



A FUTURE FREE OF L.F.
Global Alliance

VERS UNE ÉLIMINATION MONDIALE DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE: SUCCÈS ET DÉFIS

Quatrième réunion de
L'Alliance Mondiale pour l'Élimination
de la Filariose Lymphatique



29 - 31 mars 2006 Warwick Fiji



Vers une Elimination Mondiale de la Filariose Lymphatique:

Succès et Défis

**Quatrième réunion
de
L'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose
Lymphatique**

**29 – 31 mars 2006
Warwick, Fiji**

REMERCIEMENTS

La tenue de la quatrième réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique (GAELF) a été possible grâce à l'appui financier de GlaxoSmithKline (GSK), Merck & Co. Inc., du Programme de Donation du Mectizan®, du Ministère de la Santé des Îles Fiji et du Programme d'Élimination de la Filariose Lymphatique du Pacifique (PacEFL).

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

- De Son Excellence, l'Honorable Ministre de la Santé, Mr Solomon Naivalu
- Du Comité Directeur de l'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique
- Du Comité local d'organisation – le Dr Lepani Waqatakirewa (Président, Ministère de la Santé), le Dr Josefa Koroivueta, le Dr Chen Ken (Représentant de l'OMS pour le Pacifique Sud), le Dr Kazuyo Ichimori, Mme Maca Colata, Mlle Sera Vada (OMS) et M. Sitiveni Yaqona.
- Des membres associés - M. Idrish Khan, M. Akash Roy, Alisi Davila, M. Atama Nawaciono, Mme Grace Williams, M. Sevanaia Ratunaceva, M. Petero Manufoalau et M. Ravinesh Chand.
- Du Rapporteur – Mlle Ana Laqeretabua
- Secrétariat du Pacific Community team, M. Larry Thomas, M. Jason Chute, Mlle Matelita Ragogo et Mme Emily Nadike - CD Rom/DVD.
- Des étudiants de l'École de Médecine des Îles Fiji.
- Du Lymphatic Filariasis Support Centre, l'École de Médecine Tropicale de Liverpool – Le Professeur David Molyneux, Mme Joan Fahy, Mlle Lisa Bluett, Mlle Sara Holmes et le Dr. Kath Taylor.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS		2
APERÇU GÉNÉRAL		4
CONTEXTE		5
STRUTURE DE L'ALLIANCE MONDIALE		6
INTRODUCTION		
Objectifs de la réunion		7
Discours officiels		8
LES SUCCÈS DE L'EXTENSION DES PROGRAMMES		
Aspects généraux : le Comité Directeur du GAELF		10
Aspects généraux : l'Organisation Mondiale de la Santé		11
ASPECTS RÉGIONAUX		
Afrique		12
Amériques		13
Méditerranée Orientale		14
Mekong-Plus		14
Pacifique		15
L'Asie du Sud-Est		16
DÉFIS À RELEVER ET PERSPECTIVES		
Succès, défis et solutions		18
Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées – une nouvelle approche intégrée de l'OMS		19
LA FL ET LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT		
Les Objectifs du Millénaire pour le Développement des Nations Unies		20
La filariose – les coûts réels pour les personnes pauvres		21
Utiliser l'approche des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) dans les pays		22
Mobiliser les ressources nationales pour l'élimination de la FL		23
Collaborer avec les principaux donateurs; statut actuel, perspectives d'avenir		23
MISE EN PLACE DE PARTENARIATS		25
TABLES RONDES ET DISCUSSIONS		
Table ronde 1	Le rôle du GAELF4 dans les approches intégrées de la lutte contre les maladies tropicales négligées	26
Table ronde 2	Intégrer l'élimination de la FL	26
Table ronde 3	Futures orientations au niveau des pays pour la mobilisation des ressources	27
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA RENCONTRE		28
APPENDICES		
Annexe A	Ordre du jour du GAELF4	30
Annexe B	Présidents et Présentateurs de l'ordre du jour	32
Annexe C	Participants au GAELF4	33
Annexe D	Les membres du Groupe de Contact	35
Annexe E	Les membres du comité directeur	36

APERCU GÉNÉRAL

Ce rapport est un compte rendu des points essentiels qui ont marqué la quatrième réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique (GAEFL).

Le rapport présente le programme de la réunion ainsi que les succès de l'élimination de la filariose lymphatique au niveau mondial et les réalisations en cours dans les six grandes régions.

Il fait le point sur la filariose lymphatique (FL) en rapport avec les objectifs du millénaire pour le développement et propose des solutions en vue de résoudre les problèmes liés à l'insuffisance des ressources auxquels sont confrontés les pays dans l'élimination de la FL d'ici l'an 2020.

Comme souligné dans le rapport, le besoin d'intégration à tous les niveaux et le plaidoyer revêtent une importance capitale pour l'Alliance Mondiale. Le rapport de la réunion fait une synthèse des discussions du GAELF4 et présente les recommandations faites dans le communiqué final.

Veillez vous référer au site www.filariasis.org pour un rapport plus complet.

CONTEXTE

Infection parasitaire dévastatrice transmise par les moustiques, **la filariose lymphatique (LF) menace plus d'un milliard de personnes** dans le monde. Elle est causée par des vers parasites filiformes qui endommagent le système lymphatique humain et se contracte généralement à l'enfance, souvent avant l'âge de 5 ans. Elle figure parmi les maladies les plus défigurantes au monde et affecte les plus démunis. De nos jours, la FL est endémique dans 80 pays dans les tropiques et sous les tropiques et affecte plus de 120 millions de personnes ; parmi celles-ci, plus de 40 millions de personnes sont invalides ou défigurées avec des membres ainsi que des seins (lymphoedème) et des organes génitaux (hydrocèle) tuméfiés, ou alors des membres tuméfiés présentant une peau épaissie, dure, rugueuse et fissurée (éléphantiasis). L'incapacité et les stigmatisations souvent causées par la FL empêchent les individus affectés de mener un travail et une vie sociale normaux, aggravant ainsi le cycle de la pauvreté.

L'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique (GAELF) a été établie en 1998 sous l'instigation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), suite à la résolution prise par la 50^{ème} Assemblée mondiale de la Santé d'**Éliminer la FL en tant que problème de santé d'ici 2020**. En 1998, SmithKlineBeecham (maintenant GlaxoSmithKline) et Merck & Co. Inc. annonçaient leur engagement à faire don des médicaments – l'albendazole et le Mectizan aussi longtemps que cela sera nécessaire pour l'élimination de la FL qui constitue un problème de santé publique.

L'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique (GAELF) est un cadre de partenariat entre le public et le privé mis en place pour appuyer le Programme Mondial pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique (GPEFL) dans le plaidoyer, la mobilisation des ressources et la mise en œuvre de programmes. Créée en 2000, elle rassemble en son sein tous les Ministères de Santé, l'Organisation Mondiale de la Santé et autres agences des NU, les deux firmes pharmaceutiques et autres sociétés du secteur privé, des agences et des fondations de développement internationales, des organisations non gouvernementales, des établissements d'enseignement et instituts de recherche et les communautés locales. GlaxoSmithKline et Merck & Co. Inc. se sont respectivement engagés à fournir l'albendazole et le Mectizan pour parvenir à l'élimination- donation la plus importante de l'histoire estimée à plus de 1 milliard \$US.

Six ans après la mise en place de l'Alliance Mondiale, la quatrième réunion biannuelle s'est tenue aux Îles Fiji pour analyser les progrès et les succès du programme à ce jour et discuter des défis associés à l'élimination de la FL d'ici 2020. La rencontre a réuni des représentants de 53 pays, de l'Organisation Mondiale de la Santé, de la Banque Mondiale, des firmes pharmaceutiques, des représentants des donateurs, des établissements d'enseignement/instituts de recherche, des organisations non gouvernementales et autres parties intéressées.

STRUTURE DE L'ALLIANCE MONDIALE

Au cours de la troisième réunion du GAELF tenue au Caire en 2004, une nouvelle structure avait été adoptée pour représenter l'Alliance Mondiale – un Groupe de Contact Représentatif (RCG) composé des pays représentant chaque région et des représentants des firmes pharmaceutiques, des donateurs, des établissements d'enseignement/instituts de recherche, des organisations non gouvernementales, de l'Organisation mondiale de la Santé et de la Banque Mondiale.

Le RCG a élu un comité directeur de six membres devant exécuter les recommandations de la réunion de GAELF3. Selon leurs termes de référence, la mission du comité directeur consistait à « soutenir le Programme Mondial en renforçant l'efficacité de la mobilisation des ressources, du plaidoyer, de la communication et de la planification du programme au niveau national, régional et mondial ».

Le Dr Joe Koroivueta des Îles Fiji, élu président de l'Alliance Mondiale au cours de la troisième réunion du GAELF était chargé de l'organisation du GAELF4 avec l'aide du comité local d'organisation.

L'École de Médecine Tropicale de Liverpool a assuré le secrétariat de l'Alliance Mondiale.

INTRODUCTION

Objectifs de la réunion

Les objectifs majeurs de la quatrième réunion de l'Alliance Mondiale étaient les suivants :

- Reconnaître les progrès et les succès du programme d'élimination dans le monde entier en mettant l'accent sur les pays en voie de finalisation.
- Discuter des défis à relever face à l'objectif d'élimination de la filariose lymphatique d'ici 2020
- Relever le niveau d'engagement des ministères de la santé, et développer le plaidoyer et le soutien pour les efforts d'élimination de la FL.
- Discuter du rapport existant entre le Programme de la FL et les Objectifs du Millénaire pour le Développement - le coût réel de la FL pour les personnes pauvres et pourquoi l'Alliance Mondiale constitue un investissement rentable pour la santé de nos populations et des générations futures.

