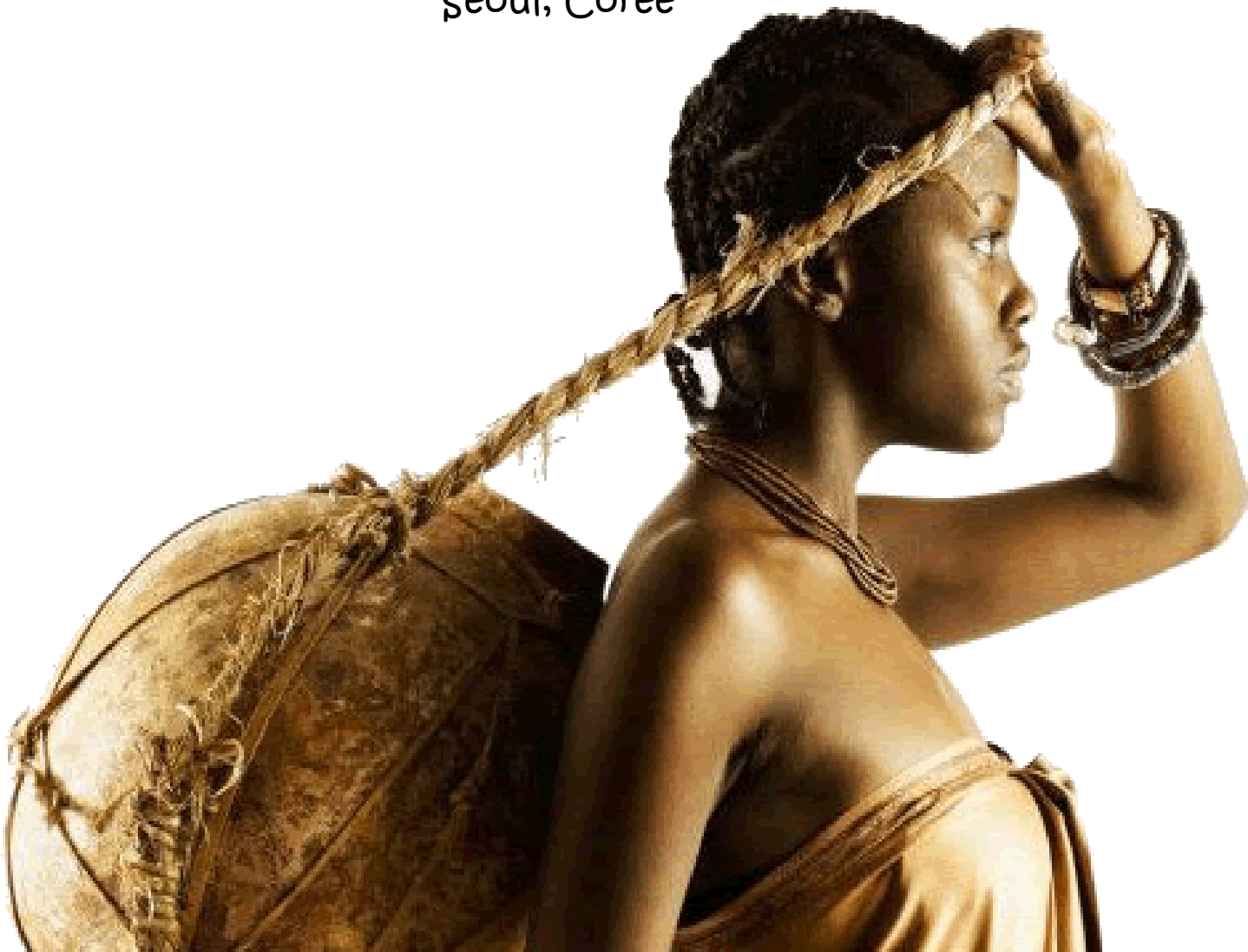


# Mi-temps dans l'Élimination de la FL: Composons l'équipe avec les MTN

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

Du 1<sup>er</sup> au 3 juin 2010  
Séoul, Corée





# Mi-temps dans l'Élimination de la FL: Composons l'équipe avec les MTN

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

Du 1<sup>er</sup> – 3 juin 2010  
Séoul, Corée



Rapport préparé par  
le Dr. David Addiss pour le compte de  
L'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la  
Filariose Lymphatique

# Remerciements

L'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique (GAEFL) exprime toute sa gratitude aux différents partenaires qui ont apporté leur appui à la tenue de cette réunion:

- GlaxoSmithKline (GSK)
- Merck & Co Inc.
- Le Programme de Donation de Mectizan®
- Le Ministère de la Santé et du Bien Etre de la Corée
- Les Centres de Lutte et de Prévention de la Corée (KCDC)

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

Le Comité local d'organisation de la Corée

- Le Dr. Hyeng-Il Cheun, du Centre de Lutte et de Prévention de la Corée
- Madame Sue-Jin Kim, de Best Marketing and Development

Le Centre de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (CNTD) de Liverpool

- Le Professeur David Molyneux
- Madame Joan Fahy
- Mademoiselle Lisa Bluett
- Mademoiselle Sara Holmes
- Madame Charlotte Hemingway

Toutes nos félicitations au Dr. David Addiss pour la préparation de ce rapport.

Le Dr. Addiss exprime sa reconnaissance à l'ensemble des conférenciers et participants du GAEFL6 qui lui ont accordé la permission de résumer leurs remarques et de réviser le manuscrit. Une reconnaissance particulière au Professeur David Molyneux, à Madame Joan Fahy et à Mademoiselle Lisa Bluett du Centre de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées de Liverpool et au Dr. Patrick Lammie, du Centre de Lutte et de Prévention des Maladies pour leurs conseils, leur collaboration et leurs propositions sur la ligne éditoriale au cours de la préparation du rapport. Les participants au GAEFL6 ont exprimé leurs remerciements à l'endroit du Dr. Jong-Koo Lee, Directeur du Centre de Prévention et de Lutte de la Corée et Ministre adjoint du Ministère de la Santé et du Bien-être social ainsi qu'à tous ses nombreux collègues pour l'hospitalité et la générosité dont ils ont fait preuve lors de la tenue de cette réunion.

Pour plus d'information sur l'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique, visiter le site

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

# Table des matières

Liste des abréviations et sigles	9
Résumé	10
<hr/>	
Discours du Dr. Young-Hak Yoo, Ministre Adjoint à la Santé et au Bien Etre de la Corée	15
Discours du Dr. Dato Tee Ah Sian, Directrice de la Division de la Lutte contre les Maladies Transmissibles de la Région du Pacifique Occidental (RPO)	15
Discours du Dr. Dirk Engels, coordonnateur de la Chimiothérapie Préventive (PCT) et de la Lutte contre la Transmission à l'OMS à Genève	15
Discours du Professeur David Molyneux, secrétaire exécutif du GAELF	16
Cérémonie de passation de service du Dr. Mwele Malecela, la Directrice Générale par intérim de l'Institut National de la Recherche Médicale	16
Déclaration d'ouverture de cérémonie par le Dr Jong-Koo Lee, ministre adjoint	17
<b>Discours liminaires</b>	
<hr/>	
<b><i>Le succès de la Corée</i></b>	
Histoire de l'élimination de la FL par un pays	17
Comment le but victorieux a été obtenu	18
Discours du Dr Yil-Seob Lee, GlaxoSmithKline	19
Discours de M. Key Lee, Merck Sharpe & Dohme	19
<b>La première partie: le trajet de Saint Jacques de Compostelle à Séoul</b>	
<hr/>	
Le voyage de l'Alliance: environnement changeant et adaptation	20
Les objectifs réalisés : progrès dans l'élimination de la FL	21
La première partie à travers le monde: Étude de cas	
▪ Inde - Région du sud est asiatique	23
▪ Papouasie Nouvelle Guinée – Pacifique	23
▪ Philippines - Mékong Plus	24
▪ Yémen – Méditerranée orientale	24
▪ Madagascar – Afrique	25
▪ Haïti – Amérique	25
Succès enregistrés: l'impact sur la santé	27
Succès enregistrés: l'impact économique	27
Succès enregistrés: dans le partenariat	29
Leçons apprises	29

## Résultats à la mi-temps en matière de prise en charge de la morbidité

---

L'impact du TDM sur les aspects cliniques de la maladie	31
Prévention du lymphœdème chez les enfants	32
Intégration de la prise en charge de la morbidité: FL, lèpre, diabète et soins des pieds	32
Chirurgie de l'hydrocèle	33
Impact économique de l'hydrocèle	34
Intégrer l'auto prise en charge par la participation communautaire dans la prise en charge de la morbidité	34

## Stratégie à la mi-temps: recherche future et application

---

Stratégies pour la phase finale: mise à jour sur la recherche opérationnelle	36
Diagnostics: fabrication d'outils appropriés	37
Rôle des enquêtes entomologiques – xénodiagnostic dans la surveillance post-TDM	37
Surveillance post traitement de la FL: le cas du Togo	38
La FL et le TDM – La poule ou l'oeuf: comment arrêter le TDM?	39

## Stratégie à la mi-temps: importants défis techniques

---

La FL dans la cité – le problème urbain	41
La FL dans la forêt : le problème de la loase	42
La FL dans les zones de conflit	43
La FL après le TDM	43

## Stratégie à la mi-temps: Stratégies alternatives pour la deuxième partie

---

Chimiothérapie de la filariose au cours de la prochaine décennie	45
Rôle de l'antibiothérapie contre <i>Wolbachia</i> : peut-elle jouer un rôle dans la dernière phase?	46
Rôle de la lutte antivectorielle	46

## Deuxième partie 2010-2020: Stratégie pour la prochaine décennie

---

Vision pour le futur	48
Développer des partenariats pour la prise en charge de la morbidité	48
Développer des partenariats pour la mise en œuvre	49
Développer le programme de la recherche opérationnelle	50

## Ressources nécessaires pour la stratégie

---

Banque Africaine de Développement	52
Stratégie de l'USAID pour les MTN, 2010-2014	52
La Banque Mondiale	53
Stratégies de ressources alternatives pour les MTN	53

## **L'avenir du GAELF : le partenariat**

---

Etablissement de liens entre les ONGD pour la FL et autres groupes de MTN	56
Opportunités: plaidoyer et développement des partenariats dans un environnement changeant pour la santé mondiale	56
Conclusions et réflexions	57
<b>Session de travail du Groupe de Contact Représentatif (RCG)</b>	<b>59</b>

---

<b>Session Spéciale: renforcer la mise en oeuvre de la prévention des incapacités par le partenariat</b>	<b>60</b>
--	-----------

---

<b>Références</b>	<b>62</b>
-------------------	-----------

---

<b>Liste des participants</b>	<b>64</b>
-------------------------------	-----------

---

# Sigles et abréviations

ADL	Adénolymphangite	MDP	Programme de Donation du Mectizan
AFR	Région Afrique de l'OMS	mL	Millilitre
AMS	Assemblée Mondiale de la Santé	MSD	Merck Sharpe & Dohme, Inc.
APOC	Programme Africain de Lutte Contre l'Onchocercose	MTN	Maladies Tropicales Négligées
AVCI	Années de vie corrigées du facteur d'invalidité	MX	Xénodiagnostic moléculaire
BAD	Banque Africaine de Développement	NU	Nations Unies
ComDT	Traitement sous directives communautaires	OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
DEC	Diéthylcarbamazine	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
DFID	Département du Développement International, RU	ONGD	organisation non gouvernementale de développement
FL	Filariose lymphatique	PAHO	Organisation de la Santé Pan Américaine
FY	Année fiscale	PCR	Réaction en chaîne par polymérase
GAELF	Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique	PCT	Chimiothérapie préventive et Lutte contre la Transmission
GPELF	Programme Mondial pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique	PI	Investigateur principal
GSK	GlaxoSmithKline	RCG	Groupe de Contact Représentatif du GAELF
IAD	Institut de Dermatologie Appliquée	RFA	Appel à soumission
IDB	Banque de Développement Interaméricain	RTI	Research Triangle Institute
ITN	Moustiquaires Traités à l'Insecticide	SAE	Effets secondaires graves
JAF	Forum d'Action Conjointe de l'APOC	SEAR	Région de l'Asie du Sud Est de l'OMS
KCDC	Centre Coréen de Lutte et de Prévention des Maladies	STH	Helminthiase tellurique
LAC	Amérique Latine et Caraïbes	TDM	Traitement de Masse
		UE	Unité d'Exécution
		USAID	Agence pour le Développement International des Etats Unis
		WPR	Région Pacifique Occidentale de l'OMS

# Résumé

La 6<sup>ème</sup> réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique s'est tenue à Séoul en Corée du 1 au 3 juin 2010. La réunion était placée sous le thème « mi-temps dans l'élimination de la FL/composons l'équipe avec les MTN » ; fait marquant de cette réunion, 2010 constitue le point central entre la première réunion du GAEFL tenue à Saint Jacques de Compostelle en Espagne en 2000 et l'objectif fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'éliminer la filariose lymphatique (FL) en tant que problème de santé publique d'ici 2020. Le thème « mi-temps » a servi de cadre approprié pour la réflexion, l'évaluation et le planning. Pour les participants, cette réunion a coïncidé avec l'attente frénétique de la Coupe du Monde, qui devait se tenir en Afrique du Sud trois semaines plus tard.

On peut dire que le thème de la réunion du GAEFL qui se tenait en république coréenne venait à point nommé car en 2008, celle-ci avait reçu de l'OMS la confirmation officielle de l'élimination de la FL. Les participants ont apprécié l'opportunité qui leur a été offerte de s'informer sur les efforts couronnés de succès de la Corée. La chaleureuse hospitalité et l'organisation sans pareille des hôtes coréens ont contribué à la réussite de cette importante réunion.

Au cours de leurs présentations portant sur l'épidémiologie, le traitement, la recherche et le programme de mise en œuvre de la FL, les experts venus du monde entier ont mis l'accent sur les réalisations impressionnantes des dix premières années du GAEFL jetant ainsi une nouvelle lueur sur les grands défis auxquels le GAELF reste confronté. Les réalisations ainsi que les défis ont été émaillés de plusieurs « étude de cas » des pays endémiques de la FL. Les discussions formelles et informelles étaient animées et bien orientées. Deux thèmes en particulier, revenaient presque dans chaque présentation et discussion. En premier lieu, l'élimination de la FL qui s'intègre progressivement dans une initiative élargie de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN); d'où le thème « composer l'équipe avec les MTN ». Les implications de ce thème affecteront tous les aspects du GAEFL, entre autres les régimes de médicaments, le plaidoyer, la gouvernance, le financement, le suivi-évaluation, les partenariats, la prise en charge de la morbidité, la lutte antivectorielle, la recherche et la mise en œuvre de programmes. En second lieu, l'environnement de la santé au niveau mondial ayant connu des changements depuis la mise en place du GAEFL, de nouveaux partenariats, de nouvelles initiatives et de nouvelles opportunités de financement ont vu le jour. Ces changements ne pouvant que s'accélérer au cours des dix prochaines années, il faudra de la prévoyance, de la flexibilité et de la détermination pour les affronter.

## **Evaluation à la mi-temps**

En 2000, le défi auquel le GAEFL était confronté était d'une grande ampleur. 81 pays étaient considérés endémiques à la filariose lymphatique avec 1,34 milliards de personnes à risque d'être infectées et 120 millions de personnes infectées. L'OMS en tant que structure dirigeante du Programme Mondial pour l'Élimination de la Filariose Lymphatique (GPEFL) a

mis en place deux stratégies importantes pour réaliser l'objectif de 2020: 1) arrêter la propagation de l'infection par le traitement de masse (TDM) annuel en utilisant une combinaison de deux médicaments ; et 2) réduire la charge de la maladie par la prise en charge de la morbidité. L'OMS a recommandé une approche progressive pour interrompre la transmission de la FL; en commençant par la cartographie de la distribution de la FL en vue d'identifier les zones ayant besoin de TDM, suivi d'un TDM s'étalant sur cinq années ou plus, une période de surveillance post-TDM et en dernier lieu, la vérification de l'élimination.

Malgré les difficultés rencontrées, les avancées en faveur de l'élimination de la FL ont été impressionnantes. Sur les 81 pays endémiques, et en se basant sur l'évaluation en cours, le TDM ne sera probablement pas nécessaire dans 10 pays (12,3%) ; 25 pays (64,2%) ont actuellement des programmes de TDM fonctionnels. Parmi ces pays ayant des programmes fonctionnels, 37 ont déjà conduits 5 rondes de TDM ou plus dans au moins certains de leurs zones d'endémie. En 2008, 496 millions de personnes environ ont pris part au TDM ; 695 millions ont reçu un traitement, représentant 51,7% de la population à risque. Au cours de la même année, le nombre cumulé de plaquettes d'albendazole fournis gratuitement par GlaxoSmithKline (GSK) pour l'élimination de la FL a atteint 1,4 milliards et le nombre de plaquettes de Mectizan® fournis gratuitement par Merck & Co., Inc. a atteint 1,2 milliards.

L'impact global qui en a résulté sur la santé a été énorme. 22 millions de personnes environ ont été protégées de l'infection et de la maladie de la FL ainsi que des économies réalisées estimées à 24,2 milliards de dollars US. Une baisse de la prévalence de la microfilarémie a été signalée dans 131 sites sentinelles après 5 rondes de TDM ; 68 sites (63%) ont eu une réduction de 100% de la prévalence. Les programmes de prise en charge de la morbidité qui ont été mis en œuvre dans 27 (33,3%) des 81 pays d'endémie de la FL ont montré des réductions très importantes pour les épisodes d'inflammation aiguë chez les personnes présentant des lymphoedèmes. 146 millions de personnes environ ont reçu des bénéfices « au delà de la FL » au cours des 8 premières années du programme grâce à l'activité antiparasitaire élargie des médicaments donnés gratuitement.

### **Défis pour la seconde partie**

De nombreux défis restent à relever si l'objectif est d'éliminer la FL du monde en tant que problème de santé publique d'ici 2020. Les conférenciers ont fait ressortir à l'unisson les différents aspects de ces défis présents et à venir. Des thèmes communs sur « les besoins » incluent un plaidoyer plus influent et un financement plus substantiel ; une recherche opérationnelle mieux ciblée et pouvant être facilement appliquée sur le terrain ; des partenariats plus développés et plus élargis ; de la persévérance et de la flexibilité dans les approches. Une fois de plus, tout cela devra se produire dans un contexte d'intégration des MTN et un environnement de santé qui change en toute rapidité au niveau mondial. Les défis les plus importants sont:

#### *Le démarrage*

Le TDM doit être initialisé dans dix neuf pays mais cela n'a pas encore été réalisé. Pour parvenir à l'objectif mondial de 2020, le démarrage du TDM dans ces pays, dont 16 en Afrique constitue une priorité.

### *L'extension*

Dans les pays où le TDM a déjà débuté, l'extension du TDM est capitale pour parvenir à une couverture géographique totale. 70% de la population totale à risque ciblée, en somme 919,5 millions de personnes vivent en Inde, en Indonésie, au Bangladesh, au Nigéria et en République Démocratique du Congo. La couverture géographique totale qui a pu être réalisée par l'Inde constitue une priorité pour les quatre autres pays.

### *La Loase*

En Afrique Centrale, la co-endémicité de *la loase* constitue une grande barrière pour initier les programmes d'élimination de la FL. Une recherche est en cours et il faut des résultats dans l'immédiat pour trouver et tester des stratégies alternatives ou temporaires.

### *Les populations urbaines*

Des stratégies doivent être élaborées pour traiter efficacement les populations urbaines dans les localités qui en besoin, surtout en Afrique et en Asie.

### *Les zones de conflits et d'après-conflits*

Sur les 19 pays qui ont une transmission active de la FL et n'ont pas encore débuté de TDM, 13 possèdent des infrastructures fragiles ou sont en situation d'après-conflit. L'expérience a montré que le TDM est possible dans de telles zones si des précautions spéciales et des principes adéquats sont respectés.

### *Surveillance post-TDM*

Il y a un besoin urgent de peaufiner les manuels d'interruption de TDM et de surveillance post-TDM.

### *Vérification de l'élimination*

Il faut élaborer des procédures, des manuels, et des critères de vérification de l'élimination de la FL pour que les pays précédemment endémiques puissent être « retirés de la liste » lorsqu'ils atteignent leur objectif.

### *Prise en charge des incapacités*

Seulement 27 pays d'endémie de la FL possèdent des programmes actifs de prise en charge des incapacités. La prise en charge des incapacités doit être partie intégrante des programmes d'élimination de la FL. Les cas de prise en charge des MTN intégrées constituent une promesse de nouveaux partenariats et une plus grande intégration de la prise en charge de la morbidité de la FL dans les services de santé opérationnels.

### **Opportunités et ressources**

Les conférenciers du GAELF6 ont souligné l'importance des leçons apprises au cours des 10 premières années du partenariat. Ces leçons ont permis de mieux cerner les défis et de saisir les opportunités pour relever les défis restants.

### *Le GAELF*

La nature même du GAELF, ouverte, intégratrice avec une structure dirigeante « allégée » et une approche régionale constituent une base solide pour réaliser l'objectif de 2020 et pour le leadership au sein d'une initiative intégrée des MTN.

### *Ressources humaines et bonne volonté*

Outre le GAELF, la ressource la plus importante pour le succès repose dans la force et le dévouement de milliers de personnes engagées dans l'élimination de la FL dans le monde entier. Comme le Dr. Mwele Malecela l'a évoqué dans une de ses présentations, « c'est votre engagement, votre passion, votre foi en la possibilité de l'élimination de la FL qui donne toute sa force à l'Alliance ».

### *La recherche*

Il a été porté à la connaissance des participants au GAELF6 les recherches importantes menées pour surmonter les obstacles liés à l'élimination de la FL. Des études sont en train d'être menées sur l'impact de la lutte antivectorielle sur la transmission de la FL ; des régimes de médicaments alternatifs et le dosage des médicaments ; de nouveaux agents microfilaricides ; et l'évaluation des outils de diagnostic y compris le xénomonitoring des vecteurs pour détecter l'ADN des filaires.

### *Financement et appui*

Au cours de ces dernières années, de nouveaux financements importants ont été octroyés à la FL par le Département du Développement International du Royaume Uni (DFID), l'Agence du Développement International (USAID) et la Fondation Bill & Melinda Gates.

L'engagement de GSK et Merck & Co., Inc. à donner gratuitement des médicaments ainsi que la fourniture d'autres appuis sont d'une force et d'une importance capitales. Les participants au GAELF6 ont été informés du financement pour l'élimination de la FL décomposé dans les budgets des ministères de la santé ainsi que le financement du Président tanzanien pour la chirurgie de l'hydrocèle. Grâce en partie à l'intégration de la FL avec les autres MTN, le plaidoyer pour le financement rencontre plus de succès qu'auparavant puisque dans plusieurs pays, le programme de la FL avait déjà établi une plateforme importante.

