

PLAN NATIONAL D'ELIMINATION DE LA
FILARIOSE LYMPHATIQUE
POLYNESIE FRANCAISE

Version 1
~~24 novembre~~ 2008
2 décembre

Direction de la Santé

Avec la collaboration de :
Organisation Mondiale de la Santé, bureau pour le Pacifique Sud, Suva, Fiji
Institut Louis Malarde

Table des matières

1. Introduction
2. L'engagement de la Polynésie française et l'objectif d'élimination de la filariose lymphatique
3. Rappel et analyse de la situation actuelle en PF
4. Organisation du programme national d'EFL
5. Ressources humaines et liens institutionnels
6. Evaluation de l'impact socio-économique de la FL en PF
7. Stratégies d'élimination de la FL en PF
8. Estimation des besoins en médicaments
9. Surveillance et évaluation
10. Infrastructure du programme et formations des personnels
11. Estimation du budget pour le programme d'EFL
12. Objectifs nationaux
13. Activités à mettre en œuvre
14. Evaluation et supervision

15. INTRODUCTION

La filariose lymphatique dans le monde et le programme mondial d'élimination

Bien que la filariose lymphatique (FL) soit rarement mortelle, elle est une cause majeure de souffrance et de handicap. Plus de 1,3 milliard de personnes dans 83 pays et territoires soit environ 18% de la population mondiale, vivent dans des zones à risque d'infection par le parasite de la FL. Environ un tiers de ces personnes vivent en Inde, un tiers en Afrique et le reste en Asie, dans le Pacifique et aux Amériques. Le Bangladesh, le Congo, l'Inde, l'Indonésie, Madagascar, le Nigeria et les Philippines sont parmi les pays les plus fortement endémiques.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 120 millions de personnes sont infectées dans les zones tropicales et subtropicales. Près de 25 millions d'hommes souffrent de la forme génitale de la maladie (hydrocèle le plus souvent) et environ 15 millions de personnes, pour la majorité des femmes, souffrent de lymphœdème ou d'éléphantiasis des membres inférieurs.

L'importance du problème chez les enfants est mieux comprise depuis ces dernières années. En fait, dans la majeure partie des cas, l'infection est contractée pendant l'enfance avec une longue période d'évolution infraclinique qui progresse ensuite vers les manifestations cliniques caractéristiques de la maladie à l'âge adulte.

Quatre vingt dix pourcent des infections dans le monde sont dues à *Wuchereria bancrofti*, le reste étant dû à *Wuchereria malayi*. L'homme est l'hôte exclusif de *W. bancrofti* et ses principaux vecteurs dans le monde sont le moustique *Culex* dans les zones urbaines et semi-urbaines, *Anopheles* dans les zones rurales d'Afrique et dans certains pays du Pacifique (Vanuatu, Papouasie Nouvelle Guinée) et *Aedes* dans la plupart des pays insulaires du Pacifique.

En 1997 à la suite des avancées dans le domaine du diagnostic et du traitement de la filariose lymphatique, cette maladie a été classée comme l'une des six maladies infectieuses pouvant être éradiquées ou potentiellement éradiquées. A la suite de cette classification l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté la Résolution WHA 50.29 (1) qui appelle à l'élimination mondiale de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique d'ici 2020.

La filariose lymphatique dans le Pacifique

En 1999, l'OMS a lancé le Programme pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique dans le Pacifique (PacELF). Ce programme sous régional est apparu comme le « bras Pacifique » du programme mondial dont l'objectif est l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2020. Les deux stratégies développées dans le Pacifique pour atteindre cet objectif sont :

- L'interruption de la transmission de l'infection filarienne par des Campagnes d'Administration de Masse (CAM) annuelle utilisant une association de deux médicaments : Albendazole (ALB) et Diéthylcarbamazine citrate (DEC), pendant au minimum cinq années ;
- Le contrôle de la morbidité afin de soulager les souffrances et d'éviter les handicaps chez les personnes déjà atteintes de la maladie.

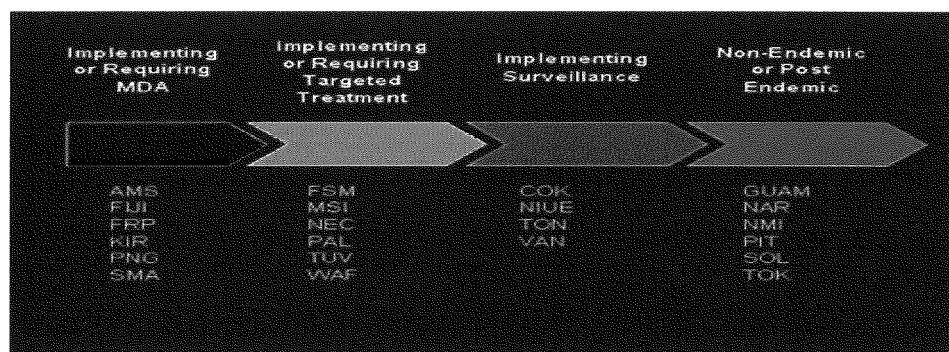
Le Programme pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique dans le Pacifique est coordonné par un médecin de l'OMS basé au bureau pour le Pacifique Sud à Suva, Fiji. Le programme couvre les 22 états et territoires insulaires du Pacifique qui, à la suite d'études de prévalence en 1999-2000, ont été regroupés en trois catégories à l'origine du programme:

- 11 pays endémiques : Fidji, Polynésie française, Cook, Kiribati, Niue, Samoa, Samoa américaines, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, et Papouasie-Nouvelle Guinée.
- 6 pays non endémiques : Guam, Nauru, Pitcairn, îles des Mariannes du Nord, Salomons et Tokelau.
- 5 pays partiellement endémiques : Etats Fédérés de Micronésie, îles Marshall, Palau, Nouvelle Calédonie, Palau et Wallis & Futuna.

Une première évaluation du programme par un groupe d'experts en octobre 2006 à l'occasion de la reprise du programme par la nouvelle coordonatrice, a permis d'identifier les problèmes auxquels se heurtait le programme dans le Pacifique. De nouvelles stratégies et directions ont été définies afin d'y remédier. En 2007 des études de prévalence solides ont été mise en œuvre dans de nombreux pays et états insulaires de cette région. Ces études ont permis d'obtenir un état des lieux de la situation dans le Pacifique et ont apporté des bases scientifiques sérieuses sur lesquelles les experts se sont appuyés pour définir de nouvelles stratégies.

En juin 2008, dans les suites immédiates d'une visite d'un groupe d'experts internationaux dans certains pays se heurtant à des difficultés particulières (Samoa, Samoa américaines, Fiji), l'OMS a réuni à Nadi, Fiji, le premier groupe technique de travail. Ce groupe a rassemblé des experts nationaux et internationaux afin de revoir la situation et identifier les étapes suivantes du programme. Le groupe a reconnu les progrès fait dans le Pacifique vers l'objectif d'une prévalence de moins de 1% d'antigenémie et l'élimination de la FL. A la suite de cette évaluation une nouvelle classification a été établie qui reflète mieux les progrès fait par les pays et états insulaires du Pacifique et la nature des activités actuellement mises en œuvre.

Figure 1 : Classification des 22 pays et états insulaires du Pacifique, juin 2008



L'évaluation du programme dans le Pacifique s'appuie sur des études de prévalence régulières utilisant le test ICT, un test de diagnostic rapide qui permet de détecter l'antigène filarien, marqueur du ver adulte. Dans le Pacifique les campagnes ont permis de réduire de 71% la prévalence d'antigenémie qui est ainsi passée au niveau régional de 10,7% (études initiales) à 3,1% (études de prévalences post-CAM). Toutefois ces résultats doivent être interprétés avec précaution car les méthodes utilisées ont varié dans le temps, d'un pays et d'un site à l'autre et les sites ont également changé au fil du temps. En 2008 quatre pays initialement endémiques ont atteint l'objectif de moins de 1% d'antigenémie dans la population générale et moins de 0.1% chez les enfants de moins de 6 ans et ont pu stopper les campagnes de masse. Ces quatre pays se sont maintenant engagés dans l'étape ultime de surveillance active qui doit être maintenue pendant cinq années.

