

Coordonnées de l'Alliance mondiale pour  
l'élimination de la filariose lymphatique

*Secrétariat*

Liverpool School of Tropical Medicine  
Pembroke Place  
Liverpool L3 5QA  
United Kingdom  
Tél : +44 (0)151 705 3145  
Courriel : [gaelf@liv.ac.uk](mailto:gaelf@liv.ac.uk)

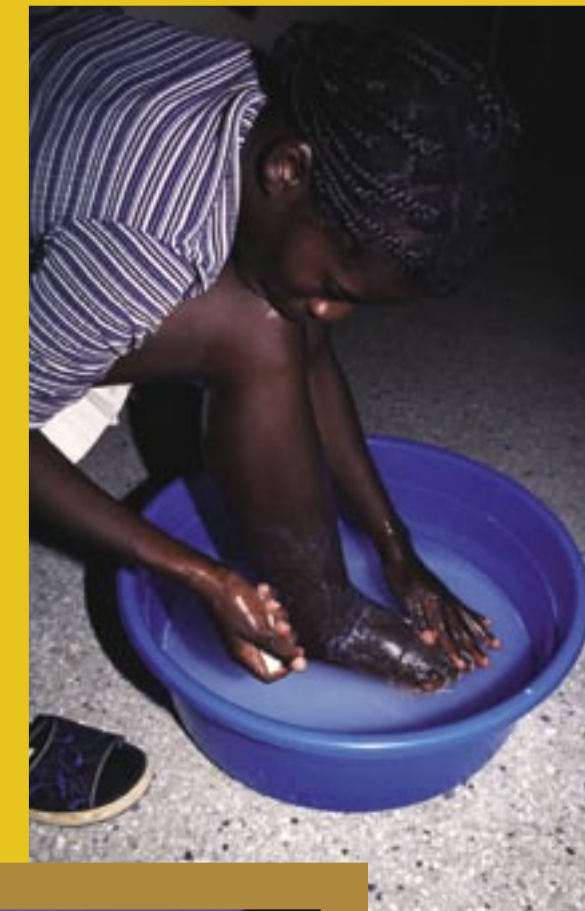
*Autres coordonnées*

*Amérique*

Emory University  
750 Commerce Drive, Suite 400  
Decatur GA 30030  
United States  
Tél : +1 404-371-1460  
Courriel : [gaelf@emory.edu](mailto:gaelf@emory.edu)

*Afrique*

Noguchi Memorial Institute for Medical Research  
University of Ghana Campus  
P.O. Box LG581  
Legon, Ghana (West Africa)  
Tél : +233 (0) 21 501178 or 501179  
Courriel : [LFSC@Noguchi.mimcom.net](mailto:LFSC@Noguchi.mimcom.net)

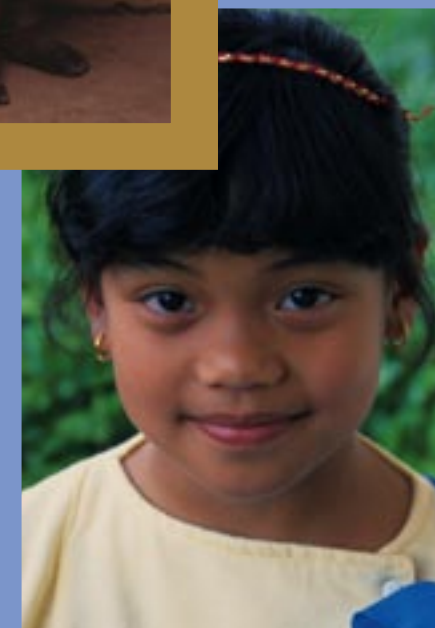


AFUTUREFREEOFLF  
GlobalAlliance

# LIBERER LE MONDE DE LA FL: APPEL A L'ACTION

Troisième réunion  
de l'Alliance mondiale  
pour l'élimination de la  
Filariose Lymphatique

23 - 25 mars 2004  
Le Caire, Egypte





A FUTURE FREE OF LF  
Global Alliance

## **LIBERER LE MONDE DE LA FL : APPEL A L'ACTION**

**Rapport de la troisième réunion  
de  
l'Alliance mondiale pour l'élimination de la  
Filariose Lymphatique**

**23 - 25 mars 2004  
Le Caire, Egypte**

## Remerciements

La troisième réunion de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique a été financée par la Fondation Bill et Melinda Gates, GlaxoSmithKline, le Programme de Donation du Mectizan® et Merck & Co., Inc.

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

- *Son Excellence, l'Honorable Ministre de la santé et de la population de l'Egypte, le Dr Mohammed Awad Tag El-Din et le 1<sup>er</sup> Sous -Secrétaire, le Dr Magda Ali Rakha*
- *Le Comité local d'Organisation du Caire – le Dr Maged El-Setouhy (Professeur à l'Université Ain Shams – Président), le Dr Hussein Kamal (ministère de la santé), Mme Jehane Sayed Khadr (EMRO), le Dr Hussein El Arini, Melle Suzan Hashem et Mme Aysen Osman (GlaxoSmithKline), M. Yehia Abbassy (Merck Sharp & Dohme).*
- *M. Hossam Younes (EMRO) responsable de la production des CD pour la rencontre*
- *Les étudiants de l' Université de Ain Shams*
- *Lymphatic Filariasis Support Centre, Liverpool School of Tropical Medicine – le Professeur David Molyneux, Mme Joan Fahy, Melle Lisa Bluett, M. Michael Brown, Melle Nathalie Haleber et Melle Margaret Fraser.*
- *GlaxoSmithKline – le Dr Brian Bagnall, le Dr Mark Bradley, M. Andy Wright*

*Pour plus d'informations sur  
l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique,  
Visiter le site :[www.filariasis.org](http://www.filariasis.org)*

## TABLE DES MATIERES

### Avant-propos

Contexte	3
Objectifs de la rencontre	4

<b>Points forts de la rencontre</b>	4
-------------------------------------	---

### Croissance & Progrès

Aperçu général	4
Progrès par régions	6

<i>Région Africaine</i>	6
<i>Région des Amériques</i>	7
<i>Région de la Méditerranée orientale</i>	8
<i>Région du sous-continent Indien</i>	8
<i>Région du Mekong-Plus</i>	9
<i>Région du Pacifique (PacELF)</i>	10

Les ministres réaffirment leur engagement	11
---	----

### Défis & Opportunités

Plaidoyer & mobilisation de ressources	12
Communications	13
Environnement financier	13
Recherche & Systèmes de santé	14

### Résultats des travaux de la rencontre

Structure/administration révisée du GAELF	16
Groupes de travail /Recommandations du GAELF3	16

### APPENDICES

Appendice A – Ordre du jour	19
Appendice B - Participants	21
Appendice C - Membres du Groupe de Contact du GAELF	23
Comité Directeur du Groupe de Contact	



## Avant- propos

### CONTEXTE

**Plus d'un milliard de personnes sont menacées par la Filariose lymphatique** (FL), une infection parasitaire dévastatrice transmise par les moustiques. La FL – causée par des vers filiformes qui endommagent le système lymphatique humain– se contracte d'habitude pendant l'enfance, souvent avant l'âge de cinq ans. La FL qui est l'une des maladies les plus handicapantes et les plus défigurantes affectent souvent les plus démunis. De nos jours, plus de 120 millions de personnes sont déjà infectées par la maladie ; plus de 40 millions d'entre elles sont invalides ou défigurées et présentent un gonflement des membres et des seins (lymphœdème), des organes génitaux (hydrocèle) ou un gonflement des membres avec une peau irrémédiablement épaisse, dure, rugueuse et fissurée (éléphantiasis). La FL empêche les personnes atteintes de travailler et d'avoir une vie sociale normale, aggravant ainsi le cycle de la pauvreté.

**Le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique a été établi** en 1998 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) suite à une résolution phare prise au cours de la 50<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé en 1997 dont le but était d'éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020. En 1998, SmithKline Beechman (maintenant GlaxoSmithKline) et Merk & Co., Inc., s'engagèrent à faire don de médicaments Albendazole et Mectizan® (ivermectine) aussi longtemps que cela sera nécessaire pour l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique. Plusieurs autres partenaires du monde entier les rejoignirent dans cette lancée.