### *Intégration*

Comme nous l'avons mentionné plus haut, « composer l'équipe avec les MTN » offre des opportunités pour de nouveaux partenariats, de nouvelles perspectives, un plaidoyer plus renforcé et joue un plus grand rôle dans les aspects de programmation qui étaient quelque peu négligés jusqu'à ce jour (ex. lutte antivectorielle et prise en charge de la morbidité).

### **Conclusion**

Pour les 150 participants venus de 38 pays, la réunion du GAELF6 a été une grande opportunité pour faire le point, réfléchir, se réjouir et faire des plans d'avenir. L'ambiance était empreinte de gaîté et de fête ; unanimement, ils reconnaissaient que des défis les attendaient et ils les anticipaient même. Ce sentiment fort de partenariat était manifeste et ne pouvait que présager du bien pour les 10 prochaines années.



# Cérémonie d'ouverture

*Président: Dr. Jong-Koo Lee*

*Ministre/Directeur Adjoint, Ministère de la Santé et du Bien-être,  
Centre coréen de Lutte et de Prévention des Maladies (KCDC)*

Le Dr. Young-Hak Yoo, Ministre Adjoint à la Santé et au Bien Etre de la Corée, a présidé l'ouverture de la 6<sup>ème</sup> réunion de l'Alliance Mondiale pour l'Elimination de la Filariose Lymphatique (GAEFL). Il a souhaité la bienvenue aux 150 participants venus des 38 pays et a exprimé sa gratitude de pouvoir partager l'expérience réussie de la Corée dans l'élimination de la filariose lymphatique (FL). Il a émis le souhait de voir la coopération internationale se renforcer au cours de la réunion dans l'effort mondial d'élimination de la FL.

Le Dr. Dato Tee Ah Sian, Directrice de la Division de la Lutte contre les Maladies Transmissibles de la Région du Pacifique Occidental (RPO) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a remercié l'Etat coréen d'abriter la réunion du GAEFL et a souhaité la bienvenue aux participants. Dans sa présentation, elle a mis l'accent sur les charges physiques et psychologiques considérables de la FL ; elle a également observé les progrès dans l'élaboration des outils de laboratoire efficaces et le développement de partenariats entre le public et le privé pour éliminer la FL. Plusieurs pays de la RPO semblent être proches de l'élimination de la FL et d'autres ont fait des progrès notables. Dans ce cadre, le Dr. Tee a invité le GAEFL à assister la Papouasie Nouvelle Guinée dans la

mobilisation des ressources financières et techniques nécessaires à l'élimination de la FL.

Le Dr. Dirk Engels, Coordonnateur de la Chimiothérapie Préventive (PCT) et de la Lutte contre la Transmission à l'OMS à Genève, a transmis les salutations du Dr. Margaret Chan, Directrice Générale de l'OMS et du Dr. Lorenzo Savioli, Directeur du Département de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées. Il a indiqué qu'en 2008, l'Alliance Mondiale pour

l'Elimination de la Filariose Lymphatique (GPEFL) avait ciblé 695 millions de personnes pour le traitement de masse (TDM) et 496 millions de personnes ont été traitées. La force du GAEFL repose en ses membres, chacun ayant un mandat particulier,

mais partageant tous le même but. Le Dr. Engels a passé en revue certains succès du GAEFL et a réitéré le soutien total de l'OMS. Il a souligné que le TDM pour l'élimination de la FL doit être totalement intégré dans la chimiothérapie préventive des maladies tropicales négligées (MTN). Il a remercié GlaxoSmithKline (GSK) et Merck & Co., Inc. pour leur engagement continu à fournir des médicaments antifilariens gratuitement et aussi longtemps que nécessaire. Il a encouragé les participants à célébrer les succès déjà enregistrés puisque le programme d'élimination de la FL est parvenu à



## RAPPORT DE LA 6<sup>ème</sup> REUNION DU GAELF, JUIN 2010

améliorer la santé de millions de personnes démunies.

Le Professeur David Molyneux, le secrétaire exécutif du comité directeur a, au nom des délégués de la 6<sup>ème</sup> réunion du GAELF, remercié les hôtes coréens ; il a noté l'importance de la tenue de la réunion dans un pays ayant réussi l'élimination de la FL. Le Professeur Molyneux a souligné les changements drastiques qui sont intervenus dans le programme de la santé mondiale au cours des 10 premières années de l'histoire du GAELF, en particulier les fonds importants promis pour la lutte et l'élimination des MTN. Il a déclaré que l'élimination de la FL était au premier plan des programmes des MTN et cela grâce aux dons de médicaments de GSK et Merck & Co., Inc.

Les 10 premières années du GAELF ont démontré que l'élimination de la FL en tant que problème de santé était un objectif réalisable avec de grands bénéfices pour la santé publique. Pour le Professeur Molyneux, le GAELF peut servir de plateforme pour l'intégration avec les autres MTN tout en maintenant la FL au centre de ses interventions. Les caractéristiques du GAELF- une structure dirigeante libre, sans restriction, représentative, des approches au niveau régional, le respect mutuel et la capacité de tirer des leçons et de s'adapter- l'ont rendu fort et attractif pour divers partenaires.

Le Dr. Mwele Malecela, la Directrice Générale par intérim de l'Institut National

de la Recherche Médicale de la République Unie de Tanzanie a remercié les membres du GAELF, en particulier le comité directeur et le secrétariat pour leur appui au cours des quatre années passées en qualité de Présidente du GAELF. Elle a analysé les enseignements tirés au cours de ces quatre dernières années à savoir : le partenariat est un processus ; le consensus peut émerger du chaos ; et le plaidoyer peut déplacer les montagnes.

La nature flexible du GAELF a permis à ses membres de se forger de nouveaux partenariats et d'aller de succès en succès. Elle a remercié le gouvernement de la république coréenne et le KDDC d'abriter la 6<sup>ème</sup> réunion du GAELF ; et son mot à l'adresse des participants a été : « c'est votre engagement, votre passion, votre foi en la possibilité de l'élimination de la FL qui donne toute sa force à l'Alliance ».

Le Dr Jong-Koo Lee le ministre/directeur adjoint du ministère de la santé et du bien-être, KCDC, a remercié le GAELF pour l'opportunité qui leur a été donné d'abriter le GAELF6. Il a indiqué qu'avant la vérification de l'élimination de la FL par l'OMS en 2008, la FL était endémique en Corée depuis des millénaires. La FL a été la maladie qui a été officiellement éliminée en Corée. Le Dr. Lee s'est engagé à ce que la santé figure toujours en bonne place dans le programme de développement de la Corée au cours des dix prochaines années. Il a souhaité plein succès aux participants et a déclaré la réunion officiellement ouverte.



# Discours liminaires

Président: Professeur Jong-Yil Chai  
du Collège de Médecine de l'Université Nationale de Séoul

La première session de la conférence, présidée par le Professeur Jong-Yil Chai a porté sur une description de l'élimination réussie de la FL en Corée.

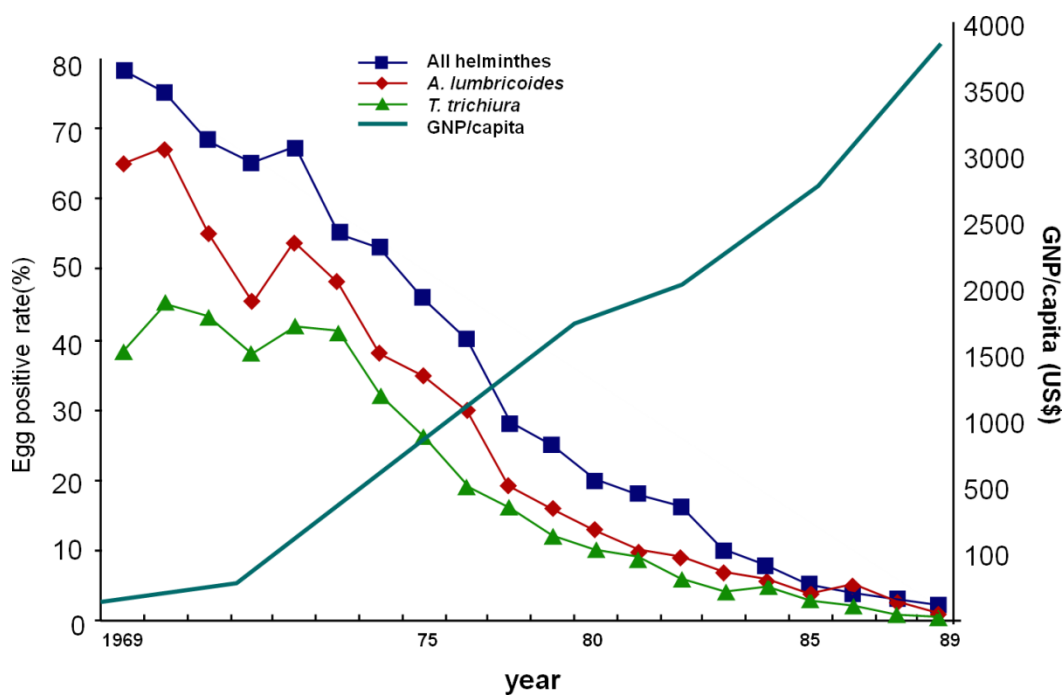
## Histoire de l'élimination de la FL par un pays

Le Professeur Han-Jong Rim, Professeur Emérite du Collège de Médecine de l'Université de Corée, a fait une revue de l'histoire de l'élimination de la FL en Corée qui peut être découpée en trois étapes distinctes [1]. Au cours de la première phase, 1920-1945, la FL a été d'abord reconnue comme problème de santé publique et endémique avec *Brugia malayi* comme principal vecteur.

La période de 1951 à 1979 a été celle de l'investigation et de la surveillance. Trois zones d'endémie importantes ont été identifiées: l'île de Jeju; la zone côtière du sud-ouest; et une zone du sud-est qui

s'étend à l'intérieur des terres. Des recherches épidémiologiques ont été menées dans toutes ces régions où la prévalence microfilarienne était de l'ordre de 1 à 22%. Ces recherches ont montré que *B. malayi* était de périodicité nocturne et les principaux vecteurs étaient *Aedes togoi*, dans les régions côtières et *Anopheles sinensis*, à l'intérieur des terres. Dans la partie centrale du pays qui est montagneuse, aucune transmission n'a été détectée. Les personnes infectées à *B. malayi* ont été traitées de manière sélective au diéthylcarbamazine (DEC), avec au début de faibles doses pour réduire les effets secondaires. Certains aspects des traditions ont été identifiés comme favorisant la transmission, comme l'habitude de recueillir de l'eau les soirs et les toits de paille qui servent de refuge pour *A. togoi*.

Prévalence de l'infection avec les helminthiases telluriques et le produit national brut, République de la Corée, 1969-1989



Au cours de la troisième étape de 1980 à 2007, l'accent a été mis sur la chimiothérapie et la lutte contre la FL. Le Dr. Rim a noté en passant que la Corée ne possédait pas de programme national de lutte contre la FL. L'Institut National de la Santé de la Corée a plutôt conduit et coordonné les efforts de lutte contre la FL qui ont été menés par plusieurs chercheurs. Les premières mesures de lutte intégraient la recherche épidémiologique et la surveillance associées à une chimiothérapie sélective, principalement à la DEC. La croissance économique et l'amélioration des conditions de vie en favorisant les changements de style de vie ont réduit l'exposition aux moustiques. Un plan de développement socio-économique, appelé "Saemaul Undong," a été lancé en 1970. Ce programme de travaux publics a permis d'améliorer les conditions des logements, de se défaire des toits de paille traditionnels et de réduire les habitats de reproduction des moustiques et de réaliser une forte croissance du revenu par tête d'habitant. La prévalence de l'infection à *B. malayi* a baissé de manière rapide ainsi que celle des helminthiases telluriques (STH), de 80% en 1969 à presque zéro en 1989 (voir figure à la page 17). En commentant sur le développement économique et les maladies parasitaires, le Dr. Rim a observé que le changement social et environnemental rendu possible par la croissance économique a été la cause première de la réduction drastique de la FL et des maladies transmises par le sol en Corée.

### Comment le but victorieux a été obtenu

Le Dr. Hyeng-Il chercheur à la Division du Paludisme et des Maladies Parasitaires, de l'Institut National de la Santé, KCDC a fourni des détails complémentaires sur le programme d'élimination de la FL en Corée ; il a mis l'accent sur les enquêtes épidémiologiques et les efforts d'élimination de 2002 à 2006 [2]. Les objectifs visés au cours de cette période consistaient à renforcer la surveillance dans les zones suspectes, détecter les personnes infectées, faire de la chimiothérapie sélective et de masse, confirmer l'absence de l'infection chez les moustiques vecteurs, et vérifier l'élimination de la FL. Les enquêtes ont été reconduites dans plusieurs îles et les précédents efforts de réduction de la transmission se sont avérés efficaces. Par exemple, à Jeollanam-do, la prévalence de la microfilarémie était de 9,8% en 1986-1992. En 2002, seulement deux personnes âgées de plus de 60 ans étaient infectées avec une prévalence de 0,1%. Dans les régions où la prévalence de la FL était peu élevée en 1992, il n'y a pas eu de cas positifs entre 2002-2004.

En octobre 2005, une équipe de l'OMS s'est rendue en Corée ; elle a recommandé un test rapide de l'anticorps pour *Brugia malayi* chez 3000 élèves du primaire et chez des résidents plus âgés issus de zones autrefois endémiques. Les résultats des tests ont été négatifs pour tous les enfants. En mars 2008, l'OMS concluait officiellement que la République de la Corée était parvenue à l'élimination de la FL en tant que problème de santé.



### Le discours de GlaxoSmithKline

Le Dr. Yil-Seob Lee, directeur de la régulation et des médicaments de GlaxoSmithKline en Corée a donné un aperçu des efforts humanitaires de GSK. Pour honorer ses engagements de fournir l'albendazole pour éliminer la FL, GSK a ouvert une nouvelle industrie en Inde en 2009. Parmi ses autres programmes humanitaires, la sponsorisation de la recherche sur les maladies endémiques dans les pays les plus démunis ; les réinvestissements dans les pays les moins avancés, 20% des bénéfices tirés de la vente des médicaments dans ces pays ; le partage de son espace de laboratoire avec les chercheurs indépendants travaillant sur les maladies négligées. Le Dr. Lee a souligné l'importance du partenariat et de la collaboration pour pouvoir atteindre l'objectif de l'élimination de la FL.

### Le discours de Merck Sharpe & Dohme

M. Key Lee, responsable des affaires étrangères à Merck Sharpe & Dohme (MSD) en Corée, a, au cours de son allocution, noté les grands progrès réalisés dans l'élimination de la FL jusqu'à ce jour et l'ampleur du travail à venir. En 1998, le Programme de Donation du Mectizan (MDP) a été élargi pour englober l'élimination de la FL dans 28 pays africains et le Yémen où l'onchocercose était co-endémique. L'année précédente, plus de 100 millions de doses de Mectizan® ont été autorisées pour une thérapie de combinaison contre la FL. Le Dr. Lee a réitéré l'engagement de MSD à fournir le Mectizan® gratuitement et aussi longtemps que possible pour la lutte contre l'onchocercose et l'élimination de la FL. Il a exhorté les participants au GAELF à ne pas oublier les personnes qui souffrent de la filariose et à préserver cet élan par des partenariats renforcés pour relever le défi des MTN ; en outre, il a brièvement énuméré les autres programmes humanitaires de la MSD en Corée.

**Plus de 1 milliard de personnes sont affectées par une ou plusieurs maladies tropicales négligées (MTN).**

On les appelle négligées parce que ces maladies persistent exclusivement dans les pays les plus démunis et les communautés les plus marginalisées ; la plupart ont été éliminées dans le monde et sont de ce fait souvent oubliées.

# La première partie: le trajet de Saint Jacques de Compostelle à Séoul

Président: Dr. Mwele Malecela

## Le voyage de l'Alliance: environnement changeant et adaptation

Le professeur David Molyneux, chercheur senior au Centre de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées de Liverpool a fait une analyse sur le changement drastique qui est intervenu dans l'environnement mondial de la santé depuis la première réunion du GAELF à Saint Jacques de Compostelle en 2000.

Parmi ces changements importants, on peut citer : la publication du rapport sur les macroéconomies et la santé, dirigée par le Dr. Jeffrey Sachs; l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD);

la mise en place du Fonds Mondial pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme; l'émergence de nouveaux partenariats public/privé, l'appui financier de la Fondation Bill & Melinda Gates pour la recherche internationale, l'apparition de la « marque MTN » après les réunions décisives de Berlin et les références de plus en plus fréquentes aux MTN par la Directrice générale de l'OMS et les leaders de l'Europe et de l'Amérique du nord. Le Professeur Molyneux a décrit les « voies principales » qui ont jalonné le voyage du GAELF. Ce sont entre autres l'engagement au niveau international pour l'élimination de la FL, un excellent

programme de recherche, et l'appui de plusieurs institutions publiques et privées ainsi qu'un plaidoyer plus renforcé pour les MTN.

Le GAELF a énormément voyagé sur « les routes régionales » ; celles-ci intègrent des années d'engagement à la lutte contre la FL avant 1997 par les gouvernements de la Chine, de la Corée, de l'Inde, de la Thaïlande, du Sri Lanka et du Suriname

entre autres; une adoption unifiée de la stratégie de l'OMS pour la FL ; les efforts réussis « d'extension » de programmes au niveau national dans nombre de pays, et les contributions financières importantes à l'élimination de la FL

provenant des pays endémiques eux-mêmes.

Le Professeur Molyneux a donné les grandes lignes des « obstacles » majeurs à l'élimination de la FL au niveau mondial, ainsi que de la *Loase* en Afrique de l'Ouest ; les difficultés d'extension des programmes dans les pays ayant la plus grande charge de la FL ; les pays en situation de conflit ou d'après-conflit ; l'approvisionnement et le financement du DEC ; la prise en charge de la morbidité. Il a conclu avec la phrase : « plusieurs routes – un seul trajet – la même destination: l'élimination de la FL.



## Les objectifs réalisés : progrès dans l'élimination de la FL

Le Dr. Kazuyo Ichimori, le responsable de l'OMS pour l'élimination de la filariose lymphatique a, quant à lui, examiné les étapes clés ayant marqué les 10 années de l'histoire du GPEFL et évalué son impact et les défis importants qui restent à relever.

L'origine du GPEFL remonte à la résolution 20.59 passée en 1997 par l'Assemblée Mondiale de la Santé qui en appelait aux états membres à éliminer la FL en tant que problème de santé publique. L'OMS a publié un plan stratégique pour l'élimination de la FL en septembre 1999 et le GAELF a tenu sa première réunion en 2000 à Saint Jacques de Compostelle en Espagne. L'OMS est en train de préparer un rapport qui présentera les progrès réalisés de 2000 à 2009 et un plan stratégique d'élimination de la FL de 2010-2020.

Le GPEFL s'est fixé pour objectif l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique d'ici 2020 en utilisant deux stratégies essentielles : 1) l'interruption de la propagation de

l'infection à travers le TDM ; et 2) la réduction de la charge de la maladie par la prise en charge de la morbidité.

En guise de recommandation, une stratégie de programmation progressive pour interrompre la transmission a été proposée en commençant par la cartographie pour évaluer les zones nécessitant un TDM ; suivi d'un TDM de cinq ou plusieurs années en utilisant une combinaison de deux médicaments pour chaque personne éligible dans les zones d'endémie. Après cela, une période de surveillance post-TDM et à la fin, la vérification de l'élimination de la FL. Actuellement, 81 pays sont considérés endémiques pour la FL avec 1,34 milliards de personnes à risque d'infection et 120 millions de personnes infectées. En considérant la charge totale au niveau mondiale, on retrouve 65% de la charge dans la Région du Sud-est asiatique (SEAR), suivi de la Région Afrique (AFR) avec 35%.

Comme nous le voyons dans le tableau ci-dessous, et sur la base de l'évaluation en cours, 10 pays endémiques (12,3%) n'auront probablement pas besoin de TDM tandis que 52 pays (64,2%) ont des programmes actifs de TDM.

*Progrès vers l'élimination de la FL et statut du traitement de masse dans 81 pays endémiques de la FL, par région OMS*

Statut du TDM dans les pays d'endémie de la FL							
Régions OMS/ PRG	Pays d'endémie de la FL	Estimation de la population à risque (2009)	Pays sous TDM (2009)	Pays n'ayant pas besoin de TDM	Pays ayant finalisé ≥ 5 rondes (fin 2009)	Population cible par TDM (fin 2009)	Nombre cumulé de traitements (200-2009)
AFR	39	408 429 756	18	5	10	104 963 306	273 952 117
AMR	7	11 349 793	4	3	3	5 922 193	12 532 495
EMR	3	12 565 325	2		2	565 325	14 125 271
SEAR	9	873 264 167	9		7	965 216 694	2 328 231 443
MEK	6	32 115 887	5	1	4	25 890 680	95 478 249
PAC	17	5 813 842	14	1	11	2 991 746	8 515 528
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>1 343 538 770</b>	<b>52</b>	<b>10</b>	<b>37</b>	<b>835 549 944</b>	<b>2 732 895 102</b>

Parmi ces pays endémiques, 37 pays ont réalisé 5 rondes de TDM ou plus dans certains de leurs zones endémiques. Dans la région Afrique, le progrès a été quelque peu plus lent ; sur les 39 pays endémiques de la région Afrique, 18 (46,2%) ont des programmes de TDM actifs.

En 2008, 695 millions de personnes ont reçu un traitement ce qui représente 51,7% de la population à risque. La même année, le nombre cumulé de comprimés d'albendazole fournis par GSK pour l'élimination de la FL a atteint 1,4 milliards, tandis que Merck & Co., Inc. a gratuitement fourni 1,2 milliards de comprimés de Mectizan®.

L'impact au niveau mondial et les bénéfices qui en ont résulté ont été énormes. 22 millions de personnes au moins ont été protégées de l'infection et de la maladie de la FL ; 24,2 milliards de dollars (voir figure ci-dessous) ont pu ainsi être économisés. Les rapports des réductions de la prévalence microfilarienne proviennent de 131 sites sentinelles après 5 rondes de TDM ; 68 sites (63%) ont une réduction de 100% de la prévalence et 21% ont des réductions de l'ordre de 75-99%. Deux facteurs clés, la prévalence de base et l'adhésion au TDM ont influencé le degré de réduction de la prévalence de la microfilarémie.

