante six pays de la région Afrique sont des pays d'endémie de la FL. On estime la population à risque à 390 millions, ce qui représente le tiers de la charge mondiale.

Progrès dans la mise en œuvre du PELF

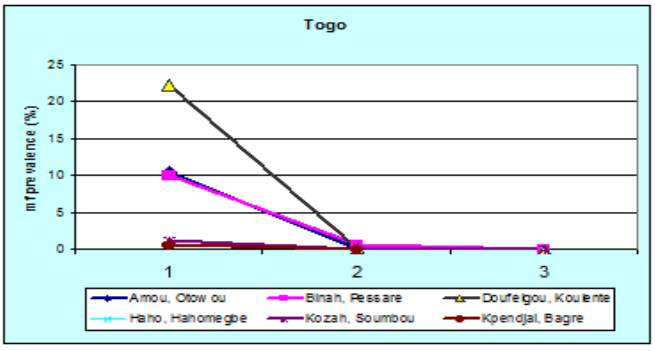
Des progrès impressionnants ont été réalisés au cours de la mise en œuvre du PEFL. Environ 30 pays ont finalisé ou sont en phase de finaliser la cartographie et seulement 4 doivent commencer la leur. Quinze pays ont effectué le TDM et le nombre total de personnes traitées en 2007 était de 47,7 millions. Le nombre cumulé de traitements depuis 2000 est de 160 millions. Cinq pays (les Comores, le Burkina Faso, le Ghana, la Tanzanie et le Togo) ont effectué des programmes de TDM couvrant toute la population à risque et trois parmi ceux-ci (les Comores, le Togo et le Zanzibar) sont presqu'en phase de finalisation.

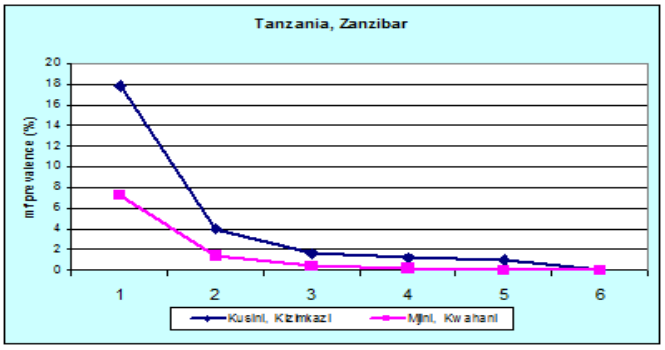
Progression constante

Même si les objectifs prévisionnels n'ont pas été atteints, on note une croissance constante au cours des 8 années depuis l'introduction des TDM ; on observe une nette croissance à partir de 2006 après l'initiation du TDM dans les pays.

Impact du TDM

Les études de cas illustrées ci-dessous montrent clairement que la prévalence des mf atteint 0 après 2 à 6 rondes dans certaines localités.





Mise en œuvre de la PELF dans une approche intégrée

Au total, 20 pays se trouvent à des stades variés de mise en œuvre conjointe des programmes de lutte contre les MTN. Quinze pays parmi ceux-ci sont en train de planifier ou de mettre en œuvre une chimiothérapie coordonnée pour cinq MTN et 6 pays sont en phase préparatoire, y compris la cartographie.

Des facteurs de facilitation

Un nombre de facteurs ont contribué au succès réalisé. Entre autres : l'engagement des Etats pour le leadership et la gestion de la politique ; de bons systèmes de santé ; un partenariat solide et coordonné ; l'utilisation du CDTI pour les TDM de même que les autres actions de lutte contre les maladies disponibles qui peuvent être utilisées comme opportunités de mise en œuvre conjointe.

Défis

Le manque de stratégie de TDM et les contraintes budgétaires constituent les défis majeurs auxquels les programmes de FL sont confrontés. Les zones urbaines présentent à elles seules un défi dû à un fort mouvement de population ; les pays qui sont en conflit ou en post-conflit sont confrontés à une série de défis qui minent les réalisations déjà accomplies ; il faut en outre des fonds pour soutenir les efforts d'élimination de la FL.

Points essentiels des discussions

Intégration, oui ! Mais à quel prix?

Une tension dynamique a animé les débats sur le pour et le contre de l'intégration. Les délégués proposent la prudence concernant la dilution du focus sur l'objectif de l'élimination de la FL. Il faut garder à l'esprit l'objectif de l'élimination de la FL étant donné que les autres maladies sont des programmes de lutte. Des firmes pharmaceutiques ont rendu disponible leurs donations pour réaliser l'élimination de la FL d'ici 2020 ; mais on ne doit pas perdre de vue les bénéfices qu'on peut tirer de l'intégration dans la lutte contre les MTN.

Intégrer les opérations et non le financement

Le lot des MTN comme stipulé dans la stratégie de la Transmission de la Chimiothérapie Préventive (PCT) de l'OMS peut être utilisé pour la mobilisation des ressources mais il est nécessaire de trouver des mécanismes pour permettre aux programmes de travailler ensemble et soutenir l'initiative des MTN tout en se concentrant sur l'élimination de la FL. Il faut intégrer les opérations mais pas le financement, et ensuite faire le plaidoyer pour des financements supplémentaires en faveur d'approches plus grandes et plus holistiques. Chaque programme doit spécialement mettre l'accent sur les programmes individuels tout en recherchant les moyens de compléter d'autres, particulièrement au sein des systèmes de santé.

Les participants à la réunion se sont accordés pour reconnaître que l'intégration apporte des difficultés à cause des différences entre les régions et les systèmes de santé. L'Alliance doit faire le suivi en définissant le type et le niveau de l'intégration qui doivent faciliter et compléter l'élimination de la FL.

Intégration versus mise en œuvre conjointe

Les termes intégration et mise en œuvre conjointe ont été clarifiés. La mise en œuvre conjointe est le fait de partager des infrastructures/des ressources comme les opérations, le transport et le personnel, tandis que l'intégration se place à un niveau supérieur dans laquelle sont impliqués les ministères de santé définissant des politiques et s'assurant que l'intégration des MTN est incorporée dans un système de santé plus élargi.

Président: l'Honorable Dr. Aisha Kigoda (Député), Ministre tanzanien adjoint de la santé et de la sécurité sociale.

La mobilisation sociale pour porter appui au programme de TDM – l'expérience du Sri Lanka

Dr. Tilaka Liyanage

Le Sri Lanka compte19 millions d'habitants et 10 millions vivent dans les zones d'endémie. L'objectif du ministère de la santé du Sri Lanka est d'avoir une nation en bonne santé pouvant contribuer au développement économique, social, mental et spirituel du pays ; ainsi, l'un de ses objectifs est de « permettre aux communautés de maintenir et promouvoir leur santé ».

Historique de la lutte contre la FL et activités d'élimination

Les activités de lutte et d'élimination de la FL dans le pays remontent au 4ème siècle A.C. Entre 1936 et 1939, une première enquête couvrant toute l'étendue de l'île a été menée et a permis de découvrir un taux de mf de 20 à 24%. A l'inauguration de la campagne anti filariose en 1947, le taux de mf a été ramené à 5 et 6%. Depuis lors, il est resté statique mais avec un taux peu élevé de transmission. Depuis 1949, des cas de filariose bancroftienne ont été signalés.

En 1997, en accord avec la résolution de l'OMS, le ministère de la santé a changé ses objectifs : de la lutte contre la FL à l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2010. En 2001, le TDM a été lancé en associant le DEC et l'albendazole et un district a servi de cadre pilote. Un an plus tard, la première ronde de TDM a été administrée dans toute la zone d'endémie de la FL et en 2005, la 5ème ronde de TDM a été administrée. La couverture médicamenteuse actuelle a augmenté et a atteint des objectifs dépassant largement les 80%. Le pays a finalisé 5 rondes de TDM avec succès.

Raisons du succès

Les principales raisons du succès des TDM sont entre autres : un grand soutien politique, l'engagement des travailleurs de la santé à tous les niveaux (national, provincial et Centre de santé primaire : PHC), de bonnes structures de santé, la présence de volontaires engagés en tant que distributeurs communautaires et un approvisionnement continu en DEC de bonne qualité par le ministère de la santé.

En outre, la campagne de mobilisation sociale a été bien planifiée ; les bénéfices du déparasitage de l'albendazole étaient clairement perceptibles avec peu d'effets secondaires pour le régime des deux médicaments. Le programme a reçu un soutien continu de la part de l'OMS, de GSK et du Liverpool School of Tropical Medicine.

Eléments de la mobilisation sociale

Ce fut un mouvement à grande échelle en vue d'enclencher la participation des populations à tous les niveaux de la société. Le processus de décentralisation a été bien planifié englobant le point critique de la participation communautaire par le moyen d'un plaidoyer solide, du marketing, de la formation et de l'aide des média. Les résultats de la campagne furent la mise en place d'une politique et d'un programme entrepris au niveau communautaire. L'impact : un choix multiple, la connaissance, le comportement les pratiques renforcées et en général, la santé améliorée pour l'ensemble de la population.

Eléments de mobilisation sociale

- Partenaires nationaux
- Appui des agences internationales

PLAN COMBI

- Collecte & Analyse de l'information
- Plaidoyer
- Marketing
- Aide des média
- Formation
- Participation à l'organisation de la communauté

Résultats du partenariat

- Mise en place de la politique
- Resources allouées
- Programme élaboré
- Programme mis en œuvre au niveau communautaire

Choix multiple

- Connaissance, comportements et pratiques renforcés
- Prise de médicaments

⇓

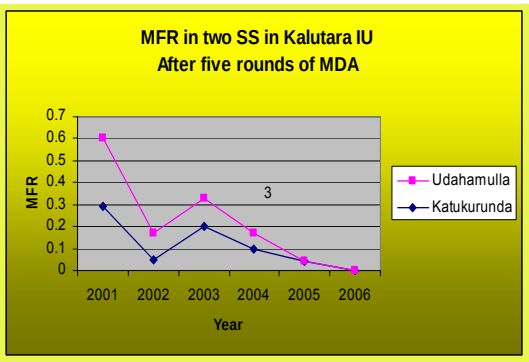
SANTE AMELIOREE

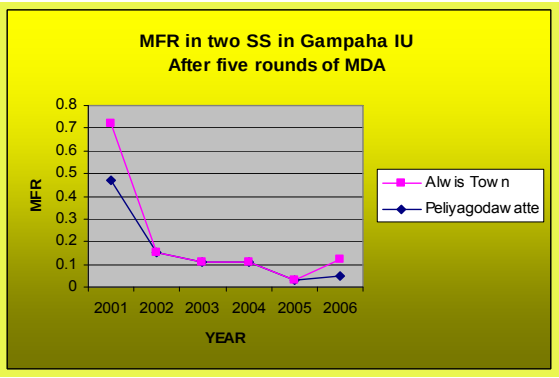
Focus sur le changement de comportement

Le défi à relever consistait à traiter 10 millions de personnes en bonne santé ! Les groupes sociaux (politique, gouvernemental et non-gouvernemental y compris le Lion's Club), les groupes communautaires et les familles étaient engagés dans la campagne. L'accent était principalement mis sur le changement de comportement et du fait de l'approche à plusieurs niveaux, il y avait une appropriation partagée en vue du succès du programme. Les groupes communautaires et les familles constituaient le pilier du programme avec entre autres 45 000 à 50 000 volontaires non rémunérés qui distribuaient les médicaments. Le soutien continu de la mobilisation sociale et l'approvisionnement continu de médicaments de qualité ont été l'impact majeur sur le coût du programme.

Les principaux éléments d'un programme de santé réussi

Les illustrations ci-dessous montrent un déclin rapide de la transmission de la mf au cours de la première année de TDM et un déclin constant et continu par la suite.





Le succès de tout programme de santé nécessite un véritable partenariat entre tous les acteurs, une appropriation bien repartie du programme et la reconnaissance des enjeux de tous les secteurs.

Tester les critères d'évaluation de la transmission – l'expérience de l'Egypte
Dr. Reda Ramzy

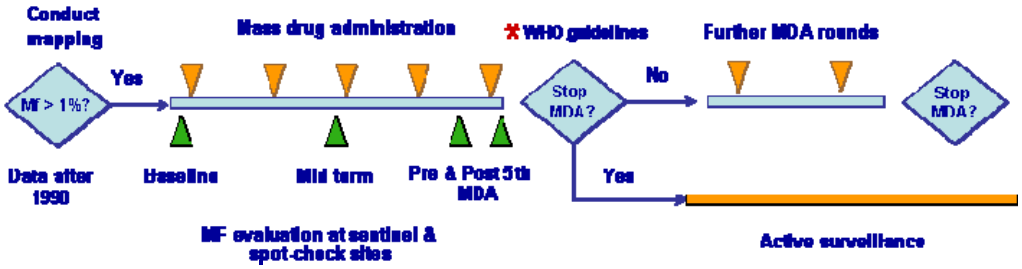
Aperçu général

Approximativement 60% des patients souffrant de la LF en Egypte résident dans les zones d'endémie du delta du Nil et de Giza. L'Egypte faisait partie des premiers pays à s'embarquer dans la stratégie d'élimination de l'OMS en 2000. L'objectif du programme était d'éliminer la FL en tant que problème de santé publique. Un programme de TDM avec un taux de couverture prévu de 80% a été conduit dans 4 villages sentinelles des zones d'endémie ayant des taux de prévalence de mf et d'antigènes égal ou supérieur à 1%. Les femmes et les enfants en dessous de 2 ans ont été exclus.

Programme d'Elimination de la LF

Déroulement

La première ronde de TDM a été mise en œuvre en 2000 et la cinquième ronde en 2005. Le TDM prend fin après cinq rondes au moins dans les villages qui satisfont aux critères de l'OMS à savoir : des taux de mf en dessous de 1% dont l'ICT n'est pas positif durant les enquêtes groupés LQA parmi les enfants âgés de 2-4 ans, et dont l'ICT n'est pas positif durant les enquêtes groupés LQA pour 3000 enfants âgés de 6-8 ans. Les sites sentinelles qui ne satisfont pas aux exigences de la cessation reçoivent des rondes de TDM complémentaires avec une surveillance active. La recherche est également menée pour tester les critères d'évaluation provisoires ; cela comporte une mf en dessous de 0,5%, des CFA et des anticorps en dessous de 2% et un xénomonitoring pour évaluer l'infection des moustiques en dessous de 0,2%. L'illustration ci-dessous est un résumé du processus.



Rapport du taux de couverture du TDM

Au total, 161 villages ont été couverts au cours de la première ronde de TDM et 1 667 000 personnes traitées. Le taux de couverture était approximativement de 90% des personnes éligibles ou du nombre total. Le TDM a été finalisé dans 149 villages, 20 villages n'ont pas complétés les 5 rondes et 12 villages ont échoué dans la post-évaluation du TDM 5. Certains villages de la dernière catégorie ont reçu jusqu'à 8 rondes de TDM.

Impact du TDM

Plusieurs enquêtes transversales ont été menées dans 2 sites sentinelles et on a observé une baisse drastique des taux de prévalence de MF dans ces deux zones d'études. A Qalubyia, les taux sont tombés à zéro après 3 rondes et à Giza, ils ont baissé d'à peu près 90% après le TDM -5. Les taux de CMFL sont tombés à zéro à Qalubyia après le TDM -3 et à Giza, il y a eu une baisse drastique de 72% et de 91,4% après respectivement le TDM-1 et le TDM-5. Le taux de prévalence du CFA a baissé drastiquement de 75% à Giza et de 77% à Qalubyia après 5 rondes de TDM. Les résultats les plus impressionnants ont été observés chez les écoliers où la prévalence des anticorps des élèves du CP est tombée à 0 après le TDM-3 à Qalubyia ; à Giza, elle a baissé de 18,3% à 0,2% après 5 rondes de TDM.

Surveillance active post TDM
Neuf enquêtes villages ont été conduites dans des villages présentant des taux d'infection pré-TDM les plus élevés. Un suivi complet a été menée dans 44 communautés suivant le TDM (22 par an, retestés tous les 2 ans). Le test provisoire des critères d'évaluation étaient : mf <0,5%, et CFA <2%. Au total, 4128 sujets ont été testés.

Défis
Les défis majeurs furent l'intensité du travail durant le processus de collecte de moustiques qui s'est terminé par le faible nombre de moustiques collectés.

Soutien au PEFL National
Le PNEFL a reçu un appui financier du Fonds Arabe pour le Développement Economique et Social à travers le WHO/EMRO, et a bénéficié de la généreuse donation (des comprimés d'albendazole gratuits) de GSK. Le FRG à Ain Shams University a reçu un appui financier grâce à la subvention du NIH, GSK, WHO/EMRO et Alexandra University group en a bénéficié de même du WHO/EMRO.

Conclusions et Recommandations
Après 5 rondes, le TDM a été interrompu dans 92,5% des villages traités cependant, une période de surveillance post-TDM (5 ans au moins) est nécessaire pour confirmer l'élimination de la FL de ces villages et pour détecter tous les signes précurseurs de l'infection. Il faut également mener des études longitudinales supplémentaires pour déterminer le sort de l'antigénémie résiduelle chez les sujets qui sont débarrassés de la microfilarémie suite au traitement.
Sur la base des études d'évaluation, des directives de l'OMS pour arrêter le TDM, des données de la surveillance post TDM, les conclusions suivantes ont été tirées :

- 5 rondes de TDM avec le DEC/l'albendazole ont un impact drastique sur les différentes mesures de l'endémicité et de la transmission de la filariose.
- 5 rondes de TDM avec des taux de couverture élevés peuvent éliminer la FL. Cependant, des données complémentaires sont nécessaires pour vérifier cette hypothèse.
- Les tests MX et CFA sont des outils de suivi plus sensibles que les enquêtes sur la mf du sang. Cependant, des études provenant d'autres parties du monde sont nécessaires pour confirmer cette conclusion.
- Plus la couverture obtenue est élevée, plus l'impact est grand.

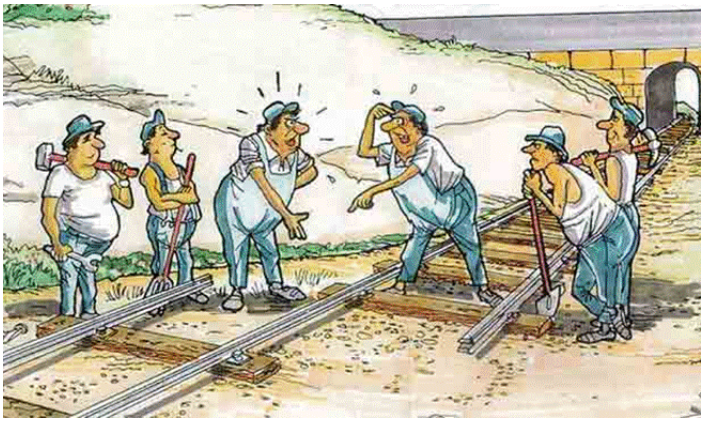
Intégration de la FL dans les systèmes de soins de santé primaires en République Dominicaine
Dr. Manuel Gonzalez

Cette présentation fait état de l'intégration réussie des activités de la FL dans le système des soins de santé primaires de la République Dominicaine en donnant un aperçu général de son importance et de la manière de la réaliser.

Le contexte
La République Dominicaine compte 9,4 millions d'habitants. Elle a 1059 structures de santé qui représentent le système de soins de santé comprenant 141 hôpitaux (7 hôpitaux de référence nationaux, 9 hôpitaux régionaux, 25 hôpitaux provinciaux et 100 hôpitaux municipaux) ; 55 cliniques urbaines, 615 dispensaires ruraux, 89 dispensaires médicaux et 159 unités de consultations médicales.

L'objectif principal de l'intégration
L'objectif était de faire du programme de la FL une composante reconnue du système de soins de santé. La photo ci-dessous résume le scénario envisagé. Le processus d'intégration a été entrepris en cinq étapes:

1. La reconnaissance du droit d'exister en vue de faciliter l'acceptation de l'un ou l'autre.
2. Savoir ce que chaque programme entreprend de sorte à faciliter l'intérêt pour l'un ou l'autre.
3. Etablir des mécanismes de collaboration basés sur le principe de réciprocité.
4. Encourager une coopération plus étroite concernant les activités et les ressources en vue de faciliter la création de la solidarité.



5. Etablir une plus grande association pour inspirer la confiance en et entre l'un et l'autre.

Le programme de la FL a un pied dans la collaboration et l'autre dans la coopération.

La procédure: processus et activités spécifiques
La cartographie a débuté en 2001 dans 154 municipalités. Parmi celles-ci, 84 (légèrement moins de 60%) ont subi une enquête et deux régions ciblées, celle du sud-ouest et la Ciénaga, Santo Domingo ont été identifiés à partir des résultats de l'enquête.

Les interventions ont été initiées avant la finalisation de la cartographie pour déterminer la mise en œuvre du TDM et la prise en charge de la morbidité. Cela a débuté par un modèle à base communautaire mais le contexte a changé du fait de la mise en place d'un système de sécurité sociale dans 4 régions. Le modèle s'est basé sur un système de PHC avec le soutien de la communauté. Le territoire a été divisé en 137 unités de PHC et pris en charge par l'équipe de l'UNAP ayant sous sa responsabilité 500 à 600 familles. Le TDM a été mis en œuvre par la communauté. Au départ, les départements provisoires et régionaux n'étaient pas impliqués.

Le programme ci-dessous présente le processus de l'intégration structurale du programme de la FL dans le système de soins de santé de la région du sud ouest.

- 2002: (1er TDM), le système des soins de santé primaires n'était pas encore mis en place et le programme de la FL travaillait directement avec la communauté pour distribuer les médicaments.
- 2003: (2ème TDM), le système de PHC a été établi dans le sud ouest du pays. Le système de PHC a consisté en une équipe d'environ 1 docteur, une infirmière, 4 professionnels de santé et un superviseur des professionnels de la santé communautaire servant une population de 700 familles. Le rôle des PHC est de fournir des soins et de faire la prévention, de travailler dans la communauté à travers les visites à domicile à l'instar des dispensaires. L'intégration à ce niveau requiert que le personnel du PHC fasse partie des équipes impliquées dans la distribution des médicaments avec les distributeurs communautaires. Les rapports sur la santé de la famille du PHC ont été utilisés pour organiser et enregistrer les informations au cours du TDM.
- 2004: (3ème TDM), il a débuté avec le processus d'intégration au sein des structures de santé (équivalent du district). Avant le 3ème TDM, un atelier a été organisé avec la participation de tous les services de santé de la région comprenant: le PHC, le district, les directeurs régionaux et hospitaliers. Au cours de cet atelier d'une demi-journée, le programme de la FL a été présenté et un contrat signé par les directeurs qui s'accordent à travailler ensemble pour une plus grande intégration du programme de la FL dans le système général des soins de santé.
- 2005: (les préparatifs du 4ème TDM ont été faits pour mars 2006)

Les réalisations

Au niveau national: *Le* ministère de la santé (SESPAS) a accepté de financer les prochains TDM et de verser des salaires à l'équipe de la FL. Avant l'intégration, le programme était principalement financé par le Bill and Melinda Gates Foundation, financement qui a pris fin depuis lors.

Au niveau du district:

- Un atelier de deux jours a été organisé par le programme de la FL avec les directeurs régionaux de la santé au cours duquel un accord a été signé sur un plan d'action pour le transfert de fonctions aux différents niveaux; le niveau provincial se chargera de la formation des distributeurs communautaires, de la supervision, du suivi et de l'administration des finances ;
- Un atelier de formation de deux jours organisé par le programme de la FL pour la formation des directeurs de districts en connaissances générales telles que l'éducation en santé, la planification, la gestion des conflits et la supervision ;
- Un atelier d'une journée organisé dans chaque province pour former les directeurs de districts spécialement sur le programme de la FL et pour planifier ensemble le TDM ;
- Un atelier d'une journée pour former les formateurs choisis dans chaque structure de santé de la province. Ces formateurs seront responsables de la formation des distributeurs communautaires.

Au niveau du PHC: la décision a été prise de conduire le TDM en deux semaines et non pas en un weekend seulement. Chaque PHC est responsable de l'organisation de son propre TDM, et les professionnels de la santé au niveau communautaire distribuent les médicaments. Les distributeurs communautaires sont utilisés dans les lieux où le PHC possède peu de personnel et où il s'avère nécessaire de renforcer l'équipe. La liberté des directeurs de prendre des décisions renforce leur confiance et crée un sentiment d'appropriation du processus et des programmes individuels.

Les ateliers et la formation pour appuyer le processus d'intégration ont été financés par le Liverpool et Atlanta LFSC.

Impact de l'intégration de la FL dans les autres programmes et activités du ministère de la santé
Voilà ci-dessous les domaines essentiels de l'impact que le processus d'intégration de la FL a permis de réaliser:

- Une plus grande confiance du public dans la réceptivité du ministère de la santé face aux problèmes de santé publique;
- Une réduction de la prévalence des parasitoses intestinales au sein de la population en général ;
- Une base de données du recensement de la population a été créée ce qui a facilité une meilleure organisation des autres initiatives de santé publique ;
- L'amélioration de la disponibilité d'une expertise confirmée au niveau local pour combattre d'autres maladies ;
- L'intégration a servi d'ouverture pour une collaboration et une coopération plus intenses entre la République Dominicaine et Haïti ;
- Le renforcement de l'engagement sur le plan international du ministère de la santé dans la région et partout ailleurs.

Ce processus peut être utilisé pour toute initiative relevant du système de santé au niveau régional.

Les limites de l'intégration
Il n'est pas aisé de connaître les capacités du pays, mais à partir des succès réalisés, on note assez d'engagement pour la poursuite ainsi que de nombreuses propositions pour des perspectives d'avenir. Le pays a mis fin au TDM dans deux centres importants mais il devra renforcer la surveillance du système de PHC. Il est également nécessaire de faire une extension aux autres centres d'intérêt et de reproduire le modèle dans ces zones.

Défis
Les principaux défis à relever étaient le financement qui a eu un impact sur les contrats de l'équipe de la FL.

L'intégration est un comportement et non une stratégie. Il n'y a pas de modèle standard. Le modus operandi de l'intégration requiert la prise en compte des situations et des expériences individuelles des pays.

Extension du Programme d'intégration des TDM au Nigéria
Dr. Patricia Ogbu-Pearce

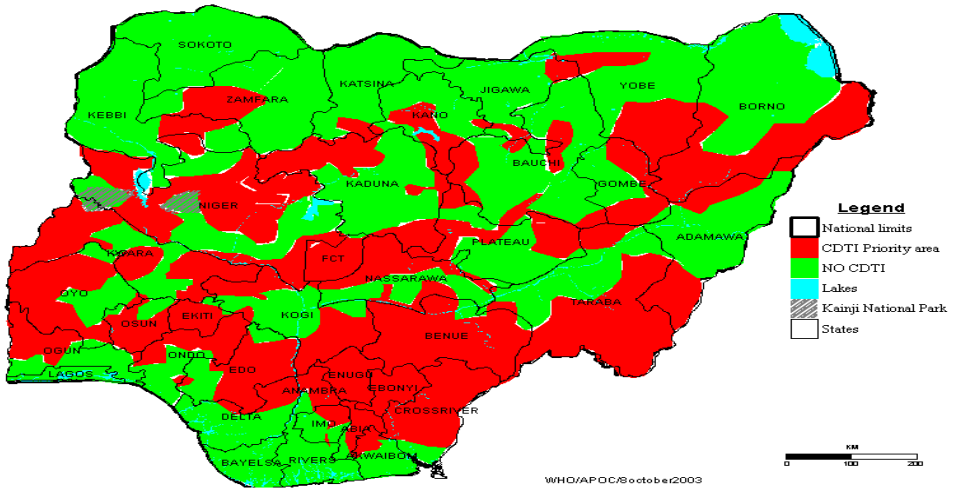
Le Nigéria compte environ 140 millions d'habitants et à la taille du pays, les problèmes de santé sont énormes. Le ministère de la santé, sous la direction de l'OMS est en train d'élaborer un cadre au sein duquel un programme pourrait insérer plus d'une maladie.

Les MTN prédominant au Nigeria
Ces MTN prédominent au Nigéria : l'onchocercose, la filariose lymphatique, l'helminthiase d'origine tellurique, le trachome, la lèpre, la dracunculose, la schistosomiase, la trypanosomiase humaine d'Afrique et l'ulcère de Buruli.