**L'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique (GAELF) a été lancée en 2000; c'est un vaste partenariat** qui regroupe les ministères de santé nationaux et plus de 40 partenaires divers du secteur public et privé qui sont l'OMS, les entreprises du secteur privé, les agences internationales de développement et les fondations, les organisations non gouvernementales, les instituts de recherche et les communautés locales, tous engagés pour un monde libéré de la FL. Le Fond arabe pour le développement économique et social, la fondation Bill et Melinda Gates, le Département pour la Coopération Internationale (UK) et l'Agence Japonaise de Coopération Internationale ont versé d'importants fonds initiaux qui ont aidé à accélérer de manière spectaculaire les efforts d'élimination de la FL

**C'est ainsi que quatre ans après la constitution de l'Alliance mondiale, des progrès significatifs ont été faits** pour mobiliser les spécialistes du monde politique, financier et technique en vue de débarrasser le monde de la FL. La troisième réunion de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique qui s'est tenue du 23 au 25 Mars 2004 au Caire en Egypte a regroupé environ 200 personnes issues de 33 pays pour discuter des progrès et des défis liés à l'élimination de la FL tant au niveau du pays, de la région qu'au niveau du monde entier.

## LES OBJECTIFS DE LA REUNION

Les objectifs majeurs de la troisième réunion de l'Alliance mondiale sont les suivants :

- Reconnaître que le Programme mondial a fait des progrès significatifs
- Faire connaître les principales réalisations et les défis des programmes nationaux ;
- Renforcer le profil de l'élimination de la FL ;
- Créer un fonds stable pour le financement des programmes nationaux ;
- S'accorder sur la structuration et l'administration future de l'Alliance mondiale

## Points forts de la réunion

Ce rapport comporte des éléments clés sur la troisième réunion de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique (GAELF). Pour le compte rendu intégral de la rencontre, visiter le site [www.filariasis.org](http://www.filariasis.org)

## CROISSANCE ET PROGRES

### Aperçu général

Le Dr Lee Jong Wook, Directeur Général de l'Organisation mondiale de la Santé (sur vidéo) a félicité l'Alliance mondiale pour ses engagements et les progrès réalisés depuis la dernière rencontre à New Dehli en 2002.



DR LEE JONG-WOOK  
DIRECTOR GENERAL  
WORLD HEALTH ORGANIZATION

© WHO/P. Virout

« C'est en 2000 que le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique a été lancé. A ce moment-là, il ne couvrait que quelques 3 millions de personnes avec le traitement de masse recommandé. En 2003, le programme avait couvert 70 millions de personnes. L'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique a joué un rôle important en réussissant à inscrire cette maladie sur la cartographie de la santé publique... cependant beaucoup reste à faire. Nous ne pouvons que bien accueillir la détermination de l'Alliance mondiale à poursuivre ses efforts en vue de développer le soutien nécessaire à l'élimination de cette maladie et d'établir des liens avec d'autres initiatives dans le monde. » - Le Dr Lee Jong Wook

Son Excellence, le Dr Mohammed Awad Tag El-Din, l'Honorable ministre de la santé de l'Egypte a souhaité la bienvenue aux participants dans la cité historique du Caire. Il a décrit le succès spectaculaire réalisé par l'Egypte pour l'élimination virtuelle de la filariose lymphatique – l'une des plus anciennes maladies endémiques du pays - à travers sa collaboration fructueuse avec le GAELF, l'engagement politique, la participation de la communauté médicale, une grande mobilisation des communautés, la prise de conscience des populations, et quatre campagnes de traitement de masse consécutives (avec une cinquième prévue pour Septembre 2004) qui a permis de couvrir plus de 96% de la population éligible.

**Le Dr Jean-Pierre Garnier**, CEO, GlaxoSmithKline et M. Michel Iguer Directeur régional et Vice-président de Merck & Co, Inc., ont tous deux réaffirmés leur engagement à la cause de l'Alliance mondiale et insisté sur la nécessité d'un partenariat étroit entre le secteur public et privé ;



*« Nous avons, à ce jour, fait don de 250 millions de comprimés d'albendazole. C'est certes un progrès significatif, mais nous n'en sommes qu'au début. En plus de faire don de l'un des médicaments essentiels, nous investissons à hauteur de \$1 million chaque année dans le partenariat avec l'Alliance mondiale. Les partenariats secteurs privé-public sont essentiels pour combattre les maladies qui, sans ce cadre, ne disposeront pas des ressources et du profil nécessaires. J'encourage d'autres compagnies et partenaires à mettre la main dans la poche et à s'impliquer davantage. L'élimination de la FL nécessite plus d'appui de la part des partenaires et plus de fonds. Si nous reconnaissons à juste titre le rôle crucial que jouent les partenaires du secteur public-privé, nous pouvons aborder plus facilement les maladies négligées des pays en développement. » - Dr Jean-Pierre Garnier*



*« En 1998, le Programme de Donation du Mectizan s'est élargi en intégrant la filariose lymphatique, dans les pays africains où la filariose et la cécité des rivières coexistent. Récemment, le nombre cumulé de comprimés donnés pour la cécité des rivières et la filariose lymphatique est supérieur à 1 milliard. Merck s'engage à poursuivre le don du Mectizan aussi longtemps que le besoin se fera sentir. Jusqu'à présent, le programme sur la filariose lymphatique a réalisé des prouesses dignes d'éloges mais il fut aussi confronté à des défis énormes. Nous avons depuis fort longtemps reconnu que nous ne pouvons pas trouver des solutions réalisables à long terme sans le concours des partenaires – que ce soit au niveau du gouvernement, des ONG, des communautés locales et du secteur privé- qui partagent la même vision que nous, que si nous pouvons trouver la meilleure manière de travailler ensemble... les résultats escomptés suivront automatiquement. » - Mr Michel Iguer*

**Le Professeur Jaime Galvez-Tan**, Président de l'Alliance mondiale a décrit cette rencontre comme étant une « qui appelle à l'action » de la part des médias, des donateurs, des ministres des pays d'endémie et des partenaires de l'Alliance mondiale qui doivent totalement soutenir le plaidoyer en faveur d'un monde libéré de la FL d'ici 2020. Il a fait état des progrès réalisés dans le développement de l'Alliance ; une plus grande compréhension des liens existant entre l'élimination de la filariose lymphatique et les objectifs de Développement du Millénaire ; le lien existant entre la FL et la pauvreté.

**Le Dr. Anarfi Asamoah-Baah**, Directeur Général adjoint chargé des maladies transmissibles à l'Organisation mondiale de la Santé est revenu sur le lien existant entre la FL et la pauvreté. L'Alliance a, selon lui, atteint les objectifs qu'elle s'était fixée, à savoir, couvrir 70 millions de personnes réparties dans 36 pays d'endémie. Cette « voie du progrès » se situe au niveau communautaire, national, des entités décentralisées et internationales, et est centrée sur le plaidoyer, la mobilisation sociale, le partenariat, la planification, l'intégration dans d'autres maladies tout aussi négligées, l'engagement du pays et le renforcement des capacités en matière de recherche.

## Les progrès au niveau régional

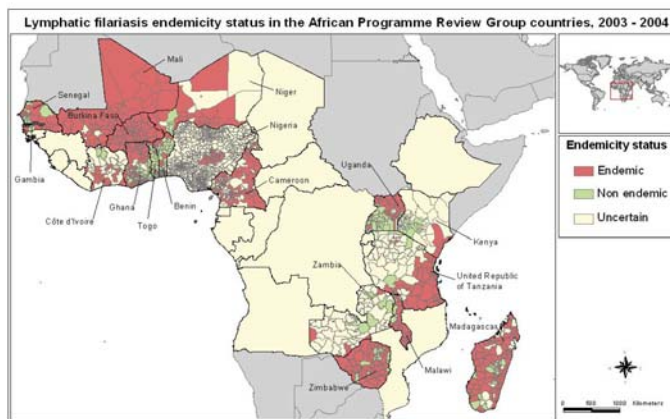
Les responsables régionaux des Groupes de revue des Programmes ont fait le point sur les progrès et les défis existant au sein des six groupements régionaux de l'Alliance. De manière générale, les progrès selon l'évaluation de l'impact et les résultats du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique ont confirmé que :

- La stratégie d'administration des deux médicaments en cours fait baisser la prévalence microfilarienne et son intensité ;
- Dans nombre de pays où on a pu effectuer trois campagnes de traitement de masse, la charge microfilarienne est actuellement à moins de 1% ;
- La couverture générale est élevée ;
- La mobilisation sociale est importante pour le maintien et le renforcement de la couverture et pour accroître le nombre des programmes en faveur des personnes handicapées (y compris l'accès à la chirurgie de l'hydrocèle).

*Note : les informations données par les responsables régionaux ont été préparées avant la réception de tous les rapports des pays concernés. Pour obtenir les dernières informations sur toutes les régions, visiter le site [www.filaria.org](http://www.filaria.org) pour le rapport annuel 2003 sur la FL.*

### LA REGION AFRICAINE

Le Dr John Gyapong, responsable du Groupe de revue des Programmes de la région Afrique



Voir la note sur les cartes à la page 25.