Il n'existe malheureusement pas de données épidémiologiques sur la poids de la pathologie due à la FL dans le Pacifique et cet aspect fait maintenant l'objet d'une attention particulière au niveau régional. L'OMS estime toutefois que 7,5 millions de personnes sont à risque dans le Pacifique.

2. L'ENGAGEMENT DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE ET L'OBJECTIF D'ÉLIMINATION DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE

La Polynésie française a une très longue histoire de lutte contre la filariose lymphatique (cf. paragraphe 3) et bénéficie d'une très grande expérience dans ce domaine, de même que d'une expertise unique à l'Institut Louis Malardé.

A la suite de la Résolution 50.29 adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1997 et par une délibération du 28 octobre 1999 (n° 99-190 APF) l'Assemblée Territoriale de Polynésie française fait du programme de lutte contre la filariose lymphatique une priorité de santé publique et accède au programme régional coordonné par l'OMS (si possible citer entre guillemets et ajouter la référence exacte dans la biblio). Ce programme se base sur une distribution annuelle d'une association d'albendazole (400mg) et de DEC (6 mg/kg) à l'ensemble de la population. La première campagne de masse mettant en œuvre cette stratégie a eu lieu en avril 2000. En avril 2007 la Polynésie française terminait sa 8ème campagne annuelle et une première évaluation externe du programme a été réalisée par la coordonatrice OMS du programme dans le Pacifique. A la suite de cette visite, il a été convenu qu'une étude de prévalence était nécessaire (2) et en 2008 une étude stratifiée en grappe a été mise en place sur tout le territoire. Cette étude a permis d'obtenir un état de la situation dans les différents archipels regroupés en trois strates. Les résultats de cette étude ont permis de dégager des priorités et de définir de nouvelles stratégies pour atteindre l'objectif d'élimination.

3. RAPPEL ET ANALYSE DE LA SITUATION EN 2008

Rappel sur l'histoire de la lutte contre le FL en PF (on peut s'inspirer en particulier de la référence biblio (3)).

L'étude de prévalence réalisée en 2008 (4) a permis de démontrer que la FL reste un problème de santé publique de premier plan en PF. 11,3% de la population étudiée présentait une antigenémie positive par ICT et 1,1% étaient porteurs de microfilaires. Aucune des strates étudiées ne présentait une prévalence proche de 1% pour l'antigenémie. Ces résultats étaient cohérents avec les résultats obtenus dans les sites sentinelles. Elaborer, en particulier résultats par strate, âge, sexe.

En novembre 2008 à la lumière des résultats de cette étude une analyse de la situation et des raisons de cet échec relatif de la stratégie conduite au cours des dernières années a été menée par les autorités sanitaires de Polynésie avec le soutien de différents partenaires en particulier la coordonatrice OMS du programme d'EFL dans le Pacifique et l'Institut Louis Malardé (ILM). Un consensus s'est dégagé en particulier quant aux réserves sérieuses qui existent sur l'absorption réelle des médicaments distribués pendant les campagnes au cours de ces 8 dernières années.

Par ailleurs les conclusions de cette mission OMS (5) affirment l'importance et la qualité de l'étude de prévalence réalisée en 2008 et soulignent le fait qu'en Polynésie française le programme est à la croisée des chemins pour de multiples raisons :

- ✓ pour la première fois depuis trente ans la prévalence de la FL est connue au niveau national et par strate ;
- ✓ l'étude menée en 2008 est statistiquement solide et les résultats produits peuvent être utilisés par les décideurs pour définir les futures stratégies ;
- ✓ la pause des campagnes en 2008 fournit une opportunité unique pour développer et mettre en œuvre des stratégies renforcées ;
- ✓ les efforts ininterrompus depuis les années 1950s ont abaissé la prévalence Mf de manière spectaculaire de 40% à 1,1%, un niveau atteint dans les années 1980, qui semble maintenant avoir atteint un plateau. Il apparaît en effet que si les campagnes conduites depuis 2000 ont maintenu une pression médicamenteuse suffisante sur le parasite pour prévenir une recrudescence de la maladie, elles n'ont pas contre pas été suffisantes pour atteindre l'objectif d'élimination de la FL défini comme une prévalence d'antigénémie inférieure à 1% dans la population générale et 0.1% chez les enfants de 6 ans.
- ✓ Une intensification des efforts est maintenant nécessaire pour les prochaines années afin d'atteindre l'objectif d'élimination et être en mesure de stopper les campagnes annuelles d'administration de médicaments et de mettre en place une surveillance active.

Les recommandations suivantes ont été faites (5) et présentées et approuvées par le Vice-président et Ministre de la Santé le 28 novembre 2008 :

- 1) Un nouveau cycle de campagnes de masse « améliorées » devrait être mis en place comprenant les éléments suivants :
 - Plan de communication COMBI (Communication for Behavioural Impact)
 - Observance directe de la prise des médicaments (DOT)
 - Objectif: au minimum 85% de la population traitée (DOT)
 - Vérification de la couverture après la campagne
 - Pour les petites îles (population <2000 habitants) une stratégie « test et traitement » de toute la population (T&T) avec suivi actif des cas positifs pourrait être envisagée
 - Collection de données pendant la campagne pour identifier les groupes posant problème (âge, sexe, résidence)
 - Stratégie de prise en charge des groupes exclus (personnes âgées, malades, etc) avec critères d'exclusion précis
- 2) Implication des médecins et autres professionnels de santé (prise en charge de groupes exclus, communication, dépistage individuel?)
- 3) Implication des églises, associations, etc.
- 4) Dépistage individuel par praticiens (à explorer) avec toutefois un risque d'effet négatif sur les CAM (augmentation nombre de personnes refusant le traitement)
- 5) Prise en charge morbidité: identification des patients, type de pathologies, prise en charge (hydrocèle/chirurgie, autres/approche individuelle), formation personnels
- 6) 3 "CAM améliorées" avec plus de 85% de la population éligible ayant ABSORBES les médicaments (vérification par étude de couverture post CAM), avec « CAM 1 » en 2009
- 7) Si 3 MDA >85% : étude de prévalence en sites sentinelles et "spot checks"
 - Si <1% Ag: étude nationale
 - Si >1% Ag: 2 nouvelles MDA après avoir revu la stratégie à la lumière des données collectées

- 8) Afin de permettre réalisation des points 1 a 7 ci-dessus un coordonateur national pour le programme devrait être rapidement nommé et chargé de la coordination, budgétisation, et programmation pour les 3 a 5 ans a venir
- 9) Un engagement très fort des politiques est nécessaire

A cours de cette mission la direction de la santé a également demandé à la coordonatrice OMS d'aider au développement d'un plan national d'élimination de la filariose lymphatique pour les 5 prochaines années. C'est dans ce contexte qu'une première version a été rédigée et adressée à la direction de la santé début décembre 2008 pour révision et appropriation par les autorités sanitaires locales. La version initiale de ce plan s'est inspirée du document « Preparing and Implementing a National Plan to Eliminate Lymphatic Filariasis » (6), des expériences acquises dans les autres pays du Pacifique et des discussions entre experts engagées en novembre 2008 lorsque les résultats de l'étude de prévalence en PF ont été fournis à la coordonatrice OMS.

4. ORGANISATION DU PROGRAMME

4.1. Etablissement du groupe de pilotage du programme (GP-ELF)

La première étape à ce stade du programme en PF est la mise en place d'un groupe de pilotage pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique. Ce groupe de pilotage doit être désigné par le Ministère de la sante et doit avoir des liens privilégiés et solides avec les autorités décisionnelles du gouvernement.