Pour déterminer l'ampleur du problème, un exercice de cartographie a été mené pour garantir le traitement systématique des maladies. La cartographie des MTN existantes se trouve à différents niveaux. Le tableau ci-dessous donne un bref aperçu des statuts et de la couverture de l'exercice de cartographie pour chaque maladie suite aux initiatives déjà entreprises, et l'impact (le cas échéant).

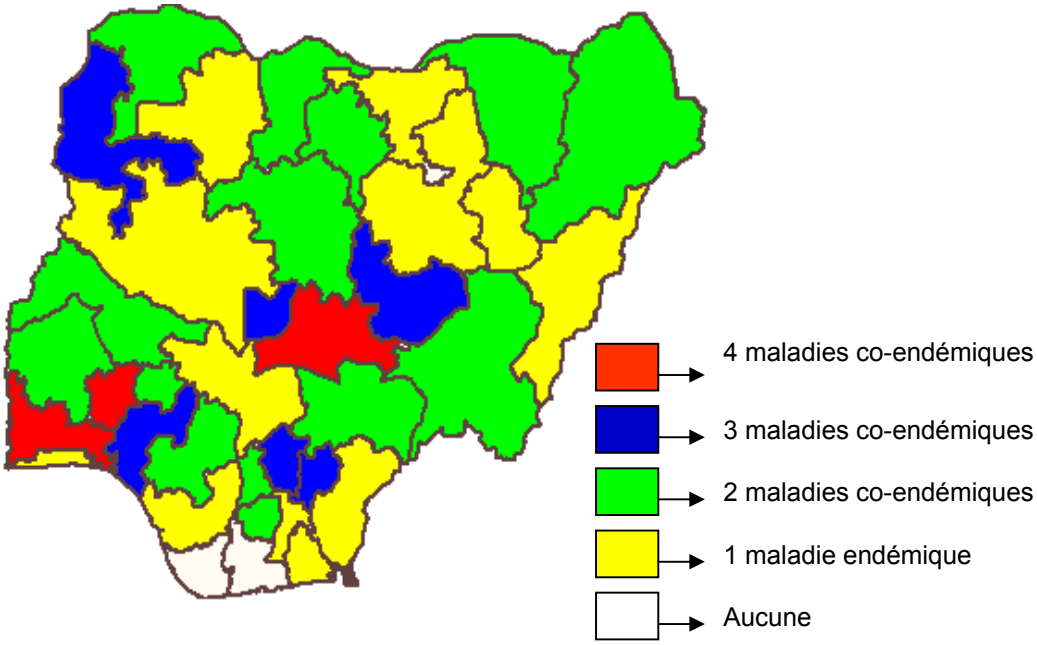
Type de MTN	Etat de la cartographie et couverture
Onchocercose	32 états cartographiés; états + FCT endémiques; près de 30 millions de personnes ciblées
FL	13 états cartographiés; 17 états à cartographier en 2008
Helminthiases d'origine tellurique	Non encore cartographier, mais la littérature de la recherche et les données disponibles suggèrent une endémicité dans 36 états en utilisant les indications préliminaires, 10 états ont été cartographiés provisoirement.
Trachome	10 états cartographiés pour le TT; non encore cartographiés pour le trachome actif
Lèpre	Cartographiée pour la plupart. Prévalence de 0,39/10 000 enregistré en 2005. Le nombre de nouveaux cas est de 5014. Quatre états ont des taux élevés de prévalence de 1 /10 000
Dracunculose	Totalement cartographiée. La transmission de la maladie presque éliminée à l'exception de 28 cas actifs dans 3 états
Schistosomiase	Cartographie provisoire menée dans10 Etats + FCT sur la base des données de l'IDSR. Il y a une tentative d'accord pour un indicateur de cette maladie qui sera intégré dans la Nigerian National Demographic & Health Survey de 2008
Trypanosomiase humaine d'Afrique	Cartographie non encore réalisée
Ulcère de Buruli	Cartographie non encore réalisée

La faisabilité de la cartographie intégrée des MTN est en train d'être explorée. Dans 2 états, l'intégration de la cartographie du trachome/schistosomiase/FL a été réalisée. La priorisation de la lutte/élimination sera basée sur ces études, particulièrement les opportunités de mise en œuvre conjointe.



Chevauchement des maladies
La distribution des MTN au Nigéria décrite dans la carte illustre la concentration des MTN dans les différents états. La plupart des états présente une ou deux maladies co-endémiques et qui sont presque équitablement distribuées dans les états. Un petit nombre d'états concentrent quatre MTN.

Endémicité des MTN au Nigéria, juin 2007



Mesures d'intervention
La liste des points ci-dessous présente les différentes interventions en cours pour les MTN endémiques :

- L'onchocercose : traitement par la distribution du Mectizan mené dans 32 états en plus du FCT (territoire de la capital fédérale du Nigéria) en utilisant la stratégie CDTI ;

- Le TDM de la FL est mené dans 2 états, et une distribution pilote a commencé dans un état. Le traitement des helminthiases d'origine tellurique dans les écoles se fait actuellement de manière sporadique et incoordonnée par le ministère de l'éducation. Cependant, il faut partager les données pour la coordination entre les ministères de santé et de l'éducation ;

- Pour le trachome, la stratégie SAFE (sans le « A ») est mis en œuvre en partie ou totalement dans 10 états ;

- La lèpre : le MDT se fait dans tous les 36 états en plus du FCT ; quelques 4201 personnes parmi les 5398 cas enregistrés ont été libérés en 2007 ;

- La dracunculose : la recherche active des cas est entreprise pour garantir le contingentement dans 17 états ; en janvier 2008, 28 cas ont été enregistrés dans 3 états

- La trypanosomiase africaine humaine et l'ulcère de Buruli : rien n'a été entrepris.

Le ministère fédéral de la santé a mis en place un groupe pour les MTN et a procédé à la formation d'un comité directeur pour guider et diriger les activités.

Réalisations
Les réalisations majeures à ce jour sont entre autres : un grand nombre de personnes traitées par les différents programmes de MTN, la distribution des médicaments pour les diverses maladies, et la création de ressources humaines pour la santé (HRH).

- 18 millions de personnes ont été traitées avec le Mectizan dans tous les états ciblés ;
- 3,4 millions de personnes ont été couvertes par le TDM pour la FL dans 2 états ;
- 200 millions de personnes environ ont été traitées avec le Praziquantel pour la schistosomiase dans 3 états ;
- Une main d'œuvre importante des ressources humaines a été mise à disposition et est prête à être utilisée pour le service de distribution intégré ;
- Les CDD sont utilisés pour la surveillance des cas du ver de guinée dans 32 états en plus du FCT ;
- Les capsules de vitamine A sont distribuées dans tous les états au cours des journées d'immunisation nationales (NID) et en utilisant la structure CDTI dans 10 états.

Extension
Le terrain est bien préparé pour l'extension des interventions disponibles. Un comité directeur national pour les MTN a été établi et a déjà tenu plusieurs réunions. Des documents de la politique ont été élaborés et utilisés pour élaborer la loi requise. Un manuel de formation intégré est en train d'être élaboré et testé sur le terrain réalisé avec le soutien du Programme africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC). Des dons de médicaments pour le trachome, la schistosomiase et les helminthiases d'origine tellurique (STH) ont été reçus de diverses organisations. Le TDM de l'élimination de la FL débutera et couvrira 3 états du sud en 2008. Bientôt, débuteront les TDM pilotes pour l'oncho, les STH et la schistosomiase dans 2 états sous l'initiative de l'USAID en 2008. En outre, si l'on arrive à se procurer le mébendazole à temps, sa distribution pourra commencer dans 3 états du sud ouest en 2008 ou 2009.

Contraintes
Le public est très peu conscient des MTN ; l'engagement politique est inapproprié à tous les niveaux et il n'y a pas d'engagement de l'extérieur pour la gestion de certaines MTN. Il existe une peur générale et souvent inexprimée de l'intégration parmi les responsables de la mise en œuvre. Il y a toujours une personne centrale pour chaque maladie même s'il y a un responsable commun qui coordonne les activités pour garantir l'intégration des efforts et la progression du programme. Le processus d'intégration avance lentement à cause de mauvaises conceptions.

Financement national et extension en Inde

Dr. GPS Dhillon

Aperçu général des activités d'élimination de la FL
En Inde, le TDM a débuté comme un projet pilote en 1997 lorsqu'il a été lancé comme une campagne nationale. En 2006, il y a eu la recommandation du groupe de travail national et en

2007, l'extension du TDM aux 250 districts endémiques. L'Albendazole combiné au DEC est utilisé dans 2 districts et le DEC uniquement dans le reste des districts.

Les stratégies utilisées sont similaires à celles élaborées dans d'autres pays. Des plans sont en cours pour faire l'extension dans 7 districts. Un approvisionnement de soixante dix millions de comprimés a été réalisé sur le budget de l'état indien, et en cas de disponibilité de l'albendazole, la couverture s'étendra à plusieurs districts. On observe une augmentation de la couverture au cours des années.

Réalisations

Les principales réalisations se situent au niveau de la prestation de service, de la couverture de distribution des médicaments et de la prise de conscience de cette maladie par la population. Jusque là, la prestation du service est impressionnante avec les centres de soins de santé couvrant plus de 40 000 personnes. Chaque village a un volontaire et on compte à ce jour 500 villages couverts. Le renforcement des capacités du personnel local a été fait et on note une baisse du taux de mf. On note également une augmentation constante de la couverture dans la distribution des médicaments. En 2004, certains états réalisaient de faibles taux de couverture mais présentement tous les districts réalisent plus de 60% de couverture. L'écart entre la couverture et l'acceptation a baissé de manière significative du fait de l'augmentation actuelle de la prise de médicaments. Il y a une baisse des taux de mf puisqu'il n'existe plus de mauvaise conception et la prise de conscience de la maladie s'est améliorée de manière générale. Le résultat positif est la réduction des incapacités puisque les services sont maintenant fournis par le personnel de santé sur le terrain.

Enfin, on note plus d'engagement de la part de l'administration du district et l'engagement politique a été assuré à tous les niveaux. Le président lui-même et les ministres de santé de chaque état sont impliqués dans le programme. Le gouvernement fournit l'aide maintenant en espèces et en nature. L'appui direct au programme à partir des caisses de l'état a plus qu'augmenté, tandis que le renforcement des capacités est assuré par l'OMS.

Défis et résolutions

Le programme a été confronté au défi de l'approvisionnement en DEC mais actuellement des rapports sur la pré-distribution et la post-distribution sont préparés, des firmes ont été mises sur la liste noire et il y a un examen approfondi des changements de spécifications techniques sur le conditionnement. Il existe une pénurie des cartes ICT.

Les besoins du programme

Une plus grande mobilisation sociale et une prise de conscience sont nécessaires dans une communauté pour améliorer l'acceptation des médicaments. Il est également nécessaire d'adopter la prise en charge de la morbidité à domicile et les opérations d'hydrocèle qui ont réussi ailleurs. Le programme cherche également et a déjà commencé à faire des plans pour des campagnes de communication sur le changement de comportement (BCC) sous la forme de rassemblement des étudiants, des posters et la marque du véhicule.

Mobiliser la volonté politique aux Philippines

Dr. Leda Hernandez

Contexte

Des réformes du secteur de la santé ont contribué à renforcer les acquis au cours de la dernière décennie. Le programme de réforme du secteur de la santé de la Direction de la santé (DOH) a servi de base pour la mise en œuvre de stratégies dans tous les secteurs en vue de renforcer les acquis de la fourniture, la régulation, la gestion et le financement des services de santé par l'amélioration du statut général des soins médicaux des philippins. Le travail qui reste à

accomplir consiste à mettre au point des stratégies, élaborer des politiques et mener un plaidoyer en vue de réaliser les objectifs fixés dans les OMD et le plan de développement à court terme des Philippines ainsi que l'engagement du gouvernement dans le même sens.

En 2005, une recherche visionnaire, généralement connue sous le nom de « Formule 1 pour la santé (F1) » était élaborée pour renforcer le système des soins de santé et en vue de l'utiliser comme moteur pour le changement social. C'était une nouvelle arme pour développer les réformes du secteur de la santé et mettre en œuvre les interventions décisives avec une rapidité, une précision et une coordination effectives en vue de réaliser les 3 objectifs principaux du système de santé, à savoir : de meilleurs résultats de santé, un système de santé plus proche des populations; et un financement plus équitable des soins de santé.

Un plan d'investissement de santé publique a été également développé sous F1 pour la création de 'zones libérées de la maladie' et pour éliminer la lèpre, la schistosomiase, la FL, le paludisme et la rage. Le gouvernement a augmenté son appui pour l'élimination de la FL, comme cela est attesté dans les lignes budgétaires. Le programme a débuté avec un budget très réduit qui a rendu difficile l'extension ; mais depuis 2005, le programme peut maintenant se procurer le DEC nécessaire pour accomplir le TDM dans toutes les provinces.

Les réalisations de la mobilisation des ressources

Les partenariats ont été établis avec les entreprises y compris les compagnies pétrolières (Shell Petroleum Corporation qui a adopté 2 provinces avec un engagement de cinq ans à hauteur de US$ 16 000/an) ; les sociétés minières (TVI Resource Development qui ont adopté 7 municipalités contigües avec un engagement de cinq ans de US$15 000/an ; décision à prendre pour les années suivantes) ; les compagnies d'assurance (Philam Insurance Corporation ; a fourni un soutien global pour la promotion de la FL à hauteur de US$10 000/an et la compagnie d'assurance-vie a adopté 1 province avec un soutien de US$5 000/an ; à négocier pour les années suivantes) ; et une société d'esthétique et de bien-être (Belo Medical Group) a sponsorisé 10 hydrocélectomies qui ont coûtées au total US$2 000.

Des partenariats ont été également établis avec les ONG. Le Peace and Equity Foundation (PEF) connu pour les subventions/le micro financement s'est investi maintenant dans la santé et incorpore non seulement la FL mais également la lèpre, la schistosomiase et autres maladies d'origine alimentaire et hydriques. Ces partenariats ont donné au total 150 000 dollars US. Le partenariat avec l'ONG PEF pour la mobilisation sociale et la disponibilisation des fonds a permis au programme d'attirer les partenaires locaux qui ont adopté 9 provinces.

Un élan de mobilisation des ressources a été créé et a abouti à un soutien plus ferme entre la direction de la santé (DoH) et l'OMS; en témoigne le leadership au cours des différentes étapes du développement du partenariat et des manifestations de collecte de fonds. Un poste de collecteur de fonds à plein temps a été créé au sein de la structure de la DoH.

On a pu également mobiliser le soutien de plusieurs acteurs ayant abouti à un Décret Exécutif Présidentiel stipulant que le mois de Novembre est déclaré mois de l'élimination de la FL. A travers un plaidoyer national, la FL est maintenant reconnue comme un des programmes vedettes de la DoH sous la F1. Le secrétaire de la DoH et les autres officiels du ministère se présentent de façon régulière au cours des lancements d'élimination de la FL et des activités importantes. L'OMS soutient le programme en fournissant des conseils techniques, des ressources, des contacts et sa présence/représentation au cours d'évènements importants. Le GAELF facilite maintenant les partenariats entre les ONG et les entreprises et les encouragent à adopter les activités d'élimination de la FL.

Les activités de collecte de fonds ont été menées et le programme a pu collecter 20 000 dollars US des personnes inscrites et des sponsors aux cours d'une manifestation de collecte de fonds.

Le programme a pu également introduire certaines de ses institutions partenaires pour mobiliser davantage de fonds des autres partenaires.

Leçons apprises
Il faut beaucoup de créativité dans le développement du partenariat. Lorsque l'élan est créé le défi suivant est de le soutenir. Pour cela, il est très important de faire des rapports réguliers et des comptes-rendus sur les financements aux donateurs. De même, il faut peaufiner l'organisation de la mise en œuvre sur le terrain parmi les ONG et les structures de la DoH.

Les partenariats prennent du temps pour se consolider et porter du fruit. Il faut investir dans leur création en termes de temps et de ressources humaines car certains partenariats peuvent fournir un soutien continu et durable. Les partenariats multisectoriels peuvent même créer un élan supplémentaire et sécuriser un appui plus solide de la DoH.

Note d'appréciation
Le programme recherche toujours des partenaires pour combler les lacunes existantes. Le présentateur a remercié le siège de l'OMS, le WPRO et les firmes pharmaceutiques et le GAELF pour avoir appuyer leur proposition de partenariat avec d'autres agences. Il a également remercié les membres du groupe consultatif qui ont aidé les programmes des pays dans leur mise en œuvre.

Scénarios de post-élimination pour la morbidité et la lutte contre les MTN au Zanzibar
Mr. Khalfan Mohammed

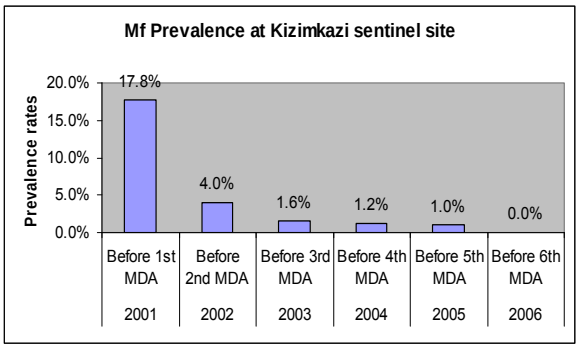
Contexte
Le Zanzibar se compose de deux îles principales : Pemba et Unguja et compte au total 1 196 478 habitants ; il fait partie de la République Unie de Tanzanie mais possède son propre ministère de santé.

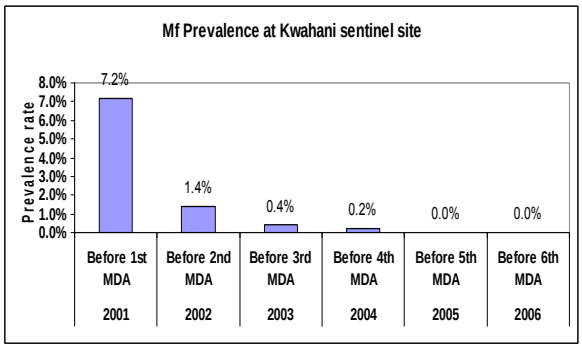
Les activités principales du PEFL
La population totale du Zanzibar est à risque. L'objectif principal du PEFL est d'interrompre la transmission par le TDM en utilisant une seule dose annuelle d'ivermectine et d'albendazole pendant 4 à 6 ans ; il vise également à cibler la population éligible, à prévenir et lutter contre l'incapacité causée par la FL. En raison de sa taille, il a été considéré comme une unité d'exécution pour le programme de FL. Six rondes de TDM ont été conduites entre 2001 et 2006.

Réalisations
Lorsque le programme a été lancé en 2001, la couverture de la population éligible était de 76%. Les raisons qui sous-tendent cette non couverture à 100% sont entre autres les interprétations politiques et religieuses et d'autres idées générales fausses au sujet de la maladie. Cependant, après une étude pour élucider les raisons de la non réalisation d'une couverture plus grande, les questions ont été présentées à un organisme national comme partie intégrante des efforts de plaidoyer pour influencer la prise de décision. La volonté politique devint un acquis et avec les dons de médicaments fiables et généreux, un appui technique et financier, la couverture s'est développée à merveille. D'autres facteurs ayant contribué au succès du programme de TDM sont entre autre l'engagement du personnel du programme, une mobilisation sociale bien planifiée et mise en œuvre et l'appui de la communauté qui est le résultat d'une éducation réussie et des activités de communication sur le changement de comportement.

L'impact du TDM
Pour évaluer l'impact du TDM, une surveillance sentinelle a été menée dans 2 sites sentinelles ayant au départ une forte prévalence. Dans l'un des sites ruraux, la prévalence avant le TDM

était de 17,8%, taux qui est tombé à 4% après la 1ère ronde. Un autre site, dans un milieu urbain, avait une prévalence de 7,2% avant le TDM ; taux qui est tombé à 1,4% après la première ronde et avant la 5ème ronde, la prévalence était à zéro. Le Zanzibar est sur le point d'être déclaré libérer de la transmission de la FL.





Prévention et contrôle de l'incapacité: manière utilisée

Les distributeurs volontaires ont enregistré tous les individus présentant une FL et une hydrocèle. C'était plus facile d'identifier les personnes présentant un lymphoedème que celles présentant une hydrocèle et il fallait la plupart du temps se fier aux rapports individuels. Ce fut le principal défi qui a entravé les efforts en faveur de la chirurgie de l'hydrocèle. La seule approche réalisable était les soins à domicile en collaboration avec les professionnels de la santé (HW), les informateurs des professionnels de la santé (HWI, les aides-soignants (IC), les malades de la FL et les membres de leurs familles.

L'OMS a élaboré des modules de formation sur les soins à domicile (HBC) pour le lymphoedème. A la suite de cela, il y a eu une formation pilote et l'évaluation des professionnels de la santé, des aides-soignants de la communauté, des malades de la FL et de leurs familles dans 10 districts. A peu près 625 patients présentant un lymphoedème ont reçu la formation sur les HBC et ont été suivis par des aides-soignants. On a noté une réduction notable de la fréquence des ADL (adénolymphangites) chez la plupart des patients et une amélioration remarquable de leur condition générale. On a également procédé à la prévention et aux soins des lésions d'entrée ; les patients sont devenus plus confiants en eux-mêmes, la mauvaise odeur était éliminée ainsi qu'une réduction notable de la taille du membre.

Soins à domicile pour le lymphoedème

Pour les patients ayant une hydrocèle, 10 docteurs (un dans chaque Centre médical avec antenne chirurgicale : CMA) ont été choisi pour participer à un atelier de 5 jours sur l' hydrocélectomie. L'atelier a été tenu en collaboration avec l'OMS et le principal objectif était de disséminer les nouvelles techniques pour la chirurgie de l'hydrocèle. Tout juste après l'atelier, chaque docteur a procédé à l'opération d'un patient. Par la suite, on a procédé à l'hydrocélectomie dans 2 CMA avant de l'étendre aux autres CMA.

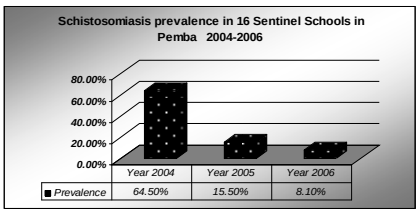
Au total, 325 cas d'hydrocèle ont été opérés (135 en 2007). Après la chirurgie, la condition générale des patients s'est améliorée de façon spectaculaire. Ils sont devenus plus confiants en eux-mêmes et ont pu mener leurs activités ou aller à l'école. Malgré la stigmatisation envers les patients souffrant d'une hydrocèle, les activités de lutte contre la morbidité ont intensifié le contact avec les communautés.

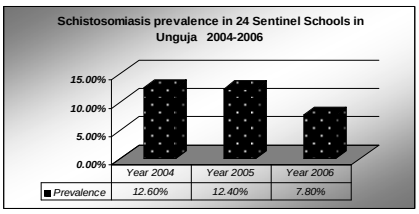
L'intégration des MTN

Le Zanzibar a 3 principales MTN: la filariose lymphatique, la schistosomiase urinaire et les helminthiases d'origine tellurique. Entre 2001 et 2006, une combinaison de 2 médicaments (IVR+ALB) a été distribuée à la communauté du Zanzibar dans le cadre du programme de TDM de la FL. Entre 2004 et 2005, dans le cadre du programme SCI, une combinaison de PZQ+ALB a été distribuée à la communauté de Pemba. La même combinaison de médicaments a été distribuée dans le cadre du programme de l'école à Unguja par SCI en collaboration avec la Fondation santé.

En 2006, le ministère de la Santé a mis en place un programme intégré avec les trois MTN qui ont été intégrées dans le TDM de la FL. Une pharmacothérapie triple se composant de IVR+ALB+PZQ a été distribuée dans les zones atteintes de schistosomiase et une double thérapie de médicaments IVR+ALB dans les zones sans schistosomiase. Le même personnel a été utilisé pour distribuer les différents médicaments en rapport avec les différentes MTN. Lorsque le programme intégré s'est avéré une réussite il a été mis en application dans tous les districts.

Le programme d'intervention pour prévenir la schistosomiase chez les écoliers a impliqué les enseignants dans la distribution des médicaments. Les médicaments étaient pris sur le site pour s'assurer qu'ils étaient réellement avalés. Une enquête sentinelle menée dans les écoles d'Unguja et de Pemba a montré une baisse des taux de prévalence pour la schistosomiase et le STH. Les graphiques ci-dessous présentent une baisse de la prévalence de la schistosomiase à Unguja allant de 12,6% à 7,8% et à Pemba de 64,5% to 8,1% sur une période de 3 ans de 2004 à 2006.





Solutions

L'intégration du programme continuera à se développer après avoir fait ses preuves. Partout où le besoin se fera sentir, il y aura un suivi des mouvements parasitologiques, entomologiques et cliniques pour la LF, la schistosomiase et le STH de même que le TDM et autres activités y relatives. Le déparasitage des écoliers se poursuivra sous le couvert du programme de santé scolaire. Il y aura la promotion de la santé pour garantir une continuité de la prévention et de la lutte contre les MTN à tous les niveaux par l'utilisation des mass-médias (TV et radio), associée à une éducation de la communauté à travers la distribution des posters IEC et les réunions communautaires. En plus, le contrôle de la morbidité de la FL, (la prise en charge du lymphoedème et de l'hydrocélectomie) se poursuivra dans tous les CMA.

Défis

Le principal défi auquel le programme de la FL est confronté est le manque de ressources financières pour l'hydrocélectomie. Il faut environ 30 000 shillings tanzaniens pour chaque opération. Le financement du ministère de la santé reste insuffisant. Il faut également des ressources pour couvrir les coûts de la prise en charge du lymphoedème et des médicaments, surtout le Prazinquantel et l'albendazole/ mébendazole pour maintenir les réalisations du programme.

Discussion

Les principaux points relevés étaient :

- La preuve de pouvoir parvenir à l'élimination;
- Des appréhensions par rapport à la disponibilité et à la qualité du DEC;
- L'importance de la mobilisation sociale;
- Signaler et enregistrer les effets secondaires;
- La durabilité de l'intégration des programmes.

LE GPEFL DANS UNE POLITIQUE ENVIRONNEMENTALE CHANGEANTE

Le Dr. Athula Kahandaliyanage, Directeur Général des services de santé, ministre de la santé du Sri Lanka a présidé cette session. Il y avait 7 panélistes qui ont partagé leurs expériences sur le traitement des défis ainsi que l'identification des bonnes pratiques et la recherche des voies et moyens pour renforcer le focus.

Elimination de la filariose lymphatique dans la région de l'EMRO
Dr. Jaouad Mahjour

Répartition des personnes infectées par la FL et activités d'élimination de la FL
La charge de la maladie dans la région de la méditerranée orientale se trouve parmi les plus basses au monde. On rencontre la FL la plupart du temps dans les zones rurales et semi-urbaines. Les programmes nationaux ont été établis en Egypte, au Soudan et au Yémen ; les efforts sont limités en Oman et en Arabie Saoudite et le statut de la FL reste indéterminé au Djibouti, au Pakistan et en Somalie.

En Oman, 18 cas ont été signalés au cours de 1991 parmi lesquels 11 étaient des expatriés qui avaient vécu à l'étranger dans des pays d'endémie. Le ministère de la santé a mené un questionnaire indicatif dans des zones d'endémie parmi lesquels 2 zones d'endémie étaient suspectées mais aucun cas détecté en utilisant la carte ICT.

Processus du TDM et état actuel en 2007
Le plus grand succès est venu d'Egypte. Au total 29 villages ont reçu le TDM, 16 villages devaient le conduire et d'autres ne satisfont pas aux critères d'arrêt du TDM. La couverture moyenne de TDM était de 90%. Au Soudan, 2 programmes pour l'élimination de la FL ont été mis en place avec l'unité administrative du nord soudan. La cartographie de la FL est presque finalisée et les données laissent penser que l'état du nord est endémique avec 12 millions de personnes à risque. Au Yémen, la population à risque au niveau sous-district est d'environ 120 000 personnes. Le programme a réalisé 5 rondes de TDM, avec un taux de couverture de 85% et est sur le point de parvenir à l'élimination. Le TDM se poursuivra dans 2 UE.