### APERÇU GÉNÉRAL

On retrouve au moins 38% de la charge mondiale de la FL en Afrique ; 480 millions sont des personnes à risque ; 43 millions de personnes sont déjà infectées ; 4,6 millions de personnes présentent un lymphœdème ; 10 autres millions de personnes souffrent de l'hydrocèle.

### LES PROGRÈS

- **La cartographie** : la cartographie complétée en 2003 dans huit pays – le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo, le Cameroun, le Mali et le Niger - révèle une population à risque de 75,4 millions. Quatre autres pays ont récemment complété leur cartographie (la Gambie, le Malawi, le Sénégal et l'Ouganda) ; la cartographie de sept autres pays est en cours de réalisation (le Kenya, le Nigéria, la République Unie de Tanzanie, la Zambie, et le Zimbabwe). La cartographie révèle que la FL est largement répandue dans des zones où on s'y attendait le moins : le Burkina Faso, le Mali, le Niger et le Cameroun ; 2005 est fixée comme date butoir pour la finalisation des cartographies.
- **Traitement de masse** : environ 10 millions de personnes sur les 12,8 millions ciblées en 2002 (75%) ont été traitées.

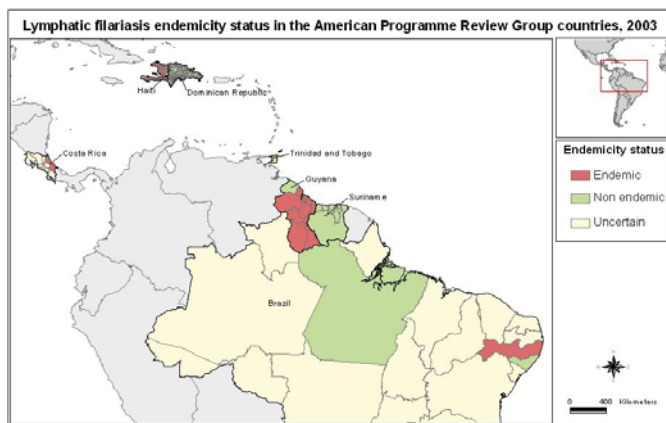


## LES DÉFIS

- **Les financements** : l'insuffisance des financements demeure une contrainte majeure. Il est capital de disposer d'une évaluation sûre des données et tous les efforts doivent être fournis en vue de les obtenir.
- **La demande** : les pays d'endémie sont fort enthousiastes, mais la demande excède de loin les ressources. Cette insuffisance des ressources ne fait que retarder la cartographie de la distribution de la prévalence de la FL (même dans les pays où le traitement de masse est en cours) et réduit ainsi le taux de progression, résultant en une stagnation du nombre de programmes vraiment actifs.
- **Partenariat et synergies** : l'appropriation des programmes par les pays, le développement d'un partenariat aux niveaux local, régional et international de même que la création de synergies entre les programmes de lutte contre les maladies sont vraiment à encourager.

## LA REGION DES AMERIQUES

Le Dr Guillemo Gonzalvez, responsable du Groupe de revue des Programmes de la région des Amériques



Voir la note sur les cartes à la page 25.

### APERÇU GÉNÉRAL

Avec une population de 854 millions (2002), la population totale à risque dans les Amériques est de 8,9 millions, soit environ 1% de la charge mondiale.

### LES PROGRÈS

- **Vérification** : trois pays cherchent à confirmer l'interruption de la transmission (le Costa Rica, le Suriname et Trinidad & Tobago).

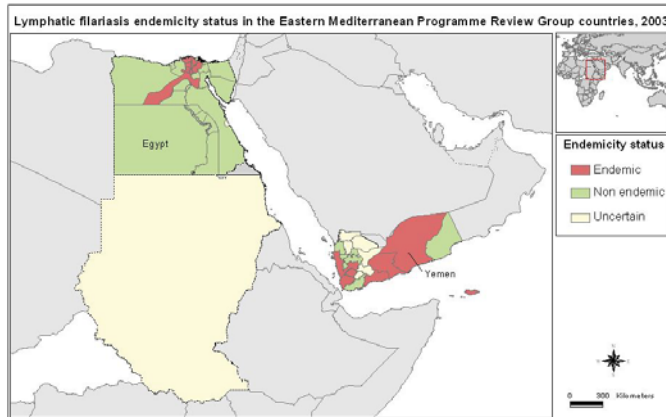
- **Programmes nationaux actifs** : il existe quatre programmes actifs, comportant à la fois les composantes traitement à base de médicaments (y compris un traitement à base de sel/DEC en Guyane) et prévention/ contrôle de la morbidité.
- **Élimination possible de la FL** : il sera possible pour la Guyane d'éliminer la FL d'ici 2006.
- **Capacités pour la chirurgie de l'hydrocèle** : c'est un fait établi que la République Dominicaine, la Guyane et Haïti disposent de capacités pour les interventions chirurgicales.

## LES DÉFIS

- **Les ressources** : le manque de financement, de ressources humaines et parfois l'absence d'engagement politique constituent les principaux défis à relever par les Amériques. Certains pays, qui ne disposent que de budgets nationaux limités, utilisent des coordonnateurs travaillant seulement à mi-temps pour les programmes d'élimination de la filariose lymphatique.
- **Extension rapide de la couverture** : l'un des plus grands défis à relever est l'extension rapide de la couverture dans les pays où les activités de traitement de masse ont déjà commencé.

## LA RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Le Dr Maged El Setouhy, responsable du Groupe de revue des Programmes de la Méditerranée orientale



Voir la note sur les cartes à la page 25.

### APERÇU GÉNÉRAL

Dans la région de la Méditerranée Orientale, à savoir l'Égypte, le Soudan, le Yémen, la transmission de la FL se poursuit. Au Soudan et au Yémen, la maladie coexiste avec l'onchocercose (cécité des rivières). A Djibouti, à Oman, au Pakistan, en Somalie et en Arabie Saoudite, la transmission de la FL n'est pas connue quoique des cas cliniques aient été signalés dans tous les pays sauf à Djibouti.

### LES PROGRES

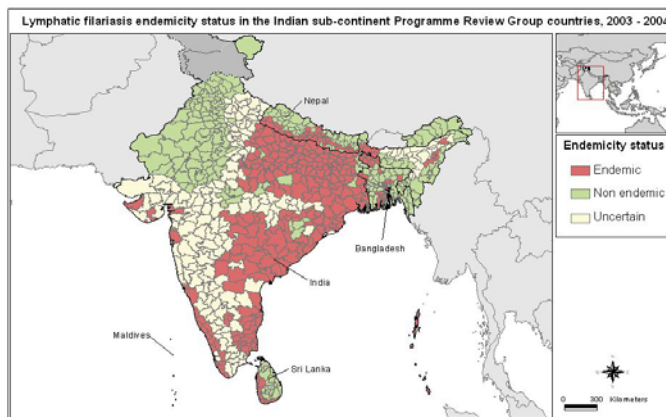
- **La cartographie** : la cartographie du Yémen est disponible et on en prévoit une pour Oman et l'Arabie Saoudite.
- **Le traitement de masse** : En Égypte, environ 2,3 millions de personnes issues de 179 villages ont été couvertes durant la quatrième campagne de traitement de masse de Septembre 2003. Une étude récente effectuée dans quatre localités a révélé que la prévalence MF en générale a diminué de 75% (de 8% à 2%). Au Yémen, la campagne a déjà commencé dans la plupart des zones.

### LES DÉFIS

- **Ce que le succès implique** : les défis en Égypte sont étroitement liés au succès du programme ; plus spécialement, de quelle manière les recommandations du comité consultatif sur l'interruption du traitement de masse seront exécutées, comment se déroulera la phase du « dernier traitement » ; et comment la prise en charge des cas d'éléphantiasis couvrira tout le pays dès que possible.
- **Les obstacles politiques** : les problèmes politiques au Soudan ont entravé l'établissement de la cartographie qui constitue pourtant un premier pas important dans l'élimination de la FL. Dans quatre états, la conduite d'une étude pilote fait état de plusieurs zones endémiques ; l'extension de cette étude servira à dresser la cartographie d'autres zones endémiques.

## LA RÉGION DU SOUS-CONTINENT INDIEN

Le Professeur Mahroof Ismail, responsable du Groupe de revue des Programmes de la région du Sous-continent Indien



Voir la note sur les cartes à la page 25.

### APERÇU GÉNÉRAL

On retrouve près de 50% de la charge mondiale de la FL dans la région du sous-continent indien. En Inde, 450 millions de personnes sont à risque pour la FL, suivi du Bangladesh (49,9 millions), du Népal (13,9 millions), du Sri Lanka (9,8 millions) et des Iles Maldives (8 îles sur les 200 sont endémiques).

