



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC54/INF.DOC/3

30 juin 2004

Cinquante-quatrième session

Brazzaville, Congo, 30 août – 3 septembre 2004

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 12.4 de l'ordre du jour provisoire

**ÉLIMINATION DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE
DANS LA RÉGION AFRICAINE : RAPPORT DE SITUATION**

RÉSUMÉ

1. En Afrique, la filariose lymphatique est due à un microfilaire, *Wuchereria bancrofti*, dont la transmission est principalement assurée par des moustiques : anophèle femelle et *Culex quinquefasciatus*. La filariose lymphatique sévit dans 39 des 46 États Membres de la Région africaine de l'OMS. On estime à 420 millions le nombre de personnes exposées au risque de filariose dans la Région, soit 38 % de la charge mondiale.
2. Les principales complications de la filariose lymphatique sont l'éléphantiasis, le lymphœdème et l'hydrocèle. On estime qu'il se produit en Afrique 4,6 millions de cas de lymphœdème et plus de 10 millions de cas d'hydrocèle. La filariose lymphatique (FL) est l'une des maladies les plus débilitantes et les plus défigurantes qui soient. La stigmatisation, la baisse ou la perte totale de productivité et le coût élevé du traitement figurent parmi ses conséquences socioéconomiques.
3. Consciente de l'importance économique, sociale et sanitaire de la filariose lymphatique, la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé a adopté, en 1997, une résolution appelant à l'élimination de cette maladie, en tant que problème de santé publique mondial, d'ici à 2020. Après l'adoption de cette résolution, deux laboratoires pharmaceutiques ont décidé de faire don d'albendazole et d'ivermectine au programme de lutte contre la filariose aussi longtemps qu'il en aura besoin.
4. Actuellement, le Programme d'Élimination de la Filariose lymphatique est à l'œuvre dans 20 pays; 9 en sont au stade du traitement médicamenteux de masse (TMM), et 11 achèvent ou ont achevé de cartographier la maladie. Les taux de couverture thérapeutique sont satisfaisants (supérieurs à 70 %) et sont en amélioration. Toutefois, par suite de contraintes financières, moins de 10 % de la population exposée au risque est couverte par le TMM. La mise en œuvre d'autres composantes du programme, telles que la lutte antivectorielle ou la prévention et le prise en charge de l'incapacité, se trouve retardée.
5. En disposant de moyens suffisants, il sera possible d'éliminer la filariose dans la Région africaine d'ici à 2020.

SOMMAIRE

	Paragraphes
GÉNÉRALITÉS	1 – 6
PROGRAMME D'ÉLIMINATION DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE	7 – 9
ÉTAT D'AVANCEMENT	10 – 18
CONTRAINTES ET DÉFIS	19 – 20
LA VOIE À SUIVRE	21
CONCLUSIONS	22 – 24

ANNEXES

	Page
1. Répartition de la filariose lymphatique dans la Région africaine de l'OMS	6
2. Manifestations de la filariose lymphatique	7
3. État de la cartographie et du TMM de la filariose lymphatique dans la Région africaine, 2003	8
4. Résultats cartographiques indiquant le nombre de personnes exposées au risque de filariose lymphatique par pays d'Afrique, 2003	9
5. Progression et objectifs du TMM dans la Région africaine.....	10