- Le président de ce groupe de pilotage est la directrice de la santé ou son représentant
- Le groupe de pilotage doit avoir un secrétaire chargé de préparer et organiser le suivi des recommandations du groupe de pilotage. Le coordonateur national du programme d'EFL est en principe la personne de choix pour remplir cette fonction afin d'assurer une mise en œuvre efficace du programme d'EFL.
- Les autres membres du groupe de pilotage (6 a 10 personnes) peuvent être des administratifs, des agents de planification, des représentants des associations et d'autres ministères, des épidémiologistes, sociologues et des représentants du secteur privé.

Rôles du GP-EFL :

- ✓ Développement de politiques nationales pour l'élimination de la FL
- ✓ Définition des objectifs nationaux et de la stratégie d'élimination
- ✓ Information et lobbying afin d'assurer l'engagement des politiques
- ✓ Obtention de la coopération des autres ministères, du secteur privé, des associations et autres organisations régionales et internationales
- ✓ Intégration du PEFL avec d'autres activités de contrôle des maladies
- ✓ Identification des problèmes clés qui nécessitent le développement d'une recherche opérationnelle pour améliorer la mise en place du PEFL dans le pays
- ✓ Mobilisation des ressources auprès de donateurs nationaux et internationaux
- ✓ Monitoring et évaluation de la mise en œuvre du programme

Le groupe de pilotage doit se réunir au moins 2 fois par an.

Toutefois un sous-groupe du comité de pilotage peut des réunir aussi souvent que nécessaire.

4.2. Nomination d'un coordonateur national du programme

Un membre expérimenté du personnel du ministère de la santé doit être identifié et l'autorité nécessaire doit lui être conférée en tant que coordonateur national du programme pour :

- ✓ Rédiger le plan stratégique d'élimination de la FL pour approbation par le groupe de pilotage
- ✓ Assumer la responsabilité de la mise en place et de l'évaluation du PEFL
- ✓ Assurer le suivi des décisions prises par le groupe de pilotage.

Le coordonateur national du programme d'EFL doit être un membre du personnel du Ministère de la Santé ayant un intérêt marqué pour la FL, des connaissances, expérience, influence et autorité lui permettant de diriger le programme avec charisme.

5. RESSOURCES HUMAINES ET LIENS INSTITUTIONNELS

5.1. Au sein du MOH

Faire ici une analyse des ressources disponibles, institutions, infrastructures qui peuvent être utilisées en milieu rural et urbain. Définir les responsabilités qui peuvent être assignées à chacun tout en gardant à l'esprit les aspects suivants du programme :

Activité	Personnel	Institution
Direction du programme		
Evaluation du programme		
Logistique		
Formation		
Prise en charge des cas et contrôle de la morbidité		
Administration des médicaments		
Commandes et gestions des stocks de médicaments		

5.2. Auprès des autres ministères

Un plan doit être développé pour s'assurer d'une part la collaboration des autres ministères pendant les campagnes de masse mais également afin que leurs employés reçoivent et absorbent les médicaments pendant les campagnes de masse.

Des alliances doivent être formées au minimum avec :

- le ministère de l'éducation : éducation, information et distribution des médicaments aux élèves et étudiants
- ministère des affaires sociales
- ministère de l'information : campagnes d'information, éducation, communication par la voie des media
- armée et police : distribution de médicaments au sein de leurs effectifs
- Ministère du travail
- Ministère de l'agriculture, des ressources naturelles, etc.

5.3. Secteur privé

Le secteur privé de la santé en PF représente une ressource non négligeable, en particulier en zone urbaine. Les praticiens privés peuvent être mobilisés par le biais de leurs organisations professionnelles qui peuvent également identifier de quelle manière le secteur privé peut être utilisé dans le cadre des campagnes de masse et du contrôle de la morbidité.

Le secteur privé commercial et industriel de même que les établissements privés d'éducation sont également des groupes importants dans l'organisation des campagnes de masse pour la distribution des médicaments à leurs employés. L'obtention d'une liste des établissements privés facilitera la planification en vue de la distribution des médicaments pendant les campagnes de masse.

Les organisations religieuses peuvent également jouer un rôle important tant dans le relai de l'information que par l'influence qu'elles peuvent avoir pour la participation aux campagnes de masse de leurs fidèles.

5.4. Associations et autres partenaires

Les associations et organisations non gouvernementales (ONG) peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre le FL. Les associations et ONG doivent être invitées à prendre part aux discussions en particulier lors du développement du plan stratégique pour qu'elles puissent identifier de quelle manière elles peuvent contribuer à la réalisation du plan national. Une liste des associations et organisations nationales et internationales avec les zones possibles de collaboration doit être préparée.

Association/Organisation	Domaine de collaboration possible	Personne contact

5.5. A l'extérieur de la PF

L'OMS, partenaire du programme d'élimination de la FL en PF apporte un soutien financier et technique à la PF dans le domaine de la lutte contre le FL.

6. EVALUATION DE L'IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE DE LA FL

L'impact socio-économique de la FL en PF est mal connu. Toutefois l'étude de prévalence réalisée en 2008 a permis de démontrer que 0.5% de l'échantillon étudié présentait des signes de morbidité liés à la FL. Cette prévalence, ramenée à la population totale permet d'estimer qu'environ 1300 personnes présenterait des signes d'atteinte due à la FL à des degrés plus ou moins avancés et nécessitant une prise en charge à des degrés divers. L'impact de la FL ne se fait pas ressentir uniquement au niveau de la prise en charge des soins (traitement antibiotiques réguliers en raison d'attaques aiguës récidivantes, surinfections, etc.) mais également par l'impact sur les foyers concernés et la perte de productivité engendrée par cette maladie débilitante.

En plus de l'impact économique, la FL représente un poids psychologique pour les personnes affectées. Les malades porteurs d'hydrocèles et de lymphœdème sont souvent montrés du doigt et isolés à l'intérieur même de leurs communautés. La stigmatisation sociale constitue le lot quotidien des malades présentant des lésions importantes à type d'éléphantiasis ou d'hydrocèle. Les personnes présentant des manifestations chroniques de la maladie sont souvent dans l'incapacité de travailler

ou de se marier. Elles deviennent ainsi dépendantes à la fois pour la prise en charge des soins et pour le soutien financier au quotidien. Cette situation entraîne à son tour une plus grande dépendance, faite d'isolement, de honte et par conséquent d'une perte économique aggravée. L'impact sur la société dans son ensemble est difficile à mesurer mais bien réel.

Les études d'impact socio économique peuvent être coûteuses et consommatrices d'un temps et de moyens précieux par ailleurs. Toutefois il existe quantité d'articles documentant l'impact de la FL à travers le monde. En Chine par exemple il a été estimé que chaque 1 \$US investi dans le contrôle de la FL dans ce pays a rapporté plus de 15 \$US de bénéfice, tant par les gains de productivité obtenus que par les économies réalisées par le système de santé.

7. STRATEGIES D'ELIMINATION DE LA FL EN PF

Le PEFL repose sur deux stratégies principales :

- **Interruption de la transmission** : cette stratégie vise la population à risque et tend à amener la charge microfilarienne dans la communauté au dessous du niveau où la transmission est interrompue. L'interruption de la transmission est mesurée en évaluant la prévalence d'enfants infectés nés après le début des campagnes de masse.
- **Contrôle et prévention de la morbidité** : il s'agit de la prise en charge des patients en phase aiguë ou chronique de la maladie. Cette stratégie diminue les souffrances des individus en améliorant leurs conditions physique, sociale et économique. Elle donne aussi plus de crédibilité au programme au sein des communautés.

7.1. Contrôle et prévention de la morbidité

Le ver adulte est responsable d'une inflammation et d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques entraînant un dysfonctionnement lymphatique et prédisposant les membres inférieurs en particulier à des infections bactériennes récurrentes, à l'origine d'attaques aiguës et d'adénolymphangites (ADL). Les attaques aiguës aggravent à leur tour les dommages lymphatiques, le lymphœdème et la fibrose. Un traitement efficace est maintenant disponible, qui est à la fois peu onéreux et qui peut s'inscrire dans la continuité.