## LES PROGRES

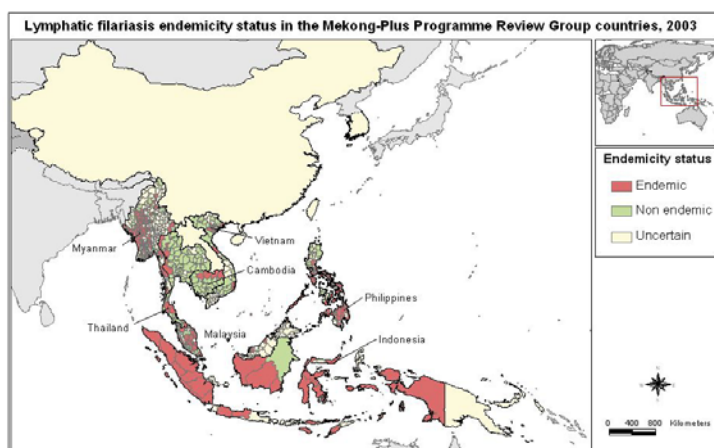
- **La cartographie** : c'est en 2002 que la cartographie complète des Iles Maldives a été établie. Au Népal, la cartographie de 37 districts endémiques a été établie en 2001 ; il reste à entreprendre la cartographie de 38 autres districts.
- **Traitement de masse** : au Bangladesh, 6,7 millions de personnes ont été couvertes au cours de la campagne de 2003 et l'on s'attend à couvrir 10,1 millions de personnes en 2004. Le traitement de masse a été menée en Inde en 2001-2002, et encore en 2003 ; 31 districts comptant une population de 71 millions de personnes étaient ciblés. En 2003, 50 millions de personnes issues de 20 districts ont reçu du DEC, pendant que 21 millions de personnes issues de 11 districts recevaient une combinaison de DEC et d'albendazole. En 2003, la couverture était de l'ordre de 67-100% dans la plupart des districts en Inde. L'Inde prévoit le traitement au DEC uniquement de 200 districts en Juin 2004. Les îles Maldives ont commencée le traitement de masse en 2003. Le Sri Lanka a débuté la campagne en 2002 ; toute la population endémique qui est de 9,5 millions de personnes était ciblée. Une grande campagne de mobilisation sociale au Sri Lanka a permis d'atteindre une couverture de plus de 80%.
- **Structures sanitaires à améliorer** : au Bangladesh, les médecins chefs ont suivi une formation en chirurgie de l'hydrocèle et un hôpital a été construit avec l'appui du Japon. Les médecins ont consulté plus de 2000 patients en 2003 et opéré plus de 30 personnes souffrant d'hydrocèle. Un plan de contrôle de la morbidité à l'échelle communautaire et à domicile a été établi pour l'Inde et des programmes pilotes sont prévus pour le Bangladesh et le Sri Lanka. Il est prévu la formation du personnel de santé pour les îles Maldives, le Népal et le Sri Lanka. Des dispensaires seront construits au Népal et les infrastructures améliorées au Sri Lanka.

## LES DEFIS

- **Le financement** : l'insuffisance de financement demeure le défi majeur à relever pour la région du sous-continent indien.

## LA REGION DU MEKONG-PLUS

Le Professeur Dato C.P. Ramachandran, responsable du Groupe de revue des Programmes de la région du Mekong-Plus.



Voir la note sur les cartes à la page 25.

## APERÇU GÉNÉRAL

La région du Mekong-plus comprend 12 pays : le Brunei, le Cambodge, la Chine, l'Indonésie, la RDP du Laos, la Malaisie, le Myanmar, les Philippines, la Corée, la Thaïlande, le Timor Leste et le Viet Nam. Les pays les plus exposés à la FL sont l'Indonésie (57 millions de personnes à risque) suivie par le Myanmar (plus de 33,5 millions de personnes à risque) et les Philippines (plus de 21 millions de personnes à risque).

## LES PROGRÈS

- **La cartographie** : la cartographie est déjà réalisée pour le Cambodge, la RDP Laos, la Malaisie, le Myanmar, la Thaïlande et le Viet Nam. La cartographie complète de l'Indonésie est prévue pour 2008.
- **Le traitement de masse** : les programmes de traitement de masse ont débuté en 2001 à Myanmar et aux Philippines suivis de l'Indonésie, de la Thaïlande et du Viet Nam en 2002 ; la Malaisie en 2003 et le Cambodge en 2004. La Chine n'est plus une zone à risque pour la transmission de la FL grâce aux efforts énergiques déployés pour combattre la maladie qui a fait ses apparitions autour des années 1950. La Thaïlande a, quant à elle, mis en place un vaste programme depuis les années 1950.
- **Les stratégies** : les stratégies utilisées dans la région du Mekong-plus pour mettre en place des programmes efficaces sont : l'intégration dans les autres programmes de lutte contre les maladies, la promotion de la mobilisation sociale, la recherche opérationnelle, le suivi et l'évaluation, le développement du partenariat, l'engagement à la mobilisation des ressources et à la formation.

## LES DEFIS

- **Le financement** : malgré les grands efforts déjà fournis, le manque de financement entrave la mise en œuvre de toutes les activités visant l'élimination de la FL. Le traitement de masse qui représente 64% du budget total coûtera plus de \$31.5 millions (dollars US) si on tient compte de tous les pays de la région du Mekong-plus pour la période allant de 2004 à 2010.

## LA REGION DU PACIFIQUE (PacEFL)

Le Dr Joe Koroivueta, responsable du Groupe de revue des Programmes de la région du Pacifique



### APERÇU GÉNÉRAL

Le PacEFL, le premier programme d'élimination de la filariose à l'échelle régionale est un réseau comprenant les 22 pays des îles et territoires du Pacifique et visant l'élimination de la filariose d'ici 2010 – 10 ans avant la date prévue pour l'élimination de la FL dans le monde.

La FL est endémique dans 16 des 22 pays du Pacifique.

### LES PROGRÈS

- **Le traitement de masse**: sur l'ensemble des pays d'endémie, 11 ont mis en œuvre des programmes de traitement de masse, ainsi, 1,67 millions de personnes ont été traitées, avec un taux de couverture de 73%. Les îles Samoa ont déjà bouclé cinq campagnes de traitement de masse. Cinq pays ont bouclé quatre campagnes (les îles Samoa d'Amérique, les îles Cook, la Polynésie Française, Niue et Vanuatu) ; trois pays ont bouclé trois campagnes (Kiribati, Tonga et Tuvalu) ; et deux pays (les Fiji, le Wallis et le Futuna) viennent de boucler leur deuxième campagne. La Nouvelle Calédonie et la Papouasie-Nouvelle-Guinée commenceront leurs campagnes en 2004. Des investigations plus poussées se poursuivent dans les pays où le statut de la FL n'est pas certifié ou est partiellement endémique. Des études définitives seront bientôt menées dans les pays non endémiques tels que le Guam, le Nauru, les Iles Salomon et le Tokelau pour certifier l'interruption de la maladie. Avec tous les pays qui vont boucler toutes les cinq campagnes de traitement de masse dans un proche avenir, la prochaine étape pour le PacEFL consistera à la mise en œuvre des activités qui permettront d'évaluer la situation post-campagne de traitement de masse ; cela permettra de confirmer si l'élimination durable de la transmission a été effective.



## LES DEFIS

- **L'intégration** : l'intégration du programme dans d'autres programmes de lutte contre les maladies, les helminthiases d'origine tellurique, la dengue, le paludisme et l'Initiative « îles saines »;
- **Plaidoyer et engagement politique** : travailler avec les groupes tels les rencontres du ministres du Pacifique ;
- **Recherche opérationnelle** : répondre aux questions relatives à l'entomologie, aux études sur la morbidité et sur l'aspect social de la FL ;
- **Surveillance** : elle implique le perfectionnement des stratégies de suivi et d'évaluation et les efforts à fournir pour l'après traitement de masse.

## LES MINISTRES REAFFIRMENT LEURS ENGAGEMENTS

Au cours d'une session ministérielle, l'Alliance a souhaité la bienvenue aux honorables ministres de santé et autres représentants de pays comprenant le Burkina Faso, l'Egypte, le Ghana, la Samoa, le Soudan, la Tanzanie, la Thaïlande, le Togo, l'Ouganda et le Zanzibar. Ils ont tous fait une revue des progrès effectués au sein de leurs programmes et ont renouvelé leur engagement – et le plaidoyer – au Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique en tant que composante essentielle dans leurs politiques en matière de santé. On peut retenir comme observations :

### L'EGYPTE

- *« Nous avons débuté le Programme d'élimination de la filariose lymphatique en 2000 avec huit gouvernorats identifiés comme zones d'endémie...Après avoir effectué quatre campagnes de traitement de masse, la prévalence dans la plupart des villages endémiques était tombée à moins de 1%. Ce n'est pas une mission de tout repos. La télévision doit être utilisée pour persuader les populations ; entendre parler des programmes à la télévision permet de provoquer une réponse de l'ordre de 92%. Avec la volonté de fer propre à l'égyptien, nous espérons venir à bout de cette maladie handicapante. »*
  - L'Honorable Hussein Ahmed Kamal, ministre de la santé et de la population, Egypte.