*Estimation de l'impact sanitaire et économique du GPELF, 2000-2008*

Prévention de la maladie & et économies réalisées		
Impact sur la santé	Individus protégés	Coût économique
Prévention de l'infection chez les nouveau-nés	8,7 millions de bébés	\$2,3 milliards
Prévention de la progression de la maladie de subclinique à clinique	10,7 millions de personnes	\$16,5 milliards
Prévention de l'aggravation de la morbidité ou inversion	2,6 millions de personnes	\$5.4 milliards
<b>Total</b>	<b>22 millions de personnes protégées</b>	<b>\$24,2 milliards épargnés</b>

Les programmes de prise en charge de la morbidité ont été mis en œuvre dans 27 (33,3%) des 81 pays d'endémie de la FL. L'évaluation de plusieurs programmes a révélé d'importantes réductions dans les épisodes d'adénolymphangite (ADL), ou « les crises aiguës » chez les personnes ayant des lymphoedèmes (voir figure à la page 21).

Les bénéfices additifs du GPEFL incluent la réduction de la prévalence et l'intensité de l'infection par les helminthiases

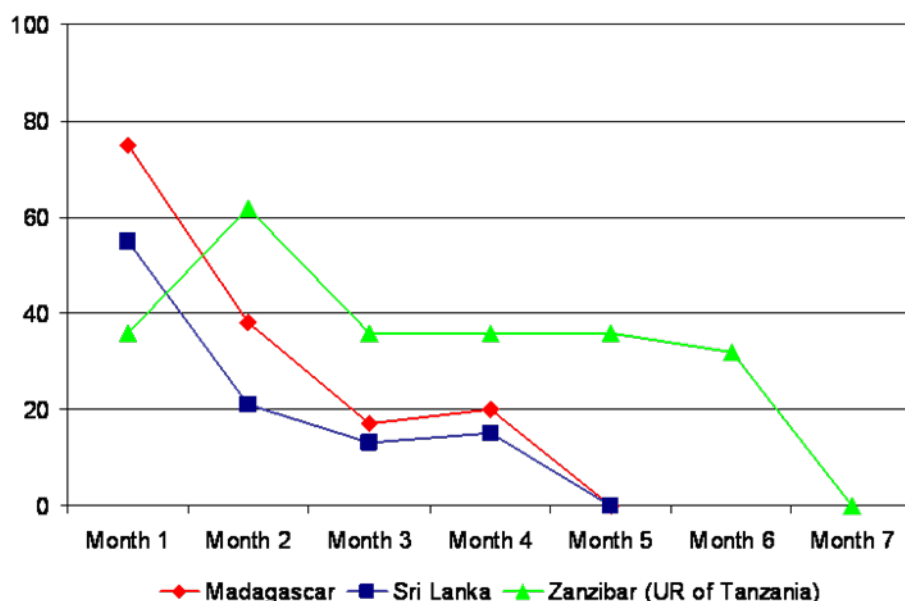
telluriques et des réductions pour l'onchocercose, la gale, et autres infections aux ectoparasites dans les zones où ils sont co-endémiques avec la FL.

Les défis majeurs à relever sont : la mise en place du TDM dans les grands agglomérats urbains et dans les pays endémiques de l'Afrique qui n'ont pas encore débuté le TDM surtout là où la *Loase* est co-endémique. La mise en œuvre et l'extension de la prise en charge

de la morbidité à tous les pays d'endémie de la FL ; l'élaboration et le test des manuels d'interruption du TDM et la mise en œuvre de la surveillance post-TDM ; et

l'élaboration d'un processus pour déterminer et vérifier l'élimination de la FL.

*Cumul du pourcentage de la réduction des épisodes d'adéno-lymphangite (ADL) après introduction de la prise en charge du lymphoedème ("soins des pieds") dans les trois pays.*



### La première partie à travers le monde: Étude de cas

#### *Élimination de la Filariose Lymphatique en Inde*

Selon le Dr. PK Srivastava, codirecteur du Programme National de Lutte contre les Maladies Vectorielles du Ministère de la Santé et du Bien-être, la FL est endémique dans 20 états divisés en 250 districts en Inde; la population à risque est de 600 millions. En 2009, le TDM a été réalisé dans tous les districts endémiques avec une co-administration du DEC et de l'albendazole. La couverture du TDM (le pourcentage de la population éligible recevant les médicaments antifilariens) est en moyenne de 85%. L'adhésion (le pourcentage de personnes qui prennent actuellement les médicaments) est plus faible mais ce chiffre est en progression. La prévalence totale de la microfilarémie

qui était de 1,24% en 2004 est passée à 0,53% en 2008.

Parmi les défis du programme en Inde, il faut améliorer la mobilisation sociale et la supervision pour augmenter l'adhésion au TDM, surtout dans les zones urbaines ; assurer un approvisionnement adéquat et améliorer la manipulation et le stockage des médicaments antifilariens ; avoir accès à l'expertise technique pour le suivi et l'évaluation d'un programme aussi vaste; le suivi et l'évaluation des unités d'exécution (UE) qui satisfont aux critères de l'OMS pour interrompre le TDM ; et l'extension des activités de prise en charge de la morbidité.

*Élimination de la FL en Papouasie Nouvelle Guinée*

Le Dr. Leo Sora Makita, conseiller sanitaire pour le paludisme et les maladies vectorielles du département national de la santé, s'est penché sur les défis rencontrés dans l'élimination de la FL en Papouasie Nouvelle Guinée ; parmi la population totale de 6,2 millions, 1 million de personnes environ sont infectées par *Wuchereria bancrofti* et 3 millions de personnes sont à risque d'infection. La prévalence de l'infection atteint 92% dans la province d'East Sepik. Malgré l'adoption en 2001 d'un plan national de santé qui en appelait à la mise en place du TDM et de la prise en charge de la morbidité dans les zones d'endémie de la FL, le progrès a été lent en raison des défis énormes liés aux forêts denses, aux terrains accidentés et aux marécages, des infrastructures peu développées, une population très disparate parlant plus de 823 langues différentes, des ressources humaines insuffisantes et le manque d'appui financier durable. Le plan actuel consistera à compléter la cartographie dans tout le pays et à mettre en œuvre le TDM dans deux provinces en y ajoutant une province chaque année.

### *La route vers l'élimination de la FL aux Philippines*

Le Dr. Leda Hernandez, Chef de Division du bureau des maladies infectieuses au centre national pour la prévention et le contrôle des maladies, Département de la santé, s'est, quant à lui, appesanti sur les progrès réalisés aux Philippines. Sur 80 provinces, 43 sont endémiques à la FL. Le TDM a été mis en œuvre dans 38 provinces, avec une couverture moyenne de 70% (entre 68-89%). En 2010, le programme prévoyait la mise en œuvre du TDM dans toutes les UE où la prévalence de la microfilarémie était supérieure à 1%. La prise en charge de la morbidité a évolué vers des partenariats avec des organisations non

gouvernementales de développement (ONGD) travaillant dans le domaine de la chirurgie de l'hydrocèle et les soins à domicile pour les personnes souffrant d'incapacité. Des guides pratiques sur la prévention des incapacités ont été élaborés et seront distribués au cours de cette année.

Des documents sur les enquêtes à mi-parcours font état de réductions de la prévalence de la microfilarémie et de l'antigénémie dans les UE ; ces réductions ont ainsi atteint le niveau requis pour l'élimination dans 6 provinces.

Les facteurs clés qui ont permis le succès du programme sont: la priorisation de l'élimination des maladies par les décideurs politiques; la mise en place d'un budget séparé pour l'élimination de la FL au sein du ministère de la santé; les partenariats avec les autres secteurs gouvernementaux et les ONGD locales et internationales ; le leadership des responsables et l'intérêt pour la fourniture intégrée des services de santé.

### *Progrès réalisés dans l'élimination de la FL au Yémen*

L'exposé du Dr. Abdul Samid Al-Kubati, le responsable de l'OMS pour la filariose lymphatique du ministère de la santé publique portait sur l'élimination de la FL au Yémen. En 2000-2002, 65 districts suspectés d'endémie à la FL ont été cartographiés en utilisant les cartes de test ICT. Parmi ces 65 districts, 9 étaient endémiques avec des prévalences à l'antigénémie de 2-40%. Le TDM a été mis en œuvre entre 2002 et 2009 dans ces districts, avec une population à risque d'environ 100 000 personnes. En 2006, toutes les UE avaient finalisé 5 rondes de TDM; toutes, à l'exception d'une, répondaient au critère d'interruption du TDM. Avec trois rondes de TDM

supplémentaires, la dernière UE avait pu atteindre le critère d'interruption du TDM. La lutte antivectorielle et la prise en charge de la morbidité faisaient partie intégrante du programme. Les plans en cours serviront à conduire une surveillance passive au laboratoire ainsi que des enquêtes bisannuelles pour l'infection dans le groupe d'âge des 6-8 ans en utilisant la carte de tests ICT.

### *Elimination de la FL à Madagascar*

Le Dr. Lisy Rasoazanamiarana, Coordonnateur National du Programme d'Elimination de la Filariose Lymphatique du Ministère de la Santé Publique a présenté les principaux points du programme à Madagascar ; 30 districts endémiques ont été traités en utilisant une combinaison de DEC et d'albendazole. La prévalence de la microfilarémie a considérablement baissé dans les sites sentinelles. La prise en charge de la morbidité a été mise en œuvre en collaboration avec l'OMS et les ONGD telles que Reggio Terzo Mondo, Handicap International, et Azafady. La prise en charge du lymphoedème a été intégrée dans la prise en charge de la lèpre. Dans les 30 UE où le TDM a été mis en œuvre, 8308 cas de lymphoedème et 7710 cas d'hydrocèle ont été enregistrés. En 2009, 752 hydrocéléctomies ont été faites et 3525 cas de lymphoedème ont été pris en charge.

En termes de défis à relever, on note le financement inapproprié et les demandes d'augmentation des rémunérations par les distributeurs communautaires.

### *Le Programme National de lutte contre les MTN en Haïti*

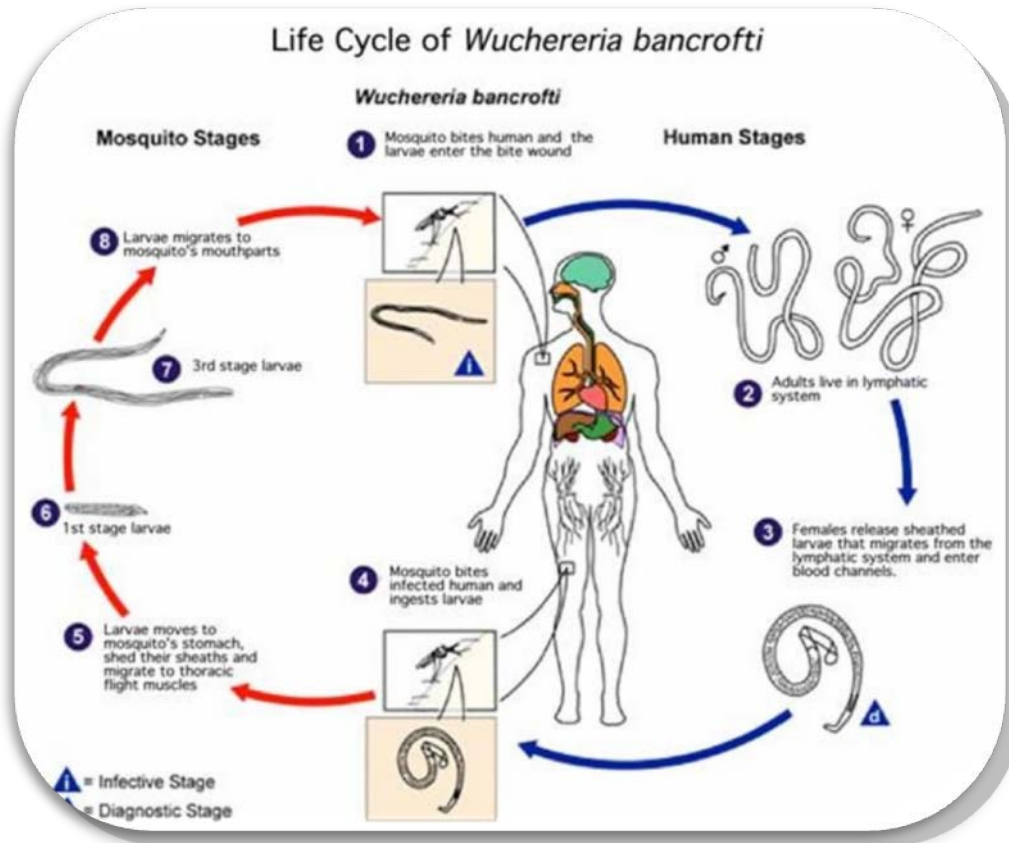
Le Dr. Abdel Nasser Direny, le représentant résident de IMA-World

Health et Directeur du Programme des MTN, a présenté le programme de lutte contre les MTN en Haïti qui a intégré la FL et les helminthiases telluriques.

L'élimination de la FL a débuté en 2000 avec un programme pilote à Léogane. En 2005, le programme national incorporait 24 communes, mais il fut temporairement suspendu plus tard cette année-là à cause du manque de fonds. Le programme actuel de MTN intégré est conjointement sponsorisé par le ministère de la santé (MSPP) et le ministère de l'éducation (MENFP) avec l'appui financier du programme de MTN et de l'Agence Internationale de Développement des USA (USAID) et Research Triangle Institute (RTI).

En 2009-2010, 2,8 millions de personnes ont été traitées pour une couverture thérapeutique estimée à 96% de la population totale (basée sur des données imprécises de la population). La prise en charge de la morbidité se limite actuellement à un dispensaire à Léogane, même si 7000 patients souffrant de lymphoedème et 700 d'hydrocèle ont été traités. Des réductions spectaculaires de la prévalence de la FL et des infections aux helminthiases telluriques ont été observées entre 2000 et 2005 à Léogane, même si on a constaté une augmentation de la prévalence après l'interruption du TDM en 2005.

Le tremblement de terre de grande envergure du 12 janvier 2010 a temporairement interrompu le programme de MTN, mais au cours de l'été, il est prévu une reprise de la formation et du TDM. En effet, l'objectif de Haïti est de réaliser une couverture géographique au niveau national en 2011, y compris la zone urbaine de Port au Prince.



### Succès enregistrés: l'impact sur la santé

Le Dr. Eric Ottesen a présenté les résultats d'une analyse de l'impact sur la santé du programme d'élimination de la FL au cours des 8 premières années (2000-2007) [3]. L'analyse faisait ressortir une amélioration de la santé directement liée à la réduction de la transmission de la FL et les bénéfices « au delà de la FL ». Les derniers bénéfices résultant essentiellement de l'efficacité antiparasitaire de l'albendazole et de l'ivermectine ont diminué les infections par les vers intestinaux chez les enfants ; cela a également réduit les maladies liées aux ankylostomes chez les femmes en âge de procréer, et le soulagement des maladies incapacitantes de la peau. Les données de cette évaluation proviennent des écrits scientifiques sur les mécanismes de la maladie et des données actuelles sur l'efficacité des médicaments, la couverture du TDM, la répartition de l'âge et du genre des populations vivant dans les pays d'endémie de la filariose.

Selon ces résultats, les efforts d'élimination de la FL ont eu un grand impact : 16,1 millions de personnes ont reçu des bénéfices liés directement à la FL (6,6 millions de nouveaux nés protégés et la progression de la maladie interrompue chez 9,5 millions de personnes). Ces bénéfices ont abouti à l'inversion de 32 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). On estime à 146 millions le nombre de personnes ayant reçu des bénéfices « au delà de la FL » au cours des 8 premières années du programme : 56,6 millions d'enfants traités pour les vers intestinaux, 44,5 millions de femmes en âge de procréer traitées pour les helminthiases telluriques

et 45 millions de personnes ayant été soulagées de leurs maladies incapacitantes de la peau. Le Dr. Ottesen a mentionné le fait qu'il reste de nombreux défis à relever et des opportunités à saisir pour mieux quantifier les bénéfices sur la santé de l'élimination de la FL.

### Succès enregistrés: l'impact économique

M. Brian Chu a passé en revue les bénéfices économiques des 8 premières années du GPEFL. Des personnes infectées par la FL ont expérimenté ces bénéfices en étant préservé du *développement* de la maladie, des individus vivant dans les communautés affectées de *contracter* l'infection (et d'autres maladies) ; et les *systèmes* de santé publics des régions endémiques de la filariose ont également bénéficié de ces retombées. L'analyse est basée sur les coûts directs et indirects qui sont épargnés comme

conséquence de la prévention de l'hydrocèle, du lymphoedème et des ADL. Sur la base des connaissances disponibles sur ces maladies et de l'analyse de l'impact sur la santé présentée par le Dr. Ottesen, le bénéfice économique du programme à ce jour est estimé à 24 milliards de dollars US. Selon l'analyse, 78% des bénéfices sont liés à la maladie chronique comparé à 22% pour les maladies aiguës ; la majeure partie des bénéfices (20,2 milliards de dollars US) ont été réalisés par l'Asie(SEAR) [4].

M. Chu en appelle à la prudence sur le fait que les bénéfices « au-delà de la FL » sont difficiles à quantifier et que par conséquent, ils ne sont pas inclus dans le modèle. Au cas où 100% de la population à risque est couverte par le TDM, le modèle estime que le bénéfice économique sera de l'ordre de 55



milliards de dollars US. On retrouve les plus grands écarts économiques (les bénéfiques à réaliser) dans la région africaine. En conclusion, M. Chu a déclaré que le GPEFL est un excellent investissement pour la santé mondiale avec des taux de rendement économiques importants. Le succès du GPEFL, mesuré en termes économiques est une forte affirmation de l'importance d'investir dans les ressources de la santé mondiale en ciblant les MTN.

### **Succès enregistrés: dans le partenariat**

Le Dr. Adrian Hopkins, Directeur du Programme de Donation de Mectizan, a parlé du rôle crucial des partenariats dans l'élimination de la FL. Il a défini le partenariat comme une *relation* entre des individus ou des groupes de personnes, caractérisée par une *coopération et une responsabilité mutuelles* pour la *réalisation d'un objectif spécifique*. Les partenariats se développent et évoluent bien lorsque plusieurs conditions sont réunies : l'engagement pour des objectifs communs, la clarté du rôle de chaque partenaire et la mise en place des voies et moyens pour résoudre les conflits – ce qui est inévitable.

Le Dr. Hopkins a déclaré que le GAELF comportait un « mélange remarquable de partenaires » rassemblant des ministères de santé et des finances ainsi que des donateurs et ONGD multilatéraux et bilatéraux. Ainsi, les programmes de donation de médicaments ont fourni les fonds nécessaires pour la cartographie, la prise en charge de la morbidité, la mise en œuvre du TDM, le suivi et la recherche opérationnelle. Des entreprises philanthropiques ont financé la recherche ainsi que la mise en œuvre du programme. Et des ONGD qui, auparavant destinaient leurs fonds uniquement aux

soins des yeux se sont jointes à la lutte contre la FL (et autres MTN).

Le Dr. Hopkins a mis en exergue plusieurs exemples de partenariat et de collaboration entre Merck & Co., Inc. et GSK. Ils ont travaillé à l'élaboration d'un formulaire conjoint pour les médicaments, la coordination de l'accord et de la livraison des médicaments et ont apporté leur appui au comité conjoint consultatif et technique. Le partenariat au sein des ONGD a été très important pour le GAELF. En 2004, le réseau des ONGD pour la FL a été mis en place et en 2009, il s'est joint à d'autres groupes pour créer le réseau des ONGD pour les MTN. ([www.ntd-ngdonetwork.org](http://www.ntd-ngdonetwork.org)).

Le Dr. Hopkins a signalé que les défis à relever exigent de nouveaux partenariats. Pour cela, il faut maintenir l'intérêt et l'engagement des partenaires existants ; prioriser la prise en charge de la morbidité; et mettre en œuvre une surveillance post-TDM efficace, qui peut être de peu d'intérêt pour les donateurs comme le TDM mais est nécessaire si nous voulons atteindre notre objectif.

### **Leçons apprises**

M. Andy Wright, Directeur du Programme d'Élimination de la FL à GSK, a commencé son allocution en faisant remarquer que, à la mise en place du GAELF, celui-ci avait pris la résolution de faire sienne cet adage qui disait que « c'est en forgeant qu'on devient forgeron ». Il a fait ressortir certaines de ces leçons apprises au cours des 10 dernières années.

*Le TDM.* La stratégie actuelle de traitement utilisant deux médicaments a réduit la prévalence de la microfilariémie à moins de 1% dans plusieurs localités. La mobilisation communautaire a été cruciale pour réaliser la couverture nécessaire au succès. Il est évident que

cinq années de TDM n'arriveront pas à bout de la transmission dans toutes les localités et que des interventions supplémentaires ou renforcées sont nécessaires dans les zones à problèmes (ex : les pays d'endémie de la *Loase* et les *localités urbaines*).

*La Science.* M. Wright a souligné le rôle essentiel de la science dans la conduite de la stratégie, l'évaluation de l'efficacité des médicaments, le suivi et l'évaluation, et la détermination du nombre de rondes annuelles de TDM requis pour interrompre la transmission de la FL.

*Le partenariat.* La nature ouverte et inclusive du GAELF avec sa structure de direction allégée, représentative et régionale a été efficace. Le GAELF a mûri en tant que partenariat et cela a été facilité par la transparence et la communication entre partenaires.

*La mobilisation des ressources.* Des enseignements ont été tirés par rapport à la collecte de fonds, ainsi que l'importance de l'engagement des ministères de santé, le rôle du plaidoyer au niveau mondial, et l'intéressement des donateurs à un programme intégré de lutte contre les MTN.

*La prise en charge de la morbidité.* Bien que la prise en charge de la morbidité ait évolué plus lentement que le TDM, c'est une composante essentielle du GAELF qui peut augmenter l'intérêt du TDM. L'efficacité de la prise en charge a été démontrée dans plusieurs localités ; elle peut réduire l'incidence des ADL, réduire la progression du lymphoedème, améliorer la qualité de vie et augmenter la productivité économique.

La collecte et la comparaison des données sur la santé dans le monde entier sont un moyen pour identifier les tendances en vue d'aider les décideurs politiques à choisir les priorités

# Résultats à la mi-temps en matière de prise en charge de la morbidité

Président: Professeur Dato C.P. Ramachandran

## L'impact du TDM sur les aspects cliniques de la maladie

Dans son allocution, le professeur Charles Mackenzie, professeur de parasitologie et d'investigation sur le diagnostic à l'Université publique de Michigan, a fait observé la non disponibilité de données fiables sur le nombre de personnes affectées par les différentes formes de maladies liées à la FL ce qui limite leur capacité à planifier et à fournir des soins adéquats.