La prévention et le contrôle, de même que le soulagement de la souffrance des patients présentant des manifestations chroniques de la FL est un composant essentiel des programmes d'EFL. Les médicaments antifilariens n'ont pas ou peu d'impact à court terme sur la prévalence des manifestations cliniques chroniques de la maladie telles que l'éléphantiasis ou les manifestations urogénitales. La prise en charge des patients aide non seulement les personnes affectées mais favorise également l'acceptabilité par les communautés des mesures d'interruption de la transmission, favorisant ainsi une meilleure couverture lors des campagnes de masse.

L'élément crucial de la prise en charge du lymphœdème est la prévention des attaques aiguës d'ADL par des mesures d'hygiène de base (savon et eau) et par la prévention et le traitement des petites lésions cutanées (application de crème antibiotique et antifongique). L'exercice et la surélévation du membre atteint sont également importants par leur action favorable sur le drainage lymphatique.

De même que les jambes, la peau du scrotum et du pénis sont des terrains favorables aux infections bactériennes secondaires et aux attaques aiguës. Une hygiène de base peut stopper les attaques aiguës dans la région génitale et améliorer l'état du patient.

Cette approche est réalisable au niveau des communautés comme l'ont montré de multiples essais sur le terrain et peut stopper les attaques aiguës, prévenir l'aggravation du lymphœdème et entraîner une régression de la symptomatologie jusqu'à un certain degré, même dans les cas avancés de la maladie. L'éducation du patient est la clé du succès de cette approche et des groupes de soutien aux malades atteints de FL peuvent jouer un rôle important en particulier pour maintenir la motivation. Du matériel d'éducation existe et est disponible auprès du bureau de l'OMS de Fiji.

Les hydrocèles peuvent être traitées chirurgicalement au centre hospitalier territorial de PF.

Un système doit être développé pour permettre l'identification de ces patients et leur prise en charge au niveau périphérique. Les cas chirurgicaux doivent être référés pour traitement au CHT. Au niveau périphérique les centres de premier secours peuvent assurer la prise en charge des cas de FL et doivent pouvoir fournir crème antibiotique, savon et antiseptique si nécessaire. Avec une éducation adaptée les patients eux-mêmes doivent incorporer le traitement des lymphœdèmes dans leurs activités quotidiennes afin de prévenir les attaques aiguës.

En PF une large proportion des patients avec lymphœdème et hydrocèle consulte les praticiens privés. Les médecins en contact avec ces patients ne sont pas nécessairement informés des développements dans la gestion du lymphœdème. Un enseignement post universitaire pourrait être organisé sur ces avancées récentes afin que les patients puissent bénéficier de cette nouvelle prise en charge.

7.2. Interruption de la transmission par les campagnes de distribution de masse

La stratégie adoptée en PF pour interrompre la transmission de la FL repose sur des campagnes annuelles de distribution de médicaments. Cette stratégie est basée sur les preuves de l'efficacité d'une dose unique de diéthylcarbamazine citrate (6mg/kg) pour éliminer les microfilaires et maintenir cet état pendant une période d'environ un an. L'ajout d'albendazole (400 mg) renforce cet effet sur la clearance des microfilaires. De plus, l'ALB a un impact très fort sur les vers intestinaux également rencontrés en forte proportion dans certaines zones de PF. GlaxoSmithKline (GSK) s'est engagé à fournir gratuitement l'ALB au programme mondial d'élimination de la FL. Pour la PF l'ALB est fourni par l'intermédiaire du bureau de l'OMS pour le Pacifique Sud à Fiji suivant une procédure de « Ré-application » annuelle (cf. infra).

En 2000 la PF a opté pour les campagnes annuelles de masse associant DEC et ALB. La dose de DEC a été standardisée par groupe d'âge (cf. tableau XX) pour des raisons de facilité d'administration sur le terrain.

7.2.1. Organisation des campagnes de masse

Les stratégies de distribution doivent être développées et planifiées fonction des données épidémiologiques, de la disponibilité de ressources et des contraintes géographiques et logistiques.

Au cours des années 2000 à 2007 les campagnes se déroulaient sur une semaine, avec distribution des médicaments sur des stands et dans les écoles du lundi au

vendredi. Les informations recueillies concernaient uniquement le nombre de médicaments distribués. A noter qu'une personne pouvant venir chercher le traitement pour plusieurs membres de sa famille ou de son lieu de travail et que l'observance du traitement n'était pas exigée. Cette technique, si elle demande une organisation logistique relativement simple ne permet pas de vérifier que la population absorbe réellement les médicaments. De plus, les informations obtenues ne permettent pas d'identifier les groupes de population non adhérents au traitement. Un grand nombre de médicaments n'ont jamais été absorbés empêchant les campagnes d'atteindre leur objectif et entraînant un gaspillage de ressources par une sur-distribution de médicaments.

En 2008 les autorités sanitaires de PF ont décidé de résoudre ces problèmes en adhérant plus strictement aux recommandations de l'OMS. Ces stratégies sont décrites ci-dessous.

7.2.1.1. Objectif des campagnes de masse

La première étape concerne la définition de l'objectif à atteindre lors de chaque campagne afin de se donner les moyens d'atteindre cet objectif.

A compter de 2009 chaque campagne annuelle de distribution de masse de DEC/ALB aura pour objectifs :

- de s'assurer qu'au **minimum 85%** de la population éligible a **absorbé** les médicaments ;
- que cette absorption des médicaments se fait devant les personnes en charge de la distribution (observance directe du traitement type DOTS) ;
- de recueillir les données permettant de comprendre la prise médicamenteuse par la population et la détection de groupes non-adhérents au traitement ;
- de vérifier la couverture obtenue par une étude de couverture mise en place dans le mois suivant la fin de la campagne de distribution.

7.2.1.2. Campagnes d'informations.

La mobilisation des communautés et de tous les groupes de la population est nécessaire à la bonne réalisation des campagnes de masse. Une communication ciblée et adaptée à chaque groupe de la population est donc fondamentale. De même, d'autres informations précieuses telles que les outils, les canaux de communication, le meilleur moment pour diffuser l'information doivent être recueillies et analysées afin de développer une campagne de communication efficace qui aboutira à l'absorption réelle des médicaments par la population de PF.

Pour développer cette stratégie la PF a décidé de recourir à la stratégie COMBI (Communication for Behavioural Impact). Un plan spécifique pour les campagnes de masse en PF sera développé au cours du premier trimestre 2009 en collaboration avec le bureau de l'OMS pour la Pacifique Sud de Fiji. Ce plan sera par la suite annexé au présent plan national.

7.2.1.3. Distribution des médicaments

L'obtention d'une couverture élevée de la population (au minimum 85%) est cruciale pour diminuer la charge en microfilaires dans la population et l'amener à un niveau où la transmission n'est plus possible assurant ainsi le succès du programme. Atteindre des niveaux de couverture élevés dépend en particulier:

- de la disponibilité des médicaments en quantité adéquate et au bon moment
- de l'efficacité du système de distribution

- de la motivation et de la productivité des personnes en charge de la distribution
- de l'éducation et motivation des communautés
- des études préalables permettant d'identifier les groupes de population ayant échappés aux campagnes.

L'ingestion des médicaments doit toujours être supervisée par la personne qui administre les médicaments.