### Le GHANA

- *« Le gouvernement du Ghana restera fidèle à ses engagements en faveur de l'élimination de la filariose lymphatique, et travaillera en étroite collaboration avec le programme pour la mobilisation des ressources nécessaires en vue de s'assurer la durabilité des réalisations déjà faites. »*
  - L'Honorable Moses Dani Baah, ministre délégué de la santé, Ghana.

### LES ILES SAMOA

- *« Les îles Samoa ont été le premier pays à mettre en œuvre une nouvelle campagne de traitement de masse en 1999 par l'utilisation du DEC et de l'albendazole. C'est à ce jour le seul pays à avoir bouclé les cinq campagnes de traitement de masse... Je voudrais exprimer ma reconnaissance pour l'aide et le soutien du comité du PacEFL, de l'OMS et la contribution d'autres partenaires. Notre but final sera d'éliminer la FL de notre belle île de Samoa. »*
  - L'Honorable Mulitalo Siafausa Vui, ministre de la santé, Samoa.

### LA TANZANIE

- *« Nous avons intégré l'élimination de la FL dans le système de santé du gouvernement local et autres programmes de lutte contre les maladies ; il existe également une composante active en matière de recherche de même qu'un soutien important de la part du gouvernement tanzanien ; nous continuerons de payer les salaires des personnes travaillant dans la lutte contre la FL et nous accorderons un*

soutien direct de l'ordre de US \$100.000, ce qui représente à peu près 25% des coûts en 2003 et US \$150.000 en 2004. Les gouvernements locaux contribueront toujours au financement dans leurs districts respectifs. Le défi le plus difficile à relever constitue l'extension de la couverture du pays par le programme qui nécessite un soutien financier. »

- L'Honorable Hussein Mwinyi, ministre délégué de la santé, Tanzanie.

## LE TOGO

- « **Le contrôle de la morbidité concerne tout le pays.** Nous disposons d'un plan progressif pour couvrir toutes les zones de transmission par des campagnes de traitement de masse et nous avons pu tirer des leçons sur un projet pilote mis en place dans un district en 2002 et 2003. Le suivi et l'évaluation impliquent aussi la formation, la supervision, le contrôle des financements, l'étude de la couverture du traitement et l'impact. Nous avons adopté une approche d'intégration par le biais du développement des activités menées par la communauté pour les campagnes de lutte contre le paludisme, la schistosomiase, l'onchocercose et le ver de Guinée. Nous assisterons bientôt à l'élimination de la FL au Togo tant que les partenaires seront disposés à continuer leur aide. »
- L'Honorable Suzanne Aho, ministre de la santé du Togo.

## L'UGANDA

- « **Sur ce que nous avons pu réaliser, il faut inclure la mise en œuvre du projet pilote pour le traitement de masse dans les districts de Katakwi et Lira en août 2002,** avec une couverture de 64% dans le district de Katakwi et 76,7% de la population traitée dans les 1.885 villages sur les 2.266 du district de Lira. (La couverture ne s'est pas étendue à tout le reste du pays pour cause d'insécurité.) Les défis que nous avons à relever comprennent l'extension de la couverture du pays par le traitement de masse face à l'insuffisance des ressources, la mise en œuvre des campagnes de traitement de masse dans un environnement d'insécurité, la liaison avec d'autres programmes, la mise en œuvre de la composante «contrôle de la morbidité » du programme, l'exécution de la recherche opérationnelle, le tout dans un contexte d'insuffisance de ressources et d'expertise. »
- L'Honorable Alex Kamugisha, ministre d'état à la santé de l'Ouganda.

## DEFIS & OPPORTUNITES

Au moment où l'Alliance mondiale pour l'élimination de la FL depuis son lancement expérimente une avancée spectaculaire, elle doit aussi faire face aux nombreux défis et perspectives d'avenir – surtout dans le domaine **du plaidoyer et de la mobilisation des ressources, la communication, le financement et la problématique sur la recherche et le système de santé.** Au cours de la réunion, les groupes spéciaux et les experts ont abordé des questions essentielles ; il s'agissait du groupe spécial chargé de la communication, du groupe spécial chargé du plaidoyer & de la mobilisation des ressources et du groupe consultatif technique (TAG). Des messages livrés et des points de discussion présentés, nous pouvons retenir :

### LE PLAIDOYER & LA MOBILISATION DES RESSOURCES

Le Dr Brian Bagnall, Président du groupe spécial pour le plaidoyer et la mobilisation des ressources

- **La mobilisation des ressources incombe à tous :** le groupe spécial a mis en place un cadre, mais il ne lui est pas possible de prendre les contacts requis de manière directe ou répétée pour réussir à couvrir le vaste éventail de donateurs. Nous devons tous prendre nos responsabilités en faveur de la mobilisation des ressources.

- **Il n'existe pas un « Fonds mondial » centralisé pour la FL** : les donateurs veulent de plus en plus cibler leurs subventions sur des activités et régions particulières et souvent – comme c'est le cas dans les accords bilatéraux- recevoir des projets issus directement des pays concernés. Il est nécessaire de mettre les pays au centre des efforts à déployer pour la mobilisation des ressources en les soutenant par la formation, le matériel et en leur donnant des conseils sur les agences de donateurs les plus susceptibles de leur accorder un financement. Il est nécessaire de développer son génie créateur pour établir des liens avec d'autres programmes de lutte contre les maladies telles que le paludisme.
- **Une mobilisation des ressources fructueuse exige beaucoup de temps et de ressources** : il faut plus d'efforts pour comprendre les intérêts et les priorités des donateurs, instaurer des dialogues qui vont conduire à la satisfaction des demandes de financement. C'est un travail très intensif – exigeant la connaissance de stratégies précises selon les donateurs, des visites, de la documentation et de la coordination – qui prend du temps et des ressources avant d'être opérationnel.

## LES COMMUNICATIONS

*Le Professeur David Molyneux, Président du groupe spécial pour la communication*

- **Susciter l'engagement des média en racontant l'histoire de la FL** : il faut établir et promouvoir les succès réalisés jusqu'à ce jour, les succès du traitement de masse et du soulagement de la souffrance des handicapés en vue de conscientiser les populations sur le profil de la FL.
- **La publicité se développe de plus en plus** : l'histoire des succès du GAELF est peu connue mais de la publicité se fait de plus en plus autour d'elle. La diffusion du nouveau logo du GAELF et d'autres matériels de communication contribuent aussi à sensibiliser les populations.
- **L'émission documentaire de la BBC sera diffusée le 28 Mai** : un documentaire sur la filariose lymphatique, où le Ghana et l'Égypte sont les premiers concernés, a été réalisé par la BBC et intégré dans une série intitulée « *tuer ou soigner* »; la diffusion de ce documentaire couvrira ainsi une large audience dans le monde entier. (Pour avoir une copie du documentaire, envoyer un mail à [gaelf@liv.ac.uk](mailto:gaelf@liv.ac.uk))
- **Partager notre histoire avec d'autres personnes** : la communauté impliquée dans la FL doit faire ressortir l'aspect en faveur des pauvres et l'aspect efficient du traitement médicamenteux, son impact et son intérêt dans le cadre des objectifs de développement du millénaire et les bénéfices importants qu'on en retire sur le plan de la santé publique. Il faut partager l'information sur la FL et les matériels entre les différents acteurs tels que les média, les personnes influentes (au sein et en dehors du secteur médical) et surtout les politiciens.

## ENVIRONNEMENT FINANCIER

*Mme. Andrea Fischer, responsable finance; Dr Vinand Nantulya, Fonds mondial; Dr John Gyapong, responsable au niveau pays (Ghana); Mme Sandra M. Libuano, secteur privé, ONGD; Mme Jeanne d'Arc Somé, Handicap International; M. Nick Farrell, Fédération Internationale de la Croix Rouge et sociétés du Croissant Rouge; Professeur Bernhard Liese, Banque mondiale, opportunités multilatérales*

- **Il est capital d'établir des liens avec le Fonds mondial**: la santé est un droit humain inaliénable et la lutte contre la FL – tout comme le Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme – est avant tout une lutte contre la pauvreté. D'énormes opportunités existent dans l'établissement de liens et de synergies avec les initiatives telles que le Fonds mondial. Il est important d'avoir

une politique basée sur la recherche et la pratique de même que l'amélioration des systèmes sanitaires pour maintenir un succès durable. Le partenariat constitue une force dans la lutte contre les maladies de la pauvreté.