DISCOURS OFFICIELS



Le Dr Shigeru Omi – Directeur Régional de l’OMS pour la région du Pacifique Occidental.

Le Dr Omi a félicité le dur labeur et le dévouement des travailleurs de la santé en vue de l’élimination de la filariose lymphatique. La Chine a reçu une mention spéciale, étant parvenu avec succès à éliminer la FL au cours du programme mené ces 50 dernières années; il a également félicité la région du Pacifique qui a déjà réalisé la phase initiale du traitement de masse (TDM) de son programme d’élimination dans tous ses états membres à l’exception de deux pays.

‘L’un des obstacles majeurs auquel est confronté la plupart des pays engagés dans l’élimination de la filariose lymphatique est le manque de financement. Des fonds doivent être mobilisés pour que les pays poursuivent leurs programmes de traitement de masse et pour d’autres, de pouvoir entreprendre l’extension de la couverture à toute la population totale à risque. Pour atteindre l’objectif commun qui est l’élimination de la filariose d’ici 2020, il faut tenir compte du niveau atteint et évaluer si les fonds disponibles suffisent réellement à atteindre cet objectif.’



Son excellence Ratu Joni Madraiwiwi, Vice Président de la République des Îles Fiji a délivré le principal discours et officiellement déclaré l’ouverture de la réunion.

‘Le GAELF est un partenariat regroupant les secteurs privé et public mis en place en 2000 pour apporter un appui dans le plaidoyer, la mobilisation des ressources humaines et la mise en œuvre de programmes dans la lutte pour l’élimination de la filariose lymphatique. Les ministères de santé, l’Organisation mondiale de la Santé (OMS), les sociétés du secteur privé, les agences, les fondations de développement internationaux, les organisations non gouvernementales, les établissements d’enseignement et instituts de recherche et les communautés locales sont également engagés dans cette lutte. Le GAELF constitue un merveilleux témoignage de la capacité des hommes, en ces temps-ci, à dépasser leurs différences et à coopérer pour une cause louable. Le défi réside dans le fait de coordonner nos différents programmes pour obtenir un bien commun : l’élimination de la filariose lymphatique du monde d’ici 2020. Il faut de l’union, de l’engagement, de la discipline et par-dessus tout de l’humilité.’

L’Honorable Dr Terapei Maoate, Vice-Premier Ministre et Ministre de la Santé des Îles Cook a souhaité la bienvenue aux membres présents à la quatrième réunion de l’Alliance Mondiale aux Îles Fiji et dans le Pacifique.



Le Dr Maoate, au nom des 22 pays du PacELF, a exprimé sa reconnaissance au gouvernement des Îles Fiji, pour la tenue de ce grand événement promoteur que constitue la quatrième réunion de l’Alliance Mondiale pour l’Élimination de la Filariose Lymphatique.

‘C’est pour nous tous une fierté et un honneur d’accueillir cette réunion et nous espérons partager avec d’autres pays et régions membres du Programme Mondial ce que nous, au Pacifique, avons accompli par la voie unique du PacELF, de celle du Pacifique, à savoir la collaboration et l’unité des esprits entre nos pays insulaires.’



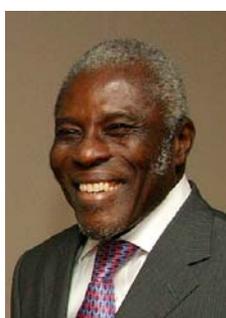
Justine Frain, Vice Présidente du Global Community Partnerships, GlaxoSmithKline, a réaffirmé l'engagement de GSK en faveur de l'élimination de la FL et souligné l'importance du partenariat.

'Le partenariat entre l'Alliance Mondiale et GSK revêt une grande importance pour nous. Les partenariats entre le privé et le public sont indispensables pour réunir les compétences et les ressources additionnelles nécessaires à la lutte contre les maladies, autrement, les ressources et le profil nécessaires seraient indisponibles. Le changement durable ne peut être assuré que par le partenariat et la collaboration ; nous encourageons donc d'autres sociétés, donateurs et partenaires à se joindre à nous et à s'impliquer davantage.'



Ken Gustavsen, Directeur du Global Product Donations for Merck & Co. Inc., a également mentionné le besoin de développer des partenariats et de créer de nouvelles opportunités dans la lutte pour l'élimination de la FL.

'Notre devoir consiste en la recherche de partenariats plus développés pour pouvoir libérer le potentiel qui existe dans le domaine de la gestion, du plaidoyer et du fonctionnement. La récente création d'un nouveau partenariat - le réseau des ONGD de la FL- qui est une autre initiative ayant reçu l'appui de Merck, constitue un cadre idéal pour renouveler le succès énorme de la contribution des ONGD dans la lutte contre l'onchocercose. L'Alliance pour la FL doit également rechercher de nouvelles opportunités innovantes pour évoluer du stade de programme unique et vertical pour la FL vers un programme horizontal et intégré. Dans le monde d'aujourd'hui où on se dispute les ressources et où il existe de nombreux besoins pressants en soins de santé, c'est uniquement par la voie d'une intégration réfléchie avec d'autres initiatives de santé que la durabilité – et éventuellement le succès - peuvent être atteints.'



Dr Yankum Dadzie – Président du Comité Directeur de l'Alliance Mondiale. Pour lui, cette rencontre marque le succès atteint par le Programme Mondial au cours des six années d'existence du GAEFL ainsi que les défis à relever.

'Comme le dit le dicton populaire en Chine – « un long voyage pénible commence toujours par un premier pas » - ce qui dans notre cas est comparable à la naissance du GAEFL en mai 2000 à Santiago de Compostelle en Espagne. Maintenant nous devons nous demander si notre programme est toujours sur la bonne voie. Quel est son niveau de développement aujourd'hui – est-il toujours dans l'enfance ou dans l'adolescence ou au collège sur le point d'obtenir un diplôme? Trois choses importantes me viennent à l'esprit:

- la confirmation du concept de notre programme mondial
- les ressources pour soutenir notre programme mondial
- un partenariat solide où nous uniront nos forces pour venir en aide aux efforts du Programme Mondial.'

LES SUCCÈS DE L'EXTENSION DES PROGRAMMES

Aspects généraux : le Comité Directeur de l'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique (GAELF)

Dr Yankum Dadzie

Le Dr Dadzie, Président du comité directeur du GAELF qui a ouvert les présentations sur les succès atteints dans l'extension des programmes, a remercié les participants pour leur présence massive. En effet, une rencontre du GAELF n'a jamais réuni autant de participants (240 délégués), ce qui témoigne que l'éloignement du pays hôte n'a pas découragé la participation à la réunion et le soutien à l'Alliance.

En faisant une revue du fonctionnement du GAELF, il ressort que la mise en place de la nouvelle structure de l'Alliance Mondiale en 2004 a créé un profil plus avantageux et présenté un front plus uni. La nouvelle structure représente un partenariat mondial qui a travaillé – si bien qu'un Groupe de Recherche des Pays-Bas s'en est servi comme exemple d'une synergie réussie à l'échelle mondiale et qui accorde également un plus grand appui aux directeurs de programmes nationaux. Le développement de son partenariat avec les Organisations Non Gouvernementales de Développement (ONGD) s'est intensifié par la mise en place d'un réseau d'ONGD et le lancement du premier Centre de Soutien à la FL pour les régions endémiques à Noguchi Memorial Institute for Medical Research à Accra, au Ghana.

Le concept d'une approche intégrée de lutte/élimination de la maladie avec une stratégie commune de traitement de masse (TDM) effectif a été une avancée significative sur le plan de la santé au niveau international. Ce qui a conduit à une restructuration de l'OMS qui a créé un service spécial pour les Maladies Tropicales Négligées ; cette mesure a reçu un grand appui y compris de la part de la Fondation Gates et du Conseil Mondial de la Santé. Le changement n'a fait que renforcer le principe du Programme Mondial, à savoir une mise en œuvre au sein des systèmes de santé et permettre également d'établir des relations avec d'autres programmes en vue d'une synergie d'action.

Une mise à jour du plan d'action élaboré par le Comité Directeur suite à la Session Spéciale lors du GAELF3 au Caire comportait :

Les communications. Plusieurs audiences cibles ont été identifiées et des stratégies différentes utilisées pour diffuser l'information sur la FL. En conséquence, la couverture a été possible par la voie des médias populaires et autres médias, dans les journaux scientifiques et dans les réunions scientifiques. Une mise à jour trimestrielle faite par le Comité Directeur ainsi que quatre numéros du LF News ont été produits et communiqués à plus de 500 partenaires.

Le plaidoyer et la mobilisation des ressources. Elaboration de matériels à l'endroit des donateurs ainsi que l'utilisation de diverses méthodes avec des niveaux de succès différents obtenus auprès des fondations et des sociétés donatrices aux niveaux international et national. De grands défis restent à relever, ce qui indique un besoin urgent de développer le plaidoyer à l'égard de la communauté des donateurs par :

- des conférences de presse ciblées portant sur la publication de documents scientifiques spécifiques
- la prise en compte de la mise en œuvre de la FL à travers les Maladies Tropicales Négligées.