Généralités

1. En Afrique, la filariose lymphatique (FL), également appelée éléphantiasis, est due à un microfilaire, *Wuchereria bancrofti*, dont la transmission est principalement assurée par des moustiques : anophèle femelle et *Culex quinquefasciatus*. La filariose lymphatique sévit dans 39 des 46 Etats Membres de la Région africaine de l'OMS (voir carte, Annexe 1). On estime à 420 millions le nombre de personnes exposées au risque de filariose dans la Région, soit 38 % de la charge mondiale.
2. Les principales manifestations de la FL sont l'éléphantiasis, le lymphœdème et l'hydrocèle (voir photos, Annexe 2). On estime qu'il se produit en Afrique 4,6 millions de cas de lymphœdème et plus de 10 millions de cas d'hydrocèle. Ces complications font de la FL l'une des maladies les plus débilitantes et les plus défigurantes qui soient.
3. La stigmatisation, la baisse ou la perte totale de productivité et le coût élevé du traitement figurent parmi les conséquences socioéconomiques de la filariose lymphatique. Le coût du traitement entrave l'action des services de santé dont les moyens sont limités. Par exemple, dans une zone d'endémie du Ghana, le traitement chirurgical des hydrocèles représente un tiers de toutes les interventions, et une telle opération coûte US \$30, soit plus d'un mois de revenu pour le Ghanéen moyen.
4. Consciente de l'importance économique, sociale et sanitaire de la filariose lymphatique, la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé a adopté, en 1997, une résolution (WHA50.29) appelant à l'élimination de la FL, en tant que problème de santé publique mondial, d'ici à 2020. Après l'adoption de cette résolution, deux laboratoires pharmaceutiques ont décidé de faire don d'albendazole et d'ivermectine au Programme mondial d'Élimination de la Filariose aussi longtemps qu'il en aura besoin.
5. La Région africaine a lancé le Programme d'Élimination de la Filariose lymphatique (PEFL) en 2000. Jusqu'ici, 20 des 39 États Membres où la maladie est endémique mettent en œuvre le programme.
6. Le présent rapport décrit les progrès réalisés jusqu'à présent sur la voie de l'élimination de la FL dans la Région africaine.

Programme d'Élimination de la Filariose lymphatique

7. Le Programme d'Élimination de la Filariose lymphatique (PEFL) a pour but d'éliminer la FL en tant que problème de santé publique d'ici à l'an 2020. Il vise spécifiquement à :
 - a) améliorer l'état de santé général des populations des zones d'endémie grâce à un meilleur accès aux interventions de santé publique, de préférence en oeuvrant au sein des structures et des programmes de santé existants;
 - b) réduire et, finalement, interrompre la transmission de la FL dans toutes les communautés d'endémie grâce à : i) une chimiothérapie de masse utilisant l'albendazole en association avec l'ivermectine ou la diéthylcarbamazine, et ii) la lutte antivectorielle;

- c) atténuer les souffrances de ceux chez qui la maladie est patente (éléphantiasis et hydrocèle, par exemple) au moyen d'instruments de lutte spécifiques;
- d) installer un système d'observation efficace qui évalue constamment l'état d'avancement du programme et attire l'attention sur les questions et les problèmes de fonctionnement relatifs à la mise en œuvre du programme;
- e) améliorer constamment l'exécution du programme, grâce à la recherche opérationnelle.

8. Les cibles spécifiques du programme sont les suivantes :

- a) en 2005, la cartographie sera achevée et toutes les communautés d'endémie nécessitant des interventions en vue d'interrompre la transmission, telles que le traitement médicamenteux de masse ou la lutte antivectorielle, seront répertoriées;
- b) à la fin de 2007, les gestionnaires de programme de tous les pays membres d'endémie seront formés à la coordination des activités dans leur pays;
- c) à la fin de 2007, tous les pays membres d'endémie élaboreront des plans nationaux pour l'élimination de la filariose lymphatique et des propositions de projets pour le traitement médicamenteux de masse, la lutte antivectorielle, ainsi que pour les activités de prévention et de prise en charge de l'incapacité;
- d) à la fin de 2010, tous les pays membres d'endémie exécuteront des programmes nationaux anti-FL, couvrant toutes les communautés d'endémie (100 %) et traitant par chimiothérapie au moins 65 % de la population exposée, à chaque cycle de traitement de masse;
- e) à la fin de 2010, des programmes de prise en charge à base communautaire du lymphœdème seront entrepris dans toutes les communautés d'endémie;
- f) à la fin de 2010, la charge d'hydrocèle sera réduite d'au moins 80 % dans les communautés d'endémie;
- g) à la fin de 2010, tous les pays membres d'endémie seront dotés de systèmes d'observation fonctionnels pour évaluer l'état d'avancement du programme ainsi que le troisième cycle de traitement médicamenteux de masse;
- h) à la fin de 2020, la filariose lymphatique cessera de poser un problème de santé publique dans toutes les communautés d'endémie de la Région africaine.