Le coordonateur du programme national, en collaboration avec les personnels de terrain, doit développer des stratégies de distribution adaptées aux conditions locales. Différentes approches peuvent être adoptées :

- **Administration porte à porte** : la personne en charge de l'administration se procure les médicaments dans un centre préalablement désigné ou les reçoit de la pharmacie centrale. Il effectue une administration maison par maison. Cette approche a l'avantage d'assurer une couverture de tous les foyers mais implique une charge de travail importante, spécialement dans les zones à densité de population faible et où les membres du foyer sont absents pendant la distribution. Un suivi actif est nécessaire pour s'assurer que toutes les personnes ont pris les médicaments.
- **Stands de distribution** : des stands de distributions sont installés sur des sites sélectionnés pour être accessibles aux communautés. Les personnes en charge de la distribution administrent les médicaments aux bénéficiaires qui se présentent aux stands et s'assurent de l'absorption des médicaments au stand. Cette stratégie convient aux zones urbaines mais la couverture dépend de la motivation des bénéficiaires. La fourniture des médicaments et d'eau potable sur les stands nécessite aussi une logistique plus importante. Enfin, une stratégie alternative doit être mise en place pour atteindre les personnes qui ne peuvent se déplacer.
- **Administration des médicaments à des groupes particuliers de la population** : certains groupes de la population peuvent être facilement atteints dans des lieux particuliers : écoles, hôpitaux, entreprises, ministères, prisons, etc. D'autres groupes de la population sont difficiles à atteindre (personnes à mobilité réduite par exemple) et des stratégies spécifiques doivent être développées.
- **Zones d'agrégation de communautés** : marchés, arrêt de bus, fêtes locales, fêtes et offices religieux, etc. peuvent également être utilisés pour atteindre les communautés.

La campagne d'administration de masse peut être organisée sur un jour ou sur une semaine avec une approche intensive précédant la campagne. Si une telle action ciblée ne peut être adoptée pour des raisons logistiques, la distribution peut être organisée sur une période de deux mois. La période de distribution doit être acceptable à la fois pour les autorités et pour les communautés. Les communautés doivent être impliquées dans la décision concernant la date de distribution au niveau local et ce par l'intermédiaire de leur représentants locaux.

7.2.1.4. Critères d'exclusion

Pour la co-administration de DEC/ALB les groupes suivants doivent être exclus du traitement :

- enfants de moins de 2 ans
- femmes enceintes
- personnes très malades, évaluées par un médecin

A noter que l'exclusion concernant les femmes enceintes est une précaution en l'absence définitive d'information étant donné qu'il n'y a pas de preuve de complications résultant du traitement par dose unique chez la femme enceinte par l'un ou l'autre des médicaments utilisés.

Un système de suivi devra être mis en place qui assurera la prise des médicaments après l'accouchement.

7.2.1.5. *Prise en charge des effets secondaires*

DEC et ALB sont bien tolérés. Toutefois la prise de ces médicaments peut entraîner des effets secondaires survenant pratiquement exclusivement chez les personnes infectées et liés à la mort des parasites lors du traitement. Ces réactions sont habituellement limitées et disparaissent d'elles-mêmes. Un traitement symptomatique à base d'analgésiques et d'antipyrétiques peut toutefois être utile. Il existe deux groupes d'effets secondaires.

- Réactions générales, par ordre décroissant de fréquence : maux de tête, douleurs musculaires, fièvre, vertiges, diminution de l'appétit, malaises, nausées, urticaire, vomissements et parfois asthme. Les effets secondaires généraux et la fièvre sont associés à l'intensité de l'infection microfilarienne. Les réactions apparaissent tôt pendant le traitement et ne durent en général pas plus de 3 jours.
- Réactions locales : le plus fréquemment à type de nodules du scrotum dus à la mort des vers adultes. Les autres effets secondaires locaux comprennent lymphadénite, funiculites, épидидymites, orchalgies et lymphangites. Rarement la formation d'abcès, d'ulcérations ou de lymphœdème transitoire ont été signalés. Ils ont tendance à apparaître plus tardivement (1 à 3 semaines après le traitement) et à durer plus longtemps.

Une mauvaise prise en charge des effets secondaires peut avoir un impact négatif et entraîner une mauvaise réponse au programme national. Il est donc important que des mesures adaptées soient mises en place pour :

- Informer la population d'éviter de prendre les médicaments sur un estomac vide et l'informer par avance que des effets secondaires peuvent survenir chez certaines personnes, en particulier celles présentant une infection et qui justement ont besoin d'être traités. Informer la population et les leaders des lieux où un traitement peut être obtenu pour les effets secondaires. Les media, les autorités sanitaires, les politiques et autres personnes clés doivent être informées de manière adéquate des effets secondaires afin d'éviter un effet de panique quand de telles réactions surviennent, surtout dans les zones hyper endémiques.
- Identifier des centres de santé et hôpitaux pour la prise en charge des effets secondaires et s'assurer de la disponibilité d'antipyrétiques et d'analgésiques pour environ 1% de la population, de même qu'une quantité adéquate de fluides intraveineux pour les urgences.
- Informer et éduquer les personnes qui vont distribuer les médicaments et les personnels de santé afin de rassurer les patients présentant des effets secondaires modérés et référer/faciliter le transfert des patients présentant des effets secondaires sévères dans un centre de soins adapté.

- Informer les médecins sur la prise en charge des patients se repentants a eux avec des effets secondaires.

7.2.1.6. Recueil, traitement des données et rapport final sur chaque campagne

Les données recueillies pendant les campagnes doivent concerner non seulement la quantité de médicaments absorbés mais également comporter des données telles que sexe, âge, lieu de résidence, etc. afin de pouvoir détecter des groupes de la population échappant aux campagnes. Ces données sont recueillies sur des registres spécifiques. Un exemple est fourni en annexe 1. Les registres sont ensuite retournés a ??? pour saisie des données, analyse et rédaction du rapport final. Le rapport final devra s'appuyer sur l'analyse et les résultats pour faire des recommandations pour les prochaines campagnes d'administration de masse.

7.3. Traitement individuel des porteurs de microfilaires

Les personnes porteuses de microfilaires diagnostiquées soit au cours des études de prévalence soit lors de dépistages systématique ou encore lors de découverte de laboratoire fortuite doivent être traitées par la DEC. Il n'existe pas aujourd'hui de consensus en PF sur le traitement à suivre. Un groupe technique devrait se réunir pour développer un protocole de prise en charge.

Dans l'attente, la PF peut se référer au traitement suivi ailleurs. Actuellement un grand nombre de pays utilisent un traitement de 12 jours de 6mg/kg/jour de DEC (6). Toutefois une dose unique de 6mg/kg est également efficace pour tuer les vers adultes et réduire la microfilarémie.

7.4. Lutte vectorielle

Le vecteur principal de la FL en PF est *Aedes polynesiensis*, un moustique dont les gîtes larvaires sont particulièrement difficiles à contrôler qui, de plus, présente la particularité de pouvoir transmettre la filariose même dans des situations de prévalence extrêmement faibles. Ce phénomène est connu sous le nom de « limitation ». Par ailleurs ce vecteur est plus particulièrement actif durant la journée, ce qui rend l'utilisation des moustiquaires moins efficace que dans des zones où la transmission est assurée par *Anopheles* ou *Culex*.

Malgré ces facteurs limitant une réduction des sites larvaires peut être entreprise et être un facteur positif supplémentaire aux campagnes d'administration de masse. La destruction des gîtes larvaires peut être favorisée par l'information, l'éducation et des campagnes de communication, la mise en place d'une législation pour prévenir le développement de conditions favorables aux moustiques, l'utilisation d'appâts, etc. Ce type d'action a également un effet positif sur la prévention d'épidémies dues a d'autres moustiques telle la dengue, etc.

Des recherches sont actuellement en cours visant a mieux connaitre et a contrôler ce vecteur particulier à la PF et à certaines îles du Pacifique.

8. ESTIMATION DES BESOINS EN MEDICAMENTS

8.1 Fourniture des médicaments, distribution et assurance qualité

Le système de distribution constitue la base du programme. L'objectif est de rendre les fournitures disponibles partout et en quantités suffisantes pendant la durée du programme.

Fournitures principales : Comprimés de DEC et d'ALB

Autres fournitures : antipyrétiques, antibiotiques, cortisone, aiguilles, matériel pour perfusion, antiseptiques, savon.