- **Les opportunités qu'offre le secteur privé sont mutuellement bénéfiques** : les relations entre le privé et le public sont mutuellement bénéfiques. Le financement du privé pérennise et élargit notre éventail de donateurs ; nous bénéficions de financement, d'expertise et en plus de réseaux, de contacts et d'appuis. Les sociétés privées en bénéficient aussi puisque elles peuvent renforcer leur image et stimuler le moral de leurs employés, et élargir éventuellement leurs bases commerciales.
- **L'implication des Organisations non Gouvernementales de Développement (ONGD) et les Organisations non Gouvernementales (ONG) constitue une bonne stratégie** : les synergies innovatrices avec les ONGD et ONG conduisent à des résultats impressionnants et font souvent appel à la générosité des donateurs potentiels. Nous pouvons citer en exemple le projet mis en place pendant deux ans pour soulager les souffrances causées par la maladie qui a connu la participation de Handicap International au Burkina Faso. Des bénéfices palpables pour les personnes souffrant de la FL et les professionnels de la santé découlèrent de ce partenariat ainsi qu'une prise de conscience accrue et spectaculaire du public ; le partenariat a reçu l'appui financier de diverses sources.
- **Possibilité de financement pour les PPTTE** : entre 1996 et 1999, la Banque Mondiale et le FMI ont lancé l'Initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE), établissant ainsi un lien entre l'allègement de la dette et la réduction de la pauvreté. Pour obtenir un fonds PPTTE, les pays doivent souscrire au Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) en exprimant clairement la stratégie du pays en matière de réduction de la pauvreté. Les CSLP impliquent une grande participation et conduisent parfois à une augmentation des dépenses du gouvernement pour la santé – y compris les programmes de lutte contre la FL.

#### LES QUESTIONS RELATIVES A LA RECHERCHE & AUX SYSTEMES DE SANTE

*Le Dr Yankum Dadzie, Président du groupe consultatif technique (TAG); le Dr Reda Ramzy, Université de Ain Shams, Caire, Egypte; M. Khalfan A. Mohammed, directeur de Programme, PEFL, MOHSW, Zanzibar-Tanzanie; le Dr Dominique Kyélem, Coordinateur, PEFL, Burkina Faso; le Professeur David Molyneux, Directeur, LF Support Centre, Liverpool; le Dr Nevio Zagaria, Coordinateur, Développement stratégique et Monitoring, éradication, élimination, OMS*

- **Impressionné par les informations, le groupe consultatif technique (TAG) demande des fonds nécessaires pour la recherche** : un rapport sur les priorités et les stratégies en matière de recherche a fait l'éloge des programmes nationaux des pays pour avoir présenté des données bien fournies et le constat selon lequel le Programme mondial pour l'élimination de la FL avait accompli des progrès notables. Selon le rapport, la recherche est négligée à cause de la mauvaise perception du « tout va pour le mieux » en ce qui concerne les efforts fournis pour l'élimination de la FL. En conséquence, il existe un manque de financement aussi bien pour la recherche de base que la recherche appliquée. Il a été question des priorités de la recherche, entre autre, celle de la recherche appliquée pour l'efficacité du suivi et de l'évaluation ; des études sur les défis soulevés par le traitement de masse ; et pour plus de sûreté, un traitement associé dans différents lieux. Les questions stratégiques abordées dans le rapport comportent l'extension de la couverture, la prévention des incapacités et la mobilisation sociale.
- **La prévision des coûts du programme est importante** : il est nécessaire pour les donateurs de savoir que les pays concernés sont des partenaires engagés et que l'élimination de la FL est abordable et rentable. Le Emory Lymphatic Filariasis



Support Center a financé neuf études pour évaluer les coûts du programme au Burkina Faso, en République Dominicaine, en Egypte, au Ghana, en Guyane (sel DEC), en Haïti, en Inde, aux Philippines et en Tanzanie. Ces études évaluent le coût total des programmes, le coût moyen par personne traitée, et la relative contribution des pays concernés et des partenaires de l'extérieur. Ces études font la prévision des coûts marginaux des programmes en cours à leur niveau actuel et de l'extension de la couverture. En Egypte par exemple, le coût total de la campagne de 2000 était de 7 millions £E (US \$2 millions) pour le traitement d'environ 1,8 millions de personnes ; le coût par personne traitée était de US \$1,12 ; et le coût par personne à risque était de 95 cents (US). L'étude a montré que le gouvernement égyptien a contribué à hauteur de 75% pour les ressources nécessaires.

- **La mise en œuvre au niveau du district connaît beaucoup de succès** : à Zanzibar, le district est le point focal où se déroulent les activités sur la FL entre autres, la planification, le traitement de masse, la prévention et le contrôle des incapacités. Les campagnes de traitement de masse ont enregistré une couverture de 76% en 2001 (premier tour), 83,1% en 2002 (deuxième tour) et 83% en 2003 (troisième tour). Les soins d'hygiène faits à domicile sont recommandés et un module de formation pour les soins d'hygiène effectués à domicile a été conçu pour les agents de santé des districts, les membres de la communauté et les personnes souffrant de la FL et leurs familles. Les résultats obtenus après une année de soins d'hygiène effectués à domicile sont très positifs. Le district a aussi abrité un atelier sur la chirurgie de l'hydrocèle à l'intention de 10 médecins, ce qui devrait résulter en 400 interventions chirurgicales et au suivi des patients. Le district collabore aussi avec d'autres programmes de lutte contre les maladies pour les campagnes de traitement de masse à venir.
- **Mesure de l'impact sur les systèmes de santé et sur l'élimination de la FL** : au cours de la réunion tenue à Crewe au Royaume Uni en Janvier 2004 qui a duré deux jours, certains membres de l'Alliance mondiale ont fait état d'indicateurs usuels et quantitatifs qui témoignent des effets du programme de lutte contre la FL sur les systèmes de santé. Ils ont aussi cherché à développer un modèle pour évaluer ces indicateurs. Parmi les indicateurs qui ont pu être mesurés, ceux qui émergent sont : la proportion des villages non desservis et qui ont pu être couverts par le programme FL ; la proportion du personnel formé pour la distribution des médicaments ; l'intégration ou la non intégration de la FL dans les plans des districts ; et la proportion des microscopistes formés pour diagnostiquer d'autres maladies telles le paludisme et la tuberculose.
- **Intégration de la distribution des médicaments contre la FL avec d'autres maladies négligées** : au cours d'une présentation donnée sur les maladies négligées et les populations négligées l'accent a été mis sur ce qui doit être entrepris pour que l'Initiative sur les maladies négligées aille de l'avant ; y compris la recherche et l'établissement de synergies basées sur les besoins en santé des populations locales, et la conduite continue de la recherche opérationnelle par le développement de nouvelles stratégies visant à simplifier la cartographie, le dépistage et le traitement. Il faut qu'il en soit de même pour les maladies négligées en termes de charge, d'impact socioéconomique, de droits de l'homme, de coût relatifs à l'extension de la couverture, et des interventions. La FL doit être incluse dans les autres priorités en faveur des populations les plus démunies où les systèmes de santé sont très pauvres. Les prochains défis à relever consisteront entre autres à passer du problème des maladies négligées à celui des populations négligées, des patients aux populations, du démarrage à l'extension de la couverture.

## RESULTATS DES TRAVAUX DE LA RENCONTRE

Les éléments clés qui sont ressortis de la rencontre sont les suivants :

- L'adoption d'une structure/administration révisée du GAELF ;
- L'adoption de seize recommandations issues des trois groupes de discussion ;
- La prochaine réunion de l'Alliance mondiale se tiendra aux Iles Fiji sur invitation de l'honorable ministre de la santé des Iles Fiji.

### STRUCTURE/ADMINISTRATION REVUES DU GAELF

*Le Professeur Jaime Galvez-Tan, Président de l'Alliance mondiale*

- **Mise en place du Groupe de Contact Représentatif (RCG) des membres du GAELF:** ce groupe se compose de représentants de pays issus de chacune des régions, de représentants d'un certain nombre d'entités entre autres les firmes pharmaceutiques, les établissements d'enseignement/instituts de recherche, les donateurs, les Organisations non Gouvernementales, l'OMS et la Banque Mondiale. (Note : voir l'appendice C pour les contacts)
- **Comité directeur élu par le RCG :** le comité directeur se compose de six membres engagés ayant les compétences requises et disposant de ressources pour mettre en œuvre les recommandations faites au cours de la réunion de l'Alliance au Caire. La mission du comité directeur est « de soutenir le Programme mondial pour l'élimination de la FL en renforçant l'efficacité de la mobilisation des ressources au niveau national, régional et mondial, le plaidoyer, la communication et la planification du programme. » Résultant du changement de la structure, l'on s'attend à ce que le comité directeur joue un rôle important dans la promotion du développement de l'Alliance mondiale. (Note : Voir appendice C pour les contacts.)