Aspects généraux : l'Organisation Mondiale de la Santé

Dr Gautam Biswas

Le Dr Biswas, à travers une présentation générale de l'Organisation Mondiale de la Santé, s'est félicité de l'extension de la couverture du traitement de masse (TDM) qui a été un succès remarquable, en dépit du manque de financement. De plus, les objectifs atteints se rapprochent de ceux qui avaient été fixés. L'impact du programme de TDM sur la réduction de la transmission a été réalisé au moyen d'une baisse significative de la microfilarémie dans les sites sentinelles. Cependant, en vue d'assurer le succès à toutes les campagnes et parvenir à l'élimination, il faut également mettre en œuvre des programmes de prévention des incapacités qui accompagneraient la distribution de masse des médicaments.

De grands défis restent encore à relever pour atteindre l'objectif d'éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020, en plus du besoin pressant d'extension et de réalisation d'une grande couverture des programmes.

Proposition d'extension du TDM 2006-2010

Proposition de cibles cumulées de la population à risque à couvrir par le TDM

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	600	650	750	850	950	1150
En dehors de l'Inde	150	200	300	400	500	700

- Importance stratégique de l'extension du TDM en Inde, en Indonésie et au Nigéria qui représentent 75% de la population totale à risque
- Assurer une forte couverture thérapeutique et l'observance des communautés éligibles
- Tenir compte des problèmes liés au TDM lorsqu'il existe une co-endémicité avec la Loase pour permettre la mise en œuvre des programmes de la FL en Afrique de l'Ouest et du Centre
- Créer une structure pharmaceutique pour le DEC

Progrès au niveau mondial

- L'engagement des Ministères de la Santé des pays d'endémie dans l'établissement des lignes budgétaires pour la FL/Maladies Tropicales Négligées
- Le rapport de la commission pour l'Afrique qui présente l'importance de l'appui aux maladies négligées
- La mise à disposition par la Banque Asiatique de Développement de 30 millions \$US pour les maladies transmissibles y compris les Maladies Tropicales Négligées dans les pays du Mekong
- La résolution du parlement de l'UE sur les Maladies Tropicales Négligées
- La donation du Congrès Américain pour les Maladies Tropicales Négligées reconvertisse en subvention USAID d'un montant de 100 millions de \$US échelonnés sur 5 ans pour les Maladies Tropicales Négligées.

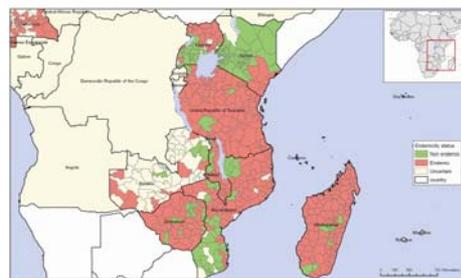
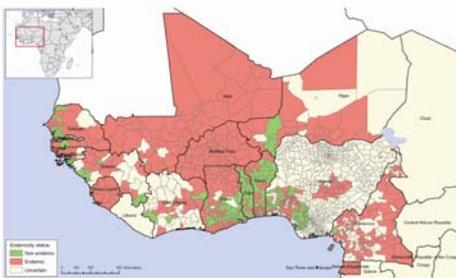
ASPECTS RÉGIONAUX

Les responsables régionaux des Groupes de revue des Programmes ont fait une présentation des progrès et des défis à relever dans les six régions. De manière générale, les progrès par rapport à l'évaluation de l'impact et des résultats du Programme Mondial d'Élimination de la Filariose Lymphatique ont confirmé que :

- Dans toutes les régions, des progrès ont été réalisés au cours de l'extension de la couverture du TDM dans les pays d'endémie en dépit de ressources limitées ;
- On observe une baisse significative des taux de prévalence de la microfilarémie et de l'intensité des charges microfilariennes après le TDM ;
- Il existe d'énormes besoins en ressources pour la mise en œuvre de l'extension ;
- Un accent particulier doit encore être mis sur la prise en charge des incapacités
- Il faut plus d'engagement et de volonté politiques pour maintenir et développer les activités ;
- L'appropriation du pays et la mise en place d'un partenariat à tous les niveaux sont à encourager ainsi que la création de synergies entre les programmes de lutte contre la maladie

LA RÉGION AFRIQUE

Dr Johnny Gyapong



Aperçu général

On retrouve au moins 38% de la charge mondiale de la FL en Afrique avec 480 millions de personnes à risque et 43 millions de personnes déjà infectées ; 4,6 millions souffrent de lymphoedème et plus de 10 millions souffrent d'hydrocèle. Sur les 38 pays d'endémie en Afrique, seuls 10 pays ont des programmes en cours de réalisation; à cela, s'ajoute la demande d'assistance de ces pays qui dépasse les ressources disponibles. Ce qui a conduit :

- Au prolongement de la période de cartographie de la maladie, y compris les pays ayant déjà mis en œuvre le TDM.
- A un faible taux d'extension des programmes nationaux pour couvrir toutes les populations à risque et
- Stagnation du nombre de programmes actifs

De nombreux défis restent à relever avec 28 pays qui doivent mettre en œuvre leurs programmes pour atteindre l'objectif d'élimination d'ici 2020.

Les Progrès

Cartographie : complétée dans huit pays en 2005

Traitement de masse : environ 10 millions de personnes traitées

Les Défis :

- Des fonds insuffisants demeurent la contrainte majeure
- Dans les programmes actifs, de grands efforts doivent être entrepris pour atteindre et maintenir des taux élevés de couvertures thérapeutique et géographique
- Un besoin pressant d’obtenir des données valides d’évaluations
- L’appropriation du pays et la mise en place d’un partenariat aux niveaux national, régional, et international
- La création de synergies entre les programmes de lutte contre la maladie

LA RÉGION DES AMÉRIQUES

Dr João Batista Furtada Vieira



Aperçu général

Avec une population estimée à 854 millions de personnes, la population totale à risque dans les Amériques est d’environ 8,9 millions avec presque 2,8 millions de personnes infectées par la FL. Ce qui correspond à moins de 1% de la population à risque.

Les Progrès

Suite aux évaluations épidémiologiques, seuls 4 des 7 pays d’endémie ont des foyers actifs : Haïti, la République Dominicaine, la Guyane et le Brésil. Lorsque l’on compare la région des Amériques aux autres régions, le problème de la FL y est relativement moins préoccupant en termes d’étendue géographique ; en outre, il existe des structures de santé et une organisation acceptables. Une extension de la couverture du TDM a été possible en dépit des problèmes de même qu’un accroissement de la prise en charge de la morbidité avec une mention spéciale des progrès réalisés par le programme Haïtien. Sur les sept pays que compte la région, Haïti possède la plus grande proportion de population à risque.

Vérification : Trois pays ont reçu des lettres de félicitation pour leur efforts extraordinaires dans l’élimination de la FL : le Costa Rica, Trinidad & Tobago et le Suriname. Une élimination de la FL en Guyane serait bientôt possible, à condition que la stratégie d’utilisation du sel enrichi au DEC soit développée et maintenue.

Les Défis

- La volonté politique est nécessaire pour maintenir/développer/améliorer les opérations de lutte en Haïti, en République Dominicaine, en Guyane et au Brésil;
- Améliorer et stabiliser les situations politiques, assurer le budget et le soutien financier en Haïti;
- Assurer l’approvisionnement en sel enrichi au DEC en Guyane;
- Renforcer l’intégration et soutenir le TDM en République Dominicaine;
- Etendre le TDM avec une couverture appropriée au Brésil.

LA RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Professeur Maged el-Setouhy



Aperçu général

Dans la Région de la Méditerranée Orientale, les pays d'endémie les plus connus sont l'Égypte, le Yémen et le Soudan. Au Yémen et au Soudan, la maladie est co-endémique avec l'onchocercose. Il a été prouvé que Oman est libéré de la FL, mais la transmission demeure incertaine en Arabie Saoudite, au Pakistan, en Somalie et à Djibouti.

Les Progrès

Le dernier numéro du journal Lancet faisant état des progrès du TDM en Égypte a confirmé l'efficacité de la stratégie du Programme Mondial dans le Traitement de Masse.

- L'Égypte a conduit 5 campagnes de TDM et une évaluation des villages comprenant une évaluation de la microfilarémie (MF) dans tous les sites sentinelles ; et une évaluation de l'antigénémie dans les zones confirmées négatives pour la MF;
- La cartographie a été conduite dans 8 des 28 états que compte le Yémen. Le TDM de porte-à-porte a débuté dans tous les districts endémiques avec la 5^{ème} campagne à finaliser au cours de l'année 2006.

Les défis

- La nécessité d'obtenir des renouvellements de fonds comme l'appui déjà octroyé par le Fonds Arabe pour le Développement Social and Economique qui a expiré en 2005;
- La nécessité d'intégration avec les autres programmes;
- A l'avenir, le refus systématique de certaines personnes pourrait entraîner une recrudescence de la maladie.

LA RÉGION DU MEKONG-PLUS

Professeur Dato CP Ramachandran



Aperçu général

La région du Mekong-Plus comprend 12 pays sur lesquels 8 sont endémiques (le Brunei, le Cambodge, la Chine, la RDP du Laos, la République de Corée, la Malaisie, les Philippines et le Vietnam).

Les Progrès

Vérification de l'interruption de la transmission : Au cours de la rencontre, la Chine a adressé une demande à l'OMS pour la vérification de l'interruption de la transmission ; une dernière enquête pour la même vérification est en cours dans la République de Corée. Brunei devra encore vérifier si les mêmes foyers de transmission sont toujours actifs avant d'entamer le processus de vérification.