Efficacité des campagnes de TDM
Les rondes de TDM ont eu un grand impact sur les taux de mf. Etant donné les taux élevés de couverture de TDM (signalés/enquêtés) en Egypte et au Yémen, le taux de base de la mf est le facteur important dans la détermination du nombre de rondes de TDM nécessaires. La plupart des zones endémiques en Egypte et au Yémen ayant relativement de bas taux de base de prévalence de mf (inférieur à 10%), 5 rondes de TDM semblent suffisants pour éliminer la FL de la majorité des UE endémiques dans ces pays.

Défis
- Couverture ;
- Refus;
- Soutien à l'engagement du ministère de la santé;
- Surveillance post-TDM.

Défis au niveau des régions

2015 est la date butoir pour réaliser l'élimination de la FL dans la région. On ne sait pas encore si les ressources financières existantes et l'engagement politique sont suffisants pour atteindre ce but. Dans tous les pays, les problèmes relatifs à l'intégration dans d'autres programmes de santé, le renforcement des capacités, l'amélioration des infrastructures et l'utilisation des mécanismes de distribution à base communautaire des ONG doivent trouver leurs solutions au niveau de la mise en place de la politique.

Lutte contre les MTN dans les pays de l'EMRO

Le comité régional de l'EMRO en sa cinquante-quatrième session en octobre 2007, a adopté une résolution demandant d'accorder une grande priorité et appelant à un engagement politique en faveur de la lutte et de l'élimination des MTN ; de la sorte, l'élimination de la FL est associée à l'approche mondiale pour faire face aux MTN. Au cours de sa session d'octobre, le comité régional a reconnu qu'une mise en œuvre efficace et opérationnelle de la plupart des MTN peut se faire dans des villes ayant de faibles ressources. La schistosomiase a été éliminée dans plusieurs pays de l'EMRO et a atteint une faible endémicité dans d'autres pays y compris l'Egypte. En mars 2008, le Yémen a lancé un programme national d'élimination de la schistosomiase en tant que problème de santé publique.

La politique environnementale des MTN dans la région Afrique.

Dr. Likezo Mubila

Orientation de la politique par le Directeur Général de l'OMS, Dr. Margaret Chan

Le Dr. Chan a identifié des caractéristiques importantes des MTN qui exigent qu'une action soit entreprise. Les MTN sont fortement liées à la pauvreté et ont un impact négatif sur le développement économique. Elles font également partie du cycle vicieux maladie-pauvreté-maladie ; ce qui explique ce lourd fardeau puisque plus d'un milliard de personnes sont affectées dans le monde. La lutte contre les MTN garantit l'équité de l'accès aux soins de santé accompagnée de l'amélioration du niveau de vie en général et conduisant plus tard au développement.

Faciliter et garantir un environnement favorable à la lutte contre les MTN

Les leaders politiques et les ministres de la santé des pays endémiques sont plus engagés dans la lutte contre les MTN. Cependant, cet engagement doit être associé à des systèmes de santé plus performants, une bonne gestion des partenariats et par l'appui technique de l'OMS.

Réponse du bureau régional

Le bureau pour la région Afrique fournit l'environnement et l'action politiques nécessaires qui conduisent à la réduction de la charge des maladies tropicales négligées des états membres. La région porte un lourd fardeau de MTN. Elle compte 390 millions de personnes à risque dans 39 pays (plus d'un tiers de la charge mondiale). Elle est aussi porteuse du lourd fardeau mondial des 197 millions de cas de schistosomiase dans 36 pays dont environ 30 millions souffrent de complications permanentes, potentiellement mortelles. Approximativement 400 millions de personnes dans 46 pays souffrent d'helminthiases d'origine tellurique et 120 millions sont à risque pour l'onchocercose dans 30 pays endémiques.

Action et problématiques

- L'OMS et la résolution régionale concernant les MTN ;
- La concurrence des besoins de ressources pour des maladies ayant un lourd fardeau;
- L'identification du besoin de services de santé performants pour la lutte contre les MTN;
- Importance de l'appropriation du pays;
- La prise en charge de la maladie, une activité complémentaire du TDM.

Le partenariat et la facilitation de la mise en œuvre conjointe sont autant de principes directeurs importants qui contribuent à la rentabilité et à la synergie des résultats d'interventions.

Le rôle du bureau régional

Le bureau régional sert de cadre d'échange et convie tous les comités régionaux sur les MTN. En sa 57ème session en septembre 2007, ce forum a passé une résolution sur la lutte contre l'onchocercose en incorporant l'intégration et la mise en œuvre conjointe. La 58ème session qui devrait se tenir en septembre 2008 devra prendre une résolution dans son programme pour s'attaquer aux MTN dans la région et on espère qu'elle sera adoptée ;

Le bureau régional s'occupe également des dispositions prises sur les normes et standards, l'élaboration et la dissémination des stratégies, les directives et les outils ; il fournit l'appui technique pour le renforcement des capacités et les directives dans les divers aspects de la mise en œuvre des programmes des différents pays membres, le plaidoyer et la mise en place des partenariats.

Appui apporté à ce jour :

- Appui pour élaborer les plans d'action nationaux ;
- Le renforcement des capacités pour l'intégration de la lutte contre les MTN y compris l'élaboration de directives et d'outils ;
- Elaboration de modules de formation pour le renforcement des capacités au niveau national et district pour guider la mise en œuvre conjointe ;
- Appui en renforcement des capacités pour l'élaboration des plans de mise en œuvre.

Les lacunes actuelles

- Sécuriser un appui financier surtout à l'extérieur pour l'élimination de la FL pour accompagner le programme durant 5 ans ;
- Sécuriser des fonds pour des stratégies complémentaires de TDM, par exemple, les questions liées à l'environnement, l'hygiène et l'approvisionnement en eau, de sorte que les bénéfices de la distribution des médicaments perdurent ;
- Une capacité limitée pour appuyer les équipes d'appui inter-pays du bureau régional concernant les besoins et la demande d'appui technique sans cesse croissants des pays membres ;
- Les besoins en médicaments : pour les programmes de la schistosomiase et des helminthiases d'origine tellurique (STH), de DEC pour la FL dans les pays sélectionnés (non endémiques pour l'onchocercose) ;
- Renforcement de la coordination et mise en place du partenariat avec les ministères de la santé.

Les approches du système de santé concernant la lutte contre les MTN

Dr. Ousmane Bangoura

Les approches en faveur de la lutte contre les MTN ont démontré qu'il fallait compter avec les systèmes de santé ! Elles ont également démontré le mérite des programmes verticaux et le besoin de renforcer le système de santé dans son ensemble.

Succès de la lutte contre les MTN

Au cours des années, de grandes réalisations ont été accomplies en faveur de la lutte contre les MTN. La filariose a été éliminée en Chine et en Corée ; il y a eu la prévention de plus de 9 millions de cas d'hydrocèle et 5 millions de cas de lymphoedème entre 2000 et 2006 ; et plus

d'un milliard de traitements ont été administrés à plus de 440 millions de personnes dans 44 pays depuis 2000. L'onchocercose a été éliminée de 10 pays de l'Afrique de l'Ouest et le traitement couvre maintenant plus de 50 millions de personnes par an. L'élimination de l'onchocercose a également permis de libérer 25 millions d'hectares de terres fertiles pour l'agriculture. La schistosomiase a été contrôlée en Chine et en Egypte et d'ici 2009, le ver de guinée sera la première maladie parasitaire à être éradiquée !

Insuffisances, défis et contraintes

En dépit des réalisations importantes, il y a toujours un nombre de besoins non satisfaits. Le TDM a seulement couvert 17% de la population à risque. Le financement est insuffisant pour l'extension et le maintien des interventions et plusieurs projets dépendent toujours des donateurs.

Sur le plan de la mise en œuvre, les communautés n'ont pas assez d'autonomie et il y a une persistance de la reproduction et de la mauvaise coordination des entités de gestion. Il y a également un manque de collaboration entre les partenaires qui appuient les programmes individuels de MTN.

Les efforts de lutte contre les MTN sont confrontés aux principaux défis de l'extension de la couverture pour atteindre toutes les personnes nécessiteuses et traiter la population à risque de manière continue et durable pour éliminer la maladie en tant que problème de santé publique. Le défi consiste également à assurer l'acceptation des individus et de la communauté pour la chimiothérapie à long terme. Il est donc nécessaire d'élaborer immédiatement et impérativement des programmes et des activités de changement de comportement stratégiquement conçus qui contribueront à assurer la durabilité des efforts de lutte et d'élimination.
Les interventions de lutte contre les MTN font également face à des contraintes. Entre 1963 et 1990, plus de 500 millions de personnes ont été affectées par les situations de conflits dans leurs pays où plus de la moitié de la population vit avec moins de 1 dollar US par jour à cause d'une pauvreté abjecte. Il existe d'autres contraintes comme la faible croissance économique et les systèmes de santé peu développés.

Défis particuliers en Afrique

L'Afrique est confrontée à des défis particuliers en ce qui concerne la gouvernance, la concurrence des priorités et des besoins et la faible demande exprimée pour les services de prévention. L'investissement dans le secteur de la santé dépend fortement des donateurs dans une situation où les dépenses en santé publique sont à moins de 8 dollars US par tête et moins de 10% des dépenses publiques. La capacité institutionnelle est limitée puisqu'elle est représentée par des infrastructures de distribution peu développées (accès, disponibilité et qualité), le manque d'informations fiables et à temps opportun et, du reste indisponibles, inadéquates ou non analysées, non diffusées ou utilisées.

L'aide des donateurs en faveur de la santé a connue une augmentation significative l'année dernière ; elle était destinée à l'Afrique et à certaines maladies spécifiques. Cependant, l'aide au développement est faible pour les besoins et les promesses faites. L'aide est également fragmentée, volatile, imprévisible et difficile à gérer.

A Abuja, l'objectif était que les chefs d'états allouent 15% du budget à la santé mais la plupart des pays n'ont pas atteint cet objectif. Seuls 3 pays (le Mozambique, la RDC et la Tanzanie) ont respecté cette recommandation. Quatre pays (le Burundi, le Nigéria, l'Angola et la Guinée) ont alloué moins de 5% du revenu de l'état à la santé.

La question des ressources humaines en Afrique constitue un problème dans tous les secteurs, et particulièrement pour celui de la santé. La région Afrique a le plus faible nombre de médecins par tête et la plus faible proportion de la population pour un médecin. La Tanzanie par

exemple, pourra satisfaire seulement la moitié de ses besoins en ressources humaines d'ici 2015. En outre, comme si le manque de ressources humaines ne suffisait pas, il y a également un taux élevé de migration et de fuite de cerveaux. Par exemple, le pourcentage d'infirmières étrangères enregistrées au RU ne fait qu'augmenter et cela réduit le nombre du personnel de santé déjà rare et disponible sur le continent.

Les moyens pour atteindre les OMD

Des systèmes de santé améliorés constituent la solution idéale pour atteindre les OMD en ce qui concerne la santé. On note de plus en plus un consensus sur le plan international à savoir : améliorer urgemment les performances en matière de santé pour que les pays africains puissent atteindre les OMD, surtout dans la gestion des objectifs multiples et des exigences concurrentielles, en exploitant les énergies des communautés et des ONG, du secteur privé et en augmentant le financement pour la santé. Au même moment, il faut garantir l'utilisation efficiente des biens des institutions à tous les niveaux y compris le personnel et les ressources. La région devra également trouver les moyens pour faire face à ce contexte de changement et s'assurer que les pauvres exercent leurs droits à la santé et bénéficieront des réformes qui ont été initiées.

L' attention est renouvelée pour les Soins de Santé Primaires à travers l'élaboration de cadres d'action pour renforcer les systèmes de santé et obtenir de meilleurs résultats par le biais de l'OMS, de la Banque Mondiale, de GAVI, du Fonds Mondial pour le Sida, la tuberculose et le paludisme ; les nouvelles initiatives sur le renforcement des systèmes de santé incluent celles de la International Health Partnership et de Harmonization for Health in Africa. Il y a également un changement stratégique en cela que l'attention est plus portée sur l'obtention de résultats rapides et durables et la méthode des systèmes ; d'une maladie spécifique vers des approches intégrées et une attention portée sur les populations et les interventions plutôt que sur des maladies spécifiques. L'objectif visé étant l'élargissement de l'enveloppe et la maximisation des opportunités pour harmoniser et développer des synergies.

Les approches du système de santé en faveur de la lutte contre les MTN

L'intégration revêt plusieurs significations. Parfois, elle signifie l'investissement conjoint dans les interventions des MTN et dans des composantes appropriées du système de santé et dans d'autres cas, elle signifie la mise en œuvre et la distribution conjointes ainsi que la distribution intégrée des multiples actions sanitaires. En même temps, le rôle de la verticalisation ne peut être ignoré même si les pays font pression en faveur de l'intégration. L'objectif principal de l'intégration est de fournir des victoires « rapides » et des résultats durables qui contribuent à la réduction de la pauvreté et à atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement liés à la santé. Le tableau ci-dessous récapitule les cinq principales approches du système de santé concernant la lute contre les MTN et l'objectif correspondant de chaque approche.

Approches des systèmes de santé	Objectifs
1. Renforcer la performance du système de santé	Construire /renforcer la capacité des systèmes de santé à appuyer une lutte efficace contre les MTN – effets de débordement
2. Englober la lutte contre les MTN dans le système de santé	S'assurer que la lutte contre les MTN reçoit un appui adéquat du flux total de financement et mettre en place des routines garantissant la continuité des programmes lorsque les financements extérieurs tarissent.
3. Mise en œuvre conjointe des MTN avec les autres actions sanitaires	Améliorer la disponibilité et l'accès aux services de qualité en faveur des plus démunis et renforcer la durabilité de la lutte contre les MTN.
4. Sécuriser les engagements financiers à long terme pour l'ensemble des partenaires	Assurer un financement adéquat et durable.
5. Décentralisation des programmes de lute contre les MTN	Transférer le financement, la responsabilité opérationnelle et administrative de la lute contre les MTN aux pays impliqués lorsque la charge des maladies peut être gérer au niveau local.

Approches en faveur de la lutte contre les MTN et stratégies y relatives

Les approches suivantes qu'elles soient individuelles ou associées sont utilisées par les différents programmes de lutte contre les MTN :

- Le plaidoyer, la mobilisation sociale et les communications
- Les partenariats public-privé (division du travail en tenant compte des avantages comparatifs de chaque partenaire)
- La coordination, l'harmonisation et l'alignement des donateurs
- Les transferts de ressources
- Les transferts de connaissance et les conseils sur la politique
- L'analyse, le monitoring et l'évaluation
- La recherche et le développement pour appuyer le plaidoyer en utilisant des informations avec preuves à l'appui

Eléments pour renforcer la performance du système de santé

Les principaux éléments pour renforcer la performance du système de santé comprennent entre autres, la gouvernance, le renforcement des capacités et la mobilisation des ressources, le renforcement des infrastructures de distribution et l'amélioration des systèmes d'information. L'amélioration de la gouvernance permet une plus grande prise de conscience des politiques et du leadership du pays et renforce les partenariats public-privé à tous les niveaux, du niveau communautaire au niveau mondial. Le renforcement des capacités permet d'améliorer la planification et la budgétisation et l'appui au système de gestion ; quant à la mobilisation des ressources, elle permet de garantir des ressources humaine, financière et matérielle adéquates et nécessaires pour la prestation de services des professionnels de la santé formés et des distributeurs communautaires, un approvisionnement en médicaments fiable et continu et une gestion de la logistique.
Le renforcement des infrastructures de distribution est utile pour la cartographie des infections courantes, l'élaboration des stratégies de lutte contre la maladie, les outils, les TDM et la répartition des diverses actions en matière de santé. D'autre part, un système de santé amélioré constitue une garantie pour les systèmes de suivi et d'évaluation plus efficaces, la surveillance et la déclaration, et l'évaluation de l'impact.

Intégration des MTN dans le système de santé

Pour une intégration réussie des MTN dans le système de santé, il faut une plus grande prise de conscience des MTN mêmes à tous les niveaux. Cela permettra de faciliter et de faire le plaidoyer pour un engagement politique plus intense.

La lutte contre les MTN devra alors être intégrée dans le contexte macroéconomique, les stratégies d'aide des donateurs aux pays et dans les politiques nationales et celles du secteur de la santé de l'état (SWAP, PRSP) ; et par la suite, dans la planification et les budgets au niveau national et du district, les réseaux de distribution de médicaments, les systèmes de contrôle et de suivi.

Enfin, il faut accroître la disponibilité des professionnels de la santé et leur motivation au niveau des districts sanitaires, des structures de santé primaires et des distributeurs communautaires.

Mise en œuvre conjointe des MTN et des autres actions sanitaires

L'engagement politique et le leadership du pays sont importants dans la mise en œuvre conjointe car l'appropriation par le pays est un élément clé pour la durabilité. Il faut donc appuyer les pays dans la définition des politiques nationales sur l'intégration et développer l'ensemble des mesures d'interventions, et améliorer les synergies au sein des partenariats. Une fois cela accompli, il faut fournir une assistance ciblée sur le renforcement des capacités,

assurer le suivi adéquat après la mise en œuvre et faciliter le partage des connaissances entre les pays sur les bonnes pratiques.

Cependant, il faut se procurer un financement approprié et à long terme ; cela exige une coordination des donateurs au niveau national et international accompagnée d'une budgétisation globale parmi les grands donateurs. Il faut développer des plans de durabilité de financement ainsi que le financement public national. Il faut instaurer un dialogue avec les ministères en charge des finances, de la décentralisation, de la fonction publique et construire des relations de travail avec les organisations régionales appropriées.

Les solutions

Les actions suivantes sont recommandées pour relever les défis mentionnés ci-dessus en vue de lutter plus efficacement contre les MTN :

Gouvernance

- Appuyer les études, la planification, la budgétisation et le S&E des politiques nationales;
- Aider à la résolution des problèmes institutionnel et organisationnel;
- Mettre en place un comité directeur international pour les MTN.

Renforcement des capacités institutionnelles

- Appuyer le niveau district et la FLHF dans la planification et la mise en œuvre, la gestion financière, le personnel et le suivi ;
- Renforcer la capacité en rétrocédant les services clés des MTN au secteur privé et aux ONG

Distribution des services

- Identifier les opportunités pour la distribution conjointe avec des interventions en cours (CDTI, campagnes de vaccination, santé à l'école…);
- Résoudre les problèmes liés à la demande.

Médicaments, produits médicaux et technologies

- Renforcer l'approvisionnement et la gestion efficiente des médicaments essentiels et des fournitures médicales;
- Plaidoyer de recherche pour la fabrication de nouveaux produits, de nouveaux outils (engagement plus poussé du marché).

Développement de la main-d'œuvre

- Produire des documents de recherche et d'analyse spécifique aux (HRH) pour une lutte efficace contre les MTN (motivations, diversification de compétences, distribution, etc.)
- Accroître le nombre et la qualité du personnel avec des compétences appropriées au niveau national et du district
- Accroître le nombre et les compétences du personnel dirigeant engagé
- Retenir le personnel principal par l'amélioration de l'environnement du travail (augmentation de la compensation; une plus grande autonomie dans la prise de décision; amélioration du lieu de travail)
- Investir dans les instituts de formation (médical, infirmier, laboratoire, de proximité)

Financement

- Financement conjoint;
- Inclusion dans le Fonds Mondial et dans les nouveaux mécanismes innovateurs de financement;
- Mobilisation des ressources nationales

Suivi et évaluation

- Posséder des systèmes d'information qui prennent en compte toutes les maladies importantes
- Intégrer des systèmes de surveillance, y compris les laboratoires
- Suivi et démonstration:
  - L'impact et les résultats des MTN (clinique, équité, économique, financier)
  - Couverture des interventions des principales MTN
  - Efficacité de la distribution conjointe des MTN/paludisme/Nutrition

Traitement à base communautaire de l'ivermectine pour une mise en œuvre conjointe
Dr. Uche Amazigo

Historique de la mise en œuvre conjointe

En 1987, le Nigéria a reçu un don exceptionnel d'ivermectine de la part de Merck & Co. Inc. et entre 1988 et 1995, le ministère de la santé du Nigéria a distribué l'ivermectine en utilisant le traitement mobile et à base communautaire. Cette période a coïncidé avec le lancement d'APOC. Entre 1995 et 1997, une étude de recherche conjointe ayant connu la participation des TDR/OCP/APOC/ONGD a été menée avec pour objectif de rechercher une stratégie pour apporter l'ivermectine à des millions de personnes n'ayant pas accès aux services de santé. A partir de cette recherche, il s'est avéré que les communautés peuvent planifier et mieux gérer la distribution de l'ivermectine avec une large couverture que les services de santé. En 1998/99, le premier document conceptuel pour l'élimination de la FL a été produit. L'APOC venait d'adopter le traitement à base communautaire de l'ivermectine (CDTI) comme la principale stratégie de lutte. C'est bien la marque d'APOC.

Sous le programme Oncho, les communautés ont :

- ✓ Collecté le Mectizan® à partir de la structure de santé la plus proche;
- ✓ Décidé du lieu et du moment de la distribution du Mectizan® et fait le rapport aux services de santé;
- ✓ Collectivement sélectionnées les distributeurs (CDD).

La force du CDTI

Cinq ans après sa mise en place, on est arrivé à la conclusion que le CDTI a été une stratégie avantageuse et innovante qui a permis aux communautés de s'impliquer réellement dans leurs soins de santé à grande échelle. De même, le CDTI est une stratégie qui pourrait être utilisée comme modèle pour élaborer des programmes à base communautaire ainsi qu'un point d'entrée dans la lutte contre d'autres maladies.

Extension pour les interventions

Le réseau de développement communautaire d'APOC constitue un point d'entrée important pour la plupart des actions sanitaires entre autres, le traitement de la FL, la distribution de la vitamine A, le traitement de la schistosomiase, l'intervention du ver de guinée, l'immunisation (polio, rougeole et autres) soins des yeux (identification de la cataracte, soins primaires pour les yeux), la distribution des moustiquaires pour le paludisme, le VIH/SIDA et la santé de la reproduction dans les communautés reculées et rurales. Il permet d'atteindre les plus démunis dans des zones où les services de santé nationaux sont insuffisants ou inexistants. A ce jour, il y a plus de 200 000 registres de traitements communautaires dans 16 pays de l'Afrique pour ce programme qui sont utilisés par d'autres programmes.

Intégration, mise en œuvre conjointe et Intervention à Base Communautaire (CDI)

Les termes d'intégration, mise en œuvre conjointe et CDI peuvent prêter à confusion et/ou être utilisés de manière interchangeable. Pour distinguer ces différents termes et les stratégies, on peut donner les définitions suivantes : l'intégration est utilisée lorsqu'on se réfère à l'incorporation des activités de CDTI dans le système élargi de santé avec une forte participation de la communauté. La mise en œuvre conjointe est une stratégie qui réunit deux ou davantage d'initiatives de distribution communautaire

Il a été prouvé que le CDTI est mieux indiqué pour les régions les plus pauvres du monde, où il n'y a pas de route, pas de docteur et pas de médicaments; où les revenus sont faibles et l'information en matière de santé rare. Les services sont apportés là où se fait sentir le plus grand besoin et les médicaments à ceux qui en ont le plus grand besoin. C'est donc un bon vecteur pour les programmes à base communautaire.

pour augmenter l'efficacité et éviter la fragmentation. L'intervention à base communautaire est une intervention sanitaire entreprise au niveau communautaire sous la direction de la communauté elle-même. Elle nécessite des approches participatives entre les services de santé et les différents partenaires dans l'introduction des interventions possibles en mettant l'accent dès le début sur l'appropriation par la communauté.

Le changement d'avec les actions sanitaires traditionnelles

La force de l'utilisation des approches à base communautaire peut mieux s'expliquer en observant les résultats des différentes interventions. Lorsqu'elle est associée à la mise en œuvre conjointe, le CDTI et la CDI peuvent à eux seuls faire reculer le paludisme et si ces approches sont associées à la mise en œuvre conjointe, on peut atteindre une plus grande couverture. Le CDTI utilisé pour la mise en œuvre conjointe donne plein pouvoir aux communautés, garantit le respect des cultures locales et touche les groupes minoritaires. Il aide également au renforcement des systèmes de santé puisque les deux parties tirent des leçons l'une de l'autre et respectent les avantages comparatifs de l'autre.

Les défis de l'intégration

Dr. Adrian Hopkins

"C'est une question de perspectives"

La perspective du patient est un point de départ indiqué pour déterminer la manière et ce qu'il faut intégrer. *Les maladies sont déjà bien intégrées chez le patient.* Le patient ne s'intéresse pas aux maladies individuelles- il/elle se préoccupe de mieux se porter. Pour réaliser l'impact des maladies chroniques, il faut le ramener au niveau individuel. Les personnes nécessiteuses dépensent plus d'argent pour les soins médicaux que leurs partenaires riches. Les multiples infections font partie des maladies parasitaires qui minent progressivement les énergies et réduisent l'immunité d'une personne. Cela réduit la capacité de la personne à travailler et aboutit à la perte de revenu. C'est seulement lorsque vous traitez les personnes souffrant de plusieurs maladies que vous réalisez leur impact. De même, pour avoir un impact sur les MTN, la communauté internationale doit se focaliser « sur les pays tropicaux négligés » où la recherche a déjà été entreprise sur les systèmes et où il n'est pas nécessaire d'en faire davantage. La priorité doit être la procuration de médicaments pour les populations.

Quelles lentilles portez-vous?

Tout comme la vision dépend des lentilles utilisées, la vision sur l'intégration dépend des lentilles utilisées pour l'intégration. L'intégration ne consiste pas à donner 3 comprimés au lieu d'un seul ou de mettre en place un système rapide de distribution qui peut exister en tant que structure parallèle aux services de santé du gouvernement.

L'intégration est l'appropriation par, et la participation totale de la structure du service de santé. Les structures de soins de santé primaires mettent très efficacement en œuvre des programmes divers.

D'autre part, la mise en œuvre ou l'administration conjointe permet de mener simultanément plusieurs actions sanitaires. Les programmes d'APOC ont déjà élaboré plusieurs approches y compris : les soins complets des yeux, la distribution de la vitamine A, le TDM pour la FL, le TDM pour la schistosomiase, la distribution de moustiquaires traités à l'insecticide (ITN) et autres approches associées.

Exemples de faible intégration

La création de structures parallèles, surtout dans un système non fonctionnel est un exemple de faible intégration. Un autre exemple de faible intégration c'est lorsque les systèmes de distribution dont les communautés se sont appropriées fonctionnent sans se référer à ce qui se passe dans les structures de santé de l'Etat.

Les défis de l'intégration

Différents partenaires; différents besoins: différents partenaires travaillent avec les ministères de santé dans les différents pays, MAIS celui qui se trouve sur le siège du conducteur est celui qui détermine la direction et la vitesse à laquelle se déplacera le vecteur de l'intégration. Malheureusement, les ministères NE se trouvent PAS sur le siège du conducteur. La plupart des interventions intégrées sont conduites par les donateurs. Les donateurs de médicaments ont leurs propres priorités et stratégies ; ils ont besoin de voir les médicaments distribués et d'obtenir de bons résultats pour la société. Les ONGD doivent présenter des résultats (livrables) pour obtenir des financements pour les activités en cours sur le terrain ; le GAEFL et l'OMS veulent voir la FL éliminée. Tous ces différents besoins ne peuvent pas être intégrés pourtant, ils influencent le processus et les résultats d'une intervention.

Besoins spécifiques à la maladie: Les différentes maladies ont des programmes différents et des durées différentes d'interventions. Le TDM-1 est une distribution annuelle d'ivermectine (Mectizan) avec l'albendazole. Le Mectizan pour la FL en Afrique exige 5 à 7 rondes annuelles de TDM, chaque TDM administré pendant un court intervalle de temps. Le Mectizan pour l'onchocercose peut être donné au-delà de 20 ans, de manière durable avec le traitement de masse annuel lorsque la population s'organise en CDTI. Chaque maladie possède sa propre spécificité, en termes de critères, de précautions, d'exigences de la lutte, de soins de la communauté, etc.