Depuis ses débuts en 2000, le GAELF continue de s'informer sur l'impact du TDM sur les aspects cliniques de la maladie. Des données en provenance de la Tanzanie indiquent que le TDM a considérablement réduit l'incidence de nouveaux cas de manifestations cliniques de la maladie. Le Dr. Mackenzie a soutenu que l'incidence sur les manifestations cliniques de la maladie peut être un indicateur clé du succès d'un programme. En Tanzanie, le TDM a été associé à la réduction de l'incidence, la durée et la sévérité des ADL chez les personnes souffrant de manifestations chroniques de la maladie. En Inde, les études réalisées par le Professeur RK Shenoy, ont

également fait cas des effets du traitement des médicaments antifilariens sur la maladie subclinique chez les enfants (voir ci-dessous)



Comme le GAELF est en train d'entrer dans la nouvelle décennie, le Dr. Mackenzie lance un appel pour une compréhension plus claire de l'étendue et de l'ampleur des manifestations cliniques de la FL; un traitement plus efficace : une

amélioration de l'état des plaies, de la chirurgie et des systèmes d'appui plus répandus pour les patients comme ceux qui ont été pilotés au Brésil, en Inde, en Tanzanie et en d'autres lieux. Il a insisté sur la nécessité d'augmenter les fonds et de fournir un appui technique pour la prise en charge de la morbidité surtout pour les besoins particuliers des patients, telles que des chaussures spéciales ; l'assistance à la création d'emploi et une nouvelle entrée dans la communauté du commerce ; l'appui psychologique et des kits complets pour les soins. Il a souligné la nécessité de répandre plus les innovations telle que le Fonds d'appui à la chirurgie de l'hydrocèle du Président Kikwete en Tanzanie.

### Prévention du Lymphœdème chez les enfants

Le Professeur RK Shenoy, Chef de l'unité de recherche sur la filariose au Collège médical de TD en Inde, a présenté une étude finalisée récemment par ses collègues et lui [5]. L'étude a abordé le niveau d'inversion des manifestations cliniques et subcliniques de la maladie par l'infection à *Brugia malayi* chez les enfants de 3-15 ans avec l'utilisation des médicaments antifilariens.

Au cours de l'inscription à l'école, les enfants sont testés pour la microfilarémie, les anticorps anti-*Bm* IgG4 et les manifestations cliniques.

L'ultrasonographie et la lymphoscintigraphie Doppler étaient pratiquées sur les quatre membres. Sur les 100 élèves inscrits, 32 avaient une microfilarémie positive ; 29 présentaient une manifestation clinique de la maladie et 39 avaient l'IgG4 indiquant une infection à *B. malayi*. Tous les enfants ont reçu une dose unique combinée de DEC et d'albendazole ; tous les 6 mois et ce, pendant 3 ans, ils ont été examinés et retraités.

18 "nids" de vers adultes au total ont été vus à l'ultrasonographie chez 14 enfants, le plus jeune avait 3 ans. La dilatation des vaisseaux lymphatiques a été détectée par la lymphoscintigraphie chez 80% des enfants inscrits. Au bout de 36 mois, la dilatation des vaisseaux s'est inversée de 90% chez les enfants affectés et il y a eu résorption de trois cas de lymphoedème clinique parmi les quatre.

### Intégration de la prise en charge de la morbidité: FL, lèpre, diabète et soins des pieds

Le Dr. Pierre Brantus, Consultant médical à Handicap International, a souligné le fait que les stratégies de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités doivent être basées sur la connaissance scientifique à mettre en œuvre au niveau communautaire. La stratégie actuelle de l'OMS pour l'intégration de la prise en charge de la morbidité a été élaborée à partir de la recherche scientifique. Elle est également basée sur les observations que les soins

de santé faits régulièrement et à moindre coût peuvent se faire à domicile plutôt que dans un établissement ; que les programmes à base communautaire sont les plus efficaces ; et que l'appui psychologique est nécessaire pour la plupart des patients. Tout cela constitue une approche globale.

Le Dr. Brantus a mentionné plusieurs arguments en faveur de l'intégration de la prise en charge de la morbidité et de la prévention des incapacités liées à la FL avec la prise en charge des autres maladies. D'abord, au niveau communautaire, on partage souvent le même personnel de santé et les approches, de sorte que l'intégration aide à réduire les coûts. Ensuite, la collecte de fonds est souvent plus réussie pour les programmes intégrés. Troisièmement, l'intégration de la FL dans les programmes de lutte contre les MTN requiert l'intégration de la prise en charge de la morbidité aussi bien que du TDM.

La plupart des maladies incapacitantes peuvent être intégrées avec la prise en



charge de la morbidité de la FL à savoir, la lèpre, le diabète et l'ulcère de Buruli. Pour le traitement de toutes ces maladies, il faut de l'hygiène, des soins pour la peau et les plaies, des chaussures et des mouvements adéquats. Elles peuvent toutes être prises en charge avec des approches similaires à domicile ou à base communautaire.

Mary-Jo Geyer, Professeur de la Santé et des Sciences de la Réhabilitation à l'Université de Pittsburgh, a fait une présentation du projet «des jambes pour se tenir debout». La première conférence internationale sur les maladies ayant pour thème les soins des membres inférieurs dans les pays en voie de développement s'est tenue dernièrement à Accra au Ghana. Les participants étaient composés des officiels des ONGD nationales et internationales, des professionnels de la santé, des patients, des défenseurs des patients, des décideurs politiques et des directeurs de programme, toutes personnes possédant la connaissance ou ayant des responsabilités, de l'expertise sur la FL, le diabète, la lèpre, l'ulcère de Buruli et les autres états des membres inférieurs.

L'objectif visé par le projet «des jambes pour se tenir debout» est de reproduire les dernières découvertes scientifiques dans les programmes, le matériel pédagogique et les manuels de programme des maladies pour la mise en œuvre des programmes de soins des membres inférieurs en vue de prévenir les incapacités dans les pays à faible revenu. Les participants à la conférence ont fait une revue de la situation actuelle des programmes de soins des membres inférieurs au niveau national et

international ; une méthode flexible et complète de prise de décision groupée et représentant tous les acteurs a été utilisé à cet effet.

Les participants ont rédigé « un rapport détaillé sur les problèmes » traitant de plusieurs questions clés (par ex. les chaussures) qui prennent en compte les besoins, les exigences et les spécificités actuels. Les organisateurs de la conférence prévoient tenir une conférence à l'automne 2010 et commencer la production et l'utilisation des outils techniques standards en 2011.



### Chirurgie de l'Hydrocèle

Le Dr. Serigne Magueye Gueye, Professeur et Président en Urologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar au Sénégal, a présenté au GAELF l'état actuel du programme ouest africain de prise en

charge de la morbidité; ce programme a permis de former et d'équiper des chirurgiens à la réparation de l'hydrocèle, la manifestation aiguë la plus répandue de la filariose bancroftienne. Il a donné des explications sur la manière dont la chirurgie qui épargne le sac scrotal peut avoir des résultats en deçà des attentes dans les pays d'endémie de la FL ainsi qu'un résumé des points clés de la chirurgie de l'hydrocèle recommandés par le programme. Ces recommandations comprennent une évaluation préopératoire adéquate pour vider le lymphœdème scrotal ; l'utilisation de l'anesthésie locale; une incision avec une ligne médiane ; une hémostase méticuleuse ; un habillement et un bandage post-opératoire appropriés ; et une résection complète du sac scrotal. Le programme ouest africain de prise en charge de la morbidité a été un véritable

succès. 3874 opérations chirurgicales ont été réalisées durant les cours de formation dans 11 pays. 415 agents de la santé ont été formés et au cours des rencontres internationales sur l'urologie, leur travail a été mis en valeur. Le programme a donné une formation en relation avec le fonds du Président Kikwete de Tanzanie pour la chirurgie de l'hydrocèle.

Pour vulgariser l'accès de la chirurgie aux personnes vivant dans les régions d'endémie de la FL, il faudra repositionner la FL dans les plans de santé nationaux et développer la formation et la recherche en utilisant un réseau de partenaires publics et privés, en incluant les universités, les agences des Nations Unies (NU) et les ONGD.

Pour conclure, le Professeur Gueye a souligné que la chirurgie de l'hydrocèle pouvait être pratiquée dans les zones les plus reculées pourvu qu'il y ait eu une formation adéquate.

Il a lancé un appel pour la mise en place d'un réseau plus développé en faveur de la prise en charge de la morbidité et de la formation ainsi que la mise en place d'un groupe d'experts pour la prise en charge de la morbidité au sein du GAELF.

### **Impact économique et psychosocial de l'hydrocèle et bénéfices de l'hydrocéléctomie**

Le Professeur John Gyapong, Directeur de la Division pour le Développement de la Recherche, Service de la santé du Ghana, a présenté les résultats préliminaires d'une étude en cours au Ghana où l'hydrocèle est un problème de santé publique. En 2006, 9931 cas d'hydrocèles

ont été enregistrés dans le pays. Plusieurs études ont montré l'impact négatif de l'hydrocèle sur la productivité et la qualité de vie mais peu d'attention a été accordé au changement de ces facteurs après la réparation chirurgicale de l'hydrocèle (hydrocéléctomie).

Dans cette étude, 215 hommes ont été interviewés avant la pratique de l'hydrocéléctomie et à 3, 6, 12, et 18 mois après l'opération pour évaluer la productivité, la qualité de vie, le coût du traitement et l'état clinique. Les croyances sur la cause de l'hydrocèle varient mais peu d'hommes la considèrent associée à un parasite vivant dans un moustique. 15% seulement des hommes ont déjà essayé de soigner leur hydrocèle ; pour ceux qui l'ont fait, le traitement consistait

principalement en des préparations à base d'herbes ou la ponction de la peau du scrotum avec un roseau creux pour vider le liquide. Douze mois après l'hydrocéléctomie, 85% des hommes étaient

considérés comme étant en « parfaite santé » sur la base de plusieurs indicateurs comme la mobilité, l'auto prise en charge, l'accomplissement des activités courantes, la douleur ou l'inconfort et l'anxiété/la dépression. Les hommes ont également signalé l'amélioration de leur situation économique et la qualité de leur vie. L'analyse des données est en cours.

### **Intégrer l'auto prise en charge par la participation communautaire dans la prise en charge de la morbidité**

M. Naveen Krishna Tarur, de l'Institut de la Dermatologie Appliquée (IAD) et Infosys Tech Ltd., a décrit le programme intégré de l'auto prise en charge pour la prise en



charge du lymphoedème à Kerala, en Inde [6,7]. Il a affirmé que le traitement du lymphoedème pourrait être à moindre coût, disponible localement, être intégré dans l'auto prise en charge et administré au niveau communautaire. Naveen est reconnaissant au département de AYUSH du gouvernement (Ayurveda Yoga, Unani, Siddha, et Homéopathie) qui a sponsorisé la prise en charge de la morbidité au niveau communautaire ; ainsi, 1000 patients pauvres issus de deux districts endémiques de la filariose ont été pris en charge en utilisant le modèle de traitement intégré de l'IAD. Ce projet est en cours. Il a également lancé un appel pour un programme couvrant tout le territoire indien qui pourrait s'étendre au niveau des communautés. Ce programme qui est utilisé par l' IAD intègre les principes de la médecine Ayurvédique ; la biomédecine occidentale ; le yoga (Pranayama) ; le traitement traditionnel de la peau ; le counselling et l'éducation des patients.

### Discussion

Un débat animé a suivi ces présentations portant sur les preuves (ou l'absence) de l'efficacité des traitements variés du lymphoedème; les composantes les plus efficaces pour les kits de traitement actuels; le rôle de la chirurgie; les meilleurs indicateurs d'une amélioration de l'état clinique et subclinique ; les enseignements tirés des programmes prenant en charge des maladies chroniques comme la lèpre et l'importance de l'éducation des patients. Les degrés variés auxquels ces maladies sont stigmatisées dans les différents milieux peuvent constituer des difficultés pour l'intégration, surtout pour les groupes d'appui. Cependant, une expérience menée récemment en Indonésie fait état d'une amélioration plus rapide des patients lépreux dans les groupes de soutien mixtes plutôt que dans les groupes de soutien destinés aux lépreux uniquement (Professeur Geyer, personal communication).



# Stratégie à la mi-temps: recherche future et application

Président: Dr. Eric Ottesen

## Stratégies pour la phase finale: mise à jour sur la recherche opérationnelle

Le Dr. Dominique Kyélem, Directeur de Programme au Centre de Soutien pour la FL, du groupe de travail pour la santé mondiale, a donné les dernières informations sur la recherche

opérationnelle ; elles portent sur les stratégies « de finalisation », en particulier, la surveillance post-TDM pour la détection d'une résurgence possible de la transmission de la FL. Sur la base de l'expérience de la Chine, « l'hypothèse de travail » généralement acceptée est qu'il y a interruption de la transmission lorsque la prévalence est inférieure à 1%.

La subvention actuelle de la Fondation Bill & Melinda Gates au GAELF pour la recherche opérationnelle met l'accent sur la fabrication d'outils perfectionnés et l'élaboration de stratégies d'échantillonnage pour la surveillance post-TDM. Un manuel à l'intention des directeurs de programme est en cours

d'élaboration pour les guider dans les méthodes d'enquête et de calcul de la taille de l'échantillon pour la surveillance post-TDM. Le manuel aidera les directeurs de programme à déterminer « la valeur critique » des tests positifs chez les enfants de 6-7 ans ; au-delà de cette valeur, il faut

poursuivre le TDM. Avec l'appui de cette subvention, on explore la possibilité d'étudier le rôle du xénomonitoring dans les zones d'endémie de la filariose transmise par *Culex*.

La recherche opérationnelle et l'expérience du programme montrent que, lorsque cinq années de TDM sont insuffisantes pour réduire la microfilarémie à des niveaux où la transmission n'est plus possible, plusieurs facteurs sont en jeu. Il peut s'agir de la prévalence élevée et de la densité de la microfilarémie avant le TDM, une couverture thérapeutique insuffisante ou le refus, les caractéristiques du vecteur local, le régime de médicaments utilisé,



ou autres facteurs comme le manque de cohésion sociale surtout dans les zones urbaines. Lorsque de telles situations se présentent, il faut avoir recours à des stratégies alternatives comme le changement de régime de médicaments (par exemple un TDM biannuel), des mesures de lutte antivectorielle ou, peut être un traitement aux antibiotiques. Le Dr. Kyélem a insisté sur le fait que l'élimination de la FL est possible même dans les zones présentant d'énormes défis, mais que la recherche opérationnelle continue est nécessaire pour guider le GPELF.

### **Diagnostics: fabrication d'outils appropriés**

Le Dr. Gary Weil, Professeur de Médecine à l'École de Médecine de l'Université de Washington a souligné la nécessité d'avoir des tests de diagnostic pratiques ; la détection de l'antigène par carte de test ICT au cours de la cartographie des zones d'endémie de la FL dans le monde est également importante. Il a fait part des conclusions d'une étude menée en Egypte où avec 5 rondes de TDM, la prévalence de l'antigène antifilarien (Bm14 IgG4) a diminué considérablement plus que les niveaux de l'antigène et de la microfilarie chez les enfants de 6-10 ans [8]. A chaque TDM, la prévalence et l'incidence de ces indicateurs diminuaient. Pour le Dr. Weil, il faut cibler des niveaux à atteindre pour la microfilariémie, l'antigénémie et les anticorps lors de la prise de décision au niveau du programme. Il a relevé la nécessité d'améliorer les tests et de les rendre moins coûteux ; il a également relevé le manque de consensus en ce qui concerne les interruptions programmées,

l'insuffisance des ressources pour le suivi et l'évaluation, et la nécessité d'une recherche à appliquer sur le terrain pour optimiser l'utilité des tests existants et nouvellement élaborés.

### **Rôle des enquêtes entomologiques – xénodiagnostic dans la surveillance post-TDM**

Le Dr. Sandra Laney, scientifique chercheur à Smith College, a examiné les avantages du xénodiagnostic, c'est-à-dire la détection de l'infection dans le moustique vecteur pour mesurer les niveaux de l'infection de la FL dans la communauté. Il y a deux approches majeures au xénodiagnostic : la dissection du vecteur

pour détecter le parasite ; le xénodiagnostic moléculaire (XM), par l'utilisation des techniques de réaction en chaîne par polymérase (PCR). Le XM actuel détecte l'ADN ou

l'ARN du parasite dans le moustique et peut faire la distinction entre les espèces de filaires. La dissection est moins sensible que le XM.

Le Xénodiagnostic peut aider à déterminer la présence d'une infection; il peut servir d'indicateur de transmission potentielle et détecter les changements au cours de la transmission. Il est plus discret et mieux accepté dans la communauté que la collecte de sang. La recherche sur le terrain dans le contexte de l'élimination de la FL en Papouasie Nouvelle Guinée, en Egypte et en Tanzanie, fait état d'une baisse des taux d'infection par le moustique suite aux rondes de TDM.

Il faut accentuer la recherche pour faire du XM un outil applicable par programme.



Les données du XM peuvent être difficiles à interpréter dans les localités où la lutte antivectorielle a été mise en œuvre ; par exemple, dans les lieux où il y a une grande distribution des moustiquaires et où il y a une grande utilisation des insecticides dans les maisons. On dispose toujours de peu de connaissances sur l'efficacité du XM dans les grandes zones géographiques, les stratégies d'échantillonnage et les tailles des échantillons dans les régions, la relation entre les données sur l'infection humaine et le XM. Des études sont en cours pour évaluer la capacité du xénomonitoring à détecter la réapparition de la transmission après l'interruption du TDM comme cela a été le cas pour les programmes de l'onchocercose en Afrique. Un travail complémentaire doit être entrepris pour simplifier les stratégies d'échantillonnage, réduire les coûts et élaborer de bonnes méthodes de collecte des moustiques et d'utilisation de PCR sur le terrain.

### **Surveillance post traitement de la FL: le cas du Togo**

Le Dr. Yao Sodahlon, Directeur Adjoint du Programme de Donation de Mectizan, a fait une description générale du système de surveillance post TDM qui a été mis en place au Togo ; en effet, la cartographie à l'ICT en 2000 avait indiqué que la FL était endémique dans 7 districts. Après 10 ans de TDM (7 ans de couverture géographique complète), les données sur le suivi ont montré que la transmission a été interrompue; ainsi, le TDM a été suspendu et la surveillance post-TDM a été initiée. L'objectif de cette surveillance était de s'assurer qu'il n'y avait plus de transmission de la FL en cours et de

prévenir la réintroduction par une détection rapide des cas ainsi qu'une réponse adéquate. Cette surveillance est peu coûteuse et a été intégrée autant que possible dans les autres activités de la santé. Elle comprend plusieurs composantes. D'abord, les zones qui avaient été exclues du TDM sur la base de la cartographie initiale ont été cartographiées à nouveau en 2010 en utilisant la méthode RAG-FIL et une grille plus réduite (10 ou 35 km) que celle utilisée auparavant (50km). Ensuite, les enquêtes ont été menées dans deux districts en 2009 pour déterminer l'interruption du TDM; celles-ci ont servi de base pour la surveillance post TDM. Au cours de ces enquêtes, 1548 écoliers de 6-7 ans ont été testés par l'ICT; on a

détecté 2 (0,1%) cas positifs à l'ICT, et un cas positif à la microfilariémie. Le dépistage de la microfilariémie par la ponction du sang à la pulpe du doigt n'a pas révélé d'infection. Un autre dépistage sera

réalisé en 2011.

Troisièmement, la surveillance au laboratoire a débuté en 2006, avec le concours de 40 laboratoires impliqués dans la détection du paludisme par la goutte épaisse. Toutes les lames pour la détection du paludisme collectées la nuit étaient également lues pour la microfilariémie. En 2010, ce système a été évalué et il est ressorti que 4000 lames étaient lues chaque année. Deux lames positives à la microfilariémie ont été détectées, une provenant d'un nomade qu'on n'a pas pu retrouver pour le suivi, et l'autre provenant d'une personne vivant dans un district considéré non endémique à la FL. Finalement, des plans ont été



élaborés pour tester le sang dans les banques de sang en utilisant l'ICT ou le test ELISA Og4C3. Cependant, la distribution géographique des donneurs de sang n'est pas géographiquement représentative, de sorte que cette approche requiert une évaluation complémentaire.

Le deuxième objectif de la surveillance post-TDM était de prévenir la récurrence ou la réintroduction de l'infection. Ce résultat a été atteint par l'extension de la cartographie et la surveillance au laboratoire des zones partageant une frontière avec les zones à haut risque (par exemple, autres pays d'endémie de la FL). La réponse à tout résultat de test positif à l'ICT est de re-tester la personne pour la microfilariémie et en cas de positivité, la traiter. On entreprend alors une évaluation épidémiologique pour déterminer si le cas est local ou importé. Les enquêtes communautaires sont menées dans les zones suspectées d'être la source d'infection et le TDM repris en cas de nécessité.

### **La FL et le TDM – La poule ou l'oeuf: comment arrêter le TDM?**

Le Dr. John Gyapong a invité les participants à garder en mémoire la résolution 50-29 de l'AMS qui en appelait aux états membres à entreprendre quatre actions importantes: 1) tirer profit des derniers développements dans la compréhension de la FL et son contrôle ; 2) renforcer les programmes locaux de la FL et leur intégration dans la lutte contre d'autres maladies surtout au niveau communautaire; 3) renforcer la capacité et la formation dans la recherche, la prise en charge et le diagnostic de laboratoire; et 4) mobiliser l'appui des secteurs appropriés.

Dans un programme intégré, comment peut-on arrêter le TDM pour la FL lorsque le "travail est inachevé" pour les autres MTN? Le Dr. Gyapong a relevé plusieurs facteurs qui peuvent contribuer à élargir le fossé entre la connaissance et l'action, le fossé du « savoir-faire ». Il s'agit de la complexité des programmes intégrés, des preuves et des données inappropriées pour la prise de décision ; les difficultés liées aux manuels actuels; un financement inapproprié pour le suivi et l'évaluation des activités. Le Dr. Gyapong a proposé plusieurs questions pratiques à prendre en considération, en l'occurrence la faisabilité d'un suivi et d'une évaluation conjoints pour la chimiothérapie préventive; bien équiper les directeurs de programmes nationaux pour le suivi et l'évaluation de leurs interventions; et améliorer la capacité des programmes de chimiothérapie préventive à collecter les données minimales nécessaires pour l'ensemble du programme. Selon lui, l'évaluation épidémiologique peut différer entre les MTN mais il est possible de planifier la compilation des données pour une prise de décisions judicieuse et intégrée.

Le Dr. Gyapong a affirmé qu'un programme intégré de lutte contre les MTN ne doit pas se limiter uniquement à la mise en oeuvre du programme et du plaidoyer. Les décisions sur l'interruption du TDM doivent plutôt se faire dans un contexte intégré et se baser sur les données du suivi et de l'évaluation. Il a fait une requête au GAELF qui consiste à passer des processus d'évaluation à l'évaluation de l'impact et à trouver un consensus sur les besoins pour leur réalisation.