Traitement de masse : La Malaisie et le Vietnam ont entamé leurs TDM en 2003 et ont conduit des évaluations à mi-parcours ; les Philippines possèdent la charge la plus élevée de la maladie dans la région,

39 provinces sur 79 sont affectées avec 11 millions de personnes couvertes par le TDM au cours de 2005. Au cas où des fonds seraient disponibles, des plans ont été développés pour étendre la couverture à tous les 21 millions de personnes que compte la population endémique.

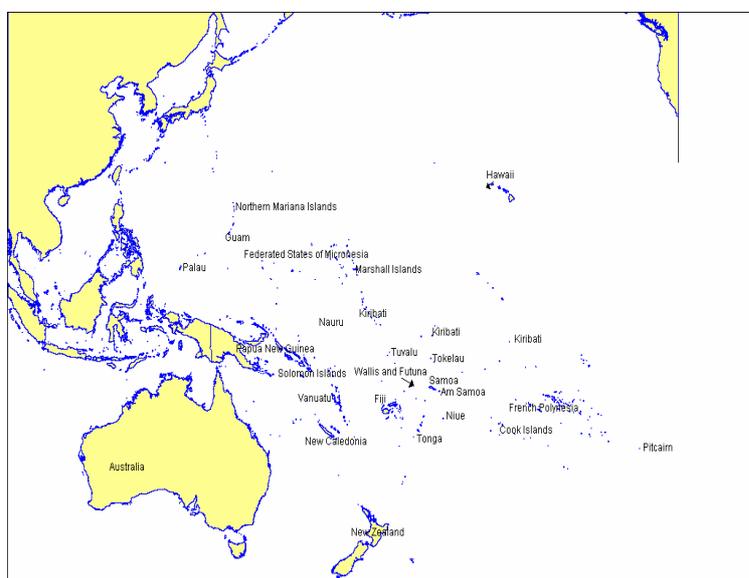
Cartographie : RDP du Laos: enquêtes complètes de la cartographie sans aucun cas positif.

Les Défis

- Aux Philippines, le manque de financement entrave l'extension du TDM à toute la population endémique composée de 21 millions de personnes;
- Au Vietnam, un changement de l'engagement politique pourrait empêcher celui-ci d'accéder aux fonds de la Banque Asiatique de Développement pour le PEFL dont font partie les pays de la Sous région du Grand Mekong;
- Le manque d'attention pour la prise en charge des incapacités.

LA RÉGION DU PACIFIQUE

Dr Jean François Yvon / Dr Kazuyo Ichimori



Aperçu général

Le Programme d'Élimination de la Filariose Lymphatique du Pacifique (PacEFL) fut le premier programme régional d'élimination à être mis en place. Le PacEFL travaille avec les 22 pays et territoires des îles du Pacifique pour libérer la région du Pacifique de cette maladie. Le programme a été lancé en 1999 et visait l'élimination de la FL dans la région d'ici 2010. La FL est endémique dans 11 des 22 pays des îles du Pacifique et est partiellement endémique dans 5 pays.

Les Progrès

Traitement de masse : Tous les 11 pays d'endémie et 1 pays parmi ceux partiellement endémiques ont débuté les programmes de TDM ; sur l'ensemble, cinq pays ont finalisé les cinq campagnes. D'ici la fin du programme, 6,2 millions de personnes auront bénéficié des cinq campagnes de TDM. La couverture du TDM au cours des dernières cinq années a varié de 69% et 75%.

On observe une réduction spectaculaire de la prévalence de l'antigène filarien après cinq campagnes de TDM, avec une moyenne de 85% dans les pays du PacEFL. Six autres pays ont connu une baisse de la prévalence de l'antigène entre l'enquête initiale et l'enquête de suivi après le TDM dans les sites sentinelles.

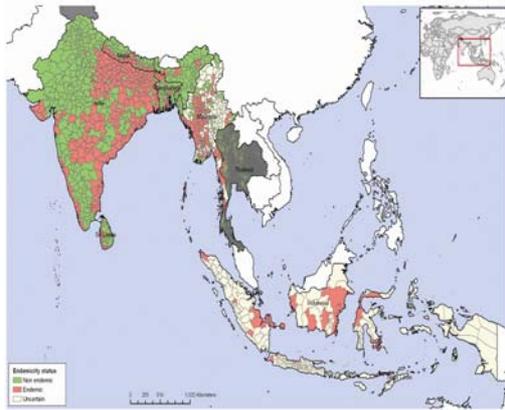
Les Défis

- Assurer la durabilité des programmes de TDM particulièrement dans la Papouasie Nouvelle Guinée;
- Identifier les 'points chauds' restants de la filariose dans les communautés reculées de l'île;

- Renforcer les efforts dans:
 - Le traitement du lymphoedème et de l'hydrocèle;
 - L'intégration avec d'autres programmes de santé publique;
 - Décider de la période d'arrêt du programme d'élimination.

LA RÉGION DE L'ASIE DU SUD- EST

Professeur Mahroof Ismail



Aperçu général

La région de l'Asie du sud-est comptabilise la charge la plus importante de la FL ; en effet, 700 millions de personnes sur les 1,2 milliards à risque d'infection dans le monde entier en plus des 60 millions sur les 120 millions de cas cliniques de FL, résident dans cette région. En Inde, 420 millions de personnes courent le risque de contracter la FL suivi du Bangladesh (49,9 millions), du Népal (13,9 millions), du Sri Lanka (9,8 millions) et des Maldives (8 sur les 200 îles sont endémiques).

Cartographie : la cartographie a été finalisée dans sept pays sur les neuf endémiques.

Traitement de masse : le TDM est en cours dans tous les pays d'endémie. En 2005, 82,5 millions de personnes ont bénéficié du TDM. Aux Maldives, au Sri Lanka et au Timor Leste, toute la population endémique est couverte par le TDM. Le Sri Lanka espère finaliser les cinq campagnes de TDM dans toutes les unités d'exécution au cours de l'année 2006.

Les taux de couverture sont élevés ; on a ainsi plus de 80% de taux de couverture obtenus dans la plupart des unités d'exécution (UE). Tous les sites sentinelles indiquent une baisse des taux de microfilarémie après 1 à 2 campagnes de TDM.

En matière de réduction des incapacités, l'Inde a formé tout le personnel du niveau national et le personnel enseignant des Écoles de Médecine sur la prise en charge des incapacités à base communautaire; en outre, des fonds ont été alloués à tous les États pour commencer l'hydrocelectomie d'ici 2006. L'extension d'un projet pilote intégré conduit au Sri Lanka a été réalisée suite au succès de sa mise en œuvre.

Problèmes et défis

- De sérieuses contraintes en ressources affectent l'extension des activités d'élimination ;
- A l'exception de 7 districts pilotes, l'Inde n'a pas encore adopté la combinaison thérapeutique recommandée pour le TDM¹;
- Surveillance par sites sentinelles et évaluation de l'élimination avant l'arrêt du TDM dans les UE ayant finalisés cinq campagnes de TDM selon les recommandations faites
- L'extension de la réduction des incapacités;
- Une approche intégrée pour la lutte contre les maladies tropicales en vue d'accroître l'efficience.

¹ Depuis la rencontre, il existe un changement de politique pour l'adoption d'une combinaison de médicaments



DÉFIS À RELEVER ET PERSPECTIVES

Président : Professeur Dato CP Ramachandran

Le Professeur Ramachandran s'est réjoui des succès atteints dans les régions dans le cadre de la lutte mondiale pour l'élimination de la FL ; il a, par la suite ouvert les débats sur les solutions à envisager en vue de parvenir au but visé qui est l'élimination de la maladie d'ici 2020. L'insuffisance des ressources qui est un fait indiscutable dans toutes les régions, a fait l'objet de débats ainsi que d'importants besoins d'assistance technique et de ressources dans plusieurs pays.

Succès, défis et solutions

Dr Eric Ottesen

Une revue des succès atteints jusque là dans l'élimination de la FL a été faite en soulignant l'importance des dernières recherches. De même, la portée du GAEFL4 qui a permis de célébrer les succès atteints dans les pays (petits et grands, nouveaux et anciens dans la lutte pour l'élimination de la FL), qui tous parlent de succès.

Le Dr Ottesen a fait la promotion de ce qui est un deuxième changement stratégique dans l'élan d'élimination de la FL ; il s'agit de l'introduction d'une approche intégrée du plaidoyer pour la FL comme relevant d'une initiative plus élargie des Maladies Tropicales Négligées. Il serait souhaitable que l'énergie actuellement utilisée pour les programmes de FL soit utilisée pour alimenter ce deuxième changement stratégique qui sert de moyen parfait et logique pour faire avancer la lutte.

L'effort général de lutte contre la FL a fait un grand progrès depuis l'introduction du premier changement stratégique qui consistait à passer du traitement des individus au traitement de toute la population à risque dans le programme de TDM. Ce programme a été mené à terme et a obtenu l'adhésion de plusieurs pays, en dépit de l'insuffisance des fonds pour les programmes nationaux. Lorsqu'on fait état des succès du programme de la FL, on observe:

- Sa très bonne organisation et gestion
- Sa très grande popularité au sein des communautés
- Son efficacité dans l'atteinte des objectifs

Le Dr Ottesen a cependant déclaré qu'il était temps d'introduire un deuxième changement stratégique, c'est-à-dire la stratégie de la mise en œuvre et du plaidoyer en vue de l'élimination de la FL au sein d'autres programmes de Maladies Tropicales Négligées; en effet, les preuves sont là que négocier uniquement pour la FL constitue un grand défi à relever. Ce nouveau paquet qui utilise les synergies des programmes pour la mise en œuvre et la mobilisation des ressources pourrait sans doute être 'le meilleur achat du marché mondial pour la santé du monde d'aujourd'hui.' Le principal paquet des Maladies Tropicales Négligées pourrait inclure:

- La filariose lymphatique
- L'onchocercose
- La schistosomiase
- Les helminthiases d'origine tellurique (STH)
- Le trachome

Cependant, pour parvenir au succès, cette nouvelle approche requiert de la flexibilité, le changement des vieilles habitudes, la création de nouveaux partenariats et le développement de nouvelles coalitions au sein des coalitions.

Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées – une nouvelle approche intégrée de l’OMS

Dr Gautam Biswas

Selon le Dr Biswas, l’OMS accorde une importance particulière à l’ensemble des Maladies Tropicales Négligées qui, jusqu’à présent sont restées en grande partie négligées dans le domaine de la lutte contre la maladie; et pourtant, l’on dispose de moyens rentables pour lutter contre la plupart d’entre elles. Une présentation des processus ayant conduit à la mise en place du Service de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées en 2005 a été faite et une réponse à trois niveaux pour la lutte contre ces maladies a été initiée:

- une plus grande couverture avec des interventions ayant un impact rapide;
- une lutte antivectorielle renforcée pour réduire la transmission de plusieurs maladies transmises par des vecteurs
- une amélioration de la surveillance et de la qualité des soins

Pour qu’un plaidoyer ait plus d’impact et pour obtenir une approche plus rentable, il faudrait que les maladies dites ‘négligées’ soient défendues globalement et non séparément, puisque la plupart des stratégies d’intervention sont identiques et intégrables.

La tendance vers une approche intégrée de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées est soutenue par le fait que la plupart des maladies parasitaires, nonobstant le fait d’avoir une charge très élevée de la maladie et beaucoup de pertes en vie (DALYS), demeurent en grande partie négligées en terme de lutte. Des médicaments sûrs et efficaces sont disponibles pour conduire une chimiothérapie préventive à grande échelle lorsqu’il est possible de couvrir des populations entières à risque.

Des questions techniques doivent toujours être prises en compte, entre autres le processus et l’impact des interventions menées sur plusieurs maladies sur la santé et le développement en général, ainsi que sur les paramètres spécifiques à la maladie.

Vers une intégration de la chimiothérapie préventive contre les helminthiases

Doses uniques de médicaments antihelminthiques efficaces et sûrs

	IVM 150-200µg/kg	ALB 400mg MBD 500mg	DEC 6mg/kg	PYR 10mg/kg	LEV 2.5mg/kg
Schistosomiase	Onchocercose	Ascaridiase	Filariose lymphatique	Ascaridiase	Ascaridiase
	Filariose lymphatique	Infections par ankylostome		Infections par ankylostome	Infections par ankylostome
		Trichuris			
		Filariose lymphatique *			

*En combinaison avec l’ivermectine ou le diéthylcarbamazine

1. Eradiquer l'extrême pauvreté et la faim
2. Assurer l'éducation primaire pour tous
3. Promouvoir l'égalité des genres et l'autonomisation des femmes
4. Réduire la mortalité infantile
5. Améliorer la santé maternelle
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies
7. Assurer un environnement durable
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

LA FL ET LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

Présidents : Dr Pat Lamine et M. Andy Wright

Le rapport entre la FL et les objectifs du millénaire pour le développement a constitué l'objet des débats au cours de cette session.

La filariose – les coûts réels pour les personnes pauvres

Mme Myrtle Perera

Le Ladder Programme (programme d'évaluation à moindre coût) mis en place par le Marga Institute au Sri Lanka a fait une étude du rapport entre la FL et les coûts réels pour les personnes pauvres ainsi que l'impact des maladies chroniques à long terme sur les ménages. L'analyse a permis de mieux cerner les liens existant entre la santé et la pauvreté à leur plus petit niveau. En faisant une étude de la pauvreté, cette recherche a été plus qu'une innovation; en effet, d'une étude uniquement basée sur les ménages pauvres elle s'est orientée vers une recherche d'étude sur la pauvreté.

L'étude de l'impact de la filariose sur la pauvreté est surtout relative aux coûts économiques mais également aux coûts sociaux et indique que ces deux coûts réunis font ressortir l'existence 'd'un manque total de soutien aux malades souffrant d'éléphantiasis et de leurs ménages'.

À partir des caractéristiques des antécédents des patients soumis à l'étude, on a pu avoir des renseignements de qualité du point de vue du patient et du ménage sur les différents revenus et l'accessibilité aux services; un réseau de services cliniques et de santé publique a été utilisé pour obtenir ces renseignements.

L'étude révèle :

- des différences au stade de l'infection
- des différences dans l'adoption des mesures préventives
- des différences dans la capacité de conduire les programmes de traitement
- des différences au moment de faire les diagnostics – les retards de diagnostic ont des conséquences irréversibles sur la FL.
- des différences dans la prise en charge

La FL affecte énormément l'économie des ménages avec

- Des malades qui entraînent les ménages dans la pauvreté
- Des malades qui maintiennent les ménages dans la pauvreté
- Des malades qui empêchent la famille de progresser de manière régulière mais imposent en lieu et place des fluctuations à celle-ci

L'étude a démontré que la FL affecte non seulement les personnes pauvres mais pousse également celles qui ne le sont pas dans la pauvreté. En parlant des stratégies à base communautaire - Mme Perera a déclaré que dans la mise en œuvre de ces stratégies, la 'communauté' se réduisait souvent à la famille et c'est toujours elle qui prend soin du malade. Généralement, c'est la femme qui pourvoit aux soins de la famille, et il arrive souvent qu'elle souffre de malnutrition tout en continuant à supporter cette charge. Dans le secteur de la santé et particulièrement des maladies chroniques, on impose souvent à la 'famille' la plupart des tâches de soins aux malades. Le résultat est que la famille se retrouve assiégée car on exige beaucoup d'elle pour les soins de ses membres qui souffrent de toutes sortes de maladies. Par conséquent, la famille en tant qu'unité sociale devient très vite 'une espèce en danger'. A cet effet, une alternative a été proposée, c'est-à-dire un changement stratégique qui consistera à passer des stratégies 'à base communautaire' à celles d'un partenariat et d'une collaboration en vue de soulager la famille du stress.

Utiliser l'approche des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) dans les pays Le Professeur Bernhard Liese

L'aide aux Pays Pauvres Très Endettés (PPTE) a été initiée par la Banque Mondiale et le FMI vers la fin des années 90. Ces deux entités faisaient une corrélation entre l'allègement de la dette et la réduction de la pauvreté. Le PPTE a été la première grande initiative d'allègement de la dette à l'échelle mondiale. Il visait deux objectifs : premièrement, réduire (éliminer) la dette extérieure que devait les pays à faible revenu et deuxièmement, augmenter les dépenses de l'Etat en faveur des pauvres, particulièrement dans les secteurs sociaux. 28 pays bénéficient actuellement de l'allègement de la dette, et dix autres en bénéficieront ultérieurement. Récemment, un accord portant sur une initiative de l'allègement total de la dette a été signé. Il existe présentement un Cadre pour la Soutenabilité de la Dette destiné aux pays à faible revenu, qui garantit l'existence d'une marge fiscale suffisante et veille à ce que les états n'empruntent pas davantage de fonds aux nombreux prêteurs qu'ils ne sont finalement pas en mesure de rembourser.

Le Dr Liese a souligné les avantages du PPTE et son importance lorsqu'il s'agit d'explorer les voies et moyens pour trouver des financements durables pour la FL. Les principales raisons pour lesquelles les programmes de lutte contre la FL doivent bénéficier de l'initiative de l'allègement de la dette sont les suivantes:

- Les 'pauvres' constituent les principaux bénéficiaires des programmes de lutte contre la FL; ces programmes constituent alors une garantie que les fonds pour les PPTE touchent en fait les 'pauvres';
- Les programmes de lutte contre la FL sont exceptionnellement peu coûteux, et pourtant très efficaces et politiquement populaires;
- Les ressources financières nécessaires pour les appuyer sont insignifiantes du point de vue de l'appui à la dette et peuvent facilement être intégrées dans les budgets nationaux;
- Généralement, l'engagement de l'Etat à voter un budget est une condition préalable pour la durabilité de tout programme de santé de même que pour la durabilité d'un programme de lutte contre la FL;
- L'argument selon lequel l'Etat ne dispose pas de fonds pour les maladies négligées prioritaires est sans fondement au regard de la disponibilité des fonds du PPTE;
- Néanmoins, les engagements des donateurs étrangers peuvent grandement contribuer au démarrage des programmes et permettre une mise en œuvre rapide. Actuellement, plusieurs programmes de lutte contre la FL à grande échelle combinent les financements de l'Etat et des donateurs externes.

Mobiliser les ressources nationales pour l'élimination de la FL

Dr Johnny Gyapong

Les budgets nationaux pour la santé doivent régulièrement contribuer à l'élimination de la FL puisque l'appropriation du programme par le pays est réalisée par ce canal ; ces budgets pourront alors être complétés par d'autres sources de financement. Il est incontestable que plusieurs sources de financement sont nécessaires pour assurer le succès des programmes d'élimination de la FL, cependant il n'est pas pratique que les directeurs de programme soient chargés d'assurer le financement de leurs programmes; il faut pour cela prendre des mesures pour obtenir d'autres sources de financement.

Dans cet ordre d'idée, les diverses approches effectuées au Ghana à l'endroit du secteur privé, des partenaires bilatéraux et multilatéraux, des ONG et de l'Etat ont été mentionnées et plus particulièrement la difficulté d'obtenir des fonds spécialement destinés à la FL.