Dynamiques des systèmes de santé: les districts sanitaires sont confrontés à des défis structurels et de mise en œuvre dus à l'existence de composantes verticales (appui à la politique et au programme) et horizontale (flux des fonds décentralisé et systèmes de distribution de médicaments) des programmes. Les systèmes de santé doivent se développer puisque ce sont eux qui entreprennent l'intégration et ont besoin de l'aide extérieure pour faire fonctionner le programme. Le défi consiste à avoir des districts sanitaires opérationnels.

Cartographie de la maladie: la cartographie exige des fonds; une méthodologie d'intégration de la cartographie du district sanitaire commence au niveau du district sanitaire. Les soins de santé primaires dépendent des districts sanitaires. On peut lutter contre certaines maladies en utilisant le CDTI, pour d'autres, cela n'est pas possible.

Sélection des sites d'étude: Chaque maladie possède un ensemble d'indicateurs géographiques. Là où existe une possibilité, les sites d'études doivent être combinés.

Les avantages de l'intégration sont nombreux et les défis également, si nous avons des idées fixes sur ce qu'est l'intégration et pensons qu'il faut forcer pour adapter cela à notre modèle. Par exemple, avoir des zones où existe le CDTI sans avoir de programme de lutte contre la FL est une négligence- les programmes de lutte contre le paludisme doivent être reliés aux MTN.

Le partenariat est important – les ministères de santé, les donateurs de médicaments, les agences internationales, les donateurs bilatéraux, les ONGD. Tous les partenaires sont importants pour leur aide au programme.

Les défis d'APOC

Le mandat d'APOC a été prolongé après l'obtention de fonds supplémentaires. Mais il faut une recommandation ferme en vue de combiner le CDTI et la FL. Une opportunité se présente également quant à l'extension des activités de la FL et si nous ne la saisissons pas, ce serait de la négligence. Il faut également trouver les voies et moyens pour résoudre les problèmes, tels que l'extension dans les zones du CDTI ; l'intégration des équipes dans le CDTI, surtout en rapport avec les structures appropriées de coordination étatiques. Les CDD ont plusieurs rôles, ils doivent donc suivre une bonne formation. Des défis également issus d'approches contradictoires, comme la distribution dans les écoles versus CDTI ; les comparaisons entre les

salaires élevés et la manière de motiver et retenir les CDD ainsi que la fourniture des primes par les autres programmes.

Conclusion
L'intégration est une attitude, non une stratégie. Là où existe une possibilité d'adapter, faites-le ; sinon, ne le faites pas. Explorez les opportunités pour coordonner les efforts et fournir un service plus rentable. Pour avoir un impact sur la FL, nous devons encourager les communautés à agir maintenant.

Dons de médicaments aux programmes des MTN

Mr. Andy Wright
[Une présentation faite au nom de Merck & Co. Inc. and GSK]

L'industrie pharmaceutique est divisée en 2 composantes : la recherche et le développement. Pour les sociétés de recherche, on a : Pfizer, GSK, Sanofi-Aventis, J&J, Merck & Co. Inc. et bien d'autres. Leur première responsabilité consiste à faire des bénéfices mais cela doit se faire d'une manière socialement responsable. Leur rôle est de découvrir et de fabriquer des médicaments et des vaccins en les rendant disponibles aux malades. Il existe un lien et une interdépendance entre la recherche et le développement, la fabrication et les ventes.

Pourquoi les firmes pharmaceutiques donnent des médicaments pour les maladies des pays en voie de développement
La plupart des principales sociétés de recherche sont engagées dans des campagnes de dons de médicaments. Elles subventionnent également la mise en œuvre des programmes. Elles le font parce leur but est d'améliorer la santé des personnes pauvres (ex. : sauver les populations de la cécité). Elles veulent faire une différence dans la vie des pauvres. Elles font des dons de médicaments car cela motive le personnel de recherche par la validation des résultats de recherche, et la recherche fournit des informations aux entreprises à but lucratif. Il est important pour le personnel de recherche des firmes pharmaceutiques de savoir que leurs découvertes ne seront pas gaspillées. Les dons de médicaments font également partie intégrante de la responsabilité sociale de l'entreprise.

Questions clés
Les firmes ont besoin de savoir que leurs dons ont un impact réel et unique sous la forme de bilans positifs de santé pour les populations pauvres. Ils désirent voir les résultats mesurables des médicaments donnés en termes d'impact sur la transmission de la maladie ; la vue restaurée ; les populations pauvres épargnées, ex. de la FL. Ils désirent voir les résultats publiés en termes de données d'impact dans les articles scientifiques et les médias en reconnaissance de leur contribution.

Leçons de partenariat
Les firmes pharmaceutiques constituent des preuves avérées des leçons de partenariat. Elles montrent qu'elles ne peuvent rien faire d'elles-mêmes. Le partenariat est nécessaire car la complexité des problèmes dépasse la capacité d'une seule organisation ou pays; et le partenariat doit reposer sur un ensemble de principes, non dirigé par les donateurs, en conformité avec le principe que les personnes les plus affectées doivent déterminer leurs propres besoins et priorités. Les leçons fournies par les firmes pharmaceutiques reposent également sur des objectifs clairs, la confiance, l'expertise complémentaire et le profit mutuel. Et finalement, les leçons sur la nécessité d'une coordination et d'une communication continues entre et parmi les acteurs.

Perspectives des programmes de MTN
Les firmes pharmaceutiques de recherche appuient les programmes de lutte contre les MTN lorsque cela s'avère important pour un pays. La réalité du pays étant un centre d'intérêt, il ne saurait y avoir 'une taille à la mesure de tous' et les dons individuels doivent prendre en compte

les processus d'application. Elles croient en la collaboration entre les organisations internationales et reconnaissent l'importance de porter une attention soutenue sur les objectifs des programmes individuels des maladies dans un environnement intégré. Les sociétés doivent se conformer aux directives de traitement de l'OMS (surtout en matière de risques liés aux différents régimes de médicaments) et faire la formation des distributeurs pour les diverses interventions en vue de diminuer la confusion qui peut avoir des effets fatals sur le groupe cible visé. Elles croient au pilotage des leçons apprises et à la publication des résultats. L'importance du suivi et de la signalisation des effets secondaires est également une leçon importante. Les sociétés croient que si l'accent est mis sur les objectifs des programmes individuels de lutte contre la maladie, la FL ne s'en sortira pas seule. Il parait plus indiqué d'inclure les autres programmes pour fournir des services plus holistiques tout en élargissant le réseau.

Conclusion
GSK et Merck & Co. Inc. sont engagés dans l'élimination de la FL et poursuivront la donation de l'albendazole et du Mectizan aussi longtemps que cela sera nécessaire. Elles croient en l'existence des opportunités et des bénéfices potentiels de même que des défis et des risques liés à l'intégration des activités de la FL dans celles des autres maladies ; elles collaboreront également avec les partenaires et les pays pour aider selon leur capacité.

Expériences des districts dans la lutte contre la FL
Dr. Mariam Ongara

Contexte
Le district de Kibaha est situé dans la région côtière de la Tanzanie continentale. Il a une population totale de 161 696 habitants servie par 40 structures de santé. Le TDM a débuté en 2001.

Objectifs et stratégies du Programme d'élimination de la Filariose lymphatique (LFEP)
L'objectif visé par le LFEP était de réduire l'impact de la maladie sur la santé de la population de sorte à parvenir à un niveau où elle ne serait plus un problème de santé publique dans chaque district. Plus spécifiquement, le programme de TDM vise à augmenter le nombre d' hydrocélectomies de 10% en 2007 ; augmenter le nombre de la population éligible au traitement de masse de 58,2% en 2001 à 80% en 2007 ; et intégrer le LFEP dans d'autres programmes appropriés du district d'ici 2007.

Deux stratégies principales étaient appliquées. La première stratégie était de combattre l'infection par l'interruption de la transmission à travers le traitement de masse en utilisant 2 médicaments (le Mectizan et l'albendazole), administrés en dose unique une fois par an ; et la seconde consistait à réduire l'impact de la maladie chez les personnes déjà infectées. Le moyen utilisé était : un plus grand accès des malades aux hydrocélectomies, une plus grande prise de conscience et la motivation des patients souffrant de lymphoedème à pratiquer des soins réguliers du corps. D'autres activités de réduction de la maladie comprennent entre autres l'utilisation des moustiquaires imprégnées à l'insecticide et la suppression des sites de reproduction des moustiques.

Déroulement
Planification
On a utilisé un processus à la base en prenant en compte les plans des villages. La compilation des plans a commencé au niveau des unités, ensuite elle a été intégrée dans le Plan de Santé du Conseil de la Communauté et par la suite dans le plan de Santé du Conseil. Les plans tiennent compte des politiques nationales, des stratégies et des directives et l'attribution des ressources se fait à partir du profil de la charge de la maladie et des priorités du conseil. Le plaidoyer, le renforcement des capacités et les composantes du suivi évaluation sont également intégrés dans ce plan.

Mise en œuvre

- Le plaidoyer et la sensibilisation ont été menés avec pour objectif de parvenir à un consensus et un engagement pour la lutte contre la FL, et un plan de mise en œuvre. Une sensibilisation de type cascade a été utilisée avec une sensibilisation d'une journée au niveau district; 40 à 50 participants y ont pris part comprenant les principaux décideurs issus des départements, les ONG, les FBO et autres personnes influentes du district. Ce processus sera par la suite reproduit au niveau des unités et des villages. Différentes sortes de matériels IEC ont été utilisées : les posters, les T-shirts et les casquettes, la radio et la télévision. Il y avait également des réunions de masse (éducation et divertissement) organisées par des groupes locaux de théâtre;
- Les activités de renforcement des capacités et de développement sous forme de formation cascade des formateurs (TOT) et des professionnels de santé au niveau district. Cela a pris une journée ;
- L'autonomisation de la communauté qui implique l'identification et la formation des personnes ressources des structures appartenant aux communautés (CORPS), les professionnels de santé du village, les agents de distribution à base communautaire et le personnel de lutte contre le paludisme et autres participants potentiels. Quatre groupes de théâtre de la jeunesse et d'art dramatique ont suivi une formation sur le LFEP et le TDM et ont fait une prestation 'd'éducation et de divertissement' au cours d'une activité d'autonomisation de la communauté ;
- D'autres activités menées au niveau de la communauté intègrent l'identification et l'enregistrement des malades ; la sélection des malades souffrant d'hydrocèle et les hydrocélectomies ; la distribution de médicaments (Mectizan et albendazole) ; le TDM et le suivi évaluation.

Intégration

Les activités de la FL ont été intégrées dans la lutte contre le paludisme à base communautaire, spécialement la promotion des ITN et de l'hygiène environnementale, et les soins à domicile.

Réalisations

Depuis le début des TDM, il y a une tendance à la hausse du nombre de personnes traitées. D'ici 2007,
1 600 000 patients auraient été traités au total. L'évaluation des parasites a été menée avec plus de 300 personnes par site en collaboration avec le programme national de la FL et on a observé une baisse significative. On a procédé à l'opération d'un nombre élevé d'hydrocèles : 102 en 2002; 125 en 2003; et 50 en 2004.

Leçons apprises

- L'implication de la communauté a amélioré les réalisations de la lutte contre la FL et le TDM du fait que les CORPS constituent des personnes ressources fiables pour atteindre les personnes éligibles ;
- L'intégration du LFEP dans d'autres programmes en cours dans le district comme le CBM, les HBC, permet d'avoir un bon résultat du programme ;
- Un partenariat solide entre le public et le privé (par ex., une collaboration étroite et une préparation conjointe de plans nécessaires pour de meilleurs résultats) ;
- La lutte contre la FL et le TDM peuvent être mieux exécutés si les acteurs sont pleinement engagés (leaders régionaux, leaders de districts et des acteurs clés à tous les nivaux)

Défis

- La mauvaise conception au sein des communautés quant à l'utilisation des médicaments au cours des TDM (Mectizan & albendazole); ils provoqueraient l'impuissance chez les hommes et l'infertilité chez les femmes en âge de procréer ;

- La FL est une maladie chronique mais pour laquelle certains partenaires n'accordent pas autant d'importance ;
- La tendance à la hausse du VIH/SIDA réduit l'attention portée à la FL et interfère avec la réduction de la maladie, surtout les interventions chirurgicales (hydrocélectomie);
- La pauvreté mène à une contribution inappropriée de la communauté à la réduction de la FL (Hydrocélectomie)

Solutions

La communauté doit avoir une plus grande prise de conscience des bénéfices des médicaments utilisés pour le TDM. Il faut également renforcer l'intégration du LFEP dans d'autres programmes (ex, CBMC, HBS, et DVS). Il faut sensibiliser davantage les partenaires pour les impliquer dans le LFEP au niveau district et multiplier les camps pour les hydrocélectomies pour accéder plus facilement aux cas d'hydrocèle.

Points essentiels des discussions

- Potentialités pour les communautés ayant une lourde charge;
- Accent mis sur l'élimination de la FL dans les nouvelles politiques pour la lutte contre les MTN
- Plaidoyer pour la rentabilité et l'accessibilité des programmes de FL.

PRIORISER LA RECHERCHE OPÉRATIONNELLE POUR FAIRE FACE AUX GRANDS DÉFIS

Cette session a été présidée par le Dr. Lorenzo Savioli, Directeur de la Direction de la Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées, OMS Genève.

Les défis techniques auxquels sont confrontés les programmes nationaux
Dr. Reda Ramzy

L'objectif du programme
La résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé (50,29) en appelle à l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique. La plupart des programmes nationaux interprètent cela comme la réduction des taux d'infection pour atteindre des niveaux où la mf serait inférieure à 1%. Cependant, selon l'expérience de la Chine où la transmission par des vecteurs autres que les moustiques Culex a été découverte, des pays ont décidé d'être plus conservateurs en fixant leurs objectifs.

Outils de diagnostic
La carte ICT est un outil de premier choix et est très importante pour le programme d'élimination de la FL, la cartographie, le suivi, la détermination des critères d'évaluation et la surveillance post-TDM ; mais il y a des défis avec la production, le stockage actuel (nécessite un réfrigérateur) et l'utilisation. Une société australienne est en train d'élaborer une version modifiée.

Traitement
GlaxoSmithKline s'est engagé à fournir l'albendazole nécessaire et Merck and Co. Inc. à élargir sa donation de l'ivermectine contre l'onchocercose pour l'élimination de la FL en Afrique. Il existe de nouveaux régimes de médicaments qui nécessitent 2 TDM/an. Cependant, il existe des rapports faisant état de programmes de traitement à grande échelle et d'extension de TDM qui conduisaient au développement de résistances aux médicaments. Il faut faire un suivi de la situation et élaborer des procédures d'opération standard. Une possibilité s'offre également pour les combinaisons de nouveaux médicaments et/ou de médicaments.

Couverture du TDM
Les taux de couverture de TDM signalés versus enquêtés : dû aux contraintes financières et logistiques, des directeurs de programmes omettent le suivi à moyen terme des sites sentinelles de mf.

La distribution massive de médicaments versus la couverture des TDM : certains programmes distribuent les médicaments de porte en porte mais n'observent pas si ces médicaments sont avalés. En Egypte, il est difficile de faire du porte à porte dû à la nature de constructions des maisons.

Les différences entre les sites ruraux et urbains doivent être analysées. Là où persiste le refus (7,4% ont nié avoir jamais pris les médicaments), il faut mener une étude approfondie et peaufiner les messages d'éducation en matière de santé pour cibler ceux qui refusent. On a pu rapporter des histoires de succès du Sri Lanka, du Zanzibar, du Yemen et de l'Egypte.

Quand mettre fin aux TDM
Les directives de l'OMS concernant le TDM sont de moins de1% de mf dans les sites sentinelles et les enquêtes LQA (0%) en utilisant la carte ICT chez les enfants. Cependant, l'évaluation n'a pas été menée dans les différentes zones et il faut réunir des informations complémentaires. D'autres outils et critères d'évaluation alternatifs et à moindre coût peuvent fournir plus d'informations sur la détection des anticorps chez les enfants âgés de 6 à 8 ans.

En Egypte, le xénomonitoring de la réaction en chaîne polymérase (PCR) s'est avéré utile, facile à utiliser et applicable sur le terrain. En même temps que l'utilisation du PCR, la version actuelle ne peut pas faire la différence ; il faut développer un nouveau système pour détecter les moustiques qui apportent l'infection plutôt que de collecter davantage de moustiques.

Surveillance post TDM

Il importe de faire une surveillance active dans les zones où la recrudescence constitue un problème. Mais il faudrait tout d'abord répondre à certaines questions. Par exemple, il n'est pas certain que les outils nécessaires soient disponibles, et si c'est le cas, il faut se poser les questions : quels sont ces outils et après combien de temps doit-on entreprendre la surveillance ? L'on s'accorde pour dire que la surveillance passive peut être évaluée dans les zones où la recrudescence constitue un problème en faisant les examens de sang des recrues militaires, des étudiants, des donateurs de sang et des malades hospitalisés ; mais il n'y a pas de consensus pour l'outil à utiliser. Des directives de surveillance post-TDM pour prévenir la recrudescence doivent être élaborées car plusieurs pays demanderont conseil à l'avenir.

L'extension de la prévention des incapacités

Il y a eu une grande extension des efforts de prévention des incapacités. 29 pays sont en train d'exécuter des activités de prévention des incapacités ; 21 963 cas d'opérations chirurgicales de l'hydrocèle de 2004 à 2007 dans 20 pays et la prise en charge du lymphoedème entre 10 500 and 13 000 cas de 2004 à 2007 dans huit pays. Un nouveau manuel de prévention des incapacités a été élaboré et on presse l'OMS de rendre disponible cette ressource de valeur pour les directeurs de programmes.

Vérification pour l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique

Il faut élaborer des guides pratiques au fur et à mesure que les pays finalisent leur surveillance. On a procédé à la vérification de la Chine en mai 2007 et à celle de la Corée en mars 2008. La bonne pratique en cours consiste en une utilisation coordonnée des médicaments antihelminthiques conçus pour respecter les buts et objectifs spécifiques des maladies. Une autre bonne stratégie consisterait à équilibrer l'intégration et à répondre aux besoins spécifiques des maladies. Le Dr. Margaret Chan (2007) a déclaré : *« un pas important que nous avons eu à faire a consisté à voir ces maladies en tant que groupe. Ce qui est pratique en termes d'opération et de stratégie »*.

Autres défis techniques prioritaires

Les autres défis techniques dont il faut tenir compte comportent la suppression progressive du TDM pour la FL tout en assurant un traitement continu contre les autres helminthiases ; l'élaboration d'une stratégie de TDM dans les zones de co-endémicité avec la Loa Loa et la délimitation de la co-endémicité de la FL et de la Loa Loa.

Des progrès importants ont été faits mais il reste beaucoup à faire. Il faut coordonner les efforts avec les autres interventions de chimiothérapie préventive qui doivent être intégrés dans les plans de santé au niveau national et du district.

Les problèmes liés à la recherche opérationnelle de l'Afrique de l'est et du sud

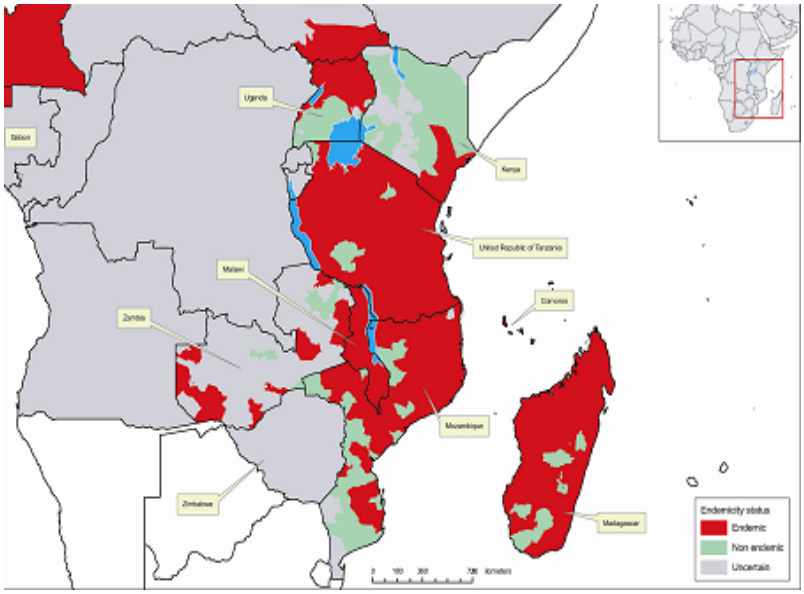
Dr. Njeri Wamae

Les problèmes auxquels la région d'Afrique de l'est et du sud (RAES) est confrontée ne sont pas différents de ceux des autres programmes régionaux. Néanmoins, la région Afrique a des problèmes uniques qui exigent des solutions spécifiques.

La charge de la FL: au niveau mondial et dans la RAES

Au total 1,2 milliards de personnes sont à risque et plus de 120 millions sont infectées. On estime également que 40 millions de personnes souffrent de manifestations cliniques sévères (lymphoedème et hydrocèle).

Les statistiques sont alarmantes dans la RAES. 39 pays d'endémie de la FL parmi les 46 pays se trouvent dans la région Afrique avec 390 millions de personnes qu'on estime à risque. Cela représente 38% de la charge mondiale. Dans 22 pays où la cartographie a été complétée, 139,6 millions de personnes sont confirmées être à risque. La carte ci-dessous montre la distribution de la FL dans les pays ayant finalisé la cartographie en RAES (MOS, 2007). Les régions marquées au rouge sont endémiques.



Le PELF dans la RAES

Depuis 2000, date de son démarrage, le PEFL est opérationnel dans la région depuis sept ans et le TDM depuis 2007. La Tanzanie a débuté en 2000, les Comores en 2001, le Kenya et l'Ouganda en 2002 et Madagascar en 2005. Leurs expériences ont permis d'identifier les lacunes de la couverture et d'explorer les problèmes de prise en charge.

Les réalisations du TDM dans la RAES

La population totale à risque dans la région est d'environ 70 000 000 millions de personnes avec le nombre le plus élevé en Tanzanie (continentale) qui comptabilise environ 50% du nombre total, suivi par le Madagascar avec environ 22%. Le plus faible nombre de population à risque se trouve en Tanzanie (îles) et au Kenya. Le nombre total de traitements cumulés distribués de 2000 à 2005 est de 28 666 209 personnes avec le nombre le plus élevé enregistré en Tanzanie (continentale). Les Comores ont pu traiter toute la population à risque avec le TDM et la Tanzanie (îles) plus de 80% de la population à risque. Le tableau ci-dessous récapitule les réalisations faites au cours des années.

.

Pays (programme)	Population totale à risque*	Année du TDM	Nb. max. de rondes	Nb. max. de personnes traitées par le TDM	Traitements cumulatifs distribués
Tanzanie (Continentale)	36 816 293	2000	6	5 098 797	**11 501 706**
Tanzanie (Zanzibar)	1161 629	2001	6	968 992	**5 126 050**
Comores	572 171	2001	5	572,171	**1, 099, 650**
Kenya	2 987 266	2002	3	1, 677,824	**2, 847, 597**

Ouganda	12 429 409	2002	3	4, 914, 818	**5, 375, 651**
Madagascar	15 821 728	2005	2	2, 130,005	**2, 715, 555**
Total	**69 788 496**	-	-	**15, 362,607**	**28, 666, 209**

*les effectifs étaient calculés à partir des données de la population du district fournies par les pays respectifs.

L'importance de la recherche
Selon Vicente Fox, « la recherche est une composante de base pour renforcer la santé et réaliser les OMD ». Dans le passé, l'amélioration de l'état de santé était surtout perçue comme un résultat du développement. La commission de l'OMS (2001), d'autre part soutient que les investissements en matière de santé produisent des taux élevés de rendement plus qu'aucun autre investissement.

"La recherche en santé" et "la recherche pour la santé"
Les études de recherche en santé ont été menées au cours des années sous forme de recherche biomédicale, de recherche en santé publique, de recherche en santé environnementale et en sciences sociales et de recherche sur le comportement.

La recherche pour la santé, connue encore sous le nom de recherche opérationnelle est planifiée et menée pour répondre aux questions spécifiques qui renseignent sur les opérations. Dans le cas de l'élimination de la FL, les questions appropriées pour guider la recherche opérationnelle comprennent entre autres :

Quels sont les problèmes de lutte contre la FL qui nécessitent une recherche opérationnelle?

Les questions de lutte qui ont besoin de recherche opérationnelle sont la cartographie, le diagnostic, le traitement, la prise en charge de la morbidité, les vecteurs, le financement, les systèmes de santé et la recherche opérationnelle intégrée des MTN dans un environnement changeant.

Quels sont les problèmes d'élimination de la FL qui ont déjà été abordés ou sont en train d'être abordés?

La lutte contre la FL dans les zones urbaines: les stratégies à élaborer pour la distribution des médicaments, la morbidité et la lutte complémentaire.

Les programmes de paludisme ont inventé l'idée de distribuer les médicaments de lutte contre le paludisme à partir d'un kiosque. Les zones urbaines sont très hétérogènes et les questions d'accès et de méthode de distribution peuvent être prises en considération.

La prise en charge de la morbidité: les questions qui doivent être prises en compte comprennent l'impact du traitement de la FL sur la morbidité/les ADL, la cartographie de la morbidité de la FL et des moyens innovants pour soutenir les patients souffrant de lymphoedème (clubs d'espoir, Mwanga). Il faut justifier nos approches de TDM et les utiliser pour le plaidoyer. La cartographie de la morbidité de la FL est à la traîne et les CDD peuvent être utilisés pour cartographier la prévalence. Il faut également trouver des moyens innovants pour soutenir les patients souffrant de lymphoedème par la création de clubs d'espoirs comme au Mwanga en Tanzanie, voir des options différentes et les comparer pour voir la plus performante.

Lutte anti-vectorielle: le problème principal qu'il faut traiter est l'impact des moustiquaires imprégnées pour le paludisme sur la FL transmise par l'*anophèle*.

Quels problèmes de l'élimination ont été pris en compte dans la recherche opérationnelle avant le PEFL de la RAES?

Plusieurs études ont été menées et font état de solutions alternatives pour tirer le maximum de profits du programme. Il faut identifier celles qui peuvent être reproduites. Par exemple, les billes de polystyrène expansé sur les vecteurs dans les zones urbaines à filariose au Zanzibar (Maxwell et al. 1990); les hydrocélectomies représentant la prévalence de l'hydrocèle, au Kenya (Mwobobia et al. 2000) ou le traitement Com-DT au Kenya (Wamae et al. 2006). Des études où des leçons ont pu être tirées comprennent le sel fortifié à la DEC en Tanzanie (Meyrowitsch et al. 1996); l'ADL dans le district de Rufiji, en Tanzanie (Gasarasi et al. 2000); l'évaluation rapide de la distribution géographique de la FL en Ouganda ((Onapa et al. 2005) et la cartographie- RagFil en Tanzanie (Malecela et al. REFERENCE).

Entre1997 et 1998, la distribution de médicaments par les CDD a été une réussite mais nous devons nous demander si cela doit constituer la seule approche.

Pourquoi devons-nous prioriser la recherche opérationnelle?

L'élimination de la FL est limitée dans le temps (2020). L'extension a été rapide depuis la mise en place du GPEFL, les lacunes se sont cumulées et des défis importants ont fait jour ; cela a permis de trouver des solutions pour combler les lacunes et traiter les défis qui émergeaient. Il y a une grande concurrence pour le financement et les ressources. Ainsi, les interventions qui ont le plus d'impact et celles qui sont les plus faciles à exécuter doivent être faites en premier lieu. La FL offre une grande opportunité pour d'autres MTN d'endosser leurs initiatives de santé publique. L'élimination de la FL ne doit pas être uniquement un succès mais doit renfermer des opportunités et des synergies partagées pour les MTN.

Evolution de l'environnement depuis la reconnaissance des MTN

Il y a des questions relatives à la sécurité/tolérance des combinaisons des rondes de traitement dans l'approche des MTN. Il existe également des zones qui peuvent être ciblées pour des efforts conjoints. Ces zones comprennent la cartographie, la mise en œuvre, les diagnostics, le S&E, les canaux de distribution des médicaments, la formation et les ressources.