### Discussion

Dans le débat qui a suivi, le Dr. Ottesen a souligné l'importance de la recherche pour le GPEFL ; il a mis un accent particulier sur la recherche en cours visant à peaufiner les manuels d'interruption du TDM et à les adapter dans le "nouveau

monde des MTN". Plusieurs participants ont pris la parole pour donner leur avis sur le test de détection rapide de l'infection à *Brugia* qui venait d'être élaboré et sa performance sur le terrain. Les débats ont également porté sur le xénomonitoring et les différentes méthodes de collecte des moustiques.

**La plupart des signes et des symptômes de la filariose lymphatique sont dus à la présence des vers adultes dans le système lymphatique**

# Stratégie à la mi-temps: importants défis techniques

Président: Dr. Frank Richards

## La FL dans la cité – le problème urbain

Le Dr. Margaret Gyapong, Directrice du Centre de Recherche de la Santé à Dodowa, a examiné les difficultés qui se présentent en cas d'urbanisation rapide. 38% d'africains vivent dans des zones urbaines et la couverture du TDM dans ces zones urbaines a toujours été en deçà des attentes (généralement 40-50%). Le fait que les personnes qui vivent dans les villes tendent à être plus occupés rend la mobilisation sociale plus difficile ; les populations sont hétérogènes avec des structures sociale, économique et religieuse complexes ; de plus, les citoyens tiennent à leur intimité. Dans les zones urbaines, les communautés sont définies par affiliation ou par identité plutôt que par proximité géographique. A cause de ces différences, les probabilités de réussite sont faibles lorsqu'on importe simplement les stratégies de TDM des zones rurales aux zones urbaines.

Les défis spécifiques du TDM dans les zones urbaines trouvent leur origine dans la délimitation de la communauté; les bidonvilles sont souvent adjacents aux appartements élevés des personnes nanties qui sont certainement des « non pauvres ». Le Traitement sous directives

communautaires (TIDC) et l'utilisation des distributeurs volontaires ne sont pas indiqués dans les zones urbaines. Les élites qui peuvent être à risque de contracter la FL dans les zones urbaines perçoivent leur risque comme étant faible et considèrent la FL comme « une maladie des pauvres » en limitant l'accès à leurs maisons avec les vigiles et les chiens. Dans un tel contexte, quel est le dénominateur indiqué pour calculer la couverture médicamenteuse ?



Malgré tout, un travail préparatoire approprié permet de résoudre ces problèmes. Ainsi, les populations peuvent être caractérisées non seulement par la localité mais également par le statut

socioéconomique, religieux et démographique. De même, les réseaux informels existants peuvent contribuer à la mise en œuvre du TDM. La connaissance de l'état de santé actuel et les interventions qui y sont associées peuvent être utiles. Quelle que soit la manière dont la communauté est définie, il faut qu'elle soit engagée et consultée pour déterminer les meilleures approches. Il faut impliquer les membres de la communauté, demander leur contribution et leurs propositions en tant que collaborateurs et les responsabiliser dans

la prise de décisions, la mise en œuvre et la gestion des changements.

Le TDM dans les zones urbaines exigera plus d'implication du secteur privé que dans les zones rurales. Il s'agit des médecins privés, des hôpitaux, des cliniques privées, des secteurs en dehors de celui de la santé, des politiciens et bien d'autres. Il faut utiliser une approche d'équipe en impliquant le plus d'acteurs possible pour planifier le plaidoyer.

### Discussion

Dans le débat qui a suivi, le Dr. Frank Richards a proposé "le col blanc" pour les zones urbaines parce que les citoyens préfèrent prendre les produits uniquement des mains de "professionnels" qui portent une blouse blanche. Des débats nourris ont suivi la question du Professeur Molyneux à savoir si le *Culex* en Afrique de l'Ouest peut être génétiquement non susceptible à l'infection à *W. bancrofti* ce qui pourrait avoir des implications importantes pour la transmission urbaine.

### **La FL dans la forêt: le problème de la loase**

Le Dr. Joseph Kamgno, Directeur du Centre de recherche sur la Filariose au Cameroun, a examiné les défis qui se posent face à la co-endémicité de la FL et de la *Loase* en Centre Afrique. Dans les zones forestières de ces pays, les effets secondaires sévères (SAE) après le traitement à l'ivermectine a constitué un obstacle majeur à l'extension de la lutte contre l'onchocercose et des programmes d'élimination de la FL. La densité élevée

de la microfilaire de la *Loase* dans le sang (au dessus de 10 000 par mL) constitue le principal facteur de risque pour les effets secondaires sévères (SAE).

Des mesures opérationnelles telle que la surveillance ont été mises en œuvre aux niveaux régional et communautaire pour réduire la fréquence et améliorer les résultats pour les personnes souffrant des effets secondaires. Dans les zones d'endémie de la FL en Centre Afrique où le TDM à l'ivermectine pour l'onchocercose a déjà été mis en œuvre, le risque est faible pour les effets secondaires; ainsi, le

TDM a été administré pour l'élimination de la FL. Dans les zones où le TDM n'a pas encore été mis en place, la recherche est en cours pour déterminer si le traitement biannuel à l'albendazole uniquement peut ramener les densités microfilariennes de la *Loase* à des niveaux assez sécurisants. Les moustiquaires traitées à l'insecticide peuvent également être utiles. Une

recherche est en cours pour évaluer les co-facteurs associés aux effets secondaires, y compris les diversités des souches de la *Loase* et les facteurs génétiques humains. Les approches programmatiques sont également en cours d'évaluation, à savoir la faisabilité des approches *tester-et-traiter* et l'impact de la limitation du TDM aux plus jeunes présentant un faible risque pour les effets secondaires. La cartographie détaillée des zones d'endémie de la *Loase* se poursuit en Afrique Centrale.

### Discussion

Au centre des débats, on peut citer la pathophysiologie et le traitement des



effets secondaires, la nécessité d'accélérer la recherche, et les différentes stratégies pour venir à bout des défis posés par la Loase dans l'élimination de la FL en Afrique centrale.

### **La FL dans les zones de conflit**

Le Dr. Adrian Hopkins a analysé les défis spécifiques liés à l'élimination de la FL dans les zones de conflit. Dans ses observations, il est ressorti que dans la plupart des zones en conflit, il y a toujours un petit nombre de personnes qui sont activement engagés dans les combats. Lorsque les conflits éclatent, les besoins à court terme de la grande majorité de la population sont la nourriture, l'eau et un abri. Les problèmes de santé constituent une priorité sur le long terme même si la santé devient rapidement une priorité dans les camps de réfugiés ; mais avec une bonne organisation, ce problème peut être résolu. Le principal défi auquel on est confronté lorsqu'on travaille dans des situations de conflit sont les risques de violence, la destruction des infrastructures, des dossiers médicaux et des données sur la recherche ; la réticence à faire de nouveaux investissements dans les infrastructures, les bureaux, les écoles ou les hôpitaux ; le manque de ressources humaines comme un personnel qualifié.

Même avec ces défis, le TDM peut néanmoins être une réussite dans de tels endroits. Par exemple, les programmes de l'onchocercose ont persévéré et se sont même développés durant les périodes de conflit en République Centrafricaine, au Soudan et en République Démocratique du Congo.

De ces expériences, on retient un facteur assez déterminant, l'importance d'investir dans les communautés; la nécessité de la flexibilité et de la mobilité; les coûts de

plus en plus élevés pour entreprendre des affaires dans les zones de conflit; et la nécessité d'avoir des infrastructures appropriés (par exemple des ordinateurs portables au lieu des ordinateurs de bureau). En adhérant à ces principes, le TDM devient plus réaliste dans plusieurs zones de conflit.

### **La FL après le TDM**

Selon le Dr. Mwele Malecela, il est nécessaire de perfectionner les stratégies d'interruption du TDM et l'initiation de la surveillance post-TDM. Néanmoins, les bénéfices programmatiques de l'élimination de la FL peuvent perdurer même après l'élimination de la FL. La lutte contre les autres MTN se poursuivra probablement et les infrastructures qui ont été mises en place pour éliminer la FL peuvent être transformées pour leur usage. De même, les bénéfices du renforcement du système de santé pour l'élimination de la FL vont perdurer ; il y a entre autres les ressources humaines, les contrôles et les procédures de gestion des stocks de médicaments ; les systèmes de notification et de déclaration et les programmes de formation en cascade. Les distributeurs communautaires qui ont été formés pour la FL peuvent bien jouer le rôle d'agents de santé bénévoles dans un système de santé élargi.

Les activités de prise en charge de la morbidité se poursuivront : l'appui au patient et les groupes de plaidoyer, les soins de santé à domicile pour le lymphoedème, à intégrer de préférence avec les soins fournis aux maladies non transmissibles. Il est nécessaire de poursuivre l'hydrocélectomie, de même que le counselling psychologique (dans les « camps d'hydrocélectomie » en Tanzanie des hommes souffrant d'hydrocèle ont avoué être suicidaires). Le Fonds du Président Kikwete pour la chirurgie de

l'hydrocèle a été initié en réponse à la prise de conscience de l'ampleur du problème – plus de 15 000 hommes affectés – qui en appelait à l'action.

En conclusion, le Dr. Malecela a réitéré que le patient doit rester au coeur du programme de la FL, et a encouragé les directeurs de programme qui ont été nommés à se focaliser sur la surveillance au cours des dix prochaines années.

### Discussion

Plusieurs thèmes ont été abordés dans la discussion, à savoir les avantages et les inconvénients de l'utilisation des téléphones cellulaires pour la surveillance, les groupes de soutien aux patients, la fourniture des services de soins mentaux et la notification en temps opportun par les agents de la santé des épisodes d'ADL chez les patients souffrant de lymphoedème.



# Stratégie à la mi-temps: Stratégies alternatives pour la deuxième partie

Professeur: Professeur Moses Bockarie

## **Chimiothérapie de la filariose au cours de la prochaine décennie**

Le Professeur Gary Weil a fait une analyse de la thérapie médicamenteuse pour la FL avec le DEC depuis 1947. Bien que les combinaisons de deux médicaments en une seule prise annuelle constituent le pilier de l'élimination de la FL, elles ont des limites. Elles ne sont pas très efficaces contre le vers adulte, sont associées aux effets secondaires et ne peuvent pas être utilisées en toute sécurité dans les zones où la transmission de la *Loase* est intense. Le refus constitue un problème pour les approches actuelles du TDM ; récemment, une étude menée par El-Setouhy et ses collègues en Egypte montre que 7% de personnes n'ont jamais pris de médicaments après 5 rondes de TDM [9]. La potentialité de la résistance aux médicaments est également une préoccupation. Bien que la résistance à l'ivermectine et à l'albendazole n'ait pas encore été observée pour les parasites de la FL, il existe peu de données ou de collecte de données à ce propos.

Le Dr. Weil a fait une synthèse de la recherche actuelle et planifiée sur la chimiothérapie de la filariose. Avec les données récemment collectées, l'on pense qu'il est plus sûr de répéter les doses uniques d'albendazole dans les zones d'endémie de la *Loase* et ces doses pourraient être assez efficaces pour réduire la microfilarémie à *W. bancrofti*.

Dans la Phase 3 des essais cliniques, on procède actuellement à des tests sur la moxidectine, un médicament proche dans la structure de l'ivermectine.

Actuellement, un groupe d'études couvrant plusieurs aspects et connu sous le nom collectif de DOLF (ce qui veut dire : Mort de l'onchocercose et de la Filariose Lymphatique) a été mis en place avec le financement de la Fondation Bill & Melinda Gates. Les essais communautaires à grande échelle du TDM biennuel "renforcé" vont intégrer le modèle épidémiologique et l'analyse des coûts (Peter Fischer, Investigateur Principal [IP]). Les essais cliniques aléatoires permettront d'évaluer l'efficacité des nouvelles combinaisons de médicaments et des programmes de traitements (James Kazura, PI) ; en outre, des tests sont en train d'être menés dans les études précliniques sur la flubendazole, un médicament microfilaricide potentiel (Charles Mackenzie, PI).

Selon le Dr. Weil, plusieurs TDM menés sur une courte période peuvent être plus efficaces, réduire les frais généraux et la durée du programme et diminuer la probabilité de la résistance au médicament.

### **Rôle de l'antibiothérapie contre *Wolbachia*: peut-elle jouer un rôle dans la dernière phase?**

Mark Taylor, Professeur de Parasitologie au Centre de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées de Liverpool, a traité du rôle potentiel des antibiotiques contre *Wolbachia*, une bactérie symbiotique qu'on retrouve dans *W. bancrofti*, *B. malayi* et *Onchocerca volvulus*. Le traitement à la doxycycline élimine *Wolbachia* de ces parasites, conduisant ainsi à une stérilisation permanente, une perte durable de la microfilarémie et une puissante activité microfilaricide. Des études menées sur des patients souffrant de lymphoedème et traités à la doxycycline ont montré des réductions du diamètre des vaisseaux lymphatiques et de la sévérité du lymphoedème de même qu'une amélioration de l'état de la peau [10]. Le traitement à la doxycycline réduit également la sévérité de l'hydrocèle chez les hommes infectés par le parasite *W. bancrofti* [11].

Un traitement de 4-8 semaines à la doxycycline est très efficace et bien toléré mais la logistique pour la fourniture de longs traitements et les contre-indications chez les enfants et les femmes enceintes constituent des barrières pour la vulgarisation de la doxycycline dans le TDM. Cependant, Wanji et ses collègues ont tout dernièrement finalisé une étude sur un traitement à la doxycycline sous directive communautaire pendant 6 semaines dans une zone co-endémique pour l'onchocercose et la loase ; l'adhésion était de 98% et la couverture thérapeutique de 74% ce qui démontre que dans les petites zones, cette option est à la fois faisable et réalisable [12].

Le Professeur Taylor a fait une description de AWOL (Consortium pour la lutte contre *Wolbachia*) un programme de recherche de cinq ans à hauteur de 233 millions de

dollars financé par la Fondation Bill & Melinda Gates pour trouver de nouveaux traitements contre *Wolbachia* compatibles avec les programmes de traitements communautaires pour la filariose humaine. Les activités de recherche comprennent le perfectionnement des régimes actuels qui utilisent la doxycycline; des essais en cours pour découvrir et tester de nouveaux médicaments plus efficaces que la doxycycline; des études pour mieux comprendre le rôle de *Wolbachia* dans les vers filariens et l'identification des gènes qui sont essentiels pour la survie de l'organisme.

### **Rôle de la lutte antivectorielle**

Le Professeur Moses Bockarie a observé que la FL est la seule maladie vectorielle transmise par plus de quatre espèces de moustiques, chacun ayant des caractéristiques et des capacités différentes de transmission. La bonne nouvelle pour l'élimination de la FL est que, même dans les zones qui possèdent les vecteurs les plus actifs, le TDM peut à lui seul interrompre la transmission de la FL en utilisant une combinaison de deux médicaments. Cependant, 19 pays ayant une transmission active de la FL n'ont pas encore initié leur TDM. Parmi ceux-ci, 13 possèdent des infrastructures précaires ou sont dans des situations d'après conflit ; six autres sont stables avec une endémicité faible à la FL. Dans 17 pays, l'*anophèle* est le principal vecteur pour la FL.

Ce sont de bonnes nouvelles pour l'élimination de la FL. L'efficacité avec laquelle l'*anophèle* transmet la FL est faible comparé aux autres espèces vectorielles et l'*anophèle* est également le principal vecteur du paludisme. Une expérience préliminaire avec la pulvérisation des maisons au DDT dans les

îles Salomon, la Papouasie Nouvelle Guinée, le Togo et l'Indonésie a montré leur grand impact sur la transmission de la FL [13] ; en outre, les moustiquaires traitées à l'insecticide (ITN) sont même plus efficaces que le DDT en tant que stratégie de lutte contre le paludisme. Des études au Libéria et des études en cours au Nigéria ont signalé l'efficacité des ITN dans la réduction de la densité de l'infection par la FL chez les moustiques selon les conditions de couverture universelle par les moustiquaires. A elles seules, ces données indiquent que les ITN ont un grand impact sur la transmission de la FL.

Dans cette optique, le Professeur Bockarie a proposé que dans ces 17 pays, la stratégie d'élimination de la FL ne soit pas « TDM et lutte antivectorielle si possible » mais plutôt « TDM et lutte antivectorielle ». L'espoir est permis

lorsque l'on sait que les ITN sont largement distribués pour la lutte contre le paludisme.

### Discussion

Un débat très animé a suivi cet exposé concernant le rôle de la lutte antivectorielle et l'irréfutabilité des preuves scientifiques selon laquelle les ITN réduisent la transmission de la FL, surtout dans le cadre des programmes nationaux. La faisabilité et l'efficacité d'une fourniture biannuelle d'albendazole dans les zones de co-endémicité de la *Loase* étaient également au centre des débats; de même que les avantages et inconvénients des différentes recommandations soumises par les présentateurs, en particulier, la faisabilité de l'incorporation du traitement antibiotique dans les programmes opérationnels.

# Deuxième partie 2010-2020: Stratégie pour la prochaine décennie

*Président: Dr. Dirk Engels*

## **Vision pour le futur**

Le Dr. Dirk Engels s'est penché sur la vision de l'OMS concernant l'élimination de la FL dans le contexte d'une approche intégrée avec plusieurs maladies. Il a fait une revue des défis à venir et proposé des points d'action pour chaque défi.

### *Démarrage*

L'initiation du TDM doit être effectif dans les 19 pays qui ne l'ont pas encore fait. Il faut noter que parmi ces pays, 16 sont localisés en Afrique.

### *La Loase*

En Afrique centrale, la co-endémicité de la *Loase* constitue un grand obstacle pour l'initiation des programmes d'élimination de la FL. La recherche est impérative pour trouver des stratégies alternatives ou temporaires.

### *Extension*

Dans les pays où le TDM a déjà débuté, il faut une extension du TDM pour obtenir une couverture géographique totale. 70% de la population cible à risque, 919,5 millions de personnes vivent en Inde, en Indonésie, au Bangladesh, au Nigéria et en République Démocratique du Congo. La réalisation et le maintien d'une couverture géographique totale sont particulièrement importants dans ces pays.

## *Les populations urbaines*

Des stratégies doivent être élaborées pour traiter efficacement les populations urbaines surtout en Afrique et en Asie.

## *Prise en charge de l'incapacité*

27 pays seulement ont des programmes actifs de prise en charge des incapacités ; ces programmes doivent être développer et relier à d'autres programmes de prise en charge des incapacités comme le trachome et la lèpre. A cela, il faut ajouter

le counselling à domicile et le renforcement du système de santé à travers une prise en charge améliorée des cas de MTN.

## *Manuels*

Il est impératif de peaufiner les manuels pour l'interruption du TDM et la surveillance post-TDM. Ces procédures spécifiques à la FL sont une priorité pour l'OMS. Cependant, ces manuels doivent faire partie d'un ensemble intégré de suivi et d'évaluation; la couverture du TDM sera un indicateur de base mais le manuel devra inclure d'autres indicateurs spécifiques à la maladie.

## *Intégration*

En plus du suivi et de l'évaluation intégrés, l'OMS envisage une approche intégrée pour ces trois domaines clés : la chimiothérapie préventive, la prise en



charge des incapacités et la lutte antivectorielle.

Le Dr. Engels a présenté les étapes importantes proposées par l'OMS dans une ébauche de plan stratégique pour le GPEFL ; ces étapes permettront d'atteindre l'objectif de 2020 à savoir que tous les pays d'endémie de la FL soient débarrassés de la FL après vérification ou soient en phase de surveillance post-TDM. Il a souligné la nécessité d'harmoniser le langage utilisé dans le GPEFL avec celui des autres MTN et proposé que la phrase « élimination en tant que problème de santé publique » soit interprétée comme voulant signifier la prévention de la morbidité. Le problème de santé publique auquel se réfère la résolution 50.29 de l'AMS doit inclure la morbidité et pas seulement la transmission du parasite. Le point focal de l'objectif de 2020 pour la morbidité pourrait être « rendre accessible le traitement préventif et les soins pour toute personne vivant dans une zone d'endémie de la FL par une approche intégrée. »

### **Développer des partenariats pour la prise en charge de la morbidité**

Le Dr. Pierre Brantus a indiqué la nécessité de développer des partenariats pour améliorer la mise en œuvre de la prise en charge de la morbidité et de la prévention des incapacités au sein du GPEFL. Il a défini le partenariat comme une relation entre individus, groupes, maladies ou problèmes de santé caractérisé par une coopération mutuelle, la responsabilité et l'interaction pour la réalisation d'un objectif spécifique.

Le Dr. Brantus a exposé la nature des différents partenariats. Certains partenariats sont nés du désir de combiner ou d'intégrer des *activités*. Au sein du GPEFL, on peut citer les partenariats entre les activités de TDM et

de prévention des incapacités, entre les soins des plaies et la prise en charge du lymphoedème et les partenariats entre les différents programmes centrés sur la FL, la lèpre, le diabète ou l'ulcère de Buruli. Des partenariats sont essentiellement mis en place pour combiner et partager des *ressources*. On peut citer les partenariats entre les ONGD, les institutions et organisations scientifiques en charge des opérations ou des prestations de services et entre les ministères de santé et les ONGD.

Les partenariats dans le domaine de la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités rencontrent d'énormes défis tels que: développer la participation et la collaboration au niveau national; changer la manière dont les donateurs financent les projets et les règles de gestion des partenariats; développer de nouveaux partenariats pour résoudre le problème de l'hydrocèle, ce qui nécessitera la recherche de nouveaux donateurs et organisations impliqués dans la promotion de la santé de la reproduction.

### **Développer des partenariats pour la mise en œuvre**

Le Professeur Bernhard Liese, Président du département de la santé mondiale de l'Université de Georgetown a fait un exposé sur la nature diversifiée du partenariat du GAELF, qui connaît la participation des gouvernements des pays endémiques, des programmes de donation de médicaments, des partenaires bilatéraux et multilatéraux, des fondations privées et des ONGD.

La question centrale qui se posera au GAELF au cours de la prochaine décennie sera l'accès aux financements qui permettront aux programmes de faire une extension. La contrainte majeure de l'extension a été le manque de

financement plutôt que les problèmes techniques, la gouvernance ou la recherche opérationnelle inadéquate. La disponibilité et la stabilité des fonds sont nécessaires.