8.1.1 Calcul des besoins en médicaments

Le tableau ci-dessous fournit une méthode pour estimer les besoins en se basant sur un traitement de DEC/ALB pour la population au dessus de 2 ans. L'ALB rendu disponible pour le programme est présenté sous forme de comprimés de 400mg. Le DEC utilisé en PF est présenté sous forme de comprimés de 100 mg.

Tableau 2 : Calcul des besoins en médicaments pour les campagnes d'administration de masse

Médicament	Méthode de calcul
Albendazole (400mg)	Multiplier la population totale de la zone endémique par 1,1
DEC 100mg	Multiplier la population totale de la zone endémique par 2,75

8.1.2. Procédure pour obtenir l'Albendazole

L'ALB est fourni gracieusement pour l'ensemble du programme mondial d'élimination de la FL par la firme pharmaceutique GlaxoSmithKline (GSK).

La demande est faite par le Ministère de la Santé de Polynésie française sous forme d'un formulaire spécifique à remplir dit « Reapplication form » disponible auprès du bureau de l'OMS pour la Pacifique Sud. Ce formulaire doit être adressé par lettre officielle au Représentant de l'OMS pour le Pacifique Sud basé à Suva, Fiji, afin d'y être revu par le coordonateur du programme pour le Pacifique puis par le Groupe de Révision du Programme appelé PacCare dans le Pacifique. Le formulaire doit être rempli entièrement et avec soin pour éviter des délais dans la commande d'ALB. Il doit être envoyé au bureau de l'OMS avant le 28 février de chaque année accompagné du rapport annuel d'activité.

8.1.3. Commandes de DEC

A compléter par pharmapro ??

8.1.4. Réception, stockage et distribution des médicaments

Une espace approprié doit être prévu et aménagé pour le stockage des médicaments avant leur livraison. DEC et ALB ont une durée de validité de 5 ans. Ils portent en général la mention « stoker a température ambiante » (Store at room temperature). Ces médicaments peuvent être stockés dans des pièces non climatisées mais un effort particulier doit être fait pour maintenir la température de la pièce en dessous de 30° C.

Ces principes s'appliquent a tous les niveaux ou les médicaments doivent être stockés (central, divisions, subdivisions, etc.). Les médicaments doivent être conservés dans des endroits secs et sécurisés et des inventaires précis et réguliers doivent être faits.

Les médicaments restant après la campagne de d'administration de masse peuvent être conservés au niveau périphérique jusqu'à la campagne suivante (???).

Les médicaments restants d'une année sur l'autre doivent être utilisés en priorité lors de la campagne suivante. Ainsi aucun médicament ne sera gardé en stock plus de

14 a 16 mois. Dans chaque zone, la population qui doit recevoir les médicaments peut être catégorisée en plusieurs groupes : jeunes enfants, écoliers, employés du service public, entreprises, travailleurs indépendants (agriculteurs, chauffeurs de taxi, femmes de ménage, etc.), personnes âgées, etc. Chacun de ces groupes devra faire l'objet d'une attention particulière afin d'atteindre la couverture minimale de 85% de la population ayant absorbés les médicaments. Des stratégies différentes doivent être développées dans les zones urbaines et rurales et pour atteindre les différents groupes de la population.

Les points suivants de distributions seront sans doute nécessaires :

- centres de santé, dispensaires et autres structures sanitaires
- stands : Ministère de la santé, marchés, églises, arrêts de bus, etc.
- associations
- cliniques privées et pharmacies
- porte à porte
- lieux de travail
- armée, police, prison, etc.

9. SURVEILLANCE ET EVALUATION

L'objectif du programme étant d'interrompre la transmission, un système de surveillance qui couvre le pays en entier doit être développé et mis en place pendant les campagnes d'administration d'une part ; après l'arrêt des campagnes d'administration d'autre part.

9.1 Surveillance pendant la durée des campagnes d'administration

En raison de la transmission focale de la FL les techniques d'échantillonnage en grappe sont peu efficaces pour la surveillance en général et pour la détection des foyers de transmission en particulier. Par ailleurs il s'agit d'une technique onéreuse dans un contexte comme celui de la PF et qui ne peut être réalisée chaque année. La dernière étude de ce type au niveau national a été réalisée en 2008 et a coûté environ 6 millions de XFP (la précédente étude de ce type remontait aux années 1980). Une stratégie de dépistage et de traitement de toute la population n'est pas non plus envisageable à l'échelle de la PF. Elle peut toutefois être considérée dans des zones isolées, de faible population ou a forte transmission (stratégie « tester et traiter »).

9.1.1 Sites de surveillance

Sites sentinelles

Pour ces différentes raisons il est recommandé de continuer la surveillance dans les sites sentinelles sélectionnés au début du programme en 2000 : Tahuata, Tevaitoa et Maupiti.

Un ou deux sites sentinelles supplémentaires pourraient être sélectionnés pour évaluer en particulier l'impact de ce deuxième cycle de campagnes d'administration de masse basé sur des stratégies renforcées. Ces sites doivent être des unités géographiques ayant une population d'au moins 500 personnes (village ou îlot par exemple). Ces zones doivent avoir une population relativement stable. Les sites sentinelles sont en général des zones où il est anticipé que l'interruption de la transmission posera des problèmes particuliers en raison d'une prévalence élevée, d'une densité particulièrement forte de vecteurs, etc. Une fois sélectionnés ces sites

serviront de sites sentinelles pendant toute la durée de ce second cycle de campagnes. Comme pour les autres sites, une étude de la prévalence doit être réalisée dans ces zones qui servira de base de référence pour l'évaluation de l'impact. La prévalence de porteurs de Mf, d'ICT positifs, la densité Mf moyenne et la prévalence de lymphœdèmes et d'hydrocèles doivent être recueillies avant les nouvelles campagnes.

Spot checks

Chaque année après la campagne d'administration, en plus des sites sentinelles, sélectionner de manière aléatoire deux « spot checks » (les spot checks varient chaque année). Ces sites ont les mêmes caractéristiques que les sites sentinelles (population de 500 personnes au moins, forte densité de vecteur, prévalence élevée, etc.) mais varient chaque année.

Activités dans les sites sentinelles et les spot checks après chaque campagne

Les activités suivantes doivent être menées après chaque campagne par des personnels différents de ceux qui ont distribués les médicaments :

- évaluation de la proportion et de la nature des effets secondaires par interview de tous les foyers des sites sentinelles et spot checks
- évaluation des raisons pour non adhérence au traitement par interview de toute la population
- comparaison des couvertures dans chaque groupe d'âge de manière longitudinale pour un même site sentinelle et chaque année par rapport au spot checks
- trouver les raisons pour une couverture inadéquate ou une diminution de la couverture et prendre les mesures nécessaires pour améliorer la couverture
- déterminer s'il existe un profil commun aux personnes non-adhérentes au traitement, par exemples les jeunes hommes adultes, etc.
- faire un rapport sur les résultats avec des recommandations pour les futures campagnes.

9.1.2. Vérification de la couverture par une étude post-campagne.

Après chaque campagne d'administration les données recueillies doivent être saisies et analysées afin de fournir le taux de couverture national, par sexe, par âge et par zone géographique. Cette couverture dite « couverture rapportée » (reported coverage) est déterminée grâce aux registres remplis lors de la campagne.

A cette phase du programme il est toutefois primordial de s'assurer qu'au minimum 85% de la population a effectivement absorbé les médicaments. Il conviendra donc, en plus, de vérifier la couverture par une étude conduite dans un délai maximum de 1 mois après la fin de la campagne. Cette couverture dite « vérifiée » (surveyed coverage) est mesurée grâce à une étude stratifiée en grappe. Dans l'idéal cette étude est conduite de manière tout à fait indépendante des personnels qui ont réalisé la campagne d'administration de masse.

Le bureau de l'OMS pour la Pacifique Sud a développé en 2008 un protocole pour faciliter la standardisation et la réalisation de ces études de vérification de la couverture atteinte pendant les campagnes. Ce protocole pourra être adapté à la PF si besoin.