Les efforts conjoints peuvent être réalisés sous la forme de :

- Association de la cartographie des MTN, par ex. enquêtes sur la carte ICT et le trachome, « le questionnaire sur les urines rouges » chez les écoliers
- Association de la mise en œuvre
- Association du suivi et évaluation
- Des canaux de distribution alternatifs (journées d'immunisation, Child Health Plus, approche à base scolaire, expansion/extension des CDTI dans les zones de la FL au sein des pays d'APOC)

Opportunités à saisir avec les MTN

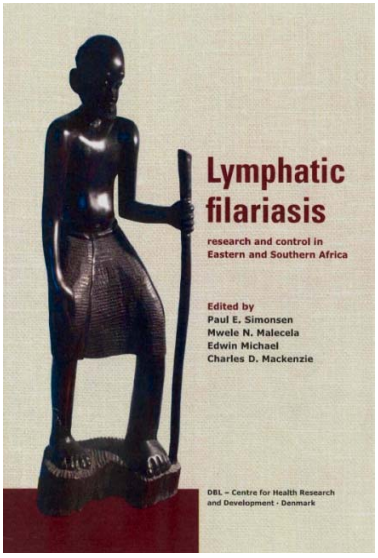
Il existe plusieurs opportunités beaucoup plus efficaces qui peuvent être exploitées pour lutter, traiter et éliminer les MTN; la puissante voix du Directeur Général de l'OMS, les Présidents, les organisations et programmes y compris le CDTI d'APOC, qui veut s'étendre volontiers aux UE de la FL, et les voix souvent ignorées et solitaires des communautés.

Recherche sur la FL dans la RAES

Comme la région est très active dans la recherche, elle est parvenue à faire de grandes réalisations et à régler les problèmes liés à la recherche opérationnelle. En témoigne la large diffusion de nombreuses publications sur la recherche concernant la FL entre autres, un livre intitulé : Recherche et Lutte Contre la Filariose Lymphatique en Afrique de l'Est et du Sud.

Il y a des scientifiques bien formés et expérimentés, un personnel d'appui et un réseau d'emplacement et de laboratoires sur le terrain. La région est le lieu privilégié des instituts de recherche médicale/académique qui sont mondialement reconnus ; elle a également une collaboration de longue date dans la recherche internationale (NIMR, KEMRI, MUHAS, UON, etc.) ; le personnel au niveau de la recherche régionale entretient depuis longtemps des relations de collaboration en recherche au sein et parmi les collègues/instituts internationaux.

D'abondantes informations sur la recherche de la FL ont vu le jour et ont été documentées ; on enregistre dans la littérature publiée 118 publications de 1900 à 1974 et 161 de 1975 à 2007.



Autres opportunités dans la lutte contre les MTN

La formation au niveau régional est menée dans le Centre International de lutte contre les Parasites de l'Afrique de l'Est et du Sud (ESACIPAC)- l'un des trois centres internationaux issu de l'initiative de Hashimoto.

Certains pays comme l'Ouganda utilisent l'approche santé à l'école comme un canal alternatif de distribution des médicaments. Il faut renforcer et étendre cela car le programme n'évolue pas aussi vite qu'il le devrait. Et ESACIPAC mène sa lutte contre les MTN dans la région en utilisant le modèle du site du terrain à Mwea, au Kenya (la schistosomiase, les STH).

Comment prioriser la recherche opérationnelle

Les particularités dans la RAES seront déterminées par la distribution géographique, les programmes existants, les opportunités de financement, le personnel disponible, les performances du système de santé, la volonté et l'engagement politiques.

La RAES peut être une réussite mais il faut sécuriser le financement, renforcer les systèmes de distribution des soins de santé primaire et les infrastructures et conduire un plaidoyer rigoureux. Le plaidoyer est un élément précieux pour le succès.

Initiatives de recherche en cours

Dr. Eric A. Ottesen

Un temps passionnant pour la recherche

Pour une bonne réalisation de tous les programmes de santé publique, il faut la participation d'une communauté active de chercheurs pour donner des solutions aux problèmes rencontrés par les programmes, des solutions aux problèmes anticipés ou pour les entraves qui *pourraient* survenir, des outils et stratégies nouvelles et affinées pour améliorer le programme.

Au cours des dernières années, les opportunités pour mener la recherche ont positivement changé. Le premier changement fut la convocation de deux réunions importantes qui ont permis d'élaborer un plan stratégique pour la FL et les autres MTN.

Le deuxième changement stratégique a été l'élaboration d'une stratégie pour assurer l'élimination de la FL. On note une amélioration de la mise en œuvre, du plaidoyer et la disponibilisation des financements pour les problèmes relatifs à l'intégration (ex. du Gates Foundation) ; les résultats de l'étude d'intégration du TDR de l'OMS ont mis à jour d'énormes problèmes difficiles mais intéressants qu'il fallait résoudre.

Perspectives

On observe une bonne intégration des programmes qui visent les MTN. Le siège de l'OMS a été réorganisé et possède maintenant un département dédié aux MTN. L'OMS/TDR, la Gates Foundation et bien d'autres appuient la recherche et le développement. Une association des MTN a été créée et la garantie d'un nouveau financement de l'USAID pour la mise en œuvre et l'extension intégrée des MTN. L'appui à une mise en œuvre intégrée suscite un intérêt semblable au RU et dans l'UE. La recherche opérationnelle sur l'intégration des programmes de MTN est devenue une composante clé de la santé mondiale.

Disponibilisation accrue de financement

La Gates Foundation appuie un certain nombre d'organisations pour mener la recherche opérationnelle sur l'intégration des MTN, chaque organisation couvrant un pays ou un ensemble de pays. La Gates Foundation intervient dans l'appui de la recherche opérationnelle fondamentale pour les programmes de FL, de trachome et de schistosomiase. On a la possibilité de traiter des questions cruciales de la recherche concernant l'intégration des programmes de MTN. Mais il faut de la prudence pour ne pas négliger d'intégrer les besoins de recherche des initiatives spécifiques à la maladie.

L'Alliance mondiale a reçu une subvention de 4 ans pour « résoudre les défis critiques auxquels est confronté actuellement le programme mondial d'élimination de la filariose lymphatique.

Objectifs de la subvention de la recherche opérationnelle sur la FL

Il y a 3 questions principales et 8 objectifs pour cette subvention. La première question : « quand faut-il stopper le TDM et comment être sûr d'avoir réussi » renferme 4 objectifs qui se focalisent sur l'identification de bonnes mesures d'impact sur la transmission de la FL, les déterminants de la réussite du programme, les stratégies de surveillance et les effets du TDM sur la morbidité.

La deuxième question : « existe-t-il des outils supplémentaires qui peuvent accélérer le succès » renferme deux objectifs mettant l'accent sur le rôle optimal et les stratégies pour la lutte antivectorielle et l'efficacité d'une augmentation de la posologie des médicaments et la fréquence des programmes pour les régimes actuels utilisés pour la FL.

La troisième question: « est-il possible d'inventer des stratégies de financement innovateurs » renferme 2 objectifs qui mettent l'accent sur l'analyse de la situation financière pour la FL/MTN et réduire les écarts entre les fonds internationaux de développement et les programmes du ministère pour la FL et les MTN.

Approche pour atteindre les objectifs

Chaque objectif sera traité avec un plan en 10 points en commençant par l'identification de la question/du problème à résoudre et en terminant avec la réponse à la question. Comme mesures intermédiaires on a le rassemblement des experts, la formulation des stratégies, l'identification de chercheurs et de sites d'études appropriés ainsi que l'élaboration de protocoles ayant plusieurs centres d'intérêt et l'examen des bureaux. Il y a également la standardisation des réactifs et des procédures, la mise en œuvre des études, de la collecte de données et le rassemblement des chercheurs et experts.

Expérience et succès

Expérience:

- Cela est adapté et il n'y a pas de mauvaise utilisation des appareils;
- Les participants en formation sont très enthousiastes;
- Problème d'accès à Internet haut débit pour la transmission des données.

Succès:

- 7 pays ont finalisé les enquêtes;
- Formation de plus de 70 travailleurs locaux;
- Plus de 81000 échantillons disponibles;
- 30 000 espèces de moustiques collectées;
- Amélioration continuelle du système;
- 13 pays subventionnés pour entreprendre des études financées par Gates.

Initiatives de recherche en cours

En dehors de la subvention du Gates, il existe d'autres études de recherche en cours sur la FL et autres MTN. Des études de recherche opérationnelles sur la FL comprennent une étude par TDR sur les problèmes de la filariose urbaine et la transmission, GSK sur les problèmes de transmission et d'impact, NIH sur les problèmes des critères d'évaluation, l'impact et la mise en œuvre. Des études sur les MTN sont menées par le Gates Foundation, le NIH, le Wellcome Trust et bien d'autres structures.

Signification pour le programme mondial

En dehors de la FL, il faut ajouter une composante sur la recherche opérationnelle de façon à modifier les conceptions. La perspective est brillante du fait du changement de l'environnement politique et autres opportunités issues du changement de l'environnement.

PRISE EN CHARGE DE LA MORBIDITÉ ET PRÉVENTION DES INCAPACITÉS

Cette session a été présidée par le Dr. Pierre Brantus, Consultant, Maladies Tropicales Négligées, de l'Unité de santé et de réhabilitation, Handicap International, France. La première partie de la session était interactive avec le témoignage de 5 patients tanzaniens souffrant de FL sur leur vie avant et après le traitement, suivi d'une session de question-réponse avec la facilitation du Professeur Charles Mackenzie. Les patients étaient accompagnés du coordonnateur de la FL qui a pu également donner un aperçu des activités du projet.

Expériences de la filariose clinique – Voix du terrain
Témoignages des patients des districts du Mkuranga et de Liwale en Tanzanie
L'objectif de cette session était d'en savoir plus sur les vies et les expériences des personnes affectées par la maladie clinique. Les témoignages ont été donnés par Mariam Abdalla (lymphoedème), Zainab Rashid (lymphoedème), Hija Yusuph Mwago (lymphoedème et hydrocèle) et Omar Abdalla Kimbikiti (lymphoedème) et l'aperçu général du projet par le coordonnateur du projet Mkuranga, Frederick Raymond.

Expériences pré-TDM des patients de la FL selon le film réalisé par GSK sur la vie et les expériences des patients
L'histoire de Mariam
« Cela a commencé avec ma jambe gauche. Elle me démangeait et je me grattais souvent. Je suis allée à l'hôpital et on m'a donné de l'aspirine. Après un certain temps, l'autre jambe a commencé à me démanger et à se tuméfier. J'ai alors commencé à avoir de la fièvre et des ganglions lymphatiques tuméfiés. Je ne pouvais pas me laver ni même me rendre à la douche. J'ai pris beaucoup d'anti-inflammatoires y compris 'panadol' et 'action' qui m'ont soulagé un tant soit peu. Mais depuis que j'ai commencé à prendre des médicaments en 2000, je me sens mieux. Tout juste après avoir commencé le traitement, les intervalles entre mes crises fiévreuses se sont espacés davantage. Je pouvais faire 2 semaines sans fièvre. Maintenant, j'arrive à passer 6-7 mois sans des crises fiévreuses. Ma vie a changé".

L'histoire de Zainab
« Lorsque le problème a commencé, c'était comme si j'avais marché sur des épines, comme si j'avais des points de suture sur toutes mes jambes. Cela a duré quelques temps ensuite, j'ai eu des ganglions lymphatiques tuméfiés ainsi que les jambes et les bras. Lorsque mes jambes ont commencé à se tuméfier, j'avais l'impression que quelqu'un cognait ma tête. J'ai eu de fortes fièvres et parfois je perdais connaissance. Chaque fois que j'avais des crises, j'utilisais les comprimés 'panadol' pour calmer la douleur mais parfois c'était si fort que je devais être ramenée à la maison. »

L'histoire de Hija
« Mon problème a débuté après la fin de mon premier cycle, la maladie a commencé lorsque je jouait au football et mes jambes ont commencé à gratter et à gonfler chaque fois que je grattais. En 1998, j'ai commencé à aller à l'hôpital mais sans succès. Mon état s'est détérioré et j'ai commencé à avoir des plaies. Lorsque j'ai eu les plaies, j'ai cru qu'on m'avait ensorcelé et je suis allé voir les tradipraticiens. Les plaies se sont un peu calmées. J'avais perdu espoir et l'hôpital ne m'avait pas réussi.
Je ne pouvais plus continuer avec les études supérieures. C'était pire durant la saison pluvieuse. J'avais parfois une forte fièvre et je ne pouvais rien faire. La fièvre pouvait durer parfois toute une semaine. J'avais perdu tout espoir. »

L'histoire de Yusuph
« Cela remonte en 1993. Je me rappelle qu'un jour j'ai marché sans chaussure la nuit et soudain j'ai ressenti comme si quelque chose m'avait piqué. Je suis retourné à l'intérieur et quand je me suis réveillé ma jambe gauche était très douloureuse. Ensuite le membre a commencé à gratter. Cela a continué pendant 2 semaines et alors la douleur s'est déplacée dans la zone sous l'aine. Tout le long jusqu'à la partie génitale. Cela empirait lorsque je me grattais et après quelques jours, j'ai remarqué que j'avais une hydrocèle et elle gonflait très rapidement. Après seulement un mois je ne pouvais plus porter de pantalon. C'était si inconfortable et je ne désirais pas porter de pantalons.
Je suis allé au CMA)et j'ai été hospitalisé. Mais plus tard, on m'a libéré puisque l'hydrocèle était devenue volumineuse. Je suis retourné à l'hôpital mais sans résultat ils ne pouvaient pas m'aider. »

L'histoire d'Omar
« J'ai commencé à avoir des problèmes aux jambes en 1992. C'est comme si j'avais des points de côté, j'avais très chaud avec des douleurs musculaires. Je me suis rendu à l'hôpital et on m'a dit que j'avais une infection de la peau ; on m'a donné des comprimés mais ma jambe a continué à gonfler. Si je me blesse ou trébuche au lieu du sang, il en sort de l'eau. J'avais continuellement des ganglions lymphatiques tuméfiés et je ne pouvais pas manger pendant des jours. Je vivais d'eau. Cela a continué jusqu'en 2002 lorsque le programme de la FL a été initié et on nous a dit que nous pourrons avoir des médicaments. Tout juste après avoir pris les médicaments, j'ai commencé à avoir du répit. Je me sens jeune à présent ; je peux même porter des chaussures en cuir ».

Bref aperçu sur le programme de la FL présenté par le coordonateur de la FL du programme Mkuranga
Mr. Frederick Raymond
Le programme a débuté lentement en 2001. C'était difficile de convaincre les patients de leur état. L'acceptation a été l'un des défis majeurs en raison de la mauvaise conception qui prévalait à savoir que les médicaments provoquaient l'impuissance chez les hommes et l'infertilité chez les femmes. A travers le plaidoyer, les populations acceptent de prendre les médicaments maintenant.

Le programme est également confronté à des problèmes d'infrastructure et de logistiques. Certains lieux sont difficiles d'accès ; il faut utiliser un bateau pour atteindre certains villages et au cours de la saison pluvieuse, on ne peut pas accéder à ces lieux. L'amélioration des infrastructures a contribué au succès du programme.

Le programme est incorporé dans le plan de santé du conseil et reçoit des fonds du budget du district. Le CMA appuie les TDM et effectue les hydrocélectomies. En 2007, huit patients ont subi l'hydrocélectomie au CMA. Comme conséquence d'une vigoureuse sensibilisation de nos jours, les personnes qui viennent pour l'hydrocélectomie le font volontairement alors que dans le passé il fallait les conseiller longuement.»

Les expériences post-programme des patients – témoignages:
Mariam
« Depuis que j'ai commencé à prendre les médicaments en 2001, je me sens très bien et je remercie le Seigneur et vous tous qui m'avez aidé. Je demande à Dieu de continuer à vous bénir de sorte que vous continuez à aider mes collègues. Je n'ai plus de fortes fièvres ces jours-ci. Je peux me laver et maintenant lorsque j'ai de la fièvre je peux la calmer avec même du panadol. Je suis revenue à la vie ».

Zainab
J'ai eu de la chance et après avoir obtenu les médicaments j'ai commencé à les utiliser. Je me sens mieux. Je n'ai plus mes crises de fièvre habituelles. Je voudrais vous demander de

continuer à nous fournir des médicaments et lorsque je serais de retour, je conseillerais mes parents d'arrêter de cacher leurs maladies. »

Hija
« Je ne connais plus les petits problèmes causés par la maladie. Je peux continuer mes tâches ménagères quotidiennes. Présentement, je n'ai plus les fièvres fréquentes dont j'avais l'habitude. Je les ai tout juste de temps en temps avec de longs intervalles. »

Yusuph
« Je remercie le Seigneur ; après avoir quitté la table d'opération, j'ai commencé une nouvelle vie et une nouvelle année. Ma santé est revenue à la normale après que j'ai perdu 30 kg. Avant l'opération, on devait me transporter aux étages mais maintenant j'ai recouvré la santé. Je peux me laver en utilisant de l'eau fraîche et je pense même prendre une jeune épouse. Je ne suis plus malade. Les gens se moquaient de moi mais à mon retour, ils m'ont souhaité la bienvenue. On me respecte à nouveau et tout le monde veut me parler, je vous suis vraiment reconnaissant. Je vous dis un grand merci pour le partenariat et pour le soutien. Je serai votre plus grand ambassadeur. Merci beaucoup. »

Omar
« Après avoir commencé à prendre les médicaments, j'ai recouvré la santé et je n'ai plus fréquemment de fièvre. Avant le traitement, ma femme devait parfois aller chercher du bois de chauffe pour me faire un bon feu. J'avais très froid. Maintenant, c'est elle qui me pousse à prendre mes médicaments. Je demande donc au gouvernement et aux partenaires de continuer à nous soutenir. Nous sommes les défenseurs du programme. »

Débats sur les témoignages
Facilitateur, Professeur Charles Mackenzie

- Moins de crises de fièvre et un sentiment général de bien-être;
- Obéissance aux exigences de l'hygiène; surtout les soins de la peau;
- Négligence du public;
- Intégration des TDM et prévention des incapacités
- Importance du plaidoyer;
- Est-ce que les patients connaissent la cause de leur état ? Yusuph a dit:" l'hydrocèle est un véritable problème et toute personne qui pense autrement doit voir mes photos d'avant mon opération. J'ai subi la stigmatisation même de la part de mes propres parents, et à ce jour, je n'ai pas encore vu certains. Je ne pouvais pas dormir ; je ne pouvais pas me laver ; je ne pouvais rien faire. Je ne pouvais pas marcher avant mon opération. Je ne pouvais même pas me rendre aux funérailles de mes voisins car, lorsque j'apparaissais tout le monde se retournait pour me regarder et en oubliait les funérailles. On me portait secours comme à une personne handicapée. Je ne le souhaite à personne. Cela change complètement la vie ! Elle vous vieillit et même si vous avez une femme qui vous comprend et s'occupe de vous, elle ne peut pas se tenir devant les autres femmes parce qu'elles vont soit se moquer d'elle ou avoir pitié d'elle. Les gens ne croient toujours pas que j'ai été opéré à Muhimbili, ici en Tanzanie. Lorsque je suis revenu chez moi, certains pensaient que j'étais parti à l'étranger. Ils ne croyaient pas que je puisse marcher! Oui, nous avons reçu des informations et été éduqués sur les causes de la FL. Je suis un bon ambassadeur maintenant. J'utiliserai l'information et la connaissance que j'ai reçu au cours de mon traitement de même que mon état après l'opération pour éduquer les gens sur les causes de la FL et les encourager à recourir aux traitements médicaux immédiatement au lieu d'aller voir les charlatans et les guérisseurs »

Le projet sur la morbidité de la FL en Afrique de l'ouest (WALF)
Dr. Sunny Mante/Professeur Serigne Gueye

Contexte
La FL est l'une des principales causes d'incapacité dans le monde avec 25 millions d'hommes infectés dans 83 pays. La maladie a des conséquences économiques et psycho-sociales. L'hydrocèle de la FL est la 2ème procédure chirurgicale ordinaire effectuée par les médecins généralistes, les urologistes, les chirurgiens généralistes, les chirurgiens plasticiens et les infirmiers en chirurgie.

Obstacles à l'introduction de la prévention et du traitement modernes de la morbidité de la FL
Le manque de continuité dans les études médicales, le nombre insuffisant de chirurgiens et les infrastructures peu développées sont entre autres les principales raisons de l'incapacité de nombre de pays à introduire la prévention et le traitement modernes de la morbidité de la FL. On observe également un accès mal reparti pour les soins de santé et la formation.

Pourquoi un projet de la morbidité en Afrique de l'ouest?
Il est évident que la technique décrite au Sri Lanka en 1948 avec l'excision du sac filarien, réintroduit et mis à jour par le Professeur Noroes et le Dr. Dreyer à Récife, est préférable à la méthode d'éversion. Le fait d'avoir un projet spécialement dédié à la prise en charge de la FL permet aux hommes affectés d'être bien traités et rapidement, d'autant plus que cela est possible avec les nouveaux étudiants de médecine et les chirurgiens au sein de la structure normale de santé et du programme.

Historique du projet du WALF
Le projet a été initié en 2004 comme un projet pilote avec un financement de la Gates Foundation. Il est devenu un projet régulier à partir de 2005 avec le financement de NORAD. Le Dr. Mante qui a suivi une formation de plusieurs mois au Brésil en 2003 et le Professeur Gueye se sont joints à l'équipe en 2007 pour accélérer la mise en œuvre. Deux urologistes se sont également joints pour conduire les ateliers de formation. Le projet conduit des ateliers de formation, des hydrocélectomies et la prise en charge du lymphoedème.
Le projet a élaboré un guide chirurgical pour aider les chirurgiens des CMA dans leur travail en rapport avec la chirurgie de la FL ; ce guide est maintenant disponible en anglais et en français et est utilisé dans la plupart des zones d'endémie de la FL.

Recommandations importantes pour assurer le succès et la durabilité
Tous les chirurgiens séniors de renom de chaque pays doivent être impliqués en tant que co-formateurs. Il y a des zones d'endémie de la FL qui n'ont pas de docteurs, donc il faut également former les infirmiers. Les chirurgiens enseignant à l'université doivent être impliqués pour qu'ils puissent incorporer la technique dans le programme ; les docteurs de district et les infirmiers chirurgiens de même que les infirmiers anesthésistes sont indispensables pour élargir la disponibilité des services. Il faut également travailler étroitement avec le programme national de la FL.

Ateliers de formation
Avant de commencer les ateliers de formation, le consultant entreprend une visite d'exploration sur le site avec une lettre d'introduction du ministre de la santé pour informer les autorités locales de santé. Le projet travaille étroitement avec le programme national de la FL pour identifier les patients dans les districts sélectionnés.

La préparation et le contrôle des approvisionnements se fait un jour avant la tenue de l'atelier. La vérification des kits se fait un jour avant la démonstration en chirurgie et le guide distribué pendant l'atelier. Les chirurgiens examinent ces guides avec les participants pour s'assurer qu'ils ont bien compris la procédure. Des présentations orales sont faites pour compléter le matériel écrit.

Le contenu de la présentation orale comprend une description de la technique chirurgicale par le moniteur en mettant l'accent sur les points importants ci-dessous :

- Les mesures à prendre avant l'opération comprenant les antibiotiques ;
- Une procédure détaillée étape par étape ;
- Accent mis sur les pièges et la manière de les éviter ;
- La prise en charge après l'opération: antibiotiques, médicaments anti-inflammatoires, bandage, etc.

L'examen préopératoire des patients se fait avec les participants pour plus de clarification et pour les besoins de la démonstration. Par la suite, la formation pratique est réalisée au moment où le consultant et le co-formateur opèrent le 1er patient, en décrivant la procédure pendant que les participants regardent et écoutent. Au cours de l'atelier, chaque participant assiste et opère au moins un patient sous la supervision et les conseils directs.

Les grands avantages de la technique/procédure

Pas de drainage – la technique ne requiert pas la pose d'une sonde dans le scrotum avant la fermeture de la plaie. Les sondes n'arrêtent pas le saignement et la formation de l'hématome ; en réalité, elles augmentent le risque d'infection. Néanmoins, il faut une hémostase bien soignée durant la procédure.

Un séjour plus court et plus aisé à l'hôpital - le séjour maximum à l'hôpital avec cette technique est d'une semaine, alors qu'il fallait 3 semaines auparavant après un drainage chirurgical. En 2 jours, les patients peuvent se déplacer aisément, alors qu'ils en avaient pour 4 jours au lit avec la technique de drainage.
La procédure est simple même si elle est effectuée en zones rurales avec l'utilisation de l'anesthésie locale et des antibiotiques. Ce qui importe, c'est un bandage adéquat et un suivi du patient. Le bandage est l'étape la plus importante de la procédure autrement l'œdème du pénis et du scrotum se développe.

Soins postopératoires

Les soins postopératoires sont TRES importants. Le patient doit recevoir des antibiotiques ordinaires de 2 médicaments pendant 7 jours. Le médicament est non-narcotique et peu coûteux à prendre pendant 5 à 7 jours. Un séjour à l'hôpital d'une semaine est nécessaire jusqu'à ce que la plaie soit bien refermée et sèche.

Réalisations

Le projet a organisé et conduit des ateliers dans 14 pays de l'Afrique de l'ouest en commençant par le Ghana en 2004. Les pays où les ateliers ont été menés comprennent le Ghana (4), le Burkina Faso (3), le Togo (2) et un atelier au Niger, en Gambie, au Sénégal, au Nigéria et au Mali.

Plusieurs ateliers seront planifiés dans d'autres pays avec pour objectif la couverture d'au moins 12 pays. Les pays tels que le Burkina Faso ont besoin davantage d'ateliers de formation puisque c'est l'une des zones ayant un taux d'endémie élevé et les patients étant très pauvres ne peuvent avoir accès au traitement.

Plus de 190 personnes ont suivi une formation dans 8 pays. Au moins 2 802 patients souffrant d'hydrocèle ont été opérés par des personnes formées à l'utilisation de la nouvelle technique. Cela est une grande réalisation vu le temps limité. Des fonds additionnels ont été sécurisés pour le Burkina Faso et le Togo.

Evaluation
L'évaluation est très importante pour voir la progression et pouvoir résoudre les défis dans les différents sites. Ce qui permet d'avoir des informations sur ce qui a été fait et les résultats obtenus.

Les évaluations financées par la Gates Foundation ont été menées au Ghana, au Burkina Faso, et au Togo en 2006. Au Ghana également, une étude socio-économique à grande échelle du CDC/Emory a été menée. Au Burkina Faso et au Togo, un évaluateur externe a fait une évaluation des activités et de l'impact du projet. Des copies des rapports sont disponibles sur le site web du HDI au : www.hdi.no

Des pays ont mené des discussions de groupes focus au cours desquelles le personnel de santé et les patients ont abordé divers problèmes y compris le sentiment du patient par rapport à la technique.

La conclusion de l'évaluation faisait ressortir la satisfaction des patients et des chirurgiens. Et même pour la chirurgie de routine, des chirurgiens de district et des infirmiers chirurgiens ont réussi les opérations dans les localités rurales de l'Afrique. Les résultats de l'évaluation au Ghana révèlent que plus de 90% des patients étaient satisfaits et plus de 88% ont pu retourner au travail. La plupart des personnes indisponibles pour le suivi étaient absents pour raison de travaux agricoles.

Le présentateur s'est appesanti sur la responsabilité sociale de l'hydrocèle et la manière dont elle affecte la vie sexuelle du patient du fait de l'absence de relations sexuelles. Des patients âgés de 80 ans se sont présentés pour la chirurgie de l'hydrocèle après avoir souffert pendant près de 20 ans ! La plupart désirait se sentir propre avant de mourir afin que personne ne sache qu'ils avaient souffert de l'hydrocèle. Cela faisait partie de la préparation à la mort.

Leçons apprises
Adhésion aux protocoles: des taux élevés et inacceptables d'infections postopératoires souvent modérées mais parfois catastrophiques se sont produits dans les localités où on a effectué une « campagne de chirurgie » ; cela est dû à quelques travailleurs qui n'adhéraient pas et ne respectaient pas les protocoles prescrits. Etant donné qu'après de telles campagnes, il n'y a souvent pas de personnel pour mener le suivi postopératoire.