9. Les principales stratégies du PEFL consistent à :

- a) interrompre la transmission de la maladie par le traitement médicamenteux de masse et la lutte antivectorielle qui, chez les êtres humains, ramènent la charge parasitaire à un niveau faible (prévalence inférieure à 1 % chez les enfants de moins de cinq ans), insuffisant pour entretenir la transmission;

- b) prévenir et prendre en charge l'incapacité pour atténuer les souffrances de ceux qui sont déjà affligés par la maladie et éviter la progression vers des stades de morbidité avancés.

État d'avancement

10. Le Programme d'Élimination de la Filariose lymphatique a été lancé en l'an 2000 aux niveaux mondial et régional. Parallèlement, quatre pays de la Région africaine ont aussi lancé des programmes nationaux : le Ghana, le Nigéria, la Tanzanie et le Togo. Une alliance mondiale s'est également conclue pour éliminer la filariose lymphatique en tant qu'entrave au développement socioéconomique. Elle récolte des fonds supplémentaires qui viennent compléter les contributions versées par les gouvernements pour assurer l'essor des activités. Un partenariat pour la Région africaine est en cours de constitution. Dans la Région, la Stratégie régionale pour l'élimination de la filariose lymphatique a été rédigée en 2001.

11. Le Groupe d'Examen du Programme régional a été constitué en 2001 et a tenu sa première réunion au cours de la même année. Quatre réunions ont eu lieu ultérieurement pour examiner des plans nationaux d'action et de nouvelles demandes de médicaments formulées par des pays. Sur les 12 plans nationaux soumis et examinés, 9 ont été mis en œuvre. Ces mêmes neuf pays ont déposé 22 nouvelles demandes de médicaments qui ont été étudiées par le Groupe d'Examen du Programme régional.

12. Une méthodologie de cartographie a été mise au point par l'OMS, et la réaction à l'antigène filarien circulant est l'instrument de diagnostic simple recommandé et utilisé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique aide les pays à renforcer leurs capacités cartographiques en organisant, depuis 2000, des ateliers de méthodologie. Jusqu'à présent, trois de ces ateliers ont formé des personnels de santé de 20 pays. Les sessions ont été organisées systématiquement, de telle sorte que, dans la Région, la cartographie soit terminée en 2005, échéance mondiale pour l'achèvement de ces travaux.

13. Les pays de la Région se situent à des stades différents de la cartographie : 15 pays l'ont achevée et, dans cinq autres, le travail est en cours (voir Annexe 3). Ainsi, sur les 39 pays d'endémie visés, 20 (représentant 51 % de l'objectif) ont entrepris des activités d'élimination. Le tableau de l'Annexe 4 donne une estimation de la population exposée au risque dans les pays cartographiés.

14. Pour la Région africaine de l'OMS, l'objectif du traitement médicamenteux de masse (TMM) est d'avoir traité 48,5 millions d'individus à la fin de 2005 (voir Annexe 5). D'après les statistiques de traitement de 2002, 9 956 118 personnes ont été traitées, par rapport à un objectif de traitement annuel régional (OTAR) de 16,1 millions (soit 60 %). Pour 2003, des chiffres provisoires montrent que 16 695 847 ont été traitées par rapport à un OTAR de 21,6 millions (soit 77,3 %). Ces chiffres représentent moins de 10 % de la population totale exposée au risque et qu'il faut traiter dans la Région africaine (voir Annexe 4).

15. Le traitement médicamenteux de masse se poursuit dans neuf pays; dans deux d'entre eux (les Comores et le Togo), le TMM couvre toute la population exposée au risque. Il est très important d'atteindre cette population dans sa totalité afin d'exercer une pression suffisante sur les charges parasitaires et interrompre ainsi la transmission.

16. La lutte antivectorielle est mise au point et menée en collaboration avec l'activité anti-moustiques des programmes de lutte contre le paludisme.

17. Six pays (Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigéria, Ouganda et Tanzanie) ont signalé avoir pris en charge un total de 8781 cas de lymphoedème et opéré 4339 hydrocèles. Le Kenya et l'Ouganda en sont au stade de démarrage de la prise en charge de l'incapacité. Il n'a pas été possible d'obtenir un financement pour la prévention et la prise en charge de l'incapacité.