9.1.3. Etude de prévalence nationale

Un nouveau cycle de trois campagnes est prévu, la première en 2009. Ces campagnes s'appuieront sur les principes énoncés dans le présent document. L'objectif à atteindre est qu'au **minimum 85% de la population éligible ait effectivement absorbés les médicaments pour chacune de ces trois campagnes.**

Si l'une des campagnes (ou plus) n'a pas atteint l'objectif de 85% de la population effectivement traitée, deux autres campagnes seront réalisées après avoir analysé les raisons qui ont abouti à cette situation et après avoir développé les stratégies nécessaires pour y remédier. L'idée directrice est qu'il est indispensable que, au minimum 3 campagnes nationales au cours des cinq prochaines années, atteignent l'objectif de 85% de la population ayant effectivement absorbés les médicaments. Si cet objectif n'est pas atteint il est peu probable que la prévalence Ag ait atteint le niveau visé de moins de 1% dans la population générale et des cycles complémentaires seront nécessaires avant qu'il soit utile de mesurer à nouveau la prévalence au niveau national et par strates.

Par contre, si au cours de chacune des campagnes de 2009, 2010 et 2011, 85% de la population éligible a effectivement absorbés les médicaments (couverture rapportée et couverture vérifiée) ET si la prévalence d'antigénémie mesurée par ICT a atteint moins de 1% dans tous les sites sentinelles et les spot checks, alors une étude de prévalence nationale pourra être réalisée en 2012. La méthodologie devrait être la même que celle utilisée en 2008 de manière à ce que les résultats puissent être comparés. Les étapes suivantes devront être déterminées fonction des résultats de cette étude, en particulier le recours à l'étude chez les enfants nés après le début des campagnes de masse afin de déterminer si la transmission a bien été interrompue. Les recherches actuellement en cours grâce en particulier à la donation de la Fondation Bill et Melinda Gates au programme Mondial devrait permettre de dégager au cours de prochains mois de nouveaux outils plus adaptés à la détection des signes de transmission récente (recherche d'anticorps en particulier chez les enfants). Il conviendra de prendre en comptes les résultats de ces recherches lorsque le moment viendra pour la PF de mener cette étude de prévalence chez les enfants.

9.2 Surveillance post-campagne de masse

Compte tenu de la longue histoire de lutte contre la filariose en PF et des phénomènes de résurgence observés au cours des décennies passées malgré l'obtention de taux de prévalence de Mf extrêmement bas, parfois inférieurs à 1%, il est fondamental de mettre en place une surveillance après l'arrêt des campagnes de masse. Cette surveillance doit être maintenue pendant 5 ans avant d'envisager la demande de vérification d'élimination de la FL en PF.

En juin 2007 un plan de surveillance active post campagne a été développé par le bureau de l'OMS pour la Pacifique Sud. Ce plan s'appuie sur l'histoire de la lutte contre la FL dans le Pacifique, sur les spécificités du vecteur et les particularités géographiques et de population des états insulaires du Pacifique. Ce plan a été développé avec les experts internationaux, présenté et discuté en 2007 au groupe PacCare et en août 2008 lors de l'atelier sur la surveillance post-campagne au siège de l'OMS à Genève. Il a été convenu que le Pacifique présente de telles particularités que le plan développé devait être mis en place dès que possible. Ce plan s'appuie sur le concept d'une surveillance active visant à détecter les foyers résiduels et les nouveaux foyers de transmission. Une réponse adaptée à chaque situation a été conçue et est actuellement testée dans les pays du Pacifique ayant déjà atteint ce stade de leur programme, Tonga et Vanuatu en particulier.

Lorsque la PF atteindra cette étape de son programme le pays pourra bénéficier de l'expérience des autres pays et états insulaires du Pacifique et un plan adapté à la situation de la PF pourra être développé. Dans l'attente le plan est disponible dans sa dernière version d'octobre 2008.

10. INFRASTRUCTURE DU PROGRAMME ET FORMATION DES PERSONNELS

Pour une mise en place d'un programme national efficace une infrastructure doit être désignée. Il est préférable de développer cette infrastructure au sein même du système de santé existant plutôt que de développer un nouveau système, plus cher et difficile à entretenir. La mise en place de cette infrastructure comprend le développement de réseaux, l'identification des partenaires mais également l'identification des personnels clés aux différents niveaux de la mise en œuvre du programme. Il faut par exemple identifier une personne responsable pour chacun des aspects du programme : administration des médicaments, surveillance, contrôle de la morbidité, formation, gestion des effets secondaires, campagnes de communication, recherche opérationnelle, système d'information et de collection des données, etc. Plusieurs activités peuvent être prises en charge par une même personne. Les responsabilités de chacun, de même que les compétences requises, doivent être clairement identifiées.

La PF a déjà une grande expérience dans ce domaine et il appartiendra au coordonateur de programme de mettre en place cette structure en s'appuyant sur cette expérience et les leçons tirées des campagnes passées.

De même, une formation des personnels et partenaires doit être assurée. Les besoins doivent être évalués et des formations spécifiques fonction des publics visés doivent être développées. Là encore le rôle du coordonateur de programme sera primordial.

11. ESTIMATION DU BUDGET POUR LE PROGRAMME D'EFL

Le budget nécessaire au programme pour les cinq prochaines années est estimé ci-dessous par année. Il appartiendra au coordonateur du programme d'ajuster et de revoir régulièrement ces estimations fonctions des activités planifiées et de l'évolution du programme.

Le tableau ci-dessous récapitule les besoins et leur coût estimé

Activité	Budget estimé par année (XFP)				
	2009	2010	2011	2012	2013
Salaire coordonateur du programme					
Frais de déplacement coordonateur					
Achat DEC					
Frais envoi médicaments et fournitures					
Campagne de communication					
Administration					

médicaments (per diem, fournitures, etc.)					
Saisie et analyse des données des campagnes					
Etude vérification couverture					
Surveillance sites sentinelles et spot checks					
Etude de prévalence nationale					
Surveillance active post campagne					
Lutte vectorielle					
Traitement des positifs					
Prise en charge morbidité					
Formations					
TOTAL					

12. OBJECTIFS NATIONAUX

Le programme mondial s'est fixé comme objectif l'élimination mondiale de la FL d'ici 2020 ce qui signifie que la transmission doit être interrompue dans tous les pays d'ici 2015, les 5 dernières années étant réservées à la surveillance.

En 2000 le Pacifique s'était fixé 2010 comme objectif d'élimination de la filariose lymphatique. Les différentes analyses du programmes faites depuis la fin de l'année 2006 ont permis de montrer que, malgré les importants progrès réalisés dans cette région l'objectif 2010 ne pourrait être maintenu en particulier en raison de l'impérieuse nécessité de mettre en place une surveillance active après interruption des campagnes et ce pendant 5 années.

L'étude de prévalence nationale réalisée en 2008 en Polynésie française a mis en lumière les défis que le programme doit relever et de nouvelles stratégies ont été développées pour renforcer le programme et résoudre ces problèmes.

En 2008 les experts s'accordent sur le fait que le problème principal en PF pendant les 8 années précédentes a été celui d'une couverture réelle de la population très insuffisante pendant les campagnes d'administration de DEC/ALB. Si la PF est en mesure de mettre en place en 2009, 2010 et 2011 des campagnes annuelles d'administration de DEC/ALB avec au moins 85% de la population absorbant réellement les médicaments, l'impact sur la prévalence Ag devrait permettre de revoir la stratégie et de concentrer les efforts du pays sur les zones de transmission résiduelle et sur une surveillance active pendant 5 ans. Si l'objectif de couverture n'est pas atteint des campagnes supplémentaires et de plus grands efforts devront être déployés.