Amélioration de la formation et des manuels: il est important de mettre l'accent pour prévenir et détecter immédiatement toute infection postopératoire.

Elargir l'accès aux services de qualité et rapides: les médecins de district et des milliers de patients ont maintenant accès à des soins de santé améliorés, simplifiés et rapides de chirurgie de la FL dans toute la région ouest-africaine. Cela n'aurait pu être réalisé sans le projet. Il faut penser à reproduire le projet dans d'autres régions du continent comme cela se fait pour la fistule obstétrique.

Mise en œuvre de l'opération de l'hydrocèle à grande échelle en Tanzanie
Dr. C.S Yongolo

Pourquoi maintenant?
Le professeur Yongolo a posé un certain nombre de questions quant aux raisons d'extension de la chirurgie de l'hydrocèle. Il s'est demandé s'il y avait une épidémie de l'hydrocèle en Tanzanie et si ce n'était pas le cas, si les services chirurgicaux étaient inadaptés, ou si les autres initiatives avaient influencé le besoin d'extension.

Découvertes intéressantes au ministère de la santé et de la sécurité sociale

Des rapports du ministère de la santé font ressortir que l'hydrocèle et l'hydrocélectomie sont parmi les dix premiers cas de chirurgie, allant de zéro dans quelques districts à plus de 30% dans les zones côtières.

Les perceptions par rapport à l'hydrocèle au sein du personnel de santé

Le ministère de la santé et le personnel médical en général donnent plus de priorité aux cas qui peuvent conduire à la mort et nécessitant la chirurgie. L'hydrocèle n'est pas considérée comme un état très grave et de ce fait ne constitue pas une priorité. De plus, il existe peu de ressources pour faire face aux exigences de la chirurgie, des ressources humaines inadéquates, et le ministère de la santé met plus l'accent sur la prévention des autres maladies prioritaires y compris le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies non contagieuses.

Les perspectives du patient

Les sociétés côtières ont des communautés assez conservatrices. Il y a diverses perceptions concernant l'hydrocèle dans certains groupes de la communauté qui la considère comme un état de prestige tandis que d'autres redoutent la honte et la stigmatisation associées à leur «sortie» et craignent les complications possibles de la chirurgie à savoir : la perte de leur fonction érectile, la difformité et même la mort après l'opération. Ceux qui recherchent les soins médicaux pensent que le personnel médical ne s'occupe pas d'eux parce qu'on ne leur donne pas la priorité lorsqu'ils se rendent au dispensaire.

Où se déroulent les opérations et quelles sont les personnes qui les effectuent dans le système de santé?

Les opérations d'hydrocèle se font à différents niveaux du système de santé. Elles se déroulent dans les hôpitaux universitaires (nationaux), régionaux, les CMA et les cliniques privées, les centres de santé, les dispensaires et les institutions religieuses de santé. Les opérations sont effectuées par les chirurgiens, les médecins, les docteurs en médecine/ les registraires, les internes, les assistants médicaux et les cliniciens.

Mise en œuvre élargie de la chirurgie de l'hydrocèle

La Tanzanie a une population d'environ 40 millions de personnes et on estime que plus de 6 millions de personnes (15%) présentent les manifestations cliniques de la FL. Certaines parmi elles développent des complications dans les parties génitales. La décision d'étendre la mise en œuvre de la chirurgie de l'hydrocèle n'a pas été guidé par l'observation d'une épidémie soudaine. C'était une réponse à la décision prise par l'assemblée mondiale de la santé en 1997 qui a donné jour à l'objectif d'éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020. C'était un défi lancé aux pays d'endémie et au monde entier à agir.

Comme les autre pays d'endémie, la Tanzanie a lancé le programme national d'élimination de la FL (PNEFL) et a trouvé les voies et moyens pour faire face aux défis, entre autres ; la prévention par la chimioprophylaxie (TDM), la lutte contre les moustiques et l'élaboration de stratégies pour faire face aux complications de la FL, à savoir, la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités. Le PNEFL reçoit l'appui du ministère de la santé, du Bill and Melinda Gates Foundation, du DFID et des deux firmes pharmaceutiques GlaxoSmithKline et Merck & Co. Inc.

Déroulement

Education: elle a été donnée aux leaders régionaux et de district sur ce qu'est le PNEFL, ses objectifs et la manière dont la mise en œuvre sera entreprise. L'accent a été mis sur la prévention de la transmission, le traitement des complications et des incapacités. Les autorités aux différents niveaux de l'Etat et les personnes très influentes sont engagées dans le processus de persuasion des masses.

Formation d'une équipe de travailleurs locaux pour le PEFL: le programme a utilisé le système de prestation de soins de santé existant et a impliqué les médecins au niveau régional et du district. Le personnel de santé a suivi une formation sur toute la chaîne jusqu'au niveau village et a suivi un enseignement sur la manière d'administrer les questionnaires sur la FL.

Campagne de masse: l'exercice a connu la participation des chirurgiens, des médecins, des docteurs en médecine/ des registraires, des internes, des assistants médicaux des cliniciens, des infirmiers et autre personnel d'appui et des collecteurs de données. Il s'agissait surtout pour eux de voir leurs limites et de référer le lymphoedème chronique et les patients ayant des hydrocèles volumineuses aux médecins hospitaliers. Plusieurs techniques[2] peuvent être utilisées au cours de l'opération de l'hydrocèle ; cependant, la technique de l'excision est recommandée puisqu'elle a peu de chances de se reproduire. Les opérations de l'hydrocèle se font dans les structures de santé (hôpitaux ou centre de santé) ou les camps. L'équipement nécessaire pour la chirurgie de l'hydrocèle comprend : le matériel stérilisé pour la chirurgie, les draps, l'appareil de drainage, les antiseptiques, l'anesthésie (locale, par région et générale), les antibiotiques et les analgésiques. Tous les patients présentant un lymphoedème du scrotum doivent se rendre à l'hôpital à cause de la sensibilité de ses complications telles que le dysfonctionnement érectile, la difficulté de pénétration due au pénis déformé et l'augmentation de la taille du pénis. Des complications anticipées après la chirurgie comprennent : la septicémie, les blessures urétrales, l'anémie, la torsion du pénis, la longueur réduite du pénis et le redéveloppement du lymphoedème.

L'après opération

C'est le programme qui entreprend le plaidoyer initial. Un traitement réussi (hydrocèle) et la prise en charge des incapacités (lymphoedème) a permis de mettre à égalité deux plaidoyers en utilisant le patient. Les patients dont l'opération a réussi deviennent de très bons ambassadeurs et avocats pour les autres dans la communauté. L'information est disséminée à travers les parents et les voisins de ces patients. L'enregistrement des patients dont l'état requiert une chirurgie à partir du niveau village est en train d'être entrepris par le PNEFL.

Défis

La mise en œuvre du PNEFL et la campagne contre la filariose a permis d'identifier plusieurs patients. Les patients sortaient de la réclusion avec l'espoir d'avoir un traitement. Il y a plus de 14 000 patients enregistrés dans les 5 régions côtières (Lindi, Mtwara, Dar es Salaam, Tanga et la côte) et attendant l'opération de leur hydrocèle. La stigmatisation a diminué d'ampleur par l'utilisation des patients comme ambassadeurs.

Ces réalisations sont accompagnées de défis. Le programme devait décider de la manière d'étendre la chirurgie, d'établir des camps de chirurgie, et conduire la formation des urologistes et des chirurgiens, et faire fréquemment une évaluation des chirurgies effectuées par les personnes formées et leurs unités de santé pour garantir la sécurité de la chirurgie. D'autres défis sont dus à des facteurs de comportement, par ex. le conservatisme et les mythes sur les effets de la chirurgie (impuissance, infertilité, etc.).

Mise à jour

Une réunion s'est tenue en août 2007 au cours de laquelle on avait résolu de mener les opérations chirurgicales en mettant en place des camps de chirurgie. Une équipe nationale a été mise en place et 3 zones établies dans les zones d'endémie. La zone orientale prendra en charge les patients de Dar-es-Salaam et la région côtière ; la zone australe couvrira les régions de Lindi et Mtwara ; et la troisième zone couvrira la région de Tanga.

[2]Technique utilisée au cours de la chirurgie de l'hydrocèle comprenant : l'opération Window, la technique de Joubleys (éversion du sac, la technique de l'excision, la technique de Lords Placation, la technique de la poche Dartos

Prise en charge de la morbidité dans l'Etat de Bihar en Inde
Mr. Jose de la Cruz

Aperçu général

Bihar est le 2ème état le plus pauvre de l'Inde. C'est la zone la plus peuplée avec une population d'environ 96 millions dont 88% vivent dans les zones rurales. Le taux d'alphabétisation est inférieur à 50%. Les ressources disponibles en matière de santé comprennent 1648 centres de soins primaires, 10 337 sous-centres, 101 centres de santé communautaires et 2121 docteurs.

L'expérience de Bihar

Le projet de prise en charge de la morbidité à Bihar a été englobé dans un autre programme pour plus de rentabilité. C'est un sous-produit d'un programme à base communautaire pour renforcer les communautés dans la résolution des problèmes de santé par la mise en place de centres de ressources sanitaires de la communauté (HRC). Ce sont des organisations à base communautaire mises en place par des membres de la communauté pour s'occuper des problèmes de santé en utilisant les ressources et l'expertise locales. Elles constituent des lieux uniques pour les informations et les médicaments. Elles sont dirigées par des volontaires qui tiennent des sessions d'éducation sanitaire sur la prévention et les soins pour les incapacités des patients. Elles fournissent également des formations en soins de santé par les patients eux-mêmes et leurs familles dans des groupes d'auto-prise en charge. Les services fournis sont entre autres la réhabilitation socio-économique, les transferts et la fourniture de chaussures. Les membres du HRC sont des champions pour la réduction de la stigmatisation. Il existe 101 HRC déjà établis.

Au départ, le projet ne prenait pas en compte le lymphoedème mais à cause de la forte demande, une petite équipe de l'Inde et du Bangladesh a été envoyé au Ghana pour une formation. Ils ont également pris part à la conférence nationale sur la FL à Kerala. Une personne ressource a été désignée et les activités du programme ont pu démarrer.

Quelques 918 personnes (27 groupes) ont été formées sur le terrain pour prendre en charge la morbidité. On compte seulement 267 cas dans 4 districts qui ont reçu une prise en charge du lymphoedème. De jeunes patients âgés de 10 ans présentaient un lymphoedème, mais la majorité est au dessus de 40 ans. Les femmes réclament plus de traitement que les hommes. Sur les 267 cas, 15 patients présentaient un lymphoedème depuis 30 ans ! L'utilisation de chaussures est assez répandue chez les personnes ayant un lymphoedème puisque 25 seulement ne portent pas de chaussures.

Implication du patient et de la famille

Le projet s'est embarqué dans un programme de formation complet sur l'auto-prise en charge des malades qui impliquent les patients et leurs familles à travers des groupes d'auto-prise en charge. Ces groupes donnent davantage de motivation puisqu'elles interviennent dans les groupes sociaux. Le projet a commencé à prendre en compte les questions relatives au soutien et au counselling des membres du groupe.

Le projet apporte un appui à la fabrication des chaussures et les patients peuvent choisir leurs chaussures. Le choix est important dans la restauration de l'espoir et de la dignité. On a pu observer un effet à long terme et durable. Il existe également un programme pour guider les volontaires ; les ONG partenaires et le personnel public sont impliqués pour assurer le suivi des patients. Les patients sont suivis pendant un an à travers l'éducation et des soutiens divers. La satisfaction du patient est utilisée comme un indicateur de réussite du programme. Le chargé du programme a subi une opération de l'hydrocèle, il comprend donc les besoins du patient et agit comme conseiller et mentor. Le projet utilise également l'éducation à travers les films et le théâtre pour diffuser le matériel IEC. Il possède une fourgonnette qui est utilisée pour diffuser le matériel IEC et les messages aux communautés.

Réflexions
La collaboration étroite est très importante entre les programmes nationaux et étatiques et il faut également impliquer les organisations à base communautaire (CBO). La mobilisation des communautés prend du temps mais les victoires sont importantes à long terme une fois qu'elles sont mobilisées et engagées. Il est nécessaire d'encourager la synergie entre l'état, les CBM, les acteurs et les communautés quant à la nécessité de prendre en compte la responsabilité sociale économique pour faire la liaison entre les patients et les programmes d'amélioration des conditions de vie.

Projets d'avenir
Le projet prévoit couvrir 44 406 patients de la FL en 5 ans, au prix de 200 000 dollars US. Traiter145 000 patients à Bihar et élaborer un projet pour 500 patients de la FL dans les pays (le Népal, le Timor Leste, l'Indonésie, les Philippines). Le coût unitaire par patient est de 1,55 dollars US et on pense à l'investissement dans l'appui au TDM et à la prise en charge de la morbidité.

L'impact du TDM sur la maladie clinique
Professeur Charles Mackenzie

La présentation était en rapport avec les témoignages donnés par les patients de la FL pour établir si le TDM a eu un impact sur la vie des patients de la FL et s'il existe une preuve que leurs commentaires sont scientifiquement valables.

Les manifestations de la maladie pouvant être réduit par le TDM
Les manifestations suivantes sont celles que le TDM peut réduire et qui sont mesurables :

- **Les épisodes aigus** – surviennent dans une zone d'endémie de la FL;
- **Lymphoedème/éléphantiasis** – d'habitude associés aux épisodes aigus;
- **Hydrocèle** – plus généralisée chez plus de 20% des hommes adultes dans plusieurs zones;
- **Faible guérison** – lésions de la peau;
- **La maladie asymptomatique/changements occultes** – changements anatomiques internes. Cependant plus difficiles à mesurer à l'œil nu.

Pour comprendre l'impact du TDM, il faut mesurer les effets de la FL sur la vie du patient qui comprennent l'incapacité à faire les travaux de routine : marcher, travailler dans les champs, pêcher ou rouler à vélo ; la dépression psychologique provoquée par une multitude d'états : la douleur et la maladie, la honte et le rejet dans une relation où le mariage, et l'incapacité à mener une vie normale – ex. l'incapacité à supporter la famille, la pauvreté personnelle et de la communauté.

La prévalence réelle de la maladie de la filariose clinique n'est pas connue même si certains pays possèdent des données fiables. Cependant, **le TDM peut améliorer et/ou éliminer la plupart des manifestations de la maladie clinique de manière visible et mesurable**.

Activités pouvant être incorporées dans les programmes de FL
Les programmes de FL peuvent incorporer un certain nombre d'activités qui peuvent changer la vie des patients de la FL en même temps qu'elles donnent plus de valeur au programme. A savoir : l'hygiène et la thérapie antibactérienne, les soins de la peau, la physiothérapie, l'approvisionnement de chaussures, l'hydrocélectomie et la thérapie psychosociale. D'autres formes d'appui, par ex. la réhabilitation du travail, peut aider les patients de la FL à retourner au sein de la communauté, etc.

Le programme mondial et la réduction de la morbidité

Jusqu'à présent le programme mondial s'est concentré sur le TDM. En termes d'importance, la réduction de la morbidité vient en seconde position et les aspects environnementaux en troisième position.

L'impact clinique du TDM a été prouvé en Tanzanie au fur et à mesure que les résultats du programme semblent indiquer un impact positif depuis l'initiation du programme d'élimination de la FL dans l'île de Mafia en 2000. Les observations des patients après l'initiation du TDM ont confirmé les commentaires émis plus tôt par les patients de la FL qui donnent des témoignages sur l'efficacité du TDM sur leur maladie et leur vie en général. Par exemple, avant le TDM, les crises étaient fréquentes et elles sont drastiquement tombées ou sans crises du tout après le TDM. De plus, après le TDM, la capacité à mener les activités s'est doublement accrue.

Ci-dessous, nous avons les commentaires des patients pour lesquels nous avons utilisé 4 approches différentes et avec différents groupes de patients. Les réponses proviennent de 48 patients de lymphoedème qui ont subis de 0-6 ans de TDM ; 49 patients d'ailleurs avec des observations hebdomadaires de 1-3 ans de TDM ; 406 cas qui se sont rendus eux-mêmes dans la clinique d'appui à la FL à Dar-es-Salaam et des réponses aux questionnaires administrés dans les différentes circonscriptions :

- *"Je peux aller plus loin sans avoir à me reposer" ;*
- *"Je peux monter à vélo sans douleur maintenant" ;*
- *"Mon pied ne pèse plus si lourd maintenant" ;*
- *"Je peux travailler plus longtemps dans mon champ maintenant" ;*
- *" Je n'ai plus de « crises de fièvre » maintenant" ;*
- *" Je n'ai plus besoin de donner de l'argent au guérisseur pour des traitements qui n'en valent pas la peine";*
- *"Mon ami du village "matende" se sent mieux maintenant, donc je veux aussi prendre les médicaments" ;*
- *"C'est si bon de savoir que mes vers intestinaux sont partis" ;*
- *"Je suis enceinte enfin".*

Les domaines évalués sont les actions individuelles (acceptation des médicaments, adhésion aux protocoles des instructions sur l'hygiène), la présentation clinique (fréquence et forme des épisodes aigus, état de la peau et taille du membre) ; l'incapacité (habilité à faire les activités de quotidiennes). L'impact positif enregistré a été la réduction de la taille du membre, la capacité accrue de la peau à se cicatriser, la réduction notable de la douleur et l'élimination complète de l'exfoliation de la peau.

La clinique d'appui à la FL à Dar-es-Salaam

La clinique reçoit des cas provenant de toute la Tanzanie. Un certain nombre de personnes qui fréquentaient la clinique n'étaient pas couvert par le programme de TDM. Présentement, la clinique fait le suivi de 406 patients, la majorité souffrant de lymphoedème et un petit nombre d'hydrocèle. Le personnel médical examine et donne des médicaments du TDM en référant les cas d'hydrocèle à l'hôpital pour la chirurgie ou pour des soins plus intensifs. 399 (98,2%) des patients ont vu leur cas s'améliorer. Un questionnaire a été administré pour évaluer l'impact du programme de TDM et une question concernant l'apparition de nouveaux cas. Depuis le TDM, on assiste à un déclin drastique de la transmission. Comme l'a expliqué l'une des personnes interrogées à la question de savoir si elle avait vu de nouveaux cas de lymphoedème ou d'hydrocèle depuis le début du TDM : « Je n'ai vu aucun cas depuis la deuxième ronde du programme de TDM. »

Importance d'un programme contre la morbidité pour le TDM

L'amélioration de l'état clinique des patients est un outil important de plaidoyer pour le

programme de TDM. Les soins pour les malades souffrant de cette maladie sont remarqués par la population et constitue un autre plaidoyer. L'absence de nouveaux cas est également un indicateur de succès pour le personnel de santé. La clinique d'appui à la FL de Dar-es-Salaam est importante pour le plaidoyer et les soins à apporter aux patients durant l'extension du programme de TDM.

Intégrer la formation pour la prise en charge de la morbidité
Professeur Terence Ryan

FL et lymphoedème non-filarien
Il existe plusieurs causes de lymphoedème : les problèmes cardiaques, les maladies veineuses, le sarcome de Kaposi, la podoconiose et les causes héréditaires. Le lymphoedème ou les jambes tuméfiées constitue l'une des plus grandes morbidités négligées. Il survient chez 33% de personnes souffrant de lymphoedème et celles qui ont été opérées du cancer. En Chine, par exemple, il y'a jusqu'à 60 000 nouveaux cas de lymphoedème chaque année à Shangaï dus à des causes autres que la FL, surtout le cancer. Sur les nouveaux cas de lymphoedème en Tanzanie du nord, peu sont dus à la FL. En Ethiopie, il existe des cas de lymphoedème endémiques et non-filariens causés par la pollution du sol dû au manque de port de chaussures, même si une petite proportion des personnes exposées à l'irritation du sol développe cet état. Les origines familiales collectées à la clinique d'Addis Abeba semblent indiquer un héritage récessif autosomal. En utilisant une analyse de séparation des origines des familles, on peut parvenir à déterminer le rôle associé des gènes et la cause de l'environnement du lymphoedème.

Il importe de pouvoir reconnaître les différents phénotypes de la maladie. Les systèmes chinois et indiens de la médecine mettent plus l'accent sur la variation constitutionnelle et ceux-ci sont traités en conséquence. Cela peut expliquer la raison pour laquelle les réponses aux médicaments d'Ayruveda dans la clinique de Kerala ont un impact plus important que ce à quoi l'on s'attendait sur les signes phénotypiques tels que l'hyperkératose et la fibrose.

Lutte contre la morbidité
Les personnes issues de différents environnements génétiques répondent différemment au traitement. Dans le contrôle de la morbidité, la fibrose et les tissus gras doivent tous être refaits. Le processus de cicatrisation et de réparation des plaies doit être examiné. Il faut combiner la prise en charge de la morbidité de la FL avec la cicatrisation des plaies en apportant plus de soins à la barrière de la peau de surface. Le lymphoedème doit être pris en charge de la même manière que la cicatrisation des plaies. La cicatrisation moderne des plaies met l'accent sur le rôle de la cytokine et les facteurs de croissance. La cicatrisation complète de la plaie se fait par la restauration de la fonction de la barrière de la peau. Cependant, la présence du VIH peut entraîner un échec dans la réponse due à une immunité affaiblie.

Soins à porter à la fonction de la barrière
Il faut porter plus de soins aux points d'entrée de la peau et leur accorder une grande priorité. Ces soins doivent être disponibles au niveau local, durables et à moindre coût. Il faut réfléchir pour savoir si le programme de lèpre mis en œuvre au Bangladesh et Bihar, en Inde sont mieux indiqués pour prendre en charge le lymphoedème. Les patients ne considèrent pas le lavage de la peau aussi important que les médicaments. Il faut leur donner des conseils à ce propos et les superviser pour faire le suivi de l'acceptation.

Ethiques de 'l'hydrocélectomie'
On rappelle aux participants les considérations d'éthiques lorsqu'on envisage de faire des hydrocélectomies que:

- C'est contraire à l'éthique de proposer une intervention sans connaître les effets à long terme sur les testicules. Il existe une hypothèse selon laquelle l'hypertrophie des

testicules due à l'éléphantiasis équivaut à l'hydrocèle, mais c'est une inflammation filaricèle ;

- C'est contraire à l'éthique de faire une intervention des testicules sans faire d'ultrasonographie ; faire un diagnostic différentiel peut être utile;
- L'intervention des testicules dans un environnement enflammé requiert un suivi à long terme (au moins cinq ans) pour une évaluation de la taille du testicule et de la perte de la fertilité. Rassurer ces communautés qui redoutent la castration s'il existe une possibilité d'atrophie testiculaire ;
- La libération d'un patient après une journée d'hospitalisation n'est pas recommandée.

Est-ce que le GAELF est l'organisation recommandée pour prendre en charge le contrôle de la morbidité ?

Les soins de la peau regroupent une alliance élargie et bien développée de dermatologistes, d'infirmiers et de pédiatres, certains étant membres du GAEFL depuis 2000. Le GAEFL doit mener des recherches pour savoir ce qu'on peut y trouver et entrer en relation avec de telles organisations pour assurer des interventions durables et viables qui doivent prendre en compte la prise en charge des patients dans le processus de traitement (auto-prise en charge pour le traitement de la filariose). Le Cadre Stratégique International du Lymphoedème est en train d'envisager des pansements et des bandages plus efficaces et durables. Le GAEFL doit entrer en partenariat avec eux.

Le contrôle de la morbidité des états cliniques qui entrent dans la sphère des activités du GAEFL nécessitent une connaissance approfondie d'un certain nombre de problèmes clés (cicatrisation des plaies, viabilité des tissus et soins de la peau) en dehors de l'œdème. Le GAEFL doit être un avocat pour les organisations qui ont cette expertise et mobiliser des fonds pour elles pour la poursuite de leur mission.

Le rôle du GAELF: Les délégués reconnaissent qu'il existe plusieurs causes de lymphoedème et bien qu'il soit bénéfique de traiter la cause, le rôle du GAEFL est de promouvoir le contrôle de la morbidité à travers le plaidoyer sans mener ces activités. Le rôle du partenariat se fait reconnaître dans de tels cas où les organisations qui peuvent conduire les programmes autres que ceux de la FL doivent être impliquées. Le GAEFL a un grand rôle de plaidoyer à faire et doit utiliser l'avantage comparatif que la communauté du lymphoedème possède pour travailler vers l'élimination de la FL. Cela doit être une approche de partenariat plutôt qu'une approche « nous contre eux ». L'alliance mondiale est une entité de facilitation et elle se réjouit de voir les personnes s'occupant de la morbidité et les patients jouer un plus grand rôle dans les efforts d'élimination de la FL.

- Chirurgie de l'hydrocèle – suivi, cours de recyclage;
- Besoin d'expertise dans la chirurgie de l'hydrocèle et de la hernie;
- Le rôle du GAELF dans le domaine élargi de la prise en charge du lymphoedème et du partenariat avec d'autres communautés professionnelles impliquées dans la maladie de la peau

LA FL DANS UN MONDE DE MTN: PLAIDOYER ET FINANCEMENT

C'était un jour important faisant le lien entre les évènements des deux jours précédents. Le président, le Dr. Peter Kilima a exhorté les délégués à accorder plus d'attention et à contribuer avec leurs idées puisque les finances sont importantes pour le GAEFL et les activités du GPEFL.

Financement national pour la FL – Cas du Burkina Faso

Mr. Emmanuel Lalsomdé

Cette présentation s'est penchée sur le financement des maladies tropicales négligées avec les fonds nationaux ce qui a permis à l'état burkinabè de participer à l'élimination des maladies en procurant des subventions aux programmes de MTN.

Aperçu général

Le Burkina Faso est un pays situé en Afrique de l'ouest avec 15 millions d'habitants. C'est un pays tropical ayant un très faible potentiel économique. La situation sociale est caractérisée par la pauvreté d'environ 44% de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté selon l'étude menée par le bureau national de la statistique en 2003. Le PIB par habitant est de 1$/jour.

Le pays est régulièrement confronté aux épidémies et autres maladies graves y compris les MTN en raison de la position géographique. Jusque récemment, ces maladies étaient prises en charge presque exclusivement avec les financements des partenaires et une contribution de l'état sous forme de salaires et d'infrastructures.

Le ministère de la santé a mis en place une politique nationale, ayant pour mission de protéger et de promouvoir la santé. Le gouvernement accorde une attention particulière aux conditions sanitaires des populations à travers la surveillance épidémiologique et la prévention de la maladie par les vaccinations et l'évacuation des malades à l'étranger en Europe, surtout en France. Les coûts remontent à environ 5 milliards de francs CFA par an au cours des 3 dernières années. Cependant, une faible performance des programmes de santé a été observée au niveau national. L'analyse a montré des budgets insuffisants et de mauvaises gestions des ressources mobilisées. Un plan de développement national de santé a été mis en place et un cadre de dépenses élaboré en 2005.

En 2005, des fonds ont été fournis pour la vaccination et la lutte contre le VIH/SIDA et autres maladies sociales en tant que partie intégrante d'une subvention du gouvernement mais depuis 2006, la direction des épidémies et de la vaccination a reçu la majeure partie du budget. A travers le plan de développement national pour la santé, les MTN ont été prises en charge dans un programme appelé « renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles et non-transmissibles » pour garantir la cohérence entre les déficits budgétaires et les priorités de santé. Le programme a été remplacé en décembre 2006 par un programme qui prend en compte les maladies négligées qui reçoivent en complément aux sommes estimées, une subvention spéciale de 1,5 milliards de F CFA dont 60 631 500 CFA étaient destinés à la filariose lymphatique.

Gestion des fonds pour le programme de la FL

Un compte a été ouvert pour le programme de la FL à la banque centrale. Ce compte reçoit des fonds des partenaires techniques et financiers et une subvention de l'Etat. Les signataires du compte sont le directeur de l'administration et des finances du ministère de la santé et le responsable du programme de la FL. Le programme de la FL était le premier à avoir une ligne budgétaire et grâce à son succès une ligne budgétaire pour les programmes des maladies transmissibles et non-transmissibles y compris les MTN a été ajoutée en 2008.