18. Le Bureau régional a mis au point un logiciel (PELFDATA) pour l'enregistrement électronique des données relatives à la FL. Des coordonnateurs nationaux et des gestionnaires de données de dix pays ont été initiés à l'emploi de ce logiciel. Il est actuellement mis en place dans trois pays (Bénin, Burkina Faso et Togo). Le Burkina Faso, le Ghana et le Togo ont mené des enquêtes spéciales pour déterminer si les taux de couverture thérapeutique signalés concordent avec les taux de couverture observés.

Contraintes et défis

19. Les principales contraintes sont l'insuffisance des moyens humains et financiers, la co-endémicité de la filariose à *Loa loa* et la faiblesse des systèmes nationaux de santé. Elles ont abouti à ralentir le développement des activités et à retarder la mise en œuvre de certaines composantes du programme (la lutte antivectorielle, par exemple).

20. Le grand défi est de couvrir la totalité de la population exposée au risque dans un délai raisonnable, de manière à exercer une pression suffisante sur les charges de microfilaires et parvenir ainsi à l'objectif d'interruption de la transmission. Les autres défis consistent notamment à atteindre des taux de couverture thérapeutique et géographique élevés et à s'y maintenir. En outre, à ce stade de la mise en œuvre du programme, il est essentiel de recueillir des données d'évaluation fiables pour déterminer clairement si le programme va de l'avant. Il faut cartographier davantage encore l'endémicité de la filariose à *Loa loa* pour soulager d'autant le traitement médicamenteux de masse. Enfin, il convient de renforcer l'appropriation du programme par les États Membres d'endémie filarienne et leur attachement à sa mise en œuvre.

La voie à suivre

21. C'est conscient de l'importance de la FL du point de vue socioéconomique et de la santé publique, et fort de l'expérience acquise jusqu'ici que le PEFL orientera ses activités futures. Il est nécessaire d'intensifier l'action de plaidoyer afin de renforcer l'adhésion au programme et d'affermir le soutien des partenaires. Parallèlement, il faut susciter des synergies entre le PEFL et d'autres programmes de santé publique, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la Division de la Lutte contre les Maladies transmissibles, afin d'améliorer la rentabilité et l'efficacité. Il faudrait plus rapidement atteindre des taux de couverture thérapeutique et géographique élevés et s'y maintenir de manière à réaliser l'objectif d'élimination fixé pour la FL. La surveillance et l'observation sont d'autres activités importantes; un soutien sera apporté aux pays d'endémie pour qu'ils les intègrent à leurs plans d'action et qu'ils puissent mieux prendre des décisions en connaissance de cause.