Du point de vue financement, la contribution des différents partenaires au sein du GAELF varie considérablement. L'aide au développement officielle provenant des pays donateurs en faveur de la santé est de 0,6% seulement de l'ensemble des financements pour les MTN [14]. En revanche, les programmes de donation des médicaments ont été des partenaires importants et fiables, en partie parce qu'il n'y a pas d'effet de remplacement lié à leur donation. En d'autres termes, les ministères de finances des pays d'endémie de la FL ne redistribuent pas leurs budgets de santé à d'autres secteurs en réponse aux médicaments donnés pour le secteur de la santé, tandis qu'ils le font souvent en cas de financement direct reçu des pays donateurs pour d'autres activités de santé.

Pour accroître le niveau de financement, les donateurs doivent prendre en compte les mécanismes de fonds communs tels que le Fonds en dépôt de la Banque Mondiale. Le Fonds Commun du Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose (APOC) en est un exemple. L'avantage de tels mécanismes est que les fonds ne sont généralement pas destinés à une cause particulière et sont donc flexibles ; ces fonds sont généralement stables, et il est plus facile aux banques de développement de fournir les financements. Les défis à relever sont la nécessité de clarifier les questions liées à la gouvernance et le rôle du secrétariat.

Au sein des pays d'endémie de la FL, le Ministère de la santé ainsi que des finances doivent considérer la FL comme une "dépense importante" dans la ligne budgétaire du budget national. Les partenaires potentiels au sein du gouvernement national sont souvent négligés telles que le système national d'assurance de santé et le réseau hospitalier. La prise en charge de la morbidité a été la partie la plus négligée de l'élimination de la FL. Son développement doit être intégré dans le renforcement du système de santé. L'appui des ONGD pour la prise en charge de la morbidité sera très crucial pour la prochaine décennie.



### Développer le programme de la recherche opérationnelle

Le Dr. Julie Jacobson, cadre supérieur de programme pour la Fondation Bill & Melinda Gates a examiné certains projets de recherche

opérationnelle subventionnés par la fondation. Selon elle, l'histoire est remplie d'échecs au cours des essais pour l'élimination ou l'éradication des maladies, mais on peut en tirer de grandes leçons. On peut citer les essais menés en vue de l'éradication de la fièvre jaune sans avoir entrepris au préalable la recherche nécessaire pour reconnaître l'importance des réservoirs non humains. Pour elle, les participants du GAELF doivent poser des « questions difficiles ». Par exemple, voulons-nous échouer ? Si non, que devons-nous mettre en place pour réaliser nos objectifs ? Pourquoi certains programmes de FL n'ont pas réussi à interrompre la transmission après 5-9 ans de TDM ? Comment résoudre le problème de la co-endémicité de la Loase en Afrique centrale ? Quelles sont nos

stratégies pour le TDM en zone urbaine et pour les zones de conflits et d'après conflit ? Quel sera l'impact de l'intégration de la FL avec les autres MTN et comment s'assurer que l'intégration va servir la cause de l'élimination de la FL ?

Un grand nombre de défis se présenteront au GAELF au cours de la prochaine décennie. Les pays qui demeurent fortement endémiques à la FL sont précisément ceux qui ont peu d'expérience en matière de FL. Au fur et à mesure que les différentes approches sont mises en place, il faut opérer un changement des stratégies et des limites. Les défis qui restent à relever sont les situations de conflit et d'après-conflit, la perception de la FL comme une faible priorité dans les autres pays et la nécessité d'avoir des manuels clairement énoncés.

### Discussion

Un débat animé a suivi l'exposé sur

l'importance de la recherche opérationnelle, le but de la résolution de l'AMS au départ et le rôle de la prise en charge de la morbidité y compris le fait que sa progression n'a pas été aussi rapide que celle du TDM. Plusieurs intervenants et participants du GAELF ont observé que la focalisation sur l'intégration constitue une opportunité unique d'apprendre des autres programmes tels que ceux qui s'occupent de la lèpre, de la fistule obstétrique ou du paludisme.

Le Dr. Engels a proposé que le plan stratégique de l'OMS pour les 10 années à venir se décompose en deux périodes quinquennales. Au cours de la première période, l'accent sera mis sur la mise en oeuvre et l'extension du TDM dans tous les pays ensuite sur l'interruption du TDM et le démarrage de la surveillance dans les zones où cela est possible.

# Ressources nécessaires pour la stratégie

*Président: Professeur Bernhard Liese*

## **Banque Africaine de Développement**

Le Dr. Tshinko B. Ilunga, Directeur de la division de la santé de la Banque Africaine de Développement (BAD) a présenté les programmes de santé de la banque qui appuient les pays membres régionaux dans la résolution des problèmes de santé par la mise en œuvre de politiques sanitaires et le renforcement du système de santé. Elle aide à promouvoir l'investissement dans d'autres secteurs qui contribuent directement à l'amélioration de la santé (eau et installations sanitaires).

Les projets et programmes en cours de la BAD se focalisent sur la promotion de la santé publique et le renforcement des systèmes de santé (à travers la formulation de politiques sanitaires et de stratégies, l'introduction de réformes et le renforcement des capacités par la formation et les infrastructures). Au cours des cinq dernières années, l'investissement direct pour la santé par les secteurs publics et privés et l'investissement dans des domaines d'appui à la santé (la sécurité alimentaire, l'eau et les systèmes sanitaires, les infrastructures de communication) constituaient les domaines de priorité.

Actuellement, le portefeuille de la BAD pour la santé est estimé à 690 millions de dollars US avec 33 projets actifs d'investissement dans 30 pays membres de la région. Avec cela, l'impact peut être plus grand, puisque les ressources engagées ne sont pas totalement utilisées et que les pays ne demandent généralement pas de fonds pour la santé. Le Dr. Ilunga a insisté sur le fait qu'il faudra toutes les ressources disponibles pour s'assurer que l'élimination de la FL est bien financée.

## **Stratégie de l'USAID pour les MTN, 2010-2014**

Madame Angela Weaver, Conseillère à l'USAID pour les MTN, a décrit le programme de l'agence pour les MTN. Ce programme a débuté en 2006 lorsque le congrès a approuvé une

« affectation » spéciale de fonds à hauteur de 15 millions de dollars US par an. L'USAID a octroyé un financement à la RTI suite à un appel d'offres ; RTI signe des contrats avec des partenaires techniques sélectionnés de manière compétitive ; l'USAID a appuyé l'extension du TDM, aidé les pays récipiendaires à avoir accès aux médicaments donnés gratuitement pour les MTN, apporté sa contribution aux enseignements tirés et aux bonnes pratiques et élaboré des outils de pointe pour le suivi.



Le projet a été initié dans 5 pays (Burkina Faso, Ghana, Niger, Mali, Ouganda – pays ou une « mise en œuvre accélérée » était attendue), et s'est étendu dans huit autres pays par un processus de subvention concurrentielle. Le point focal de l'appui de l'USAID est l'extension de la chimiothérapie préventive.

L'USAID approuve les avantages programmatiques « d'une approche intégrée » pour la chimiothérapie préventive. Il n'en demeure pas moins que l'accent doit être mis sur une maladie spécifique ; en effet, la chimiothérapie préventive intégrée peut offrir des opportunités pour accélérer les objectifs spécifiques à une maladie.

Le financement de l'USAID pour les MTN est passé de 25 millions de dollars US au cours de l'année fiscale 2009 à 65 millions de dollars US pour l'année fiscale 2010. L'objectif de cet investissement est d'étendre la lutte intégrée contre les MTN ciblées dans 30 pays, en réduisant la prévalence de ces maladies d'au moins 50% pour 70% des populations affectées. Un milliard de traitements environ seront fournis avec l'espoir de pouvoir éliminer l'onchocercose des Amériques et la FL dans le monde entier.

L'USAID poursuivra son appui à la lutte intégrée contre les MTN dans les 14 pays qu'elle appuie déjà et en étendant son appui à 16 autres pays d'ici 2014.

### **La Banque Mondiale**

Le Professeur David Molyneux a lu le discours préparé par le Professeur Donald Bundy, actuel coordonnateur de APOC à la Banque Mondiale. Malheureusement, le Dr. Bundy s'est vu dans l'incapacité de prendre part à la 6<sup>ème</sup> réunion du GAELF.

Le forum d'Action Conjointe (JAF) de l'APOC a approuvé la nécessité d'étendre les activités intégrées contre les MTN y compris la FL, et certains pays de l'APOC sont en train de mettre en œuvre des programmes intégrés. Ces nouvelles réussites ont mis l'accent sur l'importance de l'évolution des partenariats et le désir général de rechercher de nouveaux moyens pour travailler ensemble.

### **Stratégies de ressources alternatives pour les MTN**

Le Dr. Patrick Lammie, Directeur Technique pour le Réseau Mondial des Maladies Tropicales Négligées a présenté les progrès enregistrés par le GAELF depuis ses débuts. Les dons gratuits et « spectaculaires » de médicaments par Merck & Co., Inc et GSK ainsi que l'appui du Département du Développement International du Royaume Uni (DFID) et la fondation Bill & Melinda Gates depuis le commencement ont tracé la voie pour le lancement du programme.

Malgré ces importantes contributions au début, le plaidoyer en faveur uniquement de la FL n'a pas rencontré beaucoup de succès. Par contre, le plaidoyer pour les MTN a eu un succès remarquable. La Fondation Bill & Melinda Gates a fourni 100 millions de dollars US au départ pour les MTN en 2006. Cela a été suivi du Obama Global Health Initiative qui représente la cumulation de plusieurs années de plaidoyer collectif et ciblé par plusieurs membres de la communauté des MTN. Avec la dernière annonce de l'USAID pour un appel à soumission (RFA), 450 millions de dollars seront fournis sur les cinq prochaines années. C'est le signe d'un engagement formidable – mais les



fonds ont seulement été débloqués pour la première année. La mobilisation de ressources additionnelles est cruciale si l'on veut parvenir à l'élimination de la FL.

Le Réseau Mondial pour les MTN est une initiative de plaidoyer et de mobilisation des ressources qui travaille avec les organisations internationales, les gouvernements, les agences techniques et les donateurs pour renforcer la collaboration et la coordination et appuyer les objectifs de lutte et d'élimination des MTN. La majeure partie de sa subvention provient de la Fondation Bill & Melinda Gates. Le réseau travaille avec l'OMS et les autres partenaires pour promouvoir le renforcement de la lutte au niveau régional et les stratégies d'élimination, faciliter le développement des mécanismes de coordination pour appuyer ces stratégies et mobiliser de nouvelles ressources pour soutenir les programmes au niveau des pays.

Du fait que ces programmes et défis diffèrent d'un pays à l'autre, les mécanismes de coordination régionaux peuvent renforcer la demande, améliorer le flux des ressources et appuyer les efforts de lutte à la mesure des besoins régionaux.

Le Dr. Lammie a fait une présentation détaillée du partenariat sur les fonds communs de l'Amérique Latine et des Caraïbes (ALC) qui est un exemple réussi des efforts de lutte contre les MTN. Le partenariat englobe le Réseau Mondial, la Banque Interaméricaine de Développement (IDB) et l'Organisation Panaméricaine de la Santé (PAHO) ainsi que les fondations privées et les gouvernements des pays touchés par la maladie. Les enseignements tirés au début par l'ALC font ressortir la nécessité de développer des partenariats solides et

d'avoir des intervenants au niveau régional ; le rôle essentiel des gouvernements ; les avantages du plaidoyer pour intégrer la lutte contre les MTN et les efforts d'élimination dans d'autres initiatives telles que les installations sanitaires et les logements et la nécessité d'avoir des données fiables pour réussir la mobilisation des ressources.

En attendant les 10 années à venir, le Dr. Lammie a relevé plusieurs points.

L'efficacité des messages sur les MTN qui a permis de faire des interventions à moindre coût et d'un grand impact pour les « un milliard de personnes vivant dans les pays sous-développés ».

L'environnement actuel de la santé mondiale qui est à la fois complexe et compétitif ; les donateurs à la recherche d'une intégration et d'une harmonisation couvrant une plateforme plus élargie que celle regroupant les MTN uniquement. La réussite du plaidoyer repose sur l'orientation des problèmes à la mesure des intérêts des donateurs et partenaires particuliers. Il n'y a rien de plus important que la prise en charge de la morbidité – mais les efforts pour relever le défi de la morbidité restent à la traîne. Nous avons besoin de nouveaux partenariats avec des organisations focalisées sur l'intégration de la prise en charge de la morbidité.

Le Dr. Lammie a souligné la nécessité de résoudre plusieurs problèmes liés à l'intégration, à savoir la surveillance des MTN et la lutte antivectorielle, le rôle de l'eau et des installations sanitaires et la finalisation de la cartographie. Il a encouragé l'audience à partager les histoires de succès et les données et il a conclu avec un message positif : on peut réussir avec le plaidoyer.



# L'avenir du GAELF

## le partenariat

*Président: Andy Wright*

### **Etablissement de liens entre les ONGD pour la FL et autres groupes de MTN**

M. Simon Bush, Directeur des Alliances Africaines et de plaidoyer pour Sightsavers International, a examiné le rôle des ONGD dans la lutte contre les MTN. Les ONGD tendent à avoir des structures organisationnelles assez flexibles qui peuvent réagir rapidement et s'adapter aux besoins des pays. Elles peuvent fournir un appui au niveau pays ou des programmes mondiaux, catalyser le mouvement vers une « appropriation » des programmes au niveau national, servir de pont entre le système formel de santé et les communautés, contribuer aux négociations entre les secteurs ; élaborer des modèles de livraison efficaces qui peuvent être standardisés et aider à la mobilisation des ressources et au plaidoyer.

En 1992, le groupe de coordination des ONGD pour la lutte contre l'onchocercose a été mis en place et d'autres groupes similaires d'appui au trachome et à l'élimination de la FL ont suivi le pas. Ces groupes ont commencé à se rencontrer en 2006 pour mettre en place le Réseau des ONGD pour les MTN. La mission première de ce réseau est de coordonner les activités des membres et essayer de réduire les écarts de financement. Ce réseau n'est pas principalement une

organisation de collecte de fonds mais les membres individuels poursuivent la collecte des fonds pour l'appui à des activités spécifiques.

M. Bush a encouragé tous les délégués au GAELF6 à plaider pour l'inclusion des MTN dans la révision des OMD qui est en cours. Un sommet des NU de révision était prévu pour septembre 2010 à New York.

### **Opportunités: plaidoyer et développement des partenariats dans un environnement changeant pour la santé mondiale**

Selon le Professeur Molyneux, en remontant aussi loin que 2000, les ONGD engagées dans la promotion de la vue et la lutte contre la cécité n'étaient pas impliquées dans l'élimination de la FL. Depuis

lors, elles ont uni leurs forces avec le GAELF- un changement qui dans certains cas a abouti à des changements de leurs énoncés de mission et de leur gouvernance. En « composant » avec les MTN, la communauté de la FL doit prendre en compte plusieurs problèmes et questions essentielles. Est-ce que le GAELF continuera en tant qu'entité – la « marque » GAELF sera-t-elle maintenue ? Comment le GAELF va-t-il s'engager avec les groupes représentant d'autres MTN et quels mécanismes existent pour de tels engagements ? Est-ce que le GAELF se focalisera en premier lieu sur les vastes



pays et ayant une importante épidémiologie ?

Plusieurs enseignements ont été tirés des dix années de la courte vie du GAFL. La capacité de mise en œuvre des programmes est une ressource appréciable à tous les niveaux et le plaidoyer est très important. Le nouvel environnement de la santé mondiale est complexe et change rapidement. Il est impossible de prédire exactement comment la santé mondiale évoluera en dépit de l'apparition continue des maladies chroniques non contagieuses. En 2015, nous entrerons dans une phase « d'environnement post-OMD » avec de nouveaux défis et de nouvelles opportunités. Le professeur Molyneux a proposé de garder la « marque des MTN » avec la FL au centre tout en mettant en exergue les succès pour les besoins du plaidoyer.

Des stratégies alternatives pour l'élimination de la FL doivent être explorées, tout en poursuivant avec fermeté la stratégie actuelle. L'application des stratégies alternatives pose plusieurs problèmes comme le rôle des antibiotiques et leur utilisation pour les populations spécifiques. La lutte antivectorielle doit être renforcée, mais où, comment et par qui ?

### Discussion

Un débat très animé a suivi la présentation du Professeur Molyneux. Le Dr. Richards a admis que la « marque » MTN sert pour le plaidoyer mais a fait remarquer que l'élimination de la maladie a également réussi à attirer les donateurs. Il a soutenu que nous ne devons pas oublier l'objectif de l'élimination de la FL même dans le contexte des MTN. Le Dr. Gyapong a déclaré que l'utilisation des antibiotiques pour l'élimination de la FL

est un thème de recherche très important mais assez prématuré en tant que politique. Le Dr. John Ehrenberg du WPR (Région du Pacifique Occidental) a plaidé pour la priorisation d'un acte ultime en faveur de l'élimination de la FL au Pacifique.

Le Dr. Jacobson a proposé trois innovations pour les 10 prochaines années. Premièrement, la mise en œuvre d'un programme de « pairage » ou de partenariat entre les pays qui viennent tout juste de débiter leurs programmes d'élimination de la FL et ceux qui ont de l'expérience – particulièrement des relations sud-sud. Deuxièmement, les conseillers des programmes peuvent aider à standardiser plus rapidement les résultats de recherche sur le terrain ; ils pourront également travailler avec les directeurs de programme en vue de les tenir informés des derniers développements de la recherche et faire de la consultation sur la mise en œuvre. Finalement, elle a proposé la mise en place d'un « groupe de réflexion sur l'élimination de la FL » pour réfléchir en profondeur et dans les détails sur les besoins de réaliser l'objectif de 2020.

### **Conclusions et réflexions**

Le Dr. Mwele Malecela a présenté le nouveau Président du Groupe de Contact Représentatif du GAFL (RCG), Maged El-Setouhy, professeur de santé publique et d'épidémiologie à l'université Ain Shams au Caire. Elle a également annoncé les résultats de l'élection du Comité Directeur (voir page32).

Le Dr. Malecela est revenue sur ses quatre années passées au poste de Présidente du RCG. Pendant ce temps, le RCG a œuvré à l'établissement de plateformes régionales se focalisant sur les problèmes et les priorités au niveau régional de la FL. Elle a

souligné que le processus de régionalisation se poursuivra avec les programmes intégrés de lutte contre les MTN. Elle a également fait remarqué qu'avec l'expansion du GAEFL, les débats ont tourné autour de la prochaine structuration, débat qui avait été reporté à la prochaine réunion du GAEFL.

Le Dr. Malecela a examiné les développements majeurs dans l'élimination de la FL au cours des quatre dernières années ; en conclusion, dit-elle, « la stratégie a bien fonctionné- le verre est à moitié plein. » La recherche opérationnelle a été capitale pour relever les défis et on poursuivra dans cette lancée. Elle a encouragé les membres du GAEFL à adopter l'intégration avec les MTN et à servir de leaders au sein de cette nouvelle initiative. Parmi les nombreux défis qui étaient à l'ordre du jour au GAEFL6, l'extension du TDM était le « grand défi ». Il faut concentrer les efforts pour la prise en charge de la morbidité avec l'aide de nouveaux partenaires.

### ***Cérémonie de clôture***

Le Dr. Engels a constaté les progrès réalisés au cours des dix premières années du GAEFL et a reconnu que le verre était à moitié plein. Mais, a-t-il observé, l'autosatisfaction n'est pas de mise. Il existe toujours d'énormes défis, mais des stratégies ont été mises en place pour faire face à ceux qui se poseront.

Le Dr. Engels a insisté sur le fait que l'association avec les MTN offre de nouvelles opportunités pour avancer dans l'élimination de la FL. Il a remercié les hôtes coréens du GAEFL6, ainsi que le Dr. Malecela et le Professeur Molyneux et a promis le soutien de l'OMS au Professeur El-Setouhy et au Dr. Lammie pendant les mois à venir. Le Dr. Malecela s'est faite l'écho de ces remerciements.

Le Professeur Molyneux a remercié le Dr. Lee, le Professeur Chai et le Professeur Rim pour leur appui enthousiaste à cette réunion. Il a fait l'éloge de la forte tradition de parasitologie de la Corée. Il a également reconnu avec gratitude le travail du secrétariat du GAEFL à Liverpool.

Le Dr. Jong-Koo Lee a exprimé sa gratitude et ses remerciements à tous les individus et à tous les participants qui ont oeuvré à la réussite de la réunion. Il a remercié les participants pour leur engagement à l'élimination de la FL et a exprimé le souhait de voir se renforcer le réseau de collaboration représenté à la réunion de ce GAEFL. Il a promis que la Corée continuera de participer à l'élimination de la FL par le partage de son expérience et la fourniture d'appui technique. Le Dr. Lee a remercié tout le personnel du KCDC pour leur travail en vue de la préparation du GAEFL6 ; il a terminé en déclarant la réunion close.

# Session de travail pour le Groupe de Contact Représentatif

*Président: Dr. Mwele Malecela*

La réunion de travail du RCG a été convoquée par le Dr. Mwele Malecela. Madame Joan Fahy a distribué les bulletins de vote pour les nouveaux dirigeants et les élections ont débuté. Madame Angela Weaver de l'USAID a occupé le poste vacant des donateurs. L'Université de Georgetown (le Professeur Bernhard Liese) et l'Université de l'Etat du Michigan (le Professeur Charles Mackenzie) ont occupé les deux postes vacants pour les établissements d'enseignement et les instituts de recherche. Le Professeur Maged El-Setouhy a été nommé au poste de Président du RCG. Les membres du comité directeur: Patrick Lammie, Adrian Hopkins, Dominique Kyélem, Moses Bockarie et Frank Richards. Deux ex-dirigeants de pays membres, Doris Njomo (Kenya) et Rita Kusriastuti (Indonésie) ont été nommés. Le Dr. Lammie a été élu Président du comité directeur.

Le Professeur David Molyneux a remercié le Dr. Malecela pour son leadership, le temps, l'énergie et le don total de sa personne au cours de son mandat en tant que Présidente du RCG. Le Dr. Malecela a exprimé toute sa joie d'avoir travaillé avec le Professeur Molyneux ainsi qu'avec tous les membres du RCG et le comité directeur; elle a déclaré que cela a été "un grand honneur et une grande expérience."

# Session Spéciale: renforcer la mise en oeuvre de la prévention des incapacités par le partenariat

*Président: Dr. Pierre Brantus*

Une session spéciale réunissant les représentants des ONGD et autres parties prenantes s'est tenue après la clôture du GAELF6. Cette session portait sur le développement des partenariats pour prévenir les incapacités de la FL ; elle était co-présidée par le Dr. Pierre Brantus de Handicap International, le Professeur Mary-Jo Geyer, de l'Université de Pittsburgh, et M. Jose de la Cruz, de LEPR.

Le Professeur Geyer a débuté la session en décrivant dans les détails le projet « des jambes pour se tenir debout » (voir page 33). Les priorités de ce projet comprennent l'élaboration des techniques de formation pour la prise en charge de la morbidité des maladies associées et la conduite des analyses de cas dans des pays spécifiques suivi d'une série d'étapes de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation.