### TRAVAUX DE GROUPES DU GAELF3

Les participants à la réunion se sont divisés en trois groupes de travail pour discuter des futures orientations en matière de communication, du plaidoyer et de la mobilisation des ressources (Groupe A) ; du financement des partenariats au niveau national et des entités décentralisées pour l'extension de la couverture (Groupe B) ; et de l'intégration comme moyen de pérennisation (groupe C).

- **Orientations futures en matière de communication, de plaidoyer et de mobilisation des ressources:** l'objectif du Groupe A est de permettre l'accès facile à l'information sur la LF et les progrès réalisés dans l'élimination de la maladie dans le monde entier. Parmi les thèmes discutés figurent les grandes lignes en matière de communication et la mobilisation des ressources au niveau national, régional et mondial.
- **Financement des partenariats au niveau national et au niveau des entités décentralisées pour l'extension de la couverture du programme:** les thèmes de discussion du groupe B comportaient le plaidoyer pour une prise de conscience de la FL en tant que maladie de la pauvreté, les opportunités de financement, l'extension de la couverture du programme, le partenariat et les prises de décisions avec preuves à l'appui.
- **L'intégration comme moyen de pérennisation :** les discussions du Groupe C ont porté sur l'intégration de la FL dans d'autres programmes. Le groupe a mis l'accent sur le fait qu'en temps de rareté de ressources, l'intégration s'avère importante pour le plaidoyer en faveur du programme et l'accès aux fonds. Les discussions du groupe

ont aussi porté sur la pérennisation du programme et la nécessité de réfléchir profondément aux opportunités d'intégration.

## LES RECOMMANDATIONS DU GAELF3

Les recommandations suivantes proviennent des trois groupes de travail; les participants ont pris part aux débats ouverts avant que les recommandations soient adoptées.

*La troisième réunion de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique recommande que :*

1. **Les pays entrent en contact avec le comité de gestion du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (CG/FG-STP)** pour explorer les opportunités de financement tangibles et synergiques entre la FL et les trois maladies ciblées le VIH /SIDA, la tuberculose et le paludisme.
2. **L'Alliance mondiale continue d'encourager les relations en cours** avec le Fonds mondial.
3. **Les pays utilisent les documentaires réalisés par les services de production** de la BBC sur la FL et intitulée « tuer ou soigner » dont la diffusion est prévue le 28 mai, comme un canal pour plaider en faveur du soutien aux programmes sur la FL.
4. **Les pays d'endémie et l'OMS travaillent à porter le profil de la FL** aux niveaux mondial, régional, et ministériel comme étant une maladie liée à la pauvreté, affaiblissant et handicapant gravement, mais qui peut être éliminer.
5. **La promotion de la liste de discussion déjà existante** par courrier électronique est faite en vue d'assurer un échange dynamique d'information de même que le développement de sites web satellitaires sur la FL par régions (il faudrait rendre disponible les versions sur CD ROM là où l'utilisation de l'Internet est limitée.)
6. **Les établissements d'enseignement et instituts de recherche, surtout dans les pays d'endémie, sont encouragés à soutenir les programmes de lutte contre la FL au niveau national et régional.**
7. **On explore la possibilité d'établir un réseau de centres de soutien** à la FL qui impliquera toutes les régions.
8. **« Une journée mondiale de la FL » est instituée** pour mieux faire connaître le profil de la FL.
9. **Le soutien à la FL doit s'inscrire si possible dans la stratégie nationale de réduction de la pauvreté** afin de bénéficier d'autre ressources telles l'allègement de la dette et les crédits octroyés dans le cadre de la réduction de la pauvreté.
10. **On accélère l'extension de la couverture du programme et la finalisation de la cartographie dans la région de l'Afrique** au vu des nombreux défis auxquels la région est confrontée dans le cadre de l'élimination de la FL.
11. **La disponibilisation de la documentation et la recherche opérationnelle** témoignent que la FL a le potentiel pour renforcer les systèmes de santé nationaux.
12. **La promotion d'une chimiothérapie régulière et à grande échelle** se fait en tant que composante essentielle dans les prestations des services de santé (une chimiothérapie ciblée sur la population est un élément essentiel pour les stratégies de lutte contre les maladies telles le trachome, la schistosomiase, les parasites intestinaux et l'onchocercose qui surviennent souvent sous des combinaisons différentes au niveau des mêmes populations délaissées.)

13. **la création de réseaux de prestataires de soins informels** permettra la mise en place et le maintien des soins d'hygiène à long terme pour la FL effectués à domicile ainsi que d'autres maladies chroniques
14. **L'OMS encourage les pays d'endémie à mettre davantage l'accent sur la réduction de la morbidité** liée à la FL tout comme pour le traitement de masse.
15. **L'OMS soutient les pays et les organisations non gouvernementales** dans leurs efforts d'accélération des programmes pour prendre en charge les manifestations cliniques aiguës et chroniques de la FL.
16. **Une réduction de la morbidité peut renforcer le plaidoyer** et la mobilisation des ressources.



## APPENDICE A

### ORDRE DU JOUR DU GAELF3 DU 23-25 MARS AU CAIRE EN EGYPTE

**1<sup>er</sup> jour**  
**Mardi, 23 Mars 2004**

8:00-8:45	<b>Enregistrement</b>
9:00	<p><b>Mot de bienvenue:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son Excellence l'Honorable ministre de la santé et de la population, Egypte (<i>le Professeur Dr Mohamed Awad Tag Eldin</i>)</li> <li>• L'Organisation mondiale de la Santé (<i>Directeur général Dr Lee Jong-wook, message vidéo</i>)</li> <li>• GlaxoSmithKline (<i>CEO Dr. Jean-Pierre Garnier</i>)</li> <li>• Merck &amp; Co. Inc. (<i>Vice Président Moyen Orient et Afrique M. Michel Iguer</i>)</li> </ul>
10:00	<b>Pause-café (Conférence de Presse)</b>
11:15	<p><u>OBJECTIF: Reconnaître les progrès remarquables du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique</u></p> <p><b>Discours d'ouverture</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Professeur Jaime Galvez-Tan, Président de l' Alliance mondiale</i></li> </ul>
11:30	<p><b>Les Progrès du Programme mondial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dr Anarfi Asamoah-Baah</i></li> </ul>
11:45 –12:45	<b>Rapports des Présidents du Groupe de revue des Programmes Régionaux</b>
12:45	<b>“One day,” un film sur la campagne de traitement de masse au cours d'une journée au Sri Lanka</b>
12:50	<b>Déjeuner</b>
14:00-15:00	<p><u>OBJECTIF: Faire connaître les réalisations et les défis des programmes nationaux pour l'élimination de la filariose lymphatique</u></p> <p><b>Session ministérielle</b></p>
15:00-15:40	<b>Rapports du Secrétariat de l'Alliance mondiale et des groupes spéciaux, suivis de questions et de débats généraux</b>
15:40	<b>Thé</b>
16:10	<p><u>OBJECTIF: S'accorder sur un projet de structure et d'administration futures de l' Alliance mondiale</u></p> <p><b>Proposition et discussion sur l'avenir de l'Alliance:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Le Professeur Jaime Galvez Tan, Président de l'Alliance mondiale</i></li> </ul>
17:00-17:30	<b>Établissement de groupes de travail/nomination de présidents</b>

**2<sup>e</sup> jour**  
**Mercredi, 24 Mars 2004**

9:00 OBJECTIFS: Renforcer le profil de l'élimination de la LF comme étant l'intervention unique et bénéfique pour la santé publique en faveur des pauvres, et créer un fonds stable pour le financement des programmes nationaux.