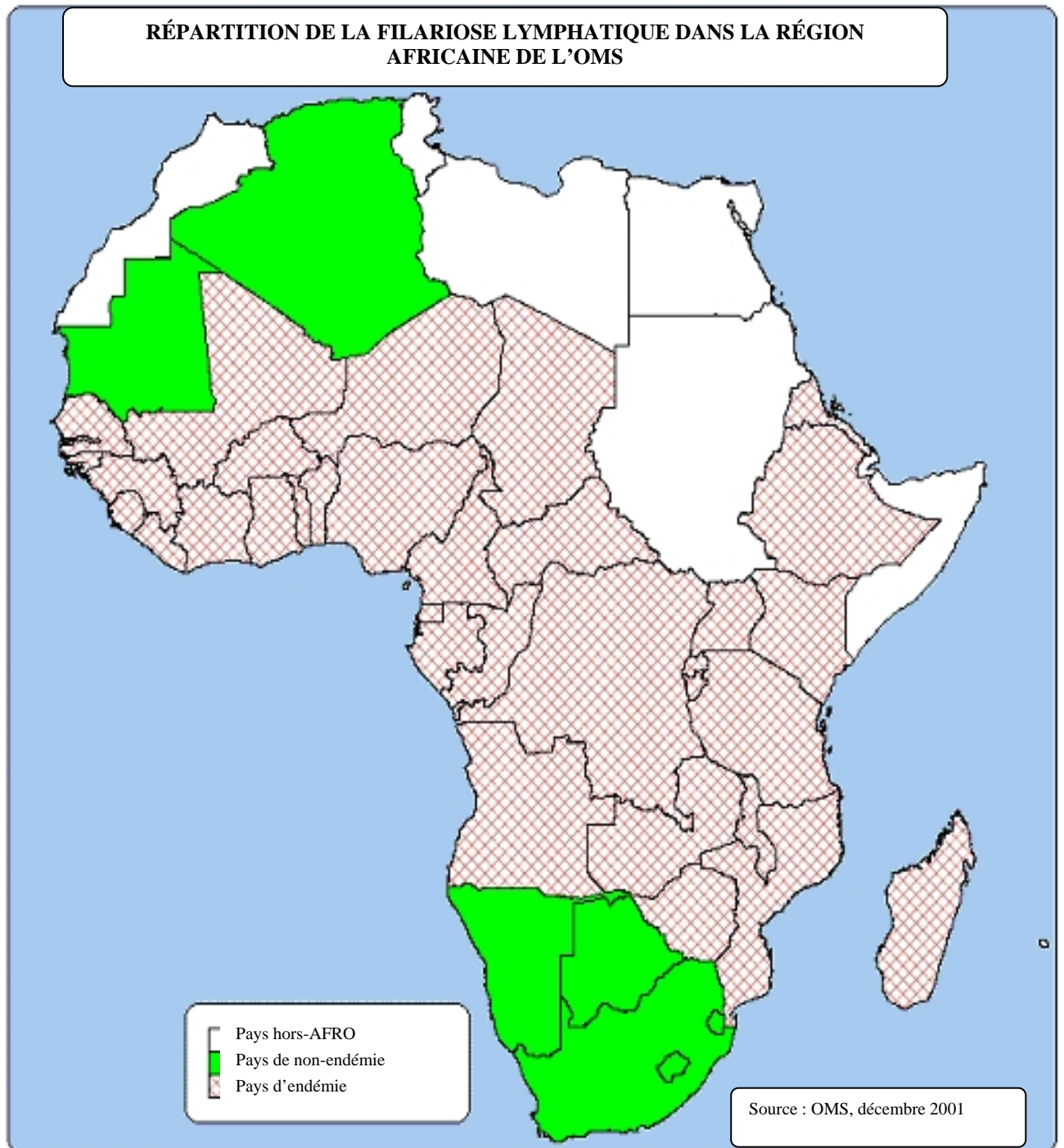
Conclusions

22. Le PEFL est un programme favorable aux pauvres qui a été salué par la communauté internationale et les États Membres d'endémie de la Région, eux-mêmes très désireux de le mettre en œuvre. Lorsque le programme mondial a été lancé en 2000, quatre pays de la Région africaine ont immédiatement pris des mesures pour entamer des programmes nationaux. À ce jour, 20 des 39 pays d'endémie de la Région mettent en œuvre le programme.

23. Sur les 20 pays menant des activités d'élimination de la filariose, 9 pratiquent actuellement le TMM. Les taux de couverture thérapeutique sont satisfaisants (plus de 70 %) et s'améliorent au fil des ans. Toutefois, par suite de contraintes financières et d'effectifs insuffisants, moins de 10 % de la population exposée au risque est jusqu'à présent couverte par le TMM. En outre, la mise en œuvre d'autres composantes du programme, telles que la lutte antivectorielle ou la prévention et la prise en charge de l'incapacité, se trouve retardée.

24. La mise en œuvre du PEFL a, jusqu'ici, nettement progressé. Toutefois, il reste beaucoup à faire. Avec les contributions de toutes les parties intéressées (gouvernements des pays touchés, collectivités, partenaires) la filariose lymphatique sera éliminée dans la Région africaine d'ici à 2020.