Le Dr. Brantus a ouvert les débats par la question « comment allons-nous travailler ensemble ? » Le Professeur Ramachandran a posé des questions sur les manuels spécifiques pour la prise en charge du lymphoedème. Le Dr. Brantus a indiqué que les manuels de l'OMS ont été établis pour un "paquet minimum" pouvant être mis en oeuvre dans toutes les zones d'endémie de la FL qui seront publiés et distribués dans un proche avenir. Dans certaines régions, l'on pourrait disposer de ressources additionnelles et de modalités de traitement tels que l'Ayurveda et des approches dans le domaine chirurgicale pour des cas spécifiques. Ceux-ci sont les bienvenus mais ils ne peuvent pas être considérés comme faisant partie d'un paquet minimum pour toutes les zones d'endémie.

Le Dr. Manokaran Gurusamy a proposé l'établissement de plusieurs centres de traitement pour diverses maladies pour appuyer la recherche pilote sur l'épidémiologie, le spectre clinique et le traitement de plusieurs états nécessitant les soins des membres.

Le Professeur Geyer a fait observé que dans plusieurs pays, il existe des centres de prévention des incapacités pour la lèpre qui traitent déjà des malades diabétiques atteints aux membres. Pour toute zone géographique spécifique, il est important de faire une analyse préalable des acteurs pour identifier les ONGD disponibles en tant que partenaires potentiels. Le Dr. Brantus a donné son accord en soulignant la nécessité d'identifier et de

cultiver avec prudence les partenariats avant de s'embarquer dans des projets de maladies associées, surtout en cas de durabilité des financements et autres appuis.

Le Dr. Paul Maurice Dogbo Pepe, de la Côte d'Ivoire, a souligné la nécessité d'une bonne cartographie des cas de lymphoedème de même que d'autres états des membres inférieurs comme préalable nécessaire pour établir les centres de traitement.

M. Jose de la Cruz a, quant à lui, noté trois types de non familiarisation qui créent des barrières pour l'intégration de la prise en charge des états des membres inférieurs. Premièrement, la non familiarisation avec les outils cliniques et sociaux pour résoudre ces problèmes d'où la nécessité des guides pratiques. Deuxièmement, le manque de connaissance de l'épidémiologie des états des membres inférieurs dans la plupart des pays. Troisièmement, la non familiarisation avec les autres organisations qui s'occupent déjà de ces états (par exemple, les ONGD travaillant dans le domaine de la lèpre) qui peuvent être intégrés dans la prise en charge de la morbidité de la FL. Il a proposé que les ONGD travaillant sur le terrain fournissent à l'OMS une carte indiquant leur présence, leur travail et leurs relations de partenariat. Cela pourrait être utile à l'OMS et aux directeurs de programme dans l'élaboration d'une approche coordonnée.

Le Dr. Leda Hernandez s'est interrogé sur le rôle spécifique du directeur de programme de la FL dans la prise en charge de la morbidité et la plupart des débats ont tourné autour de ce thème. Le Dr. Lisy Rasoazanamiarana a déclaré qu'à Madagascar, le rôle du gouvernement a été de coordonner avec les ONGD pour établir le programme, faire la formation des agents de santé sur la prise en charge de la morbidité et établir des normes pour le suivi des patients. Les ONGD ont servi d'interface entre le gouvernement et la communauté; leur entente avec la communauté les aide à motiver l'appui de celle-ci au programme et assurer un bon suivi des patients. Les patients souffrant de crises d'ADL sont pris en charge dans les structures sanitaires publiques. Le ministère de la santé assure la formation sur la prise en charge de divers états du membre inférieur y compris le diabète et la FL.

Le Dr. Pepe a partagé ce point de vue mais a déclaré que l'intégration n'exige pas nécessairement la combinaison des services de plusieurs ONGD ayant toutes des mandats différents pour des maladies particulières. Il pense plutôt qu'une seule ONGD ayant de l'intérêt et de l'expertise dans un domaine peut, si elle motivée, aider à résoudre des problèmes et maladies divers. Seulement dans les pays à faible revenu, la flexibilité est capitale.

Le Dr. Brantus a mis fin à la session en remerciant les participants. Il a observé que la publication de manuels de traitement par l'OMS sera un grand pas en avant. Il a lancé un appel pour l'élaboration de stratégies claires au sein des parties prenantes qui seront centrées sur une intégration basée sur le partenariat. Il a également reconnu que les ONGD et les ministères de santé ont des rôles bien définis au sein d'un partenariat et en clarifiant ces rôles, cela pourrait faciliter des actions claires et spécifiques de la part de chaque partenaire. L'intégration des soins des membres inférieurs est tout juste une expression de l'impulsion vers une plus grande intégration des systèmes médicaux et de santé en cours maintenant dans plusieurs pays.

# Références

1. Cheun H-II, Kong Y, Cho S-H, Lee J-S, Chai J-Y, Lee J-S, Lee J-K, Kim T-S: **Successful control of lymphatic filariasis in the Republic of Korea.** *Korean J Parasitol* 2009, **47**:323-335
2. Cheun H-II, J-S, Lee, Cho S-H, Kong Y, Kim T-S: **Elimination of lymphatic filariasis in the Republic of Korea: an epidemiological survey of formerly endemic areas, 2002-2006.** *Trop Med Internat Health* 2009, **14**:445-449.
3. Ottesen EA, Hooper PJ, Bradley M, Biswas G: **The global programme to eliminate lymphatic filariasis: health impact after 8 years.** *PLoS Negl Trop Dis* 2008, Oct 8;2(10):e317.
4. Chu BK, Hooper PJ, Bradley MH, McFarland DA, Ottesen EA: **The economic benefits resulting from the first 8 years of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (2000-2007).** *PLoS Negl Trop Dis* 2010, **4**(6):e708.
5. Shenoy RK, Suma TK, Kumaraswami V, Rahmah N, Dhananjayan G, Padma S: **Antifilarial drugs, in the doses employed in mass drug administrations by the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis, reverse lymphatic pathology in children with *Brugia malayi* infection.** *Ann Trop Med Parasitol* 2009, **103**:235-247.
6. Narahari SR, Ryan TJ, Mahadevan PE et al.: **Integrated management of filarial lymphoedema for rural communities.** *Lymphology* 2007, **40**:3-13.
7. Narahari SR, Aggithaya GM, Bose KS, Prasanna KS: **An Integrative Treatment for Lower Limb Lymphoedema (Elephantiasis) (photo essay).** *J Alt Compl Medicine* 2010, **16**: 145-149.
8. Ramzy RM, El Setouhy M, Helmy H, Ahmed ES, Abd Elaziz KM, Farid HA, Shannon WD, Weil GJ: **Effect of yearly mass drug administration with diethylcarbamazine and albendazole on bancroftian filariasis in Egypt: a comprehensive assessment.** *Lancet* 2006, **367**:992-999.
9. El-Setouhy M, Abd Elaziz KM, Helmy H, Farid HA, Kamal HA, Ramzy RM, Shannon WD, Weil GJ: **The effect of compliance on the impact of mass drug administration for elimination of lymphatic filariasis in Egypt.** *Am J Trop Med Hyg* 2007, **77**:1069-1073.
10. Debrah AY, Mand S, Specht S, Marfo-Debrekyei Y, Batsa L, Pfarr K, Larbi J, Lawson B, Taylor M, Adjei O, Hoerauf A: **Doxycycline reduces plasma VEGF-C/sVEGFR-3 and improves pathology in lymphatic filariasis.** *PLoS Pathog* 2006, **2**:e92.
11. Debrah AY, Mand S, Marfo-Debrekyei Y, Batsa L, Pfarr K, Lawson B, Taylor M, Adjei O, Hoerauf A. **Reduction in levels of plasma vascular endothelial growth factor-A and improvement in hydrocele patients by targeting endosymbiotic *Wolbachia* sp. in *Wuchereria bancrofti* with doxycycline.** *Am J Trop Med Hyg* 2009, **80**:956-963.

12. Wanji S, Tendongfor N, Nji T, Esum M, Che JN, Nkwescheu A, Alassa F, Kamnang G, Enyong PA, Taylor MJ, Hoerauf A, Taylor DW: **Community-directed delivery of doxycycline for the treatment of onchocerciasis in areas of co-endemicity with loiasis in Cameroon.** *Parasit Vectors* 2009, **2**:39.
13. Bockarie MJ, Pedersen EM, White GB, Michael E: **Role of vector control in the global program to eliminate lymphatic filariasis.** *Annu Rev Entomol* 2009, **54**:469-487.
14. Liese B, Schubert L: **Official development assistance for health—how neglected are neglected tropical diseases? An analysis of health financing.** *Int Health* 2009, **1**:141–147.

# Liste des Participants

## Pays

### **Bangladesh**

Dr. Israt Hafiz

Technical Consultant, Filariasis Elimination Program, Disease Control Unit, Directorate General of Health Services, Dhaka, 1206, Bangladesh

Email: [israthafiz@yahoo.com](mailto:israthafiz@yahoo.com); Tel: 88 01552 415070; Fax: 88 02 986 2994

### **Burkina Faso**

M. Windtare Roland Bougma

LF Program Manager, Ministry of Health, Direction de la Lutte Contre la Maladie, Programme National D'élimination de la Filariose Lymphatique, 03 BP 7009 Ouaga 03, Burkina Faso

Email: [wrolandbougma@yahoo.fr](mailto:wrolandbougma@yahoo.fr); Tel: 226 7027 0333; Fax 226 5031 5440

M. Piga Prosper Tapsoba

Directeur de l'Administration et des Finances, Ministère de la Santé, 03 BP 7009 Ouaga 03, Burkina Faso

Email: [tapspiga@yahoo.fr](mailto:tapspiga@yahoo.fr); Tel: 00226 70200122; Fax: 00226 5032 6381

### **Cameroun**

Dr. Joseph Kamgno

Director, Filariasis Research Centre & Faculty of Medicine & Biomedical Sciences, University of Yaounde I, BP 5261, Yaounde

Email: [jkamgno@yahoo.fr](mailto:jkamgno@yahoo.fr); Tel: 237 7778 9736; Fax: 237 2220 2443

### **CAR**

Dr. Louis Namboua

Director General de la Santé Publique, BP 883, Bangul

Email : [namboua@yahoo.fr](mailto:namboua@yahoo.fr); Tel : 00 236 755 01834

### **Cote D'Ivoire**

Dr. Paul Maurice Dogbo Pepe

Schistosomiasis, STH and LF Programme Manager/MoH Republic of Ivory Coast, 06BP394, Abidjan 06, Cote d'Ivoire

Tel: 00 225 23835

### **Fiji**

Dr. Eric Vilsoni Rafai

National Program Manager for Fiji Elimination of LF, Fiji Centre for Communicable Disease Control, Mataika House, Building 30, PO Box 16346, Suva, Fiji

Email: [eric.rafai@hotmail.com](mailto:eric.rafai@hotmail.com); Tel: 679 3320 066; Fax: 679 3320 344

## Ghana

Dr. Nana-Kwadwo Biritwum

Programme Manager, NTD Control Program, Ghana Health Service, PO Box MB-190, Accra, Ghana

Email: [nkadbitwum@gmail.com](mailto:nkadbitwum@gmail.com) or [nanakwadwo@ghsmail.com](mailto:nanakwadwo@ghsmail.com) ; Tel: 233 20 823 2286; Fax: 233 21 226 739

Dr. Johnny Gyapong

Director, Research & Development Directorate, Ghana Health Service, P.O Box MB-190, Accra, Ghana

Email: [John.gyapong@ghsmail.org](mailto:John.gyapong@ghsmail.org); Tel: +233 24 426 5081; Fax: +233 21 685424

Dr. Margaret Gyapong

Director, Dodowa Health Service Centre, Research and Development Directorate, Ghana Health Service, Box DD1, Ghana

Email: [Margaret.gyapong@ghsmail.org](mailto:Margaret.gyapong@ghsmail.org); Tel: 233 244 573138

## Haïti

Dr. Abdel Direny

NTD Country Program Manager, IMA World Health, 500 Main Street, P.O. Box 429, New Windsor MD, 21776, USA

Email: [abdeldireny@imaworldhealth.org](mailto:abdeldireny@imaworldhealth.org); Tel: 509 3816 5969

## Inde

Professor Manokaran Gurusamy

Chief of Plastic Surgery and Lymphologist, Apollo Hospitals, 21 Greaves Road, Chennai, 60006, India

Email: [manokaran\\_g@yahoo.com](mailto:manokaran_g@yahoo.com); Fax: 91 4428294429

Dr. S Karthick

Director Gurumithren Hospital, Gurumithren Hospital, 46 Chandragandhi Nagar, Ponmeni, Madurai 625-010, India

Email: [drkarthick@gurumithren.org](mailto:drkarthick@gurumithren.org); Web: [www.gurumithren.org](http://www.gurumithren.org)

Professeur Ranganatha Krishna Shenoy

Former Professor of Medicine, Filariasis Chemotherapy Unit, Near HDS Building, T.D. Medical College Hospital, Alappuzha, 688011, Kerala, India

Email: [drkrshenoy@gmail.com](mailto:drkrshenoy@gmail.com); Tel: 91477 2251 353

Dr. S. Sivasubramanian

Honorary Secretary Association of Surgeons of Rural India, Director Karthic Nursing Home, 47-A-Nayudu South Street, Settiarpatti-626122, Rajapalayamyia, Tamil Nadu, India

Email: [drsiva@gurumithren.org](mailto:drsiva@gurumithren.org)

Dr. PK Srivastava

Joint Director National Vector Borne Disease Control Programme, Government of India, 22 Shamnath Mang, Delhi-110054, India

## RAPPORT DE LA 6ème REUNION DU GAELF, JUIN 2010

---

M. Naveen Krishna Tarur

Program Manager, Institute of Applied Dermatology, Nayak's Road, Kasaragod, Kerala, 67121 India

[residing address: 8-10/14 Balli Compound, B-2 Cross Kodikal, Mangalore, 575006, India]

Email: [naveenkrishnatarur@gmail.com](mailto:naveenkrishnatarur@gmail.com); Tel: 919 343248 744

### Indonésie

Dr. Rita Kusriastuti

Director of Vector Borne Disease Control, Ministry of Health Republic of Indonesia, Jln. Percetakan Negara No.29, Jakarta Pusat, Indonesia

Email: [ritakus@yahoo.com](mailto:ritakus@yahoo.com); Tel: 62 2142877586; Fax: 62 21 4247573

### Cote D'Ivoire

M. Ekian Arsene Koua

General Management of the Budget, BP V57 Abidjan, Ivory Coast

Email: [arsene\\_koua@yahoo.fr](mailto:arsene_koua@yahoo.fr); Tel: 225 04181618

### Japon

Professor Masamine Jimba

Department of Community and Global Health, The University of Tokyo, 7-3-1, Hongo, Bunkyo-Ku, Tokyo, 133-0033, Japan

Email: [mjimba@m.u-tokyo.ac.jp](mailto:mjimba@m.u-tokyo.ac.jp); Tel: 03 5841 3698; Fax: 03 5841 3422

Dr. Shigeyuki Kano

Director, Department of Tropical Medicine and Malaria, Research Institute, National Center for Global Health and Medicine, 1-21-1 Toyama, Shinjuku, Tokyo, 162-8655, Japan

Email: [kano@ri.ncgm.go.jp](mailto:kano@ri.ncgm.go.jp); Tel: 813 3202 7181; Fax 813 3202 7364

Professeur Eisaku Kimura

Professor, Department of Parasitology, Aichi Medical University, 21 Karimata, Yazako, Nagakute-cho, Aichi-Ken, 480-1195, Japan

Email: [kimura@aichi-med-u.ac.jp](mailto:kimura@aichi-med-u.ac.jp); Tel: 8156162 3311; Fax: 81 561 63 3645

Professor Kazuhiko Moji

Research Institute for Humanity and Nature, Motoyama 456-4, Kitaku Kamigamo, Kyoto, 603- 8047, Japan

Email: [moji-k@chikyu.ac.jp](mailto:moji-k@chikyu.ac.jp); Tel: 8175 707 2215; Fax: 8175 707 2509

Dr. Hiroyoshi Endo

Professor, Tokyo Women's Medical University, Department of International Affairs and Tropical Medicine, 8-1 Kawada-Cho, Shinjuku-Ku, 162-866, Japan

Email: [endo-hiroyoshi@w2.dion.ne.jp](mailto:endo-hiroyoshi@w2.dion.ne.jp); Tel: 813 5269 7421

### Kenya

Madame Doris Wairimu Njomo

Research Scientist, Kenya Medical Research institute, 54840, 00200, Kenya

Email: [dnjomo@kemri.org](mailto:dnjomo@kemri.org); Tel: 254 020 2722541; Fax: 254 0202 720030

**Corée**

KiWoong Bae  
Korea Association of Health Promotion

Jong-Yil Chai  
Seoul National University. Email: cjl@snu.ac.kr

Hyeng Il Cheun  
Ministry of Health and Welfare, Korea Centers for Disease Control and Prevention

FuHong Dai  
Chungang University

Keeseon Eom  
Chungbuk National University. Email: kseom@chungbuk.ac.kr

Jin HoKin

DaeWoo Hong  
Shinpoong Pharm Co Ltd

SungTae Hong  
Seoul National University

Sun Huh, Hallym University

JyeongKyu Jeon  
Chungbuk National University

Hyangmin Cheong  
NIH KCDC

Key Lee

Seuong Won Kang  
NVRQS, Bacteriology & Parasitology Division

KiSang Kim  
KNIH

Kisoon Kim  
NIH KCDC

Taelm Kim  
Chungang University

TongSoo Kim  
Department of Parasitology, Inha University Incheon 422-701, Korea  
Email: tongsookim@inha.ac.kr; Tel: 82 32 890 0981

Youjin Kim  
NIH KCDC

Jong Koo-Lee  
Director/Deputy Minister, Ministry of Health and Welfare, Korea Centers for Disease Control  
and Prevention  
Email: [docmohw@mohw.go.kr](mailto:docmohw@mohw.go.kr); Tel: 82 2 380 2600; Fax: 82 2 388 4601

Wam-Ja Lee  
Director, Division of Malaria and Parasitic Diseases, Center for Immunology and Pathology,  
194 Tongillo, Eunpyung, Seoul, 122-701 Korea  
Email: [wonja@nih.go.kr](mailto:wonja@nih.go.kr); Tel: 822 380 2180

Joo-Shil Lee  
Director General, Center for Immunology and Pathology, 194 Tongillo, Eunpyung, Seoul,  
122-701 Korea  
Email: [jooshil@nih.go.kr](mailto:jooshil@nih.go.kr); Tel: 82 2380 2150; Fax: 82 2382 6542

ChaeSeung Lim, Korea University College of Hedic

JhangHo Pak, University of Ulsan College of Hedic

JaeWon Park, Gachun University of Medicine

JaeYoung Park, Korea Association of Health Promotion

Hoogn Jeoung, Korea Association of Health Promotion

YunKyu Park, InHa University, School of Medicine

HyunOuk Song, KyungHee University

DongMin Lee, Chungbuk National University

HanSol Park, Chungbuk National University

Hyun Park, Wonkwang University

Han-Jon Rim

MyeongHeon Shin, Yonsei University College of Medicine  
WoonMok Sohn, Gyeongsang National University

Professor Tong-Soo Kim  
Inha University, Incheon, 400-712, Korea  
Email: [tongsookim@inha.ac.kr](mailto:tongsookim@inha.ac.kr); Tel: 8232 8900981; Fax: 8232 8900982

TaiSoon Yong, Yonsei University College of Medicine

## **Libéria**

M. Chea Wesseh  
Assistant Minister for Statistics/Ministry of Health, PO Box 10-909, 1000 Monrovia, 10  
Liberia  
Email: [cswesseh@yahoo.com](mailto:cswesseh@yahoo.com); Tel: 231 653 8603

Dr. Louise Kpoto  
Director of Epidemiology, Ministry of Health and Social welfare, 9009, Liberia  
Email: [lkpoto@gmail.com](mailto:lkpoto@gmail.com), Tel: 231 77702609 or 231 77702609

## **Madagascar**

Dr. Lisy Rasoazanamiarana  
LF Programme Manager, Ministry of Health, Programme Filariose BP 460 Antananarivo, II a  
130 Bis Nanisana Antananarivo, 101, Madagascar  
Email: [lisyininarasoa@yahoo.fr](mailto:lisyininarasoa@yahoo.fr)

## **Malawi**

M. Square Zakariya Mkwanda  
LF Programme Manager, Ministry of Health, Box 30377, Lilongwe, Central Africa, Malawi  
Email: [smkwanda@yahoo.com](mailto:smkwanda@yahoo.com); Tel: 265 8888 54425

Dr. Majorie Chaponda  
Ministry of health Advisor, Ministry of Health, Box 30377, Lilongwe, Central Africa, Malawi  
Email: [chirwagln2006@yahoo.co.uk](mailto:chirwagln2006@yahoo.co.uk); Tel: 2651 789400

## **Malaisie**

Professor Kok Hai Ong  
Director of External Affairs, International Medical University, No 126, Jalan 19/155B, Bukit  
Jalil, Kuala Lumpur, 57000, Malaysia  
Email: [kokhai\\_ong@imu.edu.my](mailto:kokhai_ong@imu.edu.my); Tel: 6032 731 7429; Fax: 6038 656 7232

## **Mali**

Dr. Benoit Dembele  
Medical Doctor, FMPOS, MRTC, Filariasis Unit, Point G, Bamako 1805, Mali  
Email: [benoit@icermali.org](mailto:benoit@icermali.org); Tel: 223 761 49193; Fax: 223 202 24987

## **Mozambique**

Dr. Olga Maria da Conceição Nelson Amiel  
Program Manager to Eliminate LF in Mozambique, Ministry of Health, Eduardo  
Mondlane/Salvador Allend Av. Nu. 1008 Maputo, PO Box 264 Mozambique.