Les objectifs du programme national d'EFL en PF sont les suivants :

Objectif final :

- Interrompre la transmission de la FL en PF d'ici 2013

- Obtenir la certification de l'élimination de la FL en PF après 5 années de surveillance active, soit en 2018

Objectifs intermédiaires :

- Obtenir une couverture réelle et vérifiée de la population pendant les campagnes d'administration de 2009, 2010 et 2011 d'au moins 85% de la population avec observance directe du traitement.
- Evaluer la prévalence nationale par une étude stratifiée en grappe après les 3 campagnes d'administration répondant au critère ci-dessus
- Prise en charge individuelle de tous les patients présentant des manifestations clinique dues à la FL en PF

Objectifs immédiats :

- Sélection et nomination du coordonateur national du programme d'EFL d'ici février 2009
- Groupe de pilotage du programme national d'EFL mis en place d'ici février 2009
- Révision et finalisation du plan National d'EFL en PF : février 2009
- Adoption du plan national d'EFL en PF par le groupe de pilotage : mars 2009
- Formation au COMBI et développement du plan COMBI pour les campagnes de masse d'EFL : 17 mars 2009 au 6 avril 2009

13. ACTIVITES A METTRE EN ŒUVRE

Une fois ce plan national d'EFL approuvé par le groupe de pilotage et le ministère de la santé, initialiser la mise en place de cette nouvelle phase du programme. Les étapes principales sont les suivantes :

- Informer et former les divisions et sous-divisions
- Préparation des plans d'action détaillés par les divisions et sous-divisions
- Rendre publique et largement informer la population, les politiques, les décideurs, et tous les autres acteurs de cette nouvelle étape du programme
- Préparer le matériel de formation et commencer les formations
- Campagne d'information reposant sur le plan COMBI, mobilisation de la population
- Initialiser la prise en charge individuelle des patients présentant des manifestations cliniques de FL
- Préparer les registres pour les campagnes d'administration, le plan de saisie et d'analyse des données
- Planifier l'étude de vérification de la couverture et développer le protocole d'étude pour mise en place immédiatement après la campagne
- Planifier et mettre en place étude dans les sites sentinelles et spot checks
- Campagne d'administration de masse
- Saisie, analyse des données et rédaction du rapport sur la campagne de masse
- Etude de vérification de la couverture
- Rapport final avec recommandations pour la prochaine campagne
- Présentation et discussion des résultats par le groupe de pilotage.
- Revoir régulièrement le programme et les stratégies développées

La plupart des activités ci-dessus peuvent être réalisées de manière concomitantes.

14. EVALUATION ET SUPERVISION

Le programme doit être évalué régulièrement aux différents niveaux de mise en œuvre afin d'assurer le succès du programme. Les indicateurs peuvent être divisés en deux catégories : indicateurs de système et indicateurs d'impact.

14.1. Indicateurs de système ou de programme

1) Médicaments et autres fournitures

La logistique est la colonne vertébrale du programme. Les quantité, qualité et disponibilité des fournitures à tous les niveaux de mise en œuvre doit être vérifiée à intervalles réguliers et par des visites inopinées.

2) Ressources en personnel –formation et qualité

Evaluer si les personnels sont en nombre suffisants pour mettre en œuvre le programme dans chaque zone

Comparer les activités de formation mise en œuvres et les objectifs fixés pour chaque année et à chaque niveau de mise en œuvre

Evaluer la qualité des formations

3) Système de collection des données

Evaluer l'efficacité avec laquelle chaque unité de base (village, zone, etc.) fournit les rapports et registres au niveau supérieur.

4) Couverture médicamenteuse

Des évaluations régulières de la couverture médicamenteuses doivent être faites immédiatement après chaque campagne d'administration:

- Couverture rapportée : chaque niveau périphérique/distributeur de médicaments doit fournir un rapport sur la couverture médicamenteuse atteinte dans sa zone : Nombre de personnes ayant effectivement absorbés les médicaments en sa présence/population totale. Ces informations doivent ensuite être agrégées par sous-division et par division puis au niveau national
- Couverture vérifiée : vérification de la couverture obtenue par une étude dans les quelques semaines suivant la campagne réalisée par interview. Cf. supra.

Des évaluations particulières doivent être développées dans les groupes de population non atteint par la campagne. Quels groupes d'âge ont été manqués ? Quels groupes de travailleurs ont été manqués ? Les femmes sont elles plus fréquemment non adhérente au traitement que les hommes ou inversement ? Les zones urbaines ont-elles une couverture inférieures aux zones rurales ?

5) Effets secondaires

Les effets secondaires doivent être évalués systématiquement. Un formulaire spécifique existe (référence 6 annexe 5)

6) Contrôle et prévention de la morbidité

- Evaluation du nombre de centre de traitement qui prennent en charge les lymphœdèmes et les attaques aiguës

- Evaluation du nombre de patients avec des attaques aiguës, des lymphœdèmes traités et des traitements chirurgicaux d'hydrocèles

7) *Campagnes de communication COMBI*

- Evaluer la fréquence des messages transmis à la TV et à la radio
- Evaluer l'impact de ces spots et de posters, brochures, etc.
- Evaluer les activités mise en œuvre à chaque niveau : réunions, campagnes d'éducation scolaires, groupes religieux, etc.
- Evaluer le soutien apporté par les autres acteurs telles associations, médecins privés, etc.

14.2. Indicateurs d'impact

L'impact du programme doit être évalué à intervalles réguliers par des acteurs différents de ceux chargés de la mise en œuvre du programme.

- ICT et MF dans les sites sentinelles et spot checks
- Taux de prévalence des pathologies dues à la FL : taux d'hydrocèles, taux de lymphœdème
- Antigenémie chez les enfants de 6 à 10 ans pour confirmer l'interruption de la transmission une fois que le taux d'antigenémie dans la population générale a atteint moins de 1%.
- Evaluation des connaissances et des comportements des communautés (études de type KAP)
- Etudes de l'infection du vecteur afin d'évaluer l'intensité de la transmission

14.3 Système d'information et de collection des données

Un système de collection des données efficace et fiable doit être mis en place afin de permettre une évaluation du programme et de son impact. Les résultats issus de ce système permettent en effet la prise de décision rapide, basée sur des données épidémiologiques et scientifiques fiables.

14.4 Evaluations indépendantes périodiques

Le programme a fait l'objet d'une évaluation en février 2007 par le coordonateur du programme dans le Pacifique, qui a été suivi de la mise en place de l'étude de prévalence de 2008. Une seconde mission du coordonateur en novembre 2008 a permis de développer de nouvelles stratégies et la rédaction du présent plan national d'élimination de la FL. A cette phase du programme, il est important que le programme bénéficie de manière annuelle d'une évaluation indépendante extérieure afin de revoir régulièrement les stratégies fonction des découvertes récentes et des évolutions en particulier dans le domaine des techniques de laboratoire pour la surveillance. Les résultats de ces évaluations régulières doivent être utilisés pour réviser et adapter les stratégies du programme. Ces évaluations doivent prendre en compte les aspects de mise en œuvre du programme comme l'impact sur l'infection et sur la morbidité.

LISTE DES ABBREVIATIONS

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization ; World Health Assembly Resolution 50.29 (1997)
2. Capuano C. "Mission report, French Polynesia 19 to 23 February 2007" World Health Organization, WPRO, 2007
3. Esterre P., Vigneron E., Roux J., « Histoire de la lutte contre la filariose lymphatique en Polynésie française : leçons de 50 années d'effort » Bull. Soc Pathol Exot 2005/98 41-50
4. Mou Y., Ngoc Nguyen L., Plichart C., Legrand AM, Mallet HP, Vecella M, Frogier E., Chee Ayee T. « Évaluation de la prévalence globale de l'endémie filarienne dans le cadre du programme d'élimination de la filariose lymphatique en Polynésie française, 2008 », Direction de la santé, décembre 2008
5. Capuano C. Draft mission report, French Polynesia 18 to 25 November 2008 World Health Organization, WPRO, 2008
6. WHO - Preparing and Implementing a National Plan to Eliminate Lymphatic Filariasis. WHO/CDS/CPE/CEE/2000.15