ANNEXE 1



ANNEXE 2

MANIFESTATIONS DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE



ANNEXE 3

**ÉTAT DE LA CARTOGRAPHIE ET DU TMM* DE LA FILARIOSE
LYMPHATIQUE DANS LA RÉGION AFRICAINE, 2003**

Cartographie achevée, TMM entreprise	Cartographie en cours, TMM entreprise	Cartographie achevée, pas de TMM	Cartographie entreprise, pour achèvement en 2004
Bénin Burkina Faso Comores Ghana Ouganda Togo	Kenya Nigéria Tanzanie	Cameroun Côte d'Ivoire Guinée équatoriale Gambie Madagascar Malawi Mali Niger Sénégal	Zambie Zimbabwe

* TMM : Traitement médicamenteux de masse

**RÉSULTATS CARTOGRAPHIQUES INDIQUANT LE NOMBRE DE PERSONNES EXPOSÉES AU RISQUE
DE FILARIOSE LYMPHATIQUE PAR PAYS D'AFRIQUE, 2003**

Pays	Nb. total de personnes examinées	Prévalence*		Nb. total d'UE dans le pays	Nb. d'UE étudiées	Nb. d'UE d'endémie (%)	Pop. totale exposée	Pop. totale**	Cartographie
		Fourchette	Moyenne.						
Bénin	4 874	1.2–12.5	2.09	77	77	48 (62.5)	3 430 000	5 720 000	achevée
Burkina Faso	6 246	2.0–74.0	28.98	53	53	53 (100.0)	12 997 000	11 087 000	achevée
Cameroun	6 356	3.0–97.4	58.92	153	122	98 (80.3)	9 483 757	14 300 000	achevée***
Comores	Emploi d'une méthode d'évaluation différente			3	3	3 (100.0)	578 000	632 000	achevée***
Côte d'Ivoire	3 305	1.4–45.5	7.81	51	42	28 (66.6)	14 000 000	13 937 000	achevée***
Guinée équatoriale	1 166	2.3–8.1	5.84	17	17	15 (88.2)	420 000	420 000	inachevée
Gambie	792	1.0–3.0	0.02	37	6	5 (83.3)	1 200 000	1 169 000	achevée
Ghana	11 098	1.0–39.4	6.34	110	77	44 (57.1)	9 957 300	18 338 000	achevée***
Kenya	Emploi d'une méthode d'évaluation différente			70	6	6 (100.0)	2 700 000	27 799 000	inachevée
Madagascar	3 871	1.2–56.0	9.01	111	87	69 (79.3)	TBA	15 353 000	achevée
Malawi	2 913	14.0–35.9	9.20	28	28	27 (96.4)	9 845 000	9 845 000	achevée
Mali	4 845	1.0–78.1	31.80	49	49	49 (100.0)	10 766 900	11 480 000	achevée
Niger	3 837	1.0–52.0	12.10	35	35	32 (91.4)	12 149 245	9 788 000	achevée****
Nigéria	Emploi d'une méthode d'évaluation différente			774	26	26 (100.0)	80 000 000	118 369 000	inachevée
Sénégal	4 379	1.0–57.0	15.84	35	21	21 (60.0)	TBA	8 762 000	achevée
Tanzanie (continent)	3 933	4.0–72.0	42.84	108	52	11 (47.8)	20 000 000	30 799 000	achevée
Tanzanie (Zanzibar)	Emploi d'une méthode d'évaluation différente			12	12	12 (100.0)	914 174	-	achevée
Togo	4 456	1.0–36.0	1.00	30	30	7 (23.3)	1 123 757	4 317 000	achevée
Ouganda	6 980	1.9–26.8	7.80	56	56	24 (42.0)	TBA	20 256 000	achevée
Zambie	2 199	0.3–52.6	10.30	54	8	5 (62.5)	TBA	8 275 000	inachevée
Zimbabwe	3 011	7.0–68.0	29.25	59	44	44 (100.0)	TBA	11 439 000	inachevée

* Résultats en provenance de zones où des cas positifs ont été décelés.

** Meilleures estimations disponibles.

*** Certaines UE ont été exclues de la cartographie et classées de non-endémie sur la base de facteurs écologiques.

**** Les UE ont été redécoupées après l'achèvement de la cartographie.

UE = unité d'exécution (dans la plupart des pays, c'est un district)

TBA = chiffre à communiquer

ANNEX 5

PROGRESSION ET OBJECTIFS DU TMM DANS LA RÉGION AFRICAINE