En rapport à l'aide bilatérale et multilatérale, la plupart des aides bilatérales ont plusieurs destinations, alors que l'OMS dispose de lignes budgétaires spécifiques destinées à la lutte contre la maladie. Même si ces contributions aboutissent dans le budget national, il est impossible que le budget ordinaire réponde aux besoins des programmes. Les fonds du PPTE ont été accordés pour soutenir les activités dans le domaine de la santé dans quelques zones mais du fait de la lenteur des déboursements, le programme de la FL n'a encore rien perçu des 700000 \$US qui ont été accordés en avril 2005.

Collaborer avec les principaux donateurs ; statut actuel, perspectives d'avenir

Professeur David Molyneux

Il a été question ici du statut actuel de l'Alliance Mondiale par rapport aux partenariats entre le public et le privé dans le domaine de la santé, du financement du secteur public, le rôle des donations et l'assistance des fondations privées. Les Partenariats Mondiaux pour la Santé (GHP) constituent la meilleure solution du fait de leurs particularités. Des discussions poussées ont été menées sur les questions relatives au GHP de même que la projection de la science sur le plateau de la politique et de la pratique, du suivi et de l'évaluation en vue de renforcer les bases factuelles; l'intérêt particulier que l'OMS doit accordé à l'ensemble des Maladies Tropicales Négligées a également fait l'objet de discussions.

Pour appuyer les Partenariats Mondiaux pour la Santé, les conditions suivantes doivent être réunies :

- Contribuer aux Objectifs du Millénaire pour le Développement
- Mettre un accent particulier sur la réduction de la pauvreté
- S'aligner sur les processus menés par les pays
- S'engager pour une gestion efficiente
- Valeur ajoutée aux institutions déjà existantes
- Toucher les populations des états fragiles

Le Programme Mondial pour l'Elimination de la FL est régional, flexible avec ses potentialités liées à son intégration dans le système de santé, en particulier avec l'introduction des Maladies Tropicales Négligées qui représente 'le meilleur achat en santé publique' et met l'accent sur:

- Les multiples avantages et les objectifs de santé
- Les coûts peu élevés – \$US 0.040 /personne/an en Afrique ; moins élevé en Asie
- En faveur des pauvres et utile pour la plupart des Objectifs du Millénaire pour le Développement

- Fortes couvertures continues et engagement des communautés
- Plusieurs stratégies et les pays décidant de l'approche à adopter
- Engagement à long terme du pays/des donateurs/des ONGDs.

Les agences de donation, JICA et DFID ont décrit l'effort de collaboration qui a aboutit au succès de la mise en œuvre du programme d'élimination de la FL dans diverses parties du monde. Les efforts de collaboration qui consistent à passer de la FL spécifiquement vers l'intégration avec d'autres Maladies Tropicales Négligées ont fait l'unanimité comme étant la meilleure solution qui prendra également en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Le succès requiert avant tout la responsabilisation du pays ainsi que le plaidoyer et l'appui des plus hautes autorités de l'État si l'objectif final est l'élimination de la FL d'ici 2020.

MISE EN PLACE DE PARTENARIATS

Président : Dr Bjorn Thylefors

Dans son discours d'introduction, le président a rappelé l'importance de l'engagement des Organisations Non Gouvernementales de Développement (ONGD) dans l'élimination de la FL et de leur rôle de soutien aux programmes nationaux. La création du réseau des ONGD pour l'élimination de la FL en 2004 s'expliquait par la nécessité de nouer des relations de collaboration avec les ONGD engagées dans le TDM ainsi que le contrôle de la morbidité, et de constituer le plus souvent, des réseaux communautaires pour la prévention des incapacités. Les avantages de la collaboration ont fait l'objet de discussions ainsi que le travail des ONGD et des réseaux communautaires qui font partie intégrante de la lutte contre la FL. Pour atteindre les objectifs d'élimination dans toutes les régions, il est nécessaire de mettre en place des partenariats et de stimuler des efforts de collaboration en plus de la nécessité de renforcer le plaidoyer.

Le Dr Richards s'est appesanti sur le travail de collaboration entrepris depuis longtemps par le Carter Center dans le domaine de la FL avec le gouvernement du Nigéria dans les Etats du Plateau et de Nassarawa. Il a également présenté l'engagement du Carter Center dans le leadership technique et financier pour l'effort d'élimination de l'onchocercose des Amériques (le programme OEPA) comme un exemple de la capacité des ONG à faire davantage que soutenir uniquement les activités 'sur le terrain'.

Le Dr Dominique Kyélem a exposé ses attentes pour la collaboration entre le programme de la FL du Burkina Faso et Handicap International ainsi que la Fondation pour le Développement Communautaire. Cependant, bien que l'engagement des ONGD soit satisfaisant, il faut mobiliser de nouvelles ONGD pour couvrir d'autres districts.



M. Paul Derstine de Interchurch Medical Assistance (IMA) a fait une présentation des débuts de l'expérience de travail des ONGD avec le programme d'élimination de la FL. Jonathan Rout du Church's Auxiliary for Social Action (CASA) a fait état du projet mené dans l'Etat d'Orissa avec le soutien de IMA. A partir d'une stratégie à base communautaire d'initiation à l'élimination de la FL, le programme s'était fixé quatre principaux objectifs – la sensibilisation, la réduction de la morbidité, la connaissance et les aptitudes et la durabilité. La communauté a joué le rôle principal et assumé la responsabilité du programme, ce qui a conduit au succès de ce programme.

Au cours des discussions générales qui ont suivis, plusieurs pays ont souligné leur expérience positive de collaboration avec les ONGD. De l'avis de tous, il est nécessaire de développer une telle collaboration qui impliquerait aussi bien les ONGD internationales que celles travaillant au niveau national

PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS CRUCIAUX DU PROGRAMME

Alors que l'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la FL enregistre un grand succès depuis sa création en 2000, des défis restent toujours à relever en vue d'atteindre l'objectif d'élimination d'ici 2020. Au cours de la réunion, trois tables rondes de discussion ont été menées portant sur les questions relatives aux besoins cruciaux du programme.

Table ronde 1

Le rôle du GAEFL dans les approches intégrées de la lutte contre les maladies tropicales négligées

Président : Dr Kevin Palmer (OMS)

Panel: Ghana (Dr. John Gyapong), Inde (Dr. PL Joshi), Banque Mondiale (Dr. Ousmane Bangoura), GSK (M. Andy Wright), Carter Center (Dr Frank Richards), CDC (Dr. Patrick Lammie)

L'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la FL doit occuper sa position de promotrice de l'approche des Maladies Tropicales Négligées. Le GAEFL devra user de sa position de maladie grave dans le paquet des Maladies Tropicales Négligées et impulser le plaidoyer et la mobilisation des fonds. Il devra s'approprier le processus d'intégration et occuper la position adéquate pour le message d'élimination de la FL en vue de prendre de la vitesse dans l'approche des Maladies Tropicales Négligées. L'objectif d'élimination doit être maintenu et non se perdre dans le processus d'intégration lorsque le GAELF sera intégré dans les autres programmes et partenariats tels que le Partnership for Parasitic Control, Roll Back Malaria, Schistosomiasis Control Initiative pour créer des canaux de communication et de coopération.

Table ronde 2

Intégrer l'élimination de la FL

Président : Dr Sam Zaramba (Ouganda)

Panel: Cambodge (Dr. Socheat Duong), Nigéria (Dr. Munirah Jinadu), Papouasie Nouvelle Guinée (Dr. Leo Makita), Tanzanie (Zanzibar project) (Dr. Malick Juma), Togo (Dr. Kodjo Morgah), Yémen (Dr. Abdul Al Kubati)

L'intégration de l'élimination de la FL dans les autres programmes qui est actuellement en cours dans plusieurs pays et à différents niveaux est une initiative à encourager. Les discussions ont largement porté sur l'importance de l'appropriation et de la gestion du programme par le pays de même que celle de s'appuyer sur l'intégration dans des programmes ayant déjà fait leurs preuves en vue de créer des synergies. L'utilisation de travailleurs communautaires compétents dans plusieurs domaines et le maintien de la flexibilité sont nécessaires pour assurer une intégration réussie sans affecter négativement les programmes. Des politiques et des guides doivent également être élaborées pour guider le processus d'intégration aux niveaux national et international ainsi que le renforcement, en cas de besoin, des systèmes de santé.

Table ronde 3

Futures orientations au niveau des pays pour la mobilisation des ressources

Co-présidents: Dr Yankum Dadzie/Mr Emmanuel Lalsomdé

Panel: Bangladesh (Professeur Shahadat Hossain), Brésil (Dr. João Batista), Egypte (Professeur Maged el Setouhy), Ghana (Dr. Agyeman Akosa), Inde (Dr. PL Joshi), Philippines (Dr. Nemesio Gako), Sri Lanka (Dr. Athula Kahandaliyange), Tanzanie (Dr. Mwele Malecela), Vietnam (Professeur Le KhanhThuan)

Une communication à grande échelle et des plans de plaidoyer doivent être élaborés au niveau du pays pour développer la sensibilisation sur la FL et susciter plus d'engagement et de soutien dans les hautes sphères. Le plan de communication devra prendre en considération les acteurs et services clés au sein des Etats qui doivent comprendre les objectifs généraux de la FL, en vue d'obtenir de leur part l'appui nécessaire pour les programmes nationaux. En vue d'atteindre les objectifs d'élimination, l'appui des hautes autorités politiques est indispensable de même qu'une ligne budgétaire spécialement dédiée à la FL. Un partenariat plus développé et un plus grand appui sont également nécessaires de la part des ONGD et des partenaires internationaux en vue d'obtenir l'appui et la confiance pour la FL.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA RENCONTRE

Sur invitation de l'adjoint du Ministre de la Santé, l'Honorable Dr Aisha Omar Kigoda, la prochaine (cinquième) réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la FL se tiendra en Tanzanie.