Les fonds reçus pour les épidémies étaient utilisés pour les journées internationales de vaccination et à cause de cela certaines maladies étaient négligées. En décembre 2006, cent quarante cinq millions de FCFA ont été alloués aux MTN et 145 cent quarante cinq millions de FCFA pour le programme de la FL. En parallèle au PPTE et autres contributions, le programme a réussi à mobiliser des fonds pour la FL.

Opportunité de partage d'expériences
La participation du directeur des finances à la conférence biannuelle du GAEFL a ouvert de nouveaux horizons pour les programmes de santé du Burkina Faso. Il a pu faire connaissance avec les autres chargés de programme pour écouter et apprendre d'eux ; ainsi, à son retour au Burkina Faso, il a ouvert une ligne budgétaire pour la FL et les MTN. Le fait d'impliquer les directeurs de finance des pays d'endémie dans de telles réunions permet de mieux comprendre les programmes lorsqu'en en vient à la budgétisation.

Remarque: le président de la session a félicité le gouvernement du Burkina Faso pour avoir créé une ligne budgétaire qui inclue les MTN dans le budget national.

***La Contribution des ONGD*: le groupe des ONGD pour l'onchocercose er le réseau des ONGD pour la FL:**
Dr. Charles Franzen

La réalisation d'un héritage
Les paroles de sagesse de Mwalimu Nyerere selon lesquelles, « Kupanga ni Ku Kuchagua » qui signifie « planifier c'est choisir » marquaient le début de la vision d'ensemble de Mwalimu sur le développement pour améliorer la vie de sa population tout en mettant l'accent sur l'importance du choix. Il a été fait une description des ONGD avec la précision qu'elles n'étaient pas des ONG. Ce sont des organisations de développement non gouvernementales avec des objectifs bien définis d'améliorer la vie de ceux qu'ils servent ; et cela peut être n'importe quelle organisation - politique ou sociale – pourvu qu'elles ne soient pas des agences étatiques.

En quoi consistent les ONGD?
Les ONGD sont des organisations internationales et locales mandatées pour faire un travail de développement, le plus souvent avec une grande expérience de travail dans les pays en voie de développement, certaines avec des affiliations religieuses, mais toutes trouvant leur intérêt dans le bien-être social, économique et la santé d'un pays. Les ONDG ont des réseaux internes extensifs de partenaires locaux et des expériences de travail avec les communautés locales.

Elles ont des relations souvent étroites et importantes avec les autorités locales y compris le gouvernement et les ministères de santé. Les ONGD sont de pionniers dans la livraison des services médicaux. Certaines faisaient partie des premières à fournir des services spécialisés dans l'arrière pays des pays en voie de développement. Leur personnel est composé de travailleurs laborieux et, dans certains cas, qui se sacrifient tant au niveau national qu'international, et désireux de servir dans les zones les plus reculées d'un pays – **où existent un grand besoin : au-delà de la fin de la route** ; et surtout, les ONGD possèdent des appuis solides, pas nécessairement financiers, dans les pays d'origine de même que d'un réseau de relations y compris avec les états d'outremer.

Quelques faits!
Les structures et les programmes de fourniture des soins de santé religieux fournissent entre 30% et 70% des soins de santé en Afrique. On se réfère à la contribution des ONGD au sens le plus large, en soutenant que malgré quelques manquements, l'administration présidentielle américaine a fourni plus de financement direct aux ONGD, aux FBO et CBO en huit ans qu'au cours des 211 années réunies ; cela n'est pas clairement établit, mais on pense que les ONGD

fournissent ce que d'autres organisations ne peuvent faire. Elles sont importantes et reconnues par plusieurs organisations internationales.

Les principaux rôles du groupe des ONGD pour l'oncho couvrent l'aspect technique, financier et l'appui à la gestion des projets des CDTI ; l'intégration et la mise en œuvre conjointe et la recherche opérationnelle.

Les ONGD et la FL

Voici la liste des membres du réseau des ONGD pour la FL, un groupe élargi d'organisations, qui pris ensemble, possèdent une grande expérience des activités du CDTI, du contrôle de la morbidité, du traitement et de la prise en charge, et l'intégration de plusieurs services de santé, y compris les MTN.

- Amaury Coutinho, Brésil
- Catholic Medical Mission, USA
- Christoffel-Blindenmission (CBM)
- Handicap International (HI)
- Health & Development International (HDI)
- Helen Keller International (HKI)
- IMA World Health (IMA)
- International Foundation for Dermatology, RU
- International Skin Care Nursing Group, RU
- International Volunteers in Urology, USA
- LEPRA, RU
- Mectizan Donation Program (MDP)
- Task Force for Child Survival and Development, USA
- The Carter Center (CC)
- Sight Savers International (SSI)

Les contributions spécifiques des ONGD

Chaque réseau des ONGD apporte une contribution dans des domaines spécifiques en rapport avec leur spécialisation et avantages comparatifs. Ci-dessous se trouvent des exemples de types de travail entrepris par les ONGD :

Health and Development International (HDI) apporte un appui à et coordonne le projet sur la morbidité de la FL en Afrique de l'ouest qui a été initialement financé par le Bill and Melinda Gates Foundation à travers la subvention initiale de la fondation pour la FL et qui est maintenant financé par la Norvège à travers NORAD.

Helen Keller International (HKI) a reçu une subvention de l'UE en 2008 pour l'intégration du Burkina Faso en même temps que Handicap International, pour s'occuper du TDM et du contrôle de la morbidité. C'était un projet intégré oncho/FL/vitamine A. Elle a également pris en charge l'intégration de l'Oncho et de la FL à Tanga en Tanzanie.

Handicap International (HI) fait entre autres, partie du groupe de travail sur l'intégration de la prise en charge du lymphoedème ulcéreux à travers la structure 'Maladies des Milieux Défavorisés'.

Sight Savers International (SSI) son travail est présentement limité au cofinancement du programme des MTN en Sierra Léone.

Le Carter Center appuie présentement le travail de cartographie en Ethiopie occidentale et est engagé dans la cartographie, la recherche sur les interventions et les projets d'intégration dans les états du SE et du plateau et de Nassarawa au Nigéria.

IMA World Health possède des projets en Inde (Programme de prise en charge de la morbidité de la FL); au Togo comme faisant partie du PNEFL travaillant dans 7 districts de santé endémiques; et en Haïti où IMA est l'agence pilote dans le programme d'intégration de la FL et des STH financé par l'USAID/RTI.

Les défis auxquels sont confrontés les ONGD

Les ONGD sont confrontées à plusieurs problèmes dans la poursuite de leur travail. Le financement du fait des restrictions de financement. Tout comme le réseau des ONGD pour la FL, les ONGD sont confrontées à des problèmes dans le cadre de l'intégration de la prise en charge du lymphoedème avec les autres MTN; les problèmes relatifs au cadre de notification et la communication; la consolidation et le renforcement des partenariats et de l'implication dans le réseau.

Une motion de remerciements a été adressée aux communautés et aux personnes malades, aux ministères de santé et à toutes les personnes impliquées dans la lutte contre les MTN.

La présentation a pris fin avec un slogan Swahili: "Tushinde wote katika vita dhidi ya Matende na Mabusha!" – "soyons victorieux dans la lutte contre le lymphoedème et l'hydrocèle!"

Le financement du secteur de la santé

Professeur Bernhard Liese

Cette présentation a examiné les orientations de l'Aide Publique au Développement (APD) pour l'Afrique et fourni des informations à l'assemblée réunie sur l'environnement du secteur financier qui a connu un déclin après la guerre froide et un regain après 2000.

Les tendances du flux de l'aide

Le flux de l'aide à l'Afrique reflète la même tendance. L'APD sous la forme des Investissements Directs Etrangers (FDI) demeure la forme la plus dominante d'aide pour l'Afrique. On observe que l'environnement est changeant puisque la part de l'aide au programme et au projet diminue- ce qui ne devrait pas être ignoré.

Le secteur de la santé a bénéficié de cela de manière inégale. Après les réformes de l'ensemble du secteur, la santé et l'éducation ont reçu une grande partie des ressources. L'épidémie du VIH/SIDA et les OMD ont permis de retenir le flux de financement dans le secteur.

La lumière au bout du tunnel

De nouvelles sources de financement pour la santé existent telles que le Fonds Mondial et le Plan d'urgence d'aide pour le SIDA du Président (PEPFAR) qui comptabilise une augmentation de près de 2 milliards de dollars par an. L'aide des donateurs bilatéraux constitue une grande contribution également. Cependant, il n'est pas certain que L'Aide Publique au développement pour le secteur de la santé soit toujours à la hausse car d'autres secteurs (comme l'agriculture) sont plus importants. Le taux de change du dollar étant à la baisse, des perturbations se font sentir puisque le dollar est largement utilisé dans le financement des projet et programme.

Cependant…

Il y a une concurrence pour les ressources entre les secteurs en vue d'atteindre les OMD. Cette tendance sera probablement à la hausse au fur et à mesure que nous nous approchons de la date butoir pour les OMD. Les modalités d'aide ont changé avec le financement des projets qui sont remplacés par le financement programmé par secteur et des systèmes de paiement plus

rapides, avec l'Etat à la place du conducteur. Les nouveaux systèmes de prêt comprennent les Sector Wide Approaches (SWAp), les crédits d'appui pour la réduction de la pauvreté (PRSC) et l'appui budgétaire.

Le focus sur la FL
Dans cet environnement actuel, la FL doit se focaliser sur 2 messages clés : très efficace et peu coûteux !
Il existe des données disponibles qui montrent que le TDM a un impact, avec des coûts unitaires peu élevés se situant entre 0,6-22 $US qui ont été expérimentés au Ghana, au Zanzibar et au Togo. Les programmes qui arrivent à toucher une grande partie de la population ont des coûts unitaires peu élevés et l'extension du TDM a réduit de moitié les coûts unitaires en Tanzanie et au Burkina Faso. Le modèle du Burkina Faso est digne d'être imité. Les rubriques des dépenses montrent que la majorité du financement a été utilisé pour la formation et la mobilisation sociale, le TDM et le M&E. Les financements sont largement dépensés au niveau district (environ 60%) et le gouvernement est la principale source de financement avec 60% du financement requis, avec une augmentation importante en 2002 et 2006.

Les programmes de la FL sont tout d'abord peu coûteux mais très efficaces. La charge fiscale sur le MOF/MOH est très faible et tout à fait en conformité avec le plafond fiscal ; elle est insignifiante vu sous la perspective de la soutenabilité de la dette. Tous les programmes de la FL ont demandé un financement extérieur pour pouvoir démarrer. Cependant, un apport catalytique externe est toujours présent puisque les programmes peuvent de plus en plus mobiliser un financement national. Il faut souligner qu'un engagement budgétaire de la part du gouvernement est une pré-condition pour la durabilité des programmes de FL. Il est donc préférable d'insérer les programmes de la FL dans le système budgétaire national comme ligne budgétaire, même si c'est une ligne budgétaire pour un groupe de MTN comme au Ghana.

Le réseau mondial pour les maladies tropicales négligées
M^me^ Kari Stoever

Appréciation des efforts du GAELF
Les succès et la cohésion du partenariat du GAEFL ainsi que les histoires de succès de l'élimination de la FL qui démontrent d'un partenariat réussi de 10 ans sont impressionnants. Avec 1 milliard de cas de FL traités depuis 2000, l'élimination de l'onchocercose dans 10 pays de l'Afrique de l'ouest et le CDTI qui peut toucher les personnes difficiles d'accès, le GAEFL a de quoi s'enorgueillir. Le partenariat est le meilleur achat pour la santé mondiale car partenariat= progrès. Les présentations antérieures ont fait l'historique de grand succès pour lesquels on peut solliciter plus de financement. Le Réseau Mondial pour les Maladies Tropicales Négligées (GNNTD) a été mis en place il y a 2 ans avec l'objectif de retirer « négliger » parmi ces maladies tropicales.

Les engagements des firmes pharmaceutiques: avantage d'un impact rapide
Le rôle de plaidoyer du GNNTD est complété par l'appui de l'industrie pharmaceutique. Au cours des années, cinq sociétés pharmaceutiques ont apporté un appui au travail des MTN. Entre autres, la donation de l'albendazole par GSK pour plus de **600 millions de traitements** depuis 1998 ; Merckx & Co., Inc., du Mectizan pour plus de **539 millions de traitements** depuis 1998 ; Pfizer, de l'azithromycine, **120 millions de doses** fournies depuis 1999 ; Johnson & Johnson, **50 millions de comprimés** de mébendazole en 2007 ; et Merck KGaA, du Praziquantel, pour **200 millions de comprimés** entre 2008-2017. Le réseau utilise les dons de médicaments comme un levier pour mobiliser des fonds. Malgré le don de médicaments, nous n'avons pas encore atteint les objectifs. Le défi consiste à parvenir dans les zones les plus négligées.

Alliance + collaboration = impact

En 2004, une nouvelle théorie a été initiée : rassembler pour former une alliance ayant un plus grand impact ; cette théorie reconnait la valeur d'un partenariat élargi au sein de la communauté des MTN ; lorsque les MTN sont rassemblées, il y a plus d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) provenant des MTN que de la tuberculose et du paludisme mais les niveaux de financement sont plus faibles. Ce sont les messages que le réseau utilise pour collecter des fonds.

Les nouvelles célébrités de la santé mondiale

Les célébrités internationales comprennent des personnalités politiques, des artistes, des athlètes et autres personnes clés influentes qui ont été utilisées pour mobiliser de grandes sommes d'argent. Cela requiert beaucoup d'efforts mais les récompenses en valent la peine. De tels efforts ont permis de débourser 4,6 milliards de dollars US échelonnés sur 2 ans de la part du fonds mondial ; allant jusqu'à 135 millions de dollars Us pour 2007 sous l'initiative contre le paludisme du Président (PMI) et entre 30-50 millions sous le PEPFAR.

Les membres qui financent le GNNTD sont les anciens présidents Jimmy Carter et Bill Clinton qui se sont engagés à mobiliser des fonds pour les MTN. Au cours des années, de nouveaux ambassadeurs ont rejoint le bureau et cela grâce à un travail rigoureux de plaidoyer.

L'approche

Une approche à trois niveaux a été utilisée. Elle travaille à la mise en place des partenariats y compris la collaboration, l'intégration et la rentabilité ; le plaidoyer est orienté vers les décideurs clés, les leaders d'opinion et la mobilisation des ressources des gouvernements, des entreprises, des fondations multilatérales. Le GNNTD a travaillé avec le département d'Etat des USA en fournissant des informations sur les MTN au président ce qui a conduit à son annonce de 350 millions de dollars US.

Le président Georges Bush s'est engagé à fournir des fonds plus consistants pour le paludisme et le VIH/SIDA. Le GNNTD, en prélude aux élections prochaines, fait une brève description des MTN aux candidats à la présidence. Le Gates Foundation a fourni une subvention de 3,89 millions de dollars échelonnée sur 3 ans pour le plaidoyer et la mobilisation des fonds en vue de réunir de nouvelles sources pour l'élimination et la lutte contre les MTN y compris la FL, l'onchocercose, la schistosomiase et le trachome.

Une campagne vidéo utilisée pour mobiliser des fonds pour les MTN a été visionnée ; à la fin, il y'a une citation de Steve Case, co-fondateur de AOL et Président de Case Foundation encourageant la collaboration et le partenariat entre le secteur privé et les secteurs sociaux qui déclare *: « il n'y a pas de raison logique à ce que le secteur privé et le secteur social travaillent à différents niveaux… si nous pouvons donner jour à une nouvelle philanthropie entrepreneuriale, collaborative, nous pouvons créer de nouveaux modèles qui nous aiderons à remodeler tout le système- en associant les innovations du monde des affaires pour faire naître un changement transformatif….plus que jamais, le monde des affaires est prêt à répondre à l'appel des armes ».*

Le G8, le fonds mondial et autres opportunités de collecte de fonds

Professeur Alan Fenwick

Où en sommes-nous avec les MTN?

Les MTN sont très importantes à tous les égards. L'Initiative pour la Lutte contre la Schistosomiase (SCI) a été mise en place en 2002 à l'aide d'une subvention de Bill and Melinda Gates Foundation pour porter appui aux pays dans la mise en œuvre de la lutte contre la schistosomiase en association avec le déparasitage en Afrique. Elle a débuté dans 6 pays en tant que partie intégrante du programme de santé à l'école. En l'espace de 3 ans, l'attention s'est déportée sur la lutte contre les maladies tropicales négligées, en intégrant deux nouveaux pays.

La SCI opère maintenant au Burkina Faso, au Niger, au Mali, en Ouganda, en Zambie et en Tanzanie et plus récemment au Burundi et au Rwanda.
Depuis le début du programme, le prix du Praziquantel a baissé de 93%. Au début, le coût était de 1$ par comprimé (4$ pour un dosage adulte). En 2008, plusieurs firmes pharmaceutiques ont réduit le coût à 0,7$/comprimé. Il est possible maintenant de traiter un enfant avec seulement 0,20$. Il y a également de nouvelles technologies telles que les perches de dosage qui n'exigent pas de mesures de poids. La SCI est parvenue à accroître et étendre la couverture au niveau national ; elle a atteint plus de 43 millions de traitements cumulés livrés en 2006/2007 en utilisant le Praziquantel et l'albendazole dans tous les pays ayant une représentation de la SCI.

D'impressionnants résultats ont été également réalisés par les programmes de MTN en Ouganda (vers parasites), au Burkina Faso (la schistosomiase) et en Tanzanie (à travers le programme de santé à l'école pour le traitement des vers et de la schistosomiase). Comme conséquence du plaidoyer qui a été mené, un donateur privé apportera son appui pour couvrir les zones qui n'ont pas été couvertes. Chaque enfant en âge d'être scolarisé en Tanzanie sera traité en 2008.

Avantage d'un impact rapide

L'accent est maintenant mis sur « l'intégration » et l'apport de la lutte contre les maladies tropicales négligées. Le TDM pour les « sept grandes MTN » se fait sous le programme intégré. Les coûts de traitement ont baissé à 0,50$ par personne par an pour un lot inclusif de médicaments avec l'équipement, les matériaux d'éducation sanitaire, la formation du personnel et le M&E, seulement une fois par an. Les pays ayant une bonne gouvernance sont assez bien couverts.

Il n'y a pas de rupture pour les dons de médicaments. Le problème consiste à atteindre les populations qui en ont besoin. Ce qu'il faut maintenant, c'est la volonté politique, des outils de plaidoyer différents, la formation, le transport, les distributeurs communautaires et un financement d'environ 250m$ par an pour distribuer ces médicaments.

Couvrir tout le continent

C'est une nécessité d'étendre et de couvrir toute la zone rurale de l'Afrique. Approximativement 500 millions de personnes ont besoin de traitement pour l'une ou l'autre de ces maladies parasitaires. Des résultats prometteurs se font jour grâce aux efforts de plaidoyer qui ont été faits. Le gouvernement américain sous l'administration du président Bush s'est engagé pour 350 millions de dollars. Il faut investir dans les plans de mise en œuvre régionaux et progressivement tendre vers une couverture générale. Actuellement, il existe des organisations diverses travaillant de concert dans différents pays. Il faut couvrir toute l'Afrique et amener les programmes à travailler ensemble.

Le tam-tam du plaidoyer ne doit pas cesser de battre

En conséquence au plaidoyer et à l'immense soutien reçu et du plaidoyer en cours, les MTN constituent un programme attractif à soutenir. La Gates Foundation possède de grandes sommes à investir et leur objectif est de cibler les plus démunis.
On murmure qu'il se pourrait que les MTN soient reprises par le fonds mondial. Il se pourrait également qu'elles soient inscrites dans le programme du G8. Ce sont toutes des possibilités mais nous avons besoin de quelque chose de plus que les médicaments et l'argent. On parle beaucoup du TDM, mais cela ne suffit pas. Il faut faire le suivi de la stratégie SAFE et des interventions sur l'eau et les installations sanitaires et cibler les donateurs privés.

Le programme de lutte contre les MTN de l'USAID
Dr. Margaret Baker

Aperçu général du programme

C'est un programme financé par l'USAID à hauteur de 100 millions de dollars US pour une durée de 5 ans. Son objectif principal est de lutter contre et réduire la charge des maladies tropicales ciblées : la schistosomiase, la filariose lymphatique, l'onchocercose, les helminthiases d'origine tellurique et le trachome. Selon les prévisions, le programme de lutte contre les MTN aura permis de traiter 40 millions de personnes, distribuer 160 millions de traitements à base de médicaments et sera opérationnel dans 15 pays d'ici 2011.

Le programme n'est pas destiné à remplacer les programmes spécifiques de lutte contre les maladies ni à financer un programme complet de MTN. Elle est plutôt destinée à faire une importante contribution pour la lutte contre les MTN par le biais d'une mise en œuvre conjointe de distribution de médicaments dans 5 pays.

Les programmes au niveau pays

Il y a deux types de programmes : les programmes de suivi rapide au niveau pays couvrant 6 pays (le Burkina Faso, le Ghana, le Mali, le Niger, l'Ouganda) et ceux qui sont connus comme les nouveaux pays de l'année de financement 08 qui comprennent la Haïti, la Sierra Léone, et le Soudan oriental qui doivent passer par un processus de concurrence.

Les programmes sont conçus et mis en œuvre par les états et les financements et l'assistance technique fournis à travers 6 partenaires et les bénéficiaires. A savoir :

- Liverpool Associates in Tropical Health
- Schistosomiasis Control Initiative
- International Trachoma Initiative
- Helen Keller International
- Malaria Consortium
- IMA World Health

Réalisations à ce jour

C'est un programme relativement nouveau c'est pourquoi l'accent est mis sur le traitement. 22,3 millions de personnes au total ont été traitées pour les MTN, et 47,6 millions de traitements ont été livrés. Ces réussites n'auraient pu être réalisées sans la générosité des firmes pharmaceutiques (Merck & Co., GSK, Johnson & Johnson and Pfizer) qui ont fourni gratuitement plus de 20 millions de dollars US de médicaments.

Méthodologie

Des données ont été collectées par le programme de lutte contre les MTN en collaboration avec Atlanta and Liverpool Centrer et les directeurs de programmes pour voir l'impact du programme financé par l'USAID. Les données sont analysées en termes de nombres de districts et de personnes traitées par la source de financement ainsi que les taux de couverture réalisés de 2004 à 2007. Des résultats préliminaires font état d'une extension spectaculaire allant jusqu'à 96% de la couverture géographique planifiée pour 2008. Il n'était pas également aisé de séparer les sources de financements ; même si l'USAID était la principale source de financement, les entités et le gouvernement y contribuaient largement. Le financement provenait de l'intérieur et de l'extérieur du pays.

Avant 2007, les programmes de la FL étaient très réduits ou non existants au Mali, en Ouganda et au Niger mais ils ont connu une extension rapide. Le Mali souhaite réaliser une couverture nationale. Le Burkina Faso et le Ghana ont pu réaliser une extension nationale. Au Ghana, il existe une forte dépendance du financement externe et lorsqu'une source est tarie, l'USAID se présente. Cela souligne l'importance d'avoir diverses sources de financement. Le programme au Niger est totalement financé par l'USAID et le Burkina Faso constitue un bon exemple de l'engagement du gouvernement. Avec une ligne budgétaire, l'USAID a contribué avec un financement supplémentaire pour renforcer le programme en termes de qualité, mais c'est le gouvernement qui dirige le programme.

La couverture du TDM

La qualité de la couverture du TDM a été maintenue avec des taux de couverture constants pour le Burkina Faso, le Ghana et le Mali tout juste en dessous de 80%. Le Niger a presque réalisé 90% de la couverture au cours de la même année du lancement du programme. L'Ouganda s'est stabilisé autour de 70%.

Le programme des subventions

Les bénéficiaires des subventions dans les nouveaux pays (la plupart des ONGD) doivent faire la concurrence pour avoir les subventions. C'est un processus hautement compétitif. Un grand nombre de demandes variées sont reçues mais il faut remplir des conditions préalables pour qu'un projet de subvention soit pris en considération. Ce qui importe, c'est l'engagement du Ministère de la santé à fournir les propres ressources du gouvernement. Entre autres exigences, la capacité d'intégrer les programmes et la complémentarité. Les financements de l'USAID ne sont pas adaptés pour satisfaire tous les besoins des programmes de MTN ; ils bâtissent sur ce qui existe déjà en faisant l'extension de la couverture (plus de districts), en augmentant le nombre de personnes traitées, et des maladies supplémentaires traitées (cartographie pour cibler le traitement de nouvelles maladies). Les candidats doivent donner la preuve que le financement du gouvernement est continuel et croissant et démontrer leur capacité à travailler ensemble pour apporter de nouvelles sources de financement.

Points essentiels des discussions

Collaboration oncho/FL

Pour les délégués, il importe que les programmes d'oncho et de FL travaillent ensemble et conviennent d'un mécanisme pour accroître l'accès des médicaments aux pauvres. Une solution pour la continuité doit être identifiée rapidement.

Les mécanismes de financement
Pour éviter les doubles financements et faciliter l'identification des problèmes de financement et des contributions individuelles, il faut harmoniser les sources de financement en développant un budget commun qui précisera l'apport de chaque partenaire y compris le gouvernement dans le programme, et l'activité pour laquelle il est destiné. Le groupe de la FL doit mettre en place un petit comité qui va élaborer un mécanisme pour aider l'USAID et les autres à débourser les fonds là où il y a des problèmes. Ce comité doit rendre compte à la prochaine réunion du GAEFL.

Déséquilibre de l'attention portée entre les régions
On s'accorde à l'unanimité pour dire que les réalisations des 4 dernières années méritent d'être saluées. La région africaine est le point central de toutes les activités et il y a une coordination et une compréhension totales sur la nécessité d'exposer les problèmes qui ne sont pas encore résolus. Cependant, on s'interroge sur la raison du peu d'attention accordée à la région du pacifique asiatique. Le délégué qui a soulevé ce problème a cité des pays comme la Papouasie Nouvelle Guinée qui n'a pas reçu de financement de quelque nature que ce soit, pour attirer l'attention des participants à la réunion sur le déséquilibre de l'attention qui est accordée aux régions d'endémie de la FL.

En plus de cette observation, un autre délégué a rappelé aux participants la nécessité de rendre autonomes et faciliter certaines choses pour ce qu'il appelle « les pays tropicaux négligés »(NTC) qui ne peuvent pas compétir pour les ressources.

Bravo au Burkina Faso! Mais comment avez-vous procédé?
Les participants à la réunion se sont accordés sur l'importance d'avoir une ligne budgétaire dédiée à une maladie ou groupe de maladies spécifiques car cela permet non seulement d'assurer la continuité du programme, mais démontre de l'engagement du gouvernement pour les objectifs du programme. Leur curiosité était éveillée et ils désiraient savoir comment le programme de la FL est parvenu à convaincre le ministère de la santé et le gouvernement à créer une ligne budgétaire dans le budget national. Des observations complémentaires ont fait état du fait qu'en Afrique en général, il est difficile de parvenir à créer une ligne budgétaire, mais la volonté même de lutter contre les maladies tropicales constitue souvent un problème. La réponse donnée par le délégué du Burkina Faso n'indique pas une stratégie spéciale ou l'utilisation d'un bâton magique de la part du programme de la FL pour avoir une ligne budgétaire.
Ils ont tout juste élaboré un projet de budget et ont approché le ministère de la santé et l'argent leur a été accordé. Ils ont encore approché le ministère après la réunion des Îles Fiji avec une proposition pour toutes les maladies du lot des MTN et ont eu gain de cause une fois de plus. Cela leur a donné le courage d'approcher le ministère des finances.

Des débats qui ont suivis sur la question des lignes budgétaires, il ressort qu'il est nécessaire d'utiliser un lobbying et un plaidoyer stratégique en utilisant des données probantes pour défendre un cas. Cependant, chaque région doit avoir son approche propre et son propre plaidoyer ciblé. Une approche globale ne serait pas efficace.

Porter appui aux pays qui n'ont pas encore commencé les programmes de FL
Il faut des efforts soutenus pour assister les pays qui n'ont pas encore commencé les programmes de FL en Afrique, et étendre les activités dans le reste du continent, de même que les pays de la région SEAR qui n'ont pas encore été couverts. On a encouragé les délégués à partager leurs idées sur la manière d'utiliser les ressources disponibles comme allouer un certain pourcentage des fonds pour la recherche opérationnelle.