**L'environnement financier**  
(Présidente: Mme Andrea Fischer)

10:30 **Pause-café**

11:00 **Questions sur la recherche et les systèmes de santé**  
(Président: Dr Eric Ottesen)

13:00 **Déjeuner**

14:15-17:00 **Interventions des Groupes de travail**

- Group A- Communication, plaidoyer et mobilisation des ressources
- Group B- Financement des partenariats nationaux et des entités décentralisées pour l'extension de la couverture du programme
- Group C- l'intégration comme moyen pour la pérennisation

**3<sup>e</sup> jour**  
**Jeudi, 25 Mars 2004**

8:00 OBJECTIF: garantir le succès de l'Alliance mondiale dans son soutien au Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique

**Rapports des groupes de travail, projet de discussion**

10:00 **Pause-café**

10:30 **Discussion et approbation de la future structure de l'Alliance**

- Le Professeur Jaime Galvez-Tan

12:00 **Discussion sur les propositions de résolutions et de recommandations; Proposition de résumé exécutif**

- Le Professeur Jaime Galvez-Tan

13:00 **Déjeuner**

14:30 **Adoption des résolutions et des recommandations**

- Le Professeur Jaime Galvez-Tan

15:30 **Cérémonie de clôture**

15:45 **Pause- café**

## APPENDICE B

### LES PARTICIPANTS AU GAELF3

**Note :** Pour avoir une liste complète des noms des participants de chaque programme, visiter le site [www.filaria.org](http://www.filaria.org) et cliquer sur le lien: troisième réunion de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique.

#### PAYS

Bangladesh	Bénin	Brésil	Burkina Faso	Cambodge
Chine	Egypte	Iles Fiji	Ghana	Inde
Indonésie	Kenya	Madagascar	Malaisie	Niger
Nigéria	Népal	Papouasie Nouvelle- Guinée	Philippines	Iles Samoa
Sierra Leone	Sri Lanka	Soudan	Tanzanie	Thaïlande
Togo	Tonga	Ouganda	Vanuatu	Viet Nam
Yémen	Zanzibar			

#### MINISTRES

<b>Burkina Faso</b>	Honorable Bedouma Alain Yoda
<b>Egypte</b>	Honorable Mohamed Awad Tag Eldin
<b>Ghana</b>	Honorable Moses Dani Baah
<b>Samoa</b>	Honorable Mulitalo Siafausa Vui
<b>Tanzanie</b>	Honorable Hussein Mwinyi
<b>Thaïlande</b>	Honorable Sudarat Keyuraphan
<b>Togo</b>	Honorable Suzanne Aho
<b>Ouganda</b>	Honorable Alex Kamugisha

#### ORGANISATIONS INTERNATIONALES

- Banque de développement de l'Afrique
- La Banque mondiale

#### SECTEUR PRIVE

- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
- GlaxoSmithKline
- Merck & Co., Inc./Merck Sharp & Dohme
- Vestergaard-Frandsen

#### AGENCES INTERNATIONALES DE DEVELOPPEMENT

- Department for International Development (DFID), Royaume Uni
- Institut de la Recherche pour le Développement (France)
- Ministerio de Sanidad y Consumo (Espagne)

#### ORGANISATIONS INTERNATIONALES NON GOUVERNEMENTALES (ONG)

- The Carter Center, Global 2000
- Catholic Medical Mission Board
- The Global Fund
- Handicap International
- Health & Development International (HDI)
- Interchurch Medical Assistance

- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
- LEPRO
- Mectizan® Donation Program

## **PRESIDENTS DU GROUPE DE REVUE DES PROGRAMMES MONDIAUX ET REGIONAUX**

### **PRESIDENT DU GROUPE CONSULTATIF TECHNIQUE (TAG)**

### **CENTRES DE COLLABORATION**

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA
- James Cook University, Townsville, Australia

### **ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT ET INSTITUTS DE RECHERCHE**

- Danish Bilharziasis Laboratory
- LF Support Center, Emory University
- LF Support Centre, Liverpool School of Tropical Medicine
- Michigan State University
- Tulane University
- St. George's University, Grenada
- University of Notre Dame
- Washington University School of Medicine

### **JOURNALISTES INTERNATIONAUX**

### **CONSEILLERS**

### **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**

- Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO/PAHO)
- Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO)
- Bureau régional de l'OMS pour le sud-est asiatique (SEARO)
- Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique oriental (WPRO)
- OMS siège

### **CONSULTANTS**



## APPENDICE C

### MEMBRES DU GROUPE DE CONTACT REPRESENTATIF DES MEMBRES DE L'ALLIANCE

ENTITES		Représenté par
<b><i>Pays d'endémie</i></b>		
<b>Afrique</b>	Nigéria	Munirah Jinadu
	Tanzanie	Esther Charles
	Togo	Suzanne Aho/Yao Sodahlon
<b>Amériques</b>	République Dominicaine	
	Haïti	Marie Denise Milord
<b>Méditerranée Orientale</b>	Egypte	Hussein Kamal
	Yémen	Abdul Samid Al Kubati
<b>Sous-continent Indien</b>	Bangladesh	Moazzem Hossein
	Inde	Jotna Sokhey
<b>Mekong Plus</b>	Myanmar	Khin Mon Mon
	Philippines	Leda Hernandez
<b>PacELF</b>	Iles Fiji	Lepani Waqatakirewa
	Iles Samoa	Aird Hill Eti Enosa
<b>Présidents régionaux PRG</b>	Afrique	John Gyapong
	Amériques	João Batista Furtado Vieira
	Méditerranée Orientale	Maged El-Setouhy
	Sous-continent Indien	Mahroof Ismail
	Mekong Plus	CP Ramachandran
	PacELF	Joe Koroivueta
<b>Organisations non Gouvernementales</b>	Handicap International	Susan Girois
	MDP	Bjorn Thylefors
<b>Agences Internationales de Développement</b>	DFID	David Molyneux
	GTZ	Sybille Rehmet
<b>Firmes Pharmaceutiques</b>	GlaxoSmithKline	Andy Wright
	Merck & Co. Inc.	Ken Gustavsen
<b>Établissement d'enseignement et instituts de recherche</b>	KEMRI, Kenya	Njeri Wamae
	VCRC, India	PK Das
<b>OMS</b>		Francesco Rio
		Nevio Zagaria
<b>Banque mondiale</b>		Bernhard Liese

**COMITE DIRECTEUR DU GROUPE DE CONTACT  
(datant de Avril 2004)**

<b>Nom</b>	<b>Adresse</b>
<p><b>Dr Yankum Dadzie</b> (Président) Ancien Directeur du Programme de lutte contre l'onchocercose / Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique (en retraite)</p>	<p>15 Via ai ronchi 6912 Pazzallo/Ti Switzerland</p>
<p><b>Dr Patrick Lammie</b> Centers for Disease Control and Prevention (CDC) USA</p>	<p>Division of Parasitic Diseases Mailstop F-13, CDC 4770 Buford Highway Atlanta, GA 30341-3724 USA</p>
<p><b>Dr Francesco Rio</b> Organisation mondiale de la Santé (OMS) Suisse</p>	<p>LF Elimination Programme, World Health Organization 20 Avenue Appia CH1211 Geneva 27, Switzerland</p>
<p><b>Dr Yoshifumi Takeda</b> Jissen Women's University Japon</p>	<p>Faculty of Human Life Sciences Jissen Women's University 4-1-1 Osakaue, Hino, Tokyo Japan</p>
<p><b>Dr Bjorn Thylefors</b> Mectizan Donation Program (MDP) USA</p>	<p>Mectizan Donation Program 750 Commerce Drive, Ste 400 Decatur, GA 30030 USA</p>
<p><b>M. Andy Wright</b> GlaxoSmithKline (GSK) RU</p>	<p>LF Elimination Programme Global Community Partnerships 980 Great West Road Brentford, Middlesex, TW8 9GS UK</p>
<p><b>M. Joan Fahy</b> (Coordinateur du Executive Group) Liverpool School of Tropical Medicine RU</p>	<p>Liverpool School of Tropical Medicine Pembroke Place Liverpool L3 5QA United Kingdom</p>

Disponible en anglais et français

[www.filariasis.org](http://www.filariasis.org)

Imprimé en: janvier 2005

Les copies peuvent être obtenues à l'adresse suivante:

**GAEFL Secretariat**

Liverpool School of Tropical Medicine

Pembroke Place

Liverpool L3 5QA

United Kingdom

Téléphone: +44 (0)151 705 3145

courriel: [gaelf@liv.ac.uk](mailto:gaelf@liv.ac.uk)

Préparé par le Comité directeur de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la  
filariose lymphatique

Rapporteur de la réunion: Jocelyn Gohary

Texte: Lisa Splitlog

Couverture: Laura Ellis

Photos de couverture (dans le sens des aiguilles d'une montre au coin supérieur  
gauche):

© GlaxoSmithKline

© WHO/TDR/Crump

© Jonathan King

© WHO/TDR/Chandran

© Bobbie Person

**Note on maps:** The boundaries and names shown and the designations used on these maps do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data source: Lymphatic Filariasis Elimination Programme

Map production: Public Health Mapping & GIS

Communicable Diseases (CDS)

World Health Organization

© WHO 2004. All rights reserved

© Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique, 2005