Les recommandations suivantes ont été formulées :

1. Stimulée par les grands progrès déjà effectués, l'Alliance a exhorté tous les pays d'endémie à poursuivre et à intensifier leurs efforts pour l'élimination de la filariose lymphatique
2. Les efforts pour la mobilisation des ressources au niveau international et national doivent être absolument renforcés;
3. Développer le plaidoyer à destination de la communauté des donateurs (bilatéral et multilatéral, les fondations, les sociétés etc.). Il faut encourager les communications en utilisant les médias (les rencontres scientifiques, les journaux scientifiques, les rencontres politiques et autres forums) ;
4. Développer les bases factuelles et élaborer les matériels de plaidoyer appropriés en y associant l'élimination de la FL comme un grand potentiel pour la réduction de la pauvreté ;
5. Un changement stratégique, si nécessaire, qui préconise une mise en œuvre de l'élimination de la FL en tant que composante clé faisant partie du paquet des Maladies Tropicales Négligées, en lieu et place d'une mise en œuvre isolée. Les Maladies Tropicales Négligées qui sont d'une grande importance directe pour ce «paquet » comprennent, mais ne se limitent pas - à la filariose lymphatique, l'onchocercose, les helminthiases d'origine tellurique, la schistosomiase et le trachome – des maladies qui sont prises en compte à travers des initiatives déjà existantes de chimiothérapie préventive à grande échelle. En outre, il serait plus avantageux de joindre le paludisme et la supplémentation en micronutriments à ce paquet;
6. Les pays doivent explorer toutes les opportunités de partenariat avec les ONGD, en travaillant avec les groupes spéciaux nationaux ou les comités regroupant toutes les parties intéressées ;
7. Documenter l'expérience acquise jusqu'à présent par l'intégration de l'élimination de la FL dans d'autres programmes d'interventions à travers une recherche opérationnelle continue et la dissémination à d'autres pays et territoires intéressés ;
8. Le GAELF encourage les efforts d'intégration du programme et présente cette intégration pour servir de tremplin au plaidoyer. Cependant, le but du GAELF demeure indiscutablement le soutien au Programme Mondial pour l'Élimination de la FL. Il était prévu que le GAELF jouera un rôle principal au sein d'une plus grande coalition d'alliances établies pour cibler les Maladies Tropicales Négligées ;
9. Il faut développer un partenariat plus élargi pour les Maladies Tropicales Négligées au niveau international et national en intégrant les agences de donateurs, les universités, les ONG et les groupes de soutien locaux ;
10. Des efforts conjoints dans le futur pour mobiliser les ressources pour l'élimination de la FL et la lutte contre les autres Maladies Tropicales Négligées ;
11. Le GAELF devra encore examiner les questions relatives aux interventions intégrées des Maladies Tropicales Négligées et considérer les progrès réalisés au cours de la prochaine rencontre en 2008.



APPENDICES

Annexe A *Ordre du jour du GAELF4*

Du 29-31 mars 2006, à Warwick, aux Fiji

Mercredi, 29 mars 2006 – Jour 1

0900–0930	Président: Dr. Joe Koroivueta Mot de bienvenue Hon. Dr. Terepai Maoate Premier Ministre adjoint et Ministre de la santé, Iles Cook	
0930-1000	Discours officiels Comité Directeur Dr. Yankum Dadzie Organisation Mondiale de la Santé Dr. Shigeru Omi GSK Dr. Justine Frain Merck & Co. Inc. M. Ken Gustavsen	
1030-1100	Président: Dr. Lepani Waqatakirewa Discours principal “La voie du succès du PacELF” et ouverture officielle par son Excellence Ratu Joni Madraiwiwi, Vice-Président de la République des Îles Fiji Motion de remerciement – Dr. Yankum Dadzie	
1100-1150	Président: Dr. Joe Koroivueta POINT 2 DE L’ORDRE DU JOUR: SUCCÈS DE L’EXTENSION DES PROGRAMMES 1.1 Aspects généraux Comité Directeur du GAELF Dr. Yankum Dadzie Organisation Mondiale de la Santé. Dr. Gautam Biswas	
1150-1210	“Vérification de l’Interruption de la Transmission” Introduction par le Dr. Shigeru Omi Représentation, le Dr. Hao Yang pour la délégation chinoise	
1210-1220	Présentation de l’histoire du PacELF Mme Palanitina T. Toelupe	
1415-1500	1.2 Aspects régionaux Afrique Dr. Johnny Gyapong Amériques Dr. João Batista Méditerranée Orientale Professeur Maged el-Setouhy	
1530-1615	Mekong + Professeur CP Ramachandran PacELF Dr. Jean-Francois Yvon/Dr. Kazuyo Ichimori	
1615-1645	Asie du Sud Est Professeur Mahroof Ismail Q&R Remarques finales - Président	
1645-1745	POINT2 DE L’ORDRE DU JOUR: DÉFIS A RELEVER ET PERSPECTIVES Président: Professeur Dato CP Ramachandran 2.1 Succès, Défis, solutions Dr. Eric Ottesen 2.2 Maladies Tropicales Négligées - Une nouvelle approche intégrée de l’OMS Dr. Gautam Biswas	

Jeudi, 30 mars 2006 – Jour 2

0830-1030 POINT 3 DE L'ORDRE DU JOUR : LA FL ET LES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT

Coprésidents: Dr. Pat Lammie/Mr Andy Wright

- | | | |
|-----|---|---|
| 3.1 | La Filariose – les coûts réels pour les personnes pauvres | Mme Myrtle Perera |
| 3.2 | Utiliser l'approche des PPTe dans les pays | Dr. Johnny Gyapong/
Prof. Bernhard Liese |
| 3.3 | Collaborer avec les principaux donateurs:
Statut actuel, perspectives d'avenir | Professeur David
Molyneux |

1100-1230 POINT 4 DE L'ORDRE DU JOUR: MISE EN PLACE DES PARTENARIATS

Président: Dr. Bjorn Thylefors

- | | | |
|-----|---|--|
| 4.1 | Collaborer avec les ONG dans les programmes nationaux | Drs. Frank Richards/
Dominique Kyélem |
| 4.2 | Constituer des réseaux communautaires pour la
Prévention des incapacités | M. Paul Derstine/M
Jonathan Rout |

1400-1530 POINT 5 DE L'ORDRE DU JOUR: TABLE RONDE ET DISCUSSION PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS CRUCIAUX DU PROGRAMME

Table Ronde 1. *Le rôle du GAEFL dans les approches intégrées de la lutte contre les maladies tropicales négligées*

Président: Dr. Kevin Palmer.

Panel: Ghana (Dr. John Gyapong), Inde (Dr. PL Joshi). Banque Mondiale Dr. Ousmane Bangoura. GSK (Mr Andy Wright), Carter Center (Dr Frank Richards), CDC (Dr. Patrick Lammie)

1600-1730 **Table Ronde 2.** *Intégrer l' Elimination de la LF*

Président: Dr. Sam Zaramba.

Panel: Cambodge (Dr. Socheat Duong), Nigéria (Dr. Munirah Jinadu), Papouasie Nouvelle Guinée (Dr. Leo Makita), Tanzanie (Zanzibar Project) (Dr. Malick Juma), Togo (Dr. Kodjo Morgah), Yémen (Dr. Abdul Al Kubati)

Vendredi, 31 mars 2006- Jour 3

0830-1000 **Table Ronde 3.** *Futures orientations au niveau des pays pour la mobilisation des ressources*

Co-présidents: Dr. Yankum Dadzie/M. Emmanuel Lalsomde.

Panel: Bangladesh (Professeur Shahadat Hossain), Brésil (Dr. João Batista), Egypte (Professeur Maged el Setouhy), Ghana (Dr. Agyeman Akosa), Inde (Dr. PL Joshi), Philippines (Dr. Nemesio Gako), Sri Lanka (Dr. Athula Kahandaliyange), Tanzanie (Dr. Mwele Malecela), Vietnam (Professeur Le Khanh Thuan)