Focus sur les incapacités
Des inquiétudes ont été émises sur le fait que l'incapacité a toujours été considérée comme secondaire ; le temps est venu maintenant d'élargir le partenariat pour inclure les personnes souffrant d'incapacité.

RAPPORT DU GROUPE DE CONTACT REPRESENTATIF

Avant de présenter les délibérations et les décisions des réunions du RCG, la Présidente du GAELF, le Dr Mwele Malecela (Présidente du RCG) a remercié les délégués pour leur engagement et soutien au cours de sa nomination comme Présidente du RCG, de même que leur appui avant et au cours de la réunion du GAEFL5. Elle a ensuite donné une description de la composition de l'Alliance Mondiale pour les délégués qui ne sont pas familiarisés à la structure.

Selon le Dr. Malecela, le Groupe de Contact Représentatif de l'Alliance Mondiale est composé de représentants issus des 8 entités :

Les présidents des 6 Groupes de Revue du Programme Régional (RPRG)
Les représentants de chaque RPRG (3 de l'Afrique et 2 des autres régions)
Les représentants des instituts académiques/de recherche et les centres d'appui à la FL (2)
Les représentants des organisations non gouvernementales de développement (2)
Les représentants des instituts de donation (2)
Les représentants des firmes pharmaceutiques (2)
Les représentants de l'Organisation Mondiale de la Santé (2)
Les représentants de la Banque Mondiale (1)

Les pays membres ont été invités à analyser si la composition était bien diversifiée et représentative.

L'agenda de la réunion du RCG

Au cours de leur session, le RCG a passé en revue le progrès réalisé selon le plan de travail du groupe exécutif et a ratifié les termes de référence pour les différentes structures de gouvernance, à savoir :

- Le RCG; les présidents du RCG;
- Le comité directeur la Présidente du GAELF.

Les copies des TDR ont été disponibilisés et des commentaires enregistrés.

Plaidoyer et collecte de fonds

D'énormes efforts ont été consentis au cours de la période de nomination et des financements reçus de la Gates Foundation (subvention Gates), de l'USAID (subvention RTI) et du ministère du Développement International du RU (DFID). Des projets sont en cours pour solliciter des financements de l'Union Européenne (UE) et de l'Union africaine (UA). Il existe également un plaidoyer supplémentaire et des initiatives de collecte de fonds provenant de la communauté du GAEFL au cours des diverses réunions, des publications de la communauté du GAEFL et des donations individuelles à travers www.stoplf.org, qui comptabilise maintenant 10 000$. Le Dr. Malecela a exhorté les délégués en leur disant que c'est une force pour les individus de connaître exactement l'utilisation de leur argent, et même si les sommes sont toujours très basses, de tels dons apportent un grand changement.

La Présidente du GAEFL a admis qu'il reste toujours beaucoup de travail à faire avec l'UE et l'UA et a annoncé avec fierté que le ministre tanzanien de la santé s'est proposé de continuer le programme avec l'UA.

Points forts des discussions au cours de la réunion du RCG

Des félicitations sont allées à l'encontre du groupe exécutif par rapport aux activités menées, mais les membres du RCG ont réitéré la nécessité d'élargir l'adhésion au comité directeur pour inclure la représentation du pays et augmenter l'adhésion au RCG avec de nouveaux membres. Tout en reconnaissant la nécessité de saisir les opportunités qui se présentent dans le

programme des MTN, le RCG est conscient de la nécessité de se focaliser sur l'objectif principal du GAEFL concernant le plaidoyer et la collecte de fonds pour l'élimination de la FL.

Résolutions

Trois résolutions ont été prises au cours de la réunion du RCG :

1. Le secrétariat du GAEFL restera à Liverpool jusqu'à la prochaine réunion du GAEFL ;
2. GSK et Merck & Co rejoindront l'OMS en tant qu'observateurs du comité directeur.

La troisième résolution a été ajoutée après le vote secret pour élire les membres du comité directeur lorsqu'il n'y a pas eu de nomination de représentants des pays endémiques :

3. Deux représentants des pays d'endémie seront nommés au comité directeur par le comité directeur ;

Le comité directeur 2006/2008 qui s'est retiré a reçu des remerciements de la part de l'assemblée.

On a débattu de l'adhésion au comité directeur et la restructuration suivante à été proposée:

- 5 membres élus par le RCG
- 1 président du RCG
- 2 représentants des pays d'endémie nommés par le comité directeur
- 3 observateurs – des représentants du GSK, Merck et l'OMS

Les nominations et le vote pour adhérer au comité directeur se font par vote secret. L'adhésion au comité directeur pour la période au GAEFL 6 se compose comme suit :

Membres élus

David Molyneux (Secrétaire Exécutif)
Pat Lammie
CP Ramachandran
Adrian Hopkins
Bernhard Liese

RCG Chair

Mwele Malecela

Représentants élus des pays

Dominique Kyélem
Tilaka Liyanage

Observateurs

Ken Gustavsen	Merck & Co. Inc.
Andy Wright	GlaxoSmithKline
TBA	WHO

Lieux envisageables pour le GAELF6

La prise de décision concernant les hôtes de la prochaine réunion du GAEFL a été différée. Le Kuala Lumpur, Séoul, le Vietnam et la Manille constituent des lieux possibles pour le prochain GAEFL. La consultation sera entreprise après le GAEFL5 et les pays membres seront informés de la décision finale en temps opportun.

Directives pour le comité directeur

Le comité directeur a reçu les directives suivantes pour les guider dans leur futur mandat. Les directives issues des recommandations des différentes sessions au cours de la réunion.

- Revue de la gouvernance- y compris le besoin de faire une rotation des membres du RCG;
- Accent mis sur l'aide aux pays pour commencer les programmes en Afrique;
- Extension des activités en Afrique;

- Plaidoyer pour les fonds de la recherche opérationnelle;
- Focus sur l'incapacité;
- Bonne utilisation des entités.

La Présidente du GAEFL/Présidente du RCG a exprimé son inquiétude par rapport à l'insuffisance de communication au sein du RCG. La communication se fait surtout par courriel et au minimum. Il faut réfléchir aux moyens d'accroître la communication. Des propositions faites, il ressort qu'en plus de la communication par courriel, le RCG tiendra une réunion parallèle à celle du GAEFL pour faire une revue du progrès semestriel et planifier la continuité.

Réactions sur le rapport du RCG et commentaires sur la réunion

Elargir le comité directeur et accroître l'adhésion au RCG

Le Dr. Mwele Malecela a reçu des félicitations pour sa réélection en tant que Présidente du RCG et son extraordinaire performance; le comité directeur a reçu des félicitations pour toutes les activités menées avec succès au cours de leur mandat. Les délégués ont demandé que tout en identifiant les membres à élire dans le RCG, en plus de l'équilibre genre, le comité directeur doit essayer de trouver un équilibre entre les membres des pays anglophones et francophones. Particulièrement, les pays du Pacifique qui représentent 20% du globe mais ne sont pas membres du comité directeur. La raison qui sous-tend cet argument était que les partenaires qui se rassemblent au cours des réunions précédentes ne sont pas les mêmes présentement et qu'il y a la nécessité de revoir la base du partenariat et analyser les fonctions des différentes entités, surtout celles qui sont responsables des activités importantes telles que le plaidoyer et la collecte de fonds.

En répondant à cette discussion, la Présidente du GAEFL a encouragé les délégués à s'accorder et à respecter les résultats des élections à partir de maintenant et a rassuré les délégués que leurs inquiétudes seront prises en compte à l'avenir.

Bonne utilisation des entités

Selon les délégués, il existe des entités telles que la recherche, les réseaux académiques et les NGDO qu'on peut utiliser à bon escient. Ils ont demandé une clarification des rôles de sorte que chaque entité sache ce qu'elle peut faire pour soutenir l'Alliance.

Une réunion excellente

Les délégués se sont accordés pour dire que l'organisation et la planification du GAEFL5 a été un succès. Le RCG, le secrétariat de Liverpool et le comité ont été félicités pour leur travail exceptionnel.

Tout en acceptant le geste d'appréciation, la Présidente du GAEFL a admis que ce fut un dur labeur mais l'esprit de coopération et l'optimisme qu'ils reçoivent les ont aidés à faire décoller la réunion et la mettre sur le bon pied. Elle a confessé qu'elle a passé de bons moments au sein du comité directeur et a remercié le comité directeur précédent pour avoir posé la fondation qui leur permet de continuer.

Recommandations pour les prochaines réunions du GAELF

Une requête a été faite qu'au cours du prochain GAEFL les présentations durent au moins 15 minutes pour permettre des discussions constructives et que les présentations doivent être régionales.

La présidente du GAEFL a assuré les délégués que le comité d'organisation a passé en revue le programme pendant plusieurs jours pour le diversifier et en même temps le rendre utile. Elle a appelé à la prudence à propos des contraintes de temps étant donné le temps pris par les sessions d'ouverture et de fermeture. Les délégués ont trouvé la cérémonie d'ouverture excellente et ont estimé que le temps pris en valait la peine. Ils ont également félicité la décision prise d'inclure les patients de la FL qui ont pu faire entendre leur voix.

MESSAGES CLÉS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

La Cérémonie
Dr. Mwele Malecela
La réunion a reçu un grand soutien au niveau national, de l'union africaine, de l'OMS, de l'industrie (GSK et Merck) et des ministères du Malawi et de la Corée.

L'annonce du fonds du Président qui s'est doublé au cours de la réunion a été un évènement important pour le GAEFL. Et même si cela n'a pas été discuté au cours de la dite session, la réunion a proposé que le GAEFL fasse le plaidoyer pour un fonds similaire au niveau de l'Union Africaine.

L'élimination de la FL en Corée a été reçue avec acclamation et a suivi la reconnaissance de la Chine pour son succès dans l'arrêt de la transmission de la FL.

Point 1 de l'ordre du jour
Le succès de 10 ans
Président: Très Honorable Dr. David Mwakyusa

Là où il y a du succès, existent des lacunes. Les leçons apprises constituent le message clé :

- La communauté de donateurs doit s'assurer de la durabilité des victoires réalisées au cours des 10 ans ;
- Il faut continuer la recherche de financement supplémentaire destiné à la FL dans la communauté élargie des donateurs étant donné la priorité incertaine pour la FL au sein du lot des MTN ;
- Etant donné le succès écrasant dans le contrôle de l'extension de la FL, on recommande que la lutte contre la FL devienne la première initiative du GAEFL et que l'élimination continue d'être l'objectif primordial.
- Des mises à jour systématiques des problèmes doivent être régulièrement fournies à l'Assemblée de la Santé Mondiale. La stratégie d'élimination de la FL doit être mise à jour régulièrement pour incorporer les leçons apprises et les opportunités changeantes ;
- L'attention doit être plus portée sur la prise en charge en créant une disposition dans les systèmes de santé du pays ; on fera appel aux donateurs pour répondre à la demande croissante pour la chirurgie de l'hydrocèle ;
- Il n'existe toujours pas de certitude quant à l'engagement des institutions pour déplacer la FL vers les MTN; le GAEFL et les programmes nationaux doivent reconnaître ces questions et les traiter en conséquence ;
- Il est encourageant d'observer que les 38 pays d'endémie entreprennent maintenant le TDM ; il est important de sauvegarder l'élimination tout en continuant à soutenir les pays qui n'ont pas de programmes de la FL ;
- Nous devons continuer à souligner aux acteurs la nécessité d'élargir le partenariat; et puisque nous nous développons, nous devons continuer à développer les relations.

Point 2 de l'ordre du jour
Focus sur les histoires nationales
Président: Le Très Honorable. Dr. Aisha Kigoda

- En Egypte, le focus sur les critères d'évaluation a aidé à réduire les niveaux de mf. Le TDM a été arrêté après 5 rondes dans 92,5% des villages, mais il est toujours nécessaire de détecter les signes précurseurs de la recrudescence de l'infection;

- La mobilisation sociale et l'engagement politique sont importants et doivent se poursuivre pour maintenir le partenariat;
- L'APOC doit définir des mécanismes pour élargir le TDM et atteindre une couverture totale;
- La prise de conscience limitée au sein des communautés et le faible engagement politique sont des contraintes majeurs pour les efforts d'élimination de la FL;
- L'intégration a été un élément important du succès dans certaines localités;
- L'expérience au Burkina Faso et au Zanzibar montre que le TDM couvrant toute l'étendue du pays peut perdurer s'il existe une ligne budgétaire pour l'élimination de la FL;
- Les expériences au niveau des pays ont beaucoup de valeur puisqu'elles reflètent la réalité de l'expérience.

Point 3 de l'ordre du jour
Le Programme mondial dans un environnement changeant
Président: Dr. Athula Kahandaliyanage

- L'intégration des programmes de MTN avec d'autres programmes de santé est nécessaire pour renforcer la capacité et développer les partenariats avec les MTN. Il faut faire une intégration lorsque cela est appropriée pour une rentabilité des programmes ;
- Le CDTI est un moyen efficace pour atteindre les populations se trouvant au delà des services de santé; d'autres informations peuvent « être englobées » dans le CDTI ;
- Il faut comprendre que l'intégration est complémentaire et n'est pas une structure parallèle aux services étatiques. On doit l'essayer là où elle peut s'adapter et les programmes doivent trouver les voies et moyens pour coordonner les efforts et livrer des services rentables ;
- Le programme de lutte contre les MTN, l'intégration, la mise en œuvre conjointe, le partenariat constituent des modalités efficaces pour travailler ensemble;
- La mobilisation des ressources, le développement des systèmes de santé et les études de rentabilité sont efficaces pour atteindre efficacement les objectifs.

Proverbe: "si vous voulez aller vite, allez seul, si vous désirez aller loin, faites-vous accompagner"

Point 4 de l'ordre du jour
Prioriser la recherche opérationnelle pour faire face aux défis importants
Président : Dr. Lorenzo Savioli

- Puisque les opportunités de mise en œuvre se développent dans le contexte des programmes de MTN, il importe que l'Alliance rende visible les différents outils utilisés pour combattre la maladie ;
- Il faut renforcer la coordination sur les efforts de recherche en FL parmi les diverses agences d'appui du fait de la faible disponibilisation des ressources ;
- Il faut apporter un appui aux études pour définir les meilleurs moyens d'intégrer la FL avec d'autres programmes de santé dans le contexte du système de soins de santé primaires ;
- Il importe de se rendre compte que les financements seuls ne suffisent pas ; il existe d'autres composantes qui sont importantes pour la durabilité des efforts d'élimination de la FL.

Point 5 de l'ordre du jour
Première partie : la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités – les points de vue du patient
Président : Professeur Charles Mackenzie

- Il faut faciliter la mise en place des groupes de soutien aux patients. Le concept des groupes dédiés aux patients doit être intégré dans l'Alliance ;
- Les patients sont les avocats de l'élimination de la FL ;

- La première raison pour laquelle le programme est mis en place en premier lieu constitue les patients. Pour tout effort entrepris, il faut garder cela à l'esprit.

Deuxième partie : la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités
Président : Pierre Brantus

- Le projet de l'Afrique de l'Ouest permet de former le personnel dans un délai court et de mener des opérations de l'hydrocèle. Il existe une série de techniques qui peuvent être utilisées par les chirurgiens ;
- Le programme national de la FL en Tanzanie est un modèle de succès ;
- L'expérience acquise et le partage des informations peuvent aider à reprendre le traitement de l'hydrocèle pour les programmes qui trainent toujours les pieds ;
- Il existe une corrélation étroite entre le traitement par les médicaments et la guérison du patient (expérience de la Tanzanie) ;
- Même si l'accent est plus mis sur le TDM, le GAEFL a une responsabilité envers les patients et la promotion du contrôle de la morbidité.

Point 6 de l'ordre du jour
La FL dans un monde de MTN : plaidoyer et financement
Président : Dr. Peter Kilima

- Les ministères nationaux de la santé ou toute autre autorité responsable doit introduire une ligne budgétaire et incorporer les MTN dans les plans stratégiques du ministère ;
- Le plaidoyer pour les MTN doit cibler les décideurs politiques. Au niveau national, ce sont les ministères de santé et les ONGD nationales et internationales qui doivent être ciblés ;
- Le ministère de la santé doit élaborer un plan national pour les MTN qui guideront le processus de mise en œuvre et l'allocation des ressources. Cela doit être bien détaillé et planifié ;
- Le ministère de la santé tanzanienne et du Burkina Faso, grâce à leur expérience réussie, doivent convenir d'un sous-comité pour traiter les questions de sous-financement en portant la FL comme une priorité dans les plans nationaux ;
- L'APOC peut être utilisé comme un modèle pour coordonner le lutte contre la FL et les activités d'élimination ;
- Tous les pays doivent être engagés et doivent porter appui dans l'élaboration d'une stratégie pour les MTN pour guider l'allocation des ressources ;
- La réunion doit recommander fortement aux états d'assurer le leadership dans la planification et la coordination du financement. Les pays doivent prendre la tête en signalant l'importance des MTN ;
- Le GAEFL doit améliorer la collecte de données et les résultats cliniques et sociaux ; lutter pour accroître le financement pour la réduction des incapacités ; lutter pour améliorer la base de la recherche scientifique et augmenter la participation des ONGD locales là où elles existent en renforçant leurs capacités.

Points clés des réactions plénières des résumés

- La nécessité de renforcer les systèmes de M&E en développant les systèmes d'informations qui prennent en compte toutes les grandes expériences du pays pour le plaidoyer ;
- La nécessité de démontrer l'impact et l'efficacité de la mise en œuvre conjointe ;
- Etant donné le manque de ressources humaines, il faut impliquer davantage les communautés dans notre travail ;

- Les efforts de croissance de la mobilisation du personnel de santé, leur formation et l'amélioration de leurs connaissances et compétences. Nous ne devons pas les utiliser comme des distributeurs communautaires mais comme des directeurs principaux de nos activités ;
- Créer des groupes de travaux au niveau communautaire y compris ceux qui sont impliqués dans les MTN et élargir ceux qui existent pour incorporer d'autres composantes et d'autres programmes liés à la santé surtout les MTN ;
- La nécessité de renforcer le personnel technique et opérationnel au siège de l'OMS et au niveau région ;
- Utiliser les modèles de programme de mise en œuvre régionale de la FL sans perdre de vue les succès réalisés par les différents pays ;
- Nécessité de maximiser sur l'existence de la volonté politique et de l'appui dans les pays ;
- Le GAEFL doit lutter pour avoir une synergie entre les 3 grands : le paludisme, la lutte anti-vectorielle et les programmes des soins à domicile pour le VIH/SIDA ;
- Nécessité de mettre en place des initiatives de plaidoyer en utilisant les groupes ou les réseaux pour les patients
- Les programmes doivent avoir des plans de durabilité financière dans les zones où il n'existe pas de plan budgétaire ;
- La synergie entre la prévention des incapacités et la prise en charge de la morbidité – il existe une infrastructure puissante organisée sous la fédération internationale des organisations internationales de lutte contre la lèpre (ILEP) qui se rencontre annuellement et la plupart des membres sont ouverts pour la prise en charge de la morbidité – les cas de lèpre sont en déclin et les membres sont intéressés pour poursuivre un nouveau travail. Le GAEFL est invité à participer aux réunions de l'ILEP.

LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS EN GUISE DE SOLUTIONS

Le thème de la réunion a permis de réfléchir sur les succès du programme mondial ainsi que le rôle de l'Alliance en tant que partenaire de santé. Voici des leçons importantes listées ci-dessous qui serviront de conseils pour les dix années à venir.

Relation entre la FL et la pauvreté :

1. La FL est en premier lieu une maladie des pauvres ; et en tant que telle, la lutte contre la FL constitue une lutte contre la pauvreté.

La puissance des nombres/de l'intégration :

2. De simples mesures peuvent transformer les vies. Cependant, un changement durable peut seulement être sécurisé à travers une forte association de partenariat et d'innovation.
3. En vue de maximiser l'impact des ressources et coordonner les efforts au niveau communautaire, il faut intégrer les activités du programme selon les maladies y relatives (mise en œuvre conjointe).

Environnement favorable

4. Il existe une forte volonté politique de lutter contre les MTN et un grand espoir par rapport à l'élimination de la FL puisque la tendance maintenant est d'investir dans la santé pour le développement économique.

RECOMMANDATIONS

Focus sur l'élimination

1. L'objectif de l'Alliance mondiale est l'interruption de la transmission qui aurait comme conséquence l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique. L'Alliance recommande un plaidoyer continu et consistant qui utilise des preuves pour une élimination réussie et à faible coût réalisable en un court délai ;
2. L'Alliance recommande que l'OMS fasse des rapports réguliers à l'AMS sur le progrès vers l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique en relation avec la résolution 50.29 de l'AMS ;
3. L'Alliance recommande que la stratégie du programme mondial soit révisée périodiquement par l'OMS pour incorporer les leçons issues des expériences et des opportunités de changement ;
4. L'Alliance doit encourager l'initiation des études pour élaborer une stratégie « *phase de transition* » qui permettra la continuation effective des activités en cours des programmes de santé 'intégrés' dans le GPEFL, et ce, même après la cessation des activités de TDM pour la FL ;
5. On observe que 38 pays d'endémie entreprennent maintenant le TDM. On recommande que le GAEFL fasse le plaidoyer pour les programmes pour sauvegarder les réalisations existantes et faire l'extension vers l'élimination, tout en prenant en compte les besoins de ces pays qui, jusqu'à présent n'ont pas encore initié de programme national.
6. Le GAEFL recommande que, étant donné la nécessité de continuer l'extension des programmes nationaux et d'initier les nouveaux programmes des pays, l'OMS cherche à accroître les ressources humaines pour l'élimination de la FL en accordant une plus grande priorité à la stratégie de chimiothérapie préventive des MTN et à la lumière du succès du programme de la FL jusqu'à ce jour.

Intégration/ mise en œuvre conjointe

1. La région africaine a une lourde charge pour la filariose lymphatique (390 millions dans 39 pays) – le tiers de la charge mondiale. Pour ce faire, le GAEFL recommande un renforcement plus soutenu des efforts vers la mobilisation des ressources et une intégration pour continuer d'accroître les efforts d'élimination ; il demande au bureau de la région Afrique d'accroître la visibilité de la maladie dans les pays qui n'ont pas de programme pour en initier un dès que possible ;
2. Le GAEFL reconnait que l'intégration de la lutte contre les MTN ou les activités d'élimination doivent constituer un processus participatif assurant le leadership de l'état dans la planification et la gestion du projet. De ce fait, l'Alliance doit soutenir les études en vue d'identifier *les meilleures pratiques pour l'intégration, la coordination/la mise en œuvre conjointe des activités de la FL* avec celles des autres programmes (y compris les MTN) au sein des systèmes de soins de santé ;
3. Le GAEFL recommande que les pays se basent sur l'opportunité qui leur est offerte par le Traitement à base Communautaire (ComDT) particulièrement avec l'APOC pour élargir la TDM de la FL et couvrir toutes les unités d'exécution. Le GAEFL doit travailler plus étroitement avec l'APOC pour développer des mécanismes d'appui à l'expansion de la mise en œuvre conjointe.
4. Les changements institutionnels au niveau international et national résultant du changement de la lutte/élimination des maladies individuelles vers une lutte plus globale des MTN ont des implications pour le programme mondial et l'Alliance mondiale. Il est recommandé que cette question soit reconnue et prise en compte, en reconnaissant la nécessité de continuer le travail de plaidoyer destiné à une maladie spécifique du GAEFL.

Recherche

1. Au fur et à mesure de l'expansion des programmes de la FL (surtout dans le contexte de porter plus l'accent sur la mise en œuvre conjointe/l'intégration des programmes de MTN), l'Alliance doit assurer la continuité *de la prise de conscience de l'importance de soutenir la recherche opérationnelle* pour améliorer les outils et les stratégies qui constituent des supports pour les programmes de la FL (et autres MTN) ;
2. L'Alliance doit travailler à renforcer la coordination des efforts de recherche de la FL parmi les diverses agences d'appui pour s'assurer que les lacunes potentielles sont comblées et la reproduction évitée ;
3. Le financement actuel de la recherche opérationnelle pour la FL de la part du Gates Foundation et autres agences a permis de prendre en compte d'importantes questions. Le GAEFL a pris acte pour cet appui. Cependant, recommandation est faite au GAEFL de travailler à sécuriser un appui supplémentaire pour les *questions spécifiques de recherche liées* au *programme et à l'opération* qui actuellement *ne sont pas prises en compte* ou *sont insuffisamment financées*. Les questions les plus importantes parmi celles-ci sont.
    a. L'extension de la prise en charge des incapacités et la prévention,
    b. La cartographie de la FL en même temps que celle des autres MTN ;
    c. Optimiser les mécanismes de livraison des médicaments-surtout si elles sont liées à la participation communautaire et au système de soins de santé primaire ;
    d. Entreprendre les activités des programmes de la FL dans les localités urbaines ;
    e. Développer de nouveaux diagnostics simples et peu coûteux ;
    f. Développer des systèmes solides pour le monitoring, l'évaluation et la gestion des données ;

g. L'Alliance doit promouvoir *l'harmonisation de la recherche opérationnelle* avec la recherche en amont pour prendre en compte les questions de recherche de base, y compris les nouveaux médicaments et le développement des outils.
h. L'Alliance doit fortement appuyer les efforts de l'OMS pour trouver une alternative au rôle technique que le groupe consultatif a joué dans le programme mondial au cours des dix dernières années ;
i. Le GAEFL a recommandé que la collecte des données sur les résultats cliniques et socio-économiques soit requise, surtout en relation avec la prévention des incapacités et la réduction.

Lutte contre la morbidité

Il faut mettre l'accent sur l'importance de cet élément de la stratégie d'élimination de la FL -

1. Il est recommandé que cela puisse être réalisé par :
   a. Les pays et les donateurs qui répondent à la forte demande pour la chirurgie de l'hydrocèle et la prise en charge de la morbidité en vue d'accompagner l'introduction du traitement de masse pour la FL ;
   b. Améliorer la base de recherche scientifique sur les incapacités de la FL
   c. Explorer les voies pour accroître la participation des ONGD locales surtout en Asie du Sud
2. Le GAEFL recommande l'extension du projet de la prise en charge de la morbidité d'abord à toute la zone de l'Afrique de l'Ouest vers les autres régions africaines et éventuellement dans le monde entier ;
3. Le GAEFL doit encourager l'OMS à passer en revue les recommandations établies en 2002 sur la prise en charge de l'hydrocèle ;
4. Le GAEFL recommande que le plaidoyer pour le programme mondial inclue la chirurgie de l'hydrocèle et la prise en charge de la morbidité, en soulignant que les partenaires étaient engagés à l'extension de ces activités importantes ;
5. Tout en reconnaissant la nécessité d'une plus grande implication des ONGD, il est recommandé que le GAEFL explore la possibilité de pouvoir participer aux futures réunions du réseau des organisations travaillant dans le domaine de la lèpre et du trachome ;
6. Il faut initier des études pour confirmer les indications que le TDM de la FL réduit les manifestations cliniques de la maladie ;
7. L'absence d'incidence de nouveaux cas cliniques doit être incorporée comme un paramètre définissant le succès du programme.

Financement

1. La communauté des donateurs doit s'assurer que les victoires réalisées à travers l'engagement et les ressources des pays, le soutien des donateurs, y compris les donateurs des firmes pharmaceutiques et sous la subvention Gates soient maintenues en vue de fournir un financement catalytique pour initier plus de programmes nationaux en Afrique.
2. Il faut continuer la recherche de fonds supplémentaires pour les programmes spécifiques de la FL au sein de la grande communauté des donateurs internationaux reconnaissant que la FL est une intervention importante dans l'enveloppe des MTN.
3. Le GAEFL doit poursuivre le plaidoyer pour la priorisation de l'élimination et la lutte contre les MTN comme une priorité de la santé mondiale et s'assurer qu'il existe une plateforme cohérente pour développer des stratégies coordonnées ;

4. Le GAEFL doit rechercher des financements pour augmenter les ressources pour la prise en charge des incapacités et la chirurgie de l'hydrocèle.