1000-1030 Synthèse des discussions des tables rondes – Les présidents

1100-1200 CONCLUSIONS FINALES ET RECOMMANDATIONS

Discours de clôture
Clôture de la réunion

1400-1700 Réunion spéciale; élection du Comité Directeur et des membres du RCG

Annexe B Présidents et Présentateurs de l'ordre du jour

Batista , Dr. João	Président du Groupe de revue des Programmes de la région des Amériques
Biswas , Dr. Gautam	Médecin –chef chargé de l'élimination de la Filariose Lymphatique, Service du contrôle des Maladies Tropicales Négligées de l'Organisation mondiale de la Santé
Dadzie , Dr. Yankum	Président du comité directeur de l'Alliance mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique
Derstine , M. Paul	Directeur Exécutif, Interchurch Medical Assistance
El Setouhy , Prof. Maged	Président du Groupe de Revue du Programme de la région de la Méditerranée Orientale Service de la santé publique, Université Ain Shams
Frain , Dr. Justine	Vice-président, Global Community Partnership, GlaxoSmithKline
Gustavsen , Mr Ken	Directeur, Global Product Donations, Merck & Co. Inc.
Gyapong , Dr. Johnny	Président du Groupe de Revue du Programme de la région AFRO/Directeur de programme du Programme National pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique au Ghana
Ichimori , Dr. Kazuyo	Scientifique de l'OMS, PacELF, Fiji
Ismail , Professeur Mahroof	Président, S.E. du Groupe de Revue du Programme de la région de l'Asie
Joshi , Dr. PL	Directeur et coordonnateur de Programme du Programme de lutte contre les maladies transmises par des vecteurs, Delhi, Inde
Koroivueta , Dr. Josefa	Président du GAELF, Médecin chef du Ministère de la Santé, Suva, Fiji
Kyelem , Dr. Dominique	Directeur de Programme du Programme National pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique du Burkina Faso
Lalsomde , M. Emmanuel	Directeur de l'Administration et des Finances, Ministre de la santé, Burkina Faso
Lammie , Dr. Patrick	Membre du comité directeur de l'Alliance mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique, Leader de groupe, Division des maladies Parasitaires, Centres de lutte et de Prévention des maladies, Atlanta, USA
Liese , Dr. Bernhard	Président du service de santé internationale, Georgetown University School of Nursing and Health Studies/Conseiller santé publique/Consultant de la Banque mondiale pour la Région Afrique
Maoate , Hon. Dr. Terepai	Premier Ministre adjoint et Ministre de la santé des Îles Cook
Molyneux , Professeur David	Directeur du Lymphatic Filariasis Support Centre, Liverpool School of Tropical Medicine, RU
Omi , Dr. Shigeru	Directeur Régional, Organisation mondiale de la Santé, Région du Pacifique Occidental
Ottesen , Dr. Eric	Directeur, Lymphatic Filariasis Support Center, Atlanta, USA
Palmer , Dr. Kevin	Conseiller Régional du paludisme transmis par des vecteurs et autres maladies parasitaires, bureau Régional de l'OMS pour la Région du Pacifique Occidental
Perera , Mme Myrtle	Senior Research Fellow, Marga Institute, Colombo, Sri Lanka
Ramachandran , Prof. Dato CP	Président du Groupe de Revue du Programme de la région du Mekong Plus/Président du comité consultatif du Programme mondial d'élimination de la filariose lymphatique / Professeur Emérite de Parasitologie Médicale
Richards , Dr. Frank	Directeur Technique du Carter Center pour la cécité des rivières, la Filariose Lymphatique et la Schistosomiase, Atlanta, USA
Rout , M. Jonathan	Coordonnateur du Programme de Orissa State, Church's Auxiliary for Social Action, Orissa, Inde
Toelupe , Mme Palanitina	Présidente Directrice Générale du Ministère de la santé, Samoa
Thylefors , Dr. Bjorn	Membre du comité directeur, Alliance mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique /Directeur du Mectizan Donation Program, Atlanta, USA
Waqatakirewa , Dr. Lepani	Vice Président du GAELF, Directeur exécutif, Ministère de la Santé, Fiji
Wright , M. Andy	Membre du comité directeur, Alliance mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique /Directeur du Programme Filariose Lymphatique, Global Community Partnerships, GlaxoSmithKline, Londres, RU
Yang , Dr. Hao	Directeur Général adjoint, Ministère de la santé, Chine
Yvon , Dr. Jean-François	Président, Directeur de Programme du PacCARE, Wallis et Futuna
Zaramba , Dr. Sam	Directeur Général des Services de santé, Ministère de la santé, Ouganda

Annexe C PARTICIPANTS AU GAELF4

Note: Pour une liste complète des noms des participants, visiter le site www.filariaasis.org et cliquer sur le lien: quatrième réunion de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique.

Pays

Samoa Américaine	Bangladesh	Burkina Faso	Bénin
Brésil	Brunei	Cambodge	China
Iles Cook	Comores	Egypte	Fiji
Ghana	Guam	Indonésie	Inde
Japon	Corée	Kenya	Kenya
Kiribati	Laos	Mali	Myanmar
Malaisie	Iles Marshall	Nauru	Nigéria
Népal	Niue	Mariana du Nord	Philippines
Papouasie Nouvelle Guinée	Sri Lanka	Samoa	Tanzanie
Thaïlande	Tokelau	Tonga	Togo
Tuvalu	Ouganda	Vanuatu	Vietnam
Wallis & Futuna	Yémen	Zanzibar	Zimbabwe

Vice-président de la République des Îles Fiji

Son Excellence Ratu Joni Madraiwiwi

Ministres

Iles Cook	Hon. Dr. Terepai Maoate
Kenya	Hon. Dr. Wilfred Machaga
Tanzanie	Hon. Aisha Omar Kigoda
Vanuatu	Hon. Morking Stevens Iatika

Organisations Internationales

Banque Mondiale

Secteur Privé

GlaxoSmithKline
Merck & Co.Inc.

Agences de Développement Internationales

Département for International Development (DFID), RU

Agences Internationales Non Gouvernementales de Développement (NGOs)

Le Carter Center
Interchurch Medical Assistance
Mectizan® Donation Program
World Vision

Présidents du Groupe de Revue des Programmes Régionaux

Président du comité consultatif

Centres de Collaboration

Centers for Disease Control (CDC), USA
James Cook University, Townsville, Australie

Organisations de recherche et d'éducation

Danish Bilharziasis Laboratory
LF Support Center, Atlanta, USA
LF Support Centre, Liverpool, RU
Michigan State University, USA
Notre Dame University, USA
Washington University School of Medicine, USA

Organisation mondiale de la Santé

OMS Siège (HQ)
OMS Bureau Régional pour l'Afrique (AFRO)
OMS Bureau Régional pour l'Asie Sud-est (SEARO)
OMS Bureau Régional pour le Pacifique Occidentale (WPRO)

**Annexe D Les membres du Groupe de Contact
(Élus au cours du GAELF3, Caire 2004)**

ENTITÉS		Représentées par
Pays d'endémie		
Afrique	Nigéria	Munirah Jinadu
	Tanzanie	Esther Charles
	Togo	Suzanne Aho/Yao Sodahlon
Amériques	République Dominicaine	Manuel González
	Haïti	Marie Denise Milord
Méditerranée Orientale	Egypte	Hussein Kamal
	Yémen	Abdul Samid Al Kubati
Sous-continent Indien	Bangladesh	Moazzem Hossein
	Inde	P.L. Joshi
Mekong Plus	Myanmar	Khin Mon Mon
	Philippines	Leda Hernandez
PacELF	Fiji	Lepani Waqatakirewa
	Samoa	Aird Hill Eti Enosa
Présidents Régionaux des PRG	Afrique	John Gyapong
	Amérique	João Batista Furtado Vieira
	Méditerranée orientale	Maged El-Setouhy
	Sous-continent Indien	Mahroof Ismail
	Mekong Plus	CP Ramachandran
	PacELF	Jean-Francois Yvon
Organisations non Gouvernementales	Handicap International	Susan Girois
	MDP	Bjorn Thylefors
Agences Internationales de Développement et donateurs	DFID	David Molyneux
	GTZ	Sybille Rehmet
Firmes Pharmaceutiques	GlaxoSmithKline	Andy Wright
	Merck & Co. Inc.	Ken Gustavsen
Etablissements d'enseignement/ instituts de recherche	KEMRI, Kenya	Njeri Wamae
	VCRC, India	PK Das
WHO		Francesco Rio
		Nevio Zagaria
Banque Mondiale		Bernhard Liese

Annexe E

Les membres du comité directeur

(élus au GAELF3, au Caire en avril 2004)

Dr. Yankum Dadzie	(président) ancien Directeur du Programme, de lutte contre l'onchocercose/ Programme Africain de lutte contre l'onchocercose (à la retraite)
Dr. Patrick Lammie	Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, USA
Dr. Francesco Rio	Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse
Dr. Yoshifumi Takeda*	Jissen Women's University, Tokyo, Japon
Dr. Bjorn Thylefors	Mectizan Donation Program, Atlanta, USA
Mr Andy Wright	GlaxoSmithKline, Londres, RU

** Resigned - July 2004*

Mrs Joan Fahy	Coordonnatrice du Secrétariat du Comité Directeur École de Médecine Tropicale de Liverpool, RU
---------------	---

Disponible en français et anglais
www.filariaisi.org

Les copies peuvent être obtenues à l'adresse suivante:

Secrétariat du GAELF
Liverpool School of Tropical Medicine
Penelope Place
Liverpool L3 5QA
United Kingdom
Tél. +44 (0)151 705 3145
Courriel: gaelf@lsm.ac.uk

Préparé par le Comité Directeur de l'Alliance Mondiale pour
l'Élimination de la Filariose Lymphatique

Photographies de couverture généralement offertes par
Jennifer L. Liang, Centers for Disease Control, Atlanta, USA.
Wesly Pierre, University of Notre Dame, Indiana, USA.
Frank Richards, The Carter Center, Atlanta, USA.



World Health
Organization

Les limites, les noms et les désignations utilisés sur ces cartes ne reflètent pas
l'opinion d'une quelconque opinion de la part de l'Organisation mondiale
de la Santé en ce qui concerne le statut légal d'un pays, d'un territoire,
d'une ville ou d'une zone ou de ses autorités, ou concernant la délimitation
de ses frontières et limites.

Les bordures des cartes représentent les lignes de délimitation approximative
pour lesquelles un consensus n'a pas encore été trouvé.

Source des données: Programme d'Élimination de la Filariose Lymphatique

Production de cartes: Public Health Mapping and GIS

Maladies transmissibles (CDS)

Organisation mondiale de la Santé

© OMS 2006. Tous droits réservés

© Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose
Lymphatique, 2006