## RAPPORT DE LA 6ème REUNION DU GAELF, JUIN 2010

---

Email: [oamiel@misau.gov.mz](mailto:oamiel@misau.gov.mz); Tel: 258 82 7395150; Fax: 258 21 326 164

Dr. Ricardo Thompson

Head of Department of Blood Parasitology, National Institute of Health, Av Eduardo Mondlane, 1008 Maputo 264, Mozambique

Email: [rthompsonz@gmail.com](mailto:rthompsonz@gmail.com); Tel: 25882 3060036; Fax: 258 21 431103

### **Népal**

Dr. Garib Das Thakur

Director, Epidemiology and Disease Control Division, Department of Health Services, Ministry of Health and Population, Kathmandu, Nepal

Email: [thakurgd@gmail.com](mailto:thakurgd@gmail.com); Tel: 00977 14255796; Fax: 00977 1 4262268

M. Kapildev Prasad Pajiyar

Advisor of Honourable Minister of Health and Population, Ministry of health and Population, Ramshah Path, Kathmandu, Nepal

Email: [kapildevpajiyar@gmail.com](mailto:kapildevpajiyar@gmail.com); Tel: 00977 1 4262534; Fax: 00977 14262565

### **Papouasie Nouvelle Guinée**

Dr. Leo Sora Makita

Health Advisor Malaria and Vector Born Disease, National Department of Health, P.O. Box 807, Waigani, NCD Papua New Guinea

Email: [makitals@global.net.pg](mailto:makitals@global.net.pg); Tel: 675 301 3774; Fax: 675 301 3760

### **Philippines**

Dr. Leda Hernandez

Division Chief, Department of Health, Building 14, 3<sup>rd</sup> Floor, San Lqazaro compound, Sta. Cruz, Manila, Philippines

Email: [dr\\_ledamher@yahoo.com](mailto:dr_ledamher@yahoo.com); Tel: 632 743 8301 LOCAL 2350 upto 2352; Fax: 632 711 7864

Dr. Paulyn Jean Ubial

Assistant Secretary of Health, DOH Compound, Sta. Cruz, Manila, 1100, Philippines

Email: [paulyn\\_u@yahoo.com](mailto:paulyn_u@yahoo.com); Tel: 6327 116 180; Fax: 6327 116 180

### **RD Congo**

Dr. Gabin Mukiar Temor

Coordinator MTN

Email: [temormuk@yahoo.fr](mailto:temormuk@yahoo.fr)

### **Sénégal**

Professor Serigne Gueye

Professor and Chair of Urology, University Cheikh Anta DIOP, P.O Box 6039, Dakar, Senegal

Email: [smgueye@refer.sn](mailto:smgueye@refer.sn); Tel: 221 776 399 358

### **Sri Lanka**

Dr. Tilaka Savitri Liyange

## RAPPORT DE LA 6ème REUNION DU GAELF, JUIN 2010

---

Director, Ministry of Health, Central Leprosy Clinic, Room 21, National Hospital of Sri Lanka, Colombo 10, Sri Lanka  
Email: [dashi@sltnet.lk](mailto:dashi@sltnet.lk); Tel: 94 011 271 4650

Dr. Palitha Gunarathna Mahipala  
Deputy Director General, Ministry of Healthcare and Nutrition, No 385 Nen, Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha, Colombo 10, 01000, Sri Lanka  
Email: [ddgphs@gmail.com](mailto:ddgphs@gmail.com); Tel: 94 11 2674682; Fax: 94 11 269 0035

### **Tanzanie**

Dr. Mwelecele Ntuli Malecela  
Acting Director General, National Institute for medical research, P.O Box 9653, Dar Es Salaam, Tanzania  
Email: [mwelenutli@gmail.com](mailto:mwelenutli@gmail.com) or [mmalecela@nimr.or.tz](mailto:mmalecela@nimr.or.tz); Tel : 255 713 337092

Dr. Upendo Mwingira  
National Coordinator for NTD's, Ministry of Health, Samara Avenue, P.O Box 9083, Dar Es Salaam, Tanzania  
Email: [umwingira@yahoo.com](mailto:umwingira@yahoo.com); Tel 255 713262865; Fax: 255 222 2121360

Sidney Yongola  
Associate Professor of Surgery, Consultant Urologist – MUHRS  
Email: [swkyongola@yahoo.com](mailto:swkyongola@yahoo.com); Tel: 255 784 644445

### **Thaïlande**

Mademoiselle Narumon Chanwimalueng  
Ph.D Student/ Lymphedema specialist in TTDT, Lymphedema Day Care Center, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, 420/6 Rajvithii Rd, Bangkok, Thailand 10400  
Email: [nujrama@gmail.com](mailto:nujrama@gmail.com); Tel: 02 354 8395 (office) 085 368 2555 (mobile)

Mademoiselle Sumat Loimek  
Medical Science Technician, Department of Prevention and Control Center 12, Thailand  
Email: [sumark23@yahoo.co.th](mailto:sumark23@yahoo.co.th)

Madame Kadkaew Meepiarn  
Public Health Technical Officer, Bureau of Vector Borne Diseases Control, DDC, MOPH, Thailand  
Email: [kk\\_mepian@yahoo.co.th](mailto:kk_mepian@yahoo.co.th)

Mademoiselle Sunsanee Rojanapanus  
Public Health Technical Officer, Department of Disease Control, MOPH, Thailand  
Email: [srojanapanus@yahoo.com](mailto:srojanapanus@yahoo.com)

Madame Weena Santabutr  
Public Health officer, Bureau of Vector Borne Diseases, Dept of Disease control, Nonthaburi, 11000, Thailand  
Email: [wesantap52@gmail.com](mailto:wesantap52@gmail.com)

Dr. Wichai Satimai

Director of Bureau of Vector Borne Diseases Control, Bureau of Vector Borne Diseases Control, Ministry of Public Health, Thailand

Email: [wichaisatimai@yahoo.co.th](mailto:wichaisatimai@yahoo.co.th)

Mademoiselle Piyaporn Suebtrakul

Lymphedema Day Care Center, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, 420/6 Rajvithii Rd, Bangkok, Thailand 10400

Email: [g4248045@yahoo.com](mailto:g4248045@yahoo.com)

Anupong Sujariyakul

Director of Regional 4, DDC, MOPH

Email: [anupongho@yahoo.com](mailto:anupongho@yahoo.com)

Dr. Saravudh Suvannadabba

Senior Preventive Expert in Medicine, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Tiwanon Road, Nonthaburi, 11000, Thailand

Email: [weapon1950@yahoo.com](mailto:weapon1950@yahoo.com)

Tanaporn Toothong

### **Togo**

Dr. Ameyo N. Monique Dorkenoo

Togo LF program Manager (Coordinator), Programme National d'Elimination de la filariose Lymphatique Togo, Ministère de la santé, BP 336 Lomé-Togo

Email: [monicadork@yahoo.fr](mailto:monicadork@yahoo.fr); Tel: 00 228904 4417 or 00 228 2200783; Fax: 00 228 2200783 or 00 228 222 0799

### **Yémen**

Dr. Abdul Samid Al-Kubati

National Focal point for LF, MOPH, Taiz, City of Light, P.O Box 6593, Yemen

Email: [a-samidku@hotmail.com](mailto:a-samidku@hotmail.com); Tel: 00967 7779 26030; Fax: 00967 424 2308

### **Secteur Privé**

#### **GlaxoSmithKline**

Madame Minne Iwamoto

Manager, Global Community Partnerships, LF Programme, GlaxoSmithKline, One Franklin Plaza, FP 2130, 200N 16<sup>th</sup> Street, Philadelphia, PA 19102, USA

Email: [minne.h.iwamoto@gsk.com](mailto:minne.h.iwamoto@gsk.com); Tel: 1 215 751 7096; Fax: 1 215 751 4046

M. Andrew Wright

Director Disease Programmes, GlaxoSmithKline, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, TW8 9GS

Email: [andy.i.wright@gsk.com](mailto:andy.i.wright@gsk.com); Tel: 44 208 047 5515; Fax: 44 208 047 0684

## Agences Internationales de Développement et Donateurs

### **Bill and Melinda Gates Foundation**

Dr. Jan Agosti

Strategic Program Team Lead, Senior Program Officer, Bill and Melinda Gates Foundation,  
P.O. Box 23350, Seattle WA, 98102, USA

Email: [jan.agosti@gatesfoundation.org](mailto:jan.agosti@gatesfoundation.org); Tel: 206 709 3331; Fax: 206 709 3170

Dr. Julie Jacobson

Senior Program Officer, Bill and Melinda Gates Foundation, P.O. Box 23350, Seattle WA,  
98102, USA

Email: [julie.jacobson@gatesfoundation.org](mailto:julie.jacobson@gatesfoundation.org); Tel: 206 770 1672; Fax 206 709 3170

### **Banque Africaine de Développement**

Dr. Tshinko B. Ilunga

Health Division Manager , African Development Bank, B.P.323, Tunis Belvedere, Tunis, 1002,  
Tunisia

Email: [t.ilunga@afdb.org](mailto:t.ilunga@afdb.org); Tel: 2167 1102117; Fax: 2167 1333025

### **Réseau Mondial pour les Maladies Tropicales Négligées**

Dr. Patrick Lammie

Technical Director, Global Network for Neglected Tropical Diseases. 2000 Pennsylvania Ave.  
Suite 7100, Washington DC, 20006, USA

Email: [pjl1@cdc.gov](mailto:pjl1@cdc.gov); Tel: 770 488 4054; Fax: 770 488 4253

### **JICA**

Madame Kana Fukuhara

JICA Volunteer, JICA, Uday Tower, 7<sup>th</sup> floor, 57 & 57A Glushan Avenue (South), Circle 1,  
Dhaka, 1212, Bangladesh

Email: [pon0728@livedoor.com](mailto:pon0728@livedoor.com); Tel: 880 1713 040276

M. Tatsuya Misumi

JICA Volunteer, JICA, Uday Tower, 7<sup>th</sup> floor, 57 & 57A Glushan Avenue (South), Circle 1,  
Dhaka, 1212, Bangladesh

Email: [icream11@yahoo.co.jp](mailto:icream11@yahoo.co.jp); Tel: 880 1713 040644

Mr. Yasuhiro Miyaguni

JICA Volunteer, JICA, Uday Tower, 7<sup>th</sup> floor, 57 & 57A Glushan Avenue (South), Circle 1,  
Dhaka, 1212, Bangladesh

Email: [yasu.m.0516@gmail.com](mailto:yasu.m.0516@gmail.com); Tel: 880 1713 040610

Mademoiselle Mika Yoshizawa

JICA Volunteer, JICA, Uday Tower, 7<sup>th</sup> floor, 57 & 57A Glushan Avenue (South), Circle 1,  
Dhaka, 1212, Bangladesh

Email: [mikaringon-ringon@hotmail.co.jp](mailto:mikaringon-ringon@hotmail.co.jp); Tel: 8801713 040637

**RTI International**

Mary Linehan

Director of NTD control Program, RTI international, 805 15<sup>th</sup> street NW, Washington DC, 20005 USA

Email: [melinehan@rti.org](mailto:melinehan@rti.org); Tel: 202 728 1964

Madame Katie Zoerhoff

M&E Associate, RTI International, 805 15<sup>th</sup> Street NW, Washington DC 20005, USA

Email: [kzoerhoff@rti.org](mailto:kzoerhoff@rti.org); Tel: 202 974 7866; Fax: 202 974 7892

**RTI International - Nepal**

Dr. Dharmpal Prasad Raman

Director, RTI/NTD Control Program – Nepal, Oasis Complex, Patan Dhooka, Lalitpur, 8975 Nepal

Email: [dpraman@np-ntd.rti.org](mailto:dpraman@np-ntd.rti.org); Tel: 977 1 5535780; Fax: 977 1 4266184

**USAID**

Angela Weaver

Neglected Tropical Disease Advisor, USAID, GH/HIDN/ID 3.07-27, Third Floor, RRB,1200 Pennsylvania Ave, NW, Washington DC 20523, USA

Email: [aweaver@usaid.gov](mailto:aweaver@usaid.gov); Tel: 1202 712 5603

**Organisations Non Gouvernementales (ONG)**

**Carter Center**

Dr. Frank O Richards

Director Lymphatic Filariasis Control, The Carter Center, 453 Freedom Parkway, One Copenhill Avenue, 30307, USA

Email: [frich01@emory.edu](mailto:frich01@emory.edu); Tel: 1 404 4203898; Fax: 1 404 4203 881

**Handicap International**

Dr. Pierre Brantus

Consultant, Handicap International, 2 Rue du Reculet, Saint Genis Pouilly, 01630, France

Email: [brantus.pierre@orange.fr](mailto:brantus.pierre@orange.fr); Tel: 33 450 422 051; Fax 33 450 422452

**Helen Keller International**

M. Chad MacArthur

Director- NTD Control, Helen Keller International, 352 Park Avenue South, 12<sup>th</sup> floor, New York, NY 10010

Email: [cmacarthur@hki.org](mailto:cmacarthur@hki.org); Tel: 1 207 833 7344

**IMA World Health**

Dr. Sarla Chand

Vice President, International Programs, IMA World Health, 500 Main Street, P.O. Box 429, New Windsor MD, 21776, USA

Email: [sarlachand@imaworldhealth.org](mailto:sarlachand@imaworldhealth.org); Tel: 410 635 8720

Madame Ann Varghese

Program Officer, IMA World Health, 500 Main Street, P.O. Box 429, New Windsor MD, 21776, USA

Email: [annvarghese@imaworldhealth.org](mailto:annvarghese@imaworldhealth.org); Tel: 410 635 8720

### **LEPRA**

Mr Jose Randy de la Cruz

Senior Programs Officer, LEPRA Health in Action, 28 Middleborough, Colchester, CO1 2DG, UK

Email: [jose@leprahealthinaction.org](mailto:jose@leprahealthinaction.org); Tel: 0044 1206 216754

### **Programme de Donation du Mectizan**

Dr. Adrian Hopkins

Director, Mectizan Donation Program, 325 Swanton Way, Decatur, 30030, USA

Email: [ahopkins@taskforce.org](mailto:ahopkins@taskforce.org); Tel: 1404 805 7719; Fax: 1 404 371 1138

Dr. Yao K Sodahlon

Associate Director, LFE Section, Mectizan Donation Program, 325 Swanton Way, Decatur Ga, 30030, USA

Email: [ysodahlon@taskforce.org](mailto:ysodahlon@taskforce.org); Tel: 1404 388 6172; Fax: 1404 371 1138

### **Sightsavers International**

M. Simon Bush

Director African Alliances and Advocacy, Sightsavers, 21 NII Nortei Ababio Street, Airport. Accra, P.O. Box Kia 18190, Ghana

Email: [sbush@sightsavers.org](mailto:sbush@sightsavers.org); Tel: 233 21 774210; Fax: 233 21 780227

### **World Vision**

Dr. John Marfoh

Program Focal Person, NTD, World Vision Ghana, PMB Accra, Ghana

Email: [john\\_marfoh@wvi.org](mailto:john_marfoh@wvi.org); Tel: 233 24 435 8900, 233 24 4210764

## **Président du Groupe de Revue des Programmes Régionaux et Internationaux**

### **Bureau Région Afrique**

Dr. Charles Ravaonjanahary

Chair, African Regional Programme Review Group, II A 130 Bis Nanisana Antananarivo, 101, Madagascar

Email: [ravac@moov.mg](mailto:ravac@moov.mg); Tel: 261 3207 59807; Fax: 261 2022 49287

### **Bureau Région Amérique**

Dr. Jean-Francois Vely

National Program Coordinator for Malaria Control, Ministry of Health and Population (Haiti), IMA World Health, 500 Main Street, P.O. Box 429, New Windsor MD, 21776, USA

Email: [joeve\\_44@yahoo.fr](mailto:joeve_44@yahoo.fr); Tel: 3404 4997/ 3755 5915

**Bureau Région Méditerranée Orientale**

Professor Maged El-Setouhy

Professor of Public Health and Epidemiology, Chairman of the EMRO regional PRG for LF Elimination Programme, Ain Shams University, Department of Public Health, Abbasia, Cairo, Egypt

Email: [maged.elsetouhy@gmail.com](mailto:maged.elsetouhy@gmail.com); Tel: 2010 1783 248; Fax: 2022 261 3624

**PACELF**

Professor C. P. Ramachandran

8A-4~4 Belvedere, 1/63 off Jalan Tunku, Bukit Tunku, 50480 Kuala Lumpur, Malaysia

Email: [ramacp@hotmail.com](mailto:ramacp@hotmail.com); Tel: 00 603 2698 7275; Fax: 00 603 2698 6152

**Bureau Région Sud-Est Asiatique**

Dr Sombat Chayabejara

SEARO RPRG Chairman, 107 Pattanakan 53, Suanlang, Bangkok 10250, Thailand

Email: [sombatdr@yahoo.com](mailto:sombatdr@yahoo.com); Tel: 662 321 6442

**Etablissements publics et instituts de recherche**

**Bonn University**

Professeur Achim Hoerauf

Professor and Head, Institute of Medical Microbiology, Immunology and Parasitology, University Bonn Medical Center, Sigmund Freud St 25, Bonn 53105, Germany

Email: [hoerauf@microbiology-bonn.de](mailto:hoerauf@microbiology-bonn.de); Tel: 49 228 287 15675

Dr. Sabine Susanne Mand

Institute of Medical Microbiology, Immunology and Parasitology (IMMIP), University Bonn Medical Center, Sigmund Freud St 25, Bonn 53105, Germany

Email: [mand@microbiology-bonn.de](mailto:mand@microbiology-bonn.de); Tel: 49 171 2653020; Fax: 49 228287 19573

**Georgetown University**

Professeur Bernhard Liese

Chair, International Health Department, Georgetown University, 3700 Reservoir Road, NW, Washington DC 20057, USA

Email: [bhl6@georgetown.edu](mailto:bhl6@georgetown.edu); Tel: 1 202 687 3254; Fax: 1 202 784 3128

**James Cook University**

Dr. Alan Hauquitz

Senior Lecturer, James Cook University, Anton Breinl Centre for Public Health, Townsville, Queensland, 4811, Australia

Email: [alan.hauquitz@jcu.edu.au](mailto:alan.hauquitz@jcu.edu.au); Tel: 617 47816106; Fax: 61 74781 5254

**Liverpool School of Tropical Medicine**

Mademoiselle Lisa Bluett

IT & Communications Coordinator, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK  
Email: [ljb@liv.ac.uk](mailto:ljb@liv.ac.uk); Tel: 0151 705 3242

Professeur Moses Bockarie  
Director of CNTD, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK  
Email: [mjb12@liverpool.ac.uk](mailto:mjb12@liverpool.ac.uk); Tel: 0151 705 3343

Mademoiselle Rinki Deb  
Research Assistant, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK  
Email: [rinkideb@liv.ac.uk](mailto:rinkideb@liv.ac.uk); Tel: 0151 705 3131

Madame Joan Fahy  
Programme Manager, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK  
Email: [fahy@liv.ac.uk](mailto:fahy@liv.ac.uk); Tel: 0151 705 3145

Mademoiselle Sara Holmes  
Programme Administrator, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK  
Email: [sara.holmes@liv.ac.uk](mailto:sara.holmes@liv.ac.uk); Tel: 0151 705 3145

Dr. Louise Kelly-Hope  
Project Manager, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Diseases, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK  
Email: [lkhope@liv.ac.uk](mailto:lkhope@liv.ac.uk); Tel: 0151 705 3336

Professeur David Molyneux  
Senior Professorial Fellow, Liverpool School of Tropical Medicine, Centre for Neglected Tropical Disease, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK  
Email: [david.molyneux@liv.ac.uk](mailto:david.molyneux@liv.ac.uk); Tel: 0151 705 3291

Professeur Mark Taylor  
Professor of Parasitology, Liverpool School of Tropical Medicine, Head of Molecular and Biochemical Group, Pembroke Place, Liverpool, L3 5QA, UK  
Email: [mark.taylor@liverpool.ac.uk](mailto:mark.taylor@liverpool.ac.uk); Tel: 0151 705 3112; Fax 0151 705 3771

### **Lymphatic Filariasis Support Center, Atlanta**

Mr. Brian Chu  
Program Associate, TF for Global Health, 325 Swanton Way, Decatur, GA, 30030, USA  
Email: [bchu@taskforce.org](mailto:bchu@taskforce.org); Tel: 1404 592 1427; Fax: 1404 371 1138

Dr. Dominique Kyélem  
Program Director, LF Support Center/Task Force for Global Health, 325 Swanton Way, Decatur, 30030, USA

## RAPPORT DE LA 6ème REUNION DU GAELF, JUIN 2010

---

Email: [dkyelem@taskforce.org](mailto:dkyelem@taskforce.org); Tel: 1404 687 5621; Fax: 1404 371 1138

Dr. Eric Ottesen

Director LF support Center, Technical Director NTD control Program - RTI International, Task Force for Global Health, 325 Swanton Way, Decatur, GA 30030, USA

Email: [eottesen@taskforce.org](mailto:eottesen@taskforce.org); Tel: 1 404 6875604

M. Alex Pavluck

Research Information Analyst, Mectizan Donation Program, 325 Swanton Way, Decatur, 30030, USA

Email: [apavluck@taskforce.org](mailto:apavluck@taskforce.org); Tel: 1 404 592 1421; Fax: 1 404 371 1138

### **Pittsburgh University**

Dr. Mary-Jo Geyer

Assistant Professor, University of Pittsburgh, Bakery Square, Suite 401, 6425 Penn Avenue, Pittsburgh Pennsylvania, 15206, USA

Email: [mjgeyer@pitt.edu](mailto:mjgeyer@pitt.edu); Tel: 412 624 6202; Fax: 412 624 6501

### **Michigan State University**

Professor Charles Mackenzie

Professor, Pathobiology & Diagnostic Investigation, Michigan State University, A54 VMC, East Lansing, MI 48824, USA

Email: [mackenz8@msu.edu](mailto:mackenz8@msu.edu); Tel: 1 517 432 3644 Fax: 1 517 432 5836

### **Notre Dame University**

M. Logan Anderson

Financial Manager, University of Notre Dame, 1 Galvin Life Sciences, 46556, USA

Email: [landers7@nd.edu](mailto:landers7@nd.edu); Tel: 5746319705; Fax: 574 631 7413

### **Smith College**

Dr. Sandra Laney

Research Scientist, Smith College, Ford Hall, 100 Green Street, Northampton, MA 01085, USA

Email: [slaney@smith.edu](mailto:slaney@smith.edu); Tel: 413 585 4029

### **Washington University**

Professor Gary Weil

Washington University School of Medicine, Infectious Diseases Division, Campus Box 8051, 660 South Euclid Ave, St Louis, MO 63110, USA

Email: [gweil@dom.wustl.edu](mailto:gweil@dom.wustl.edu); Tel: 1 314 454 7782; Fax: 1 314 454 5293

## **Organisation Mondiale de la Santé**

### **Siège OMS**

Dr. Dirk Engels

Coordinator, Preventive Chemotherapy & Transmission Control, Avenue Appia 20, Geneva 27, CH 1211, Switzerland

Email: [engelsd@who.int](mailto:engelsd@who.int); Tel: 41 22 791 2726 (sec) 41 22 791 3824 (direct line); Fax: 41 22 791 4777

Dr. Kazuyo Ichimori

Elimination of Lymphatic Filariasis, WHO, Avenue Appia 20, Geneva 27, CH 1211, Switzerland

Email: [ichimorik@who.int](mailto:ichimorik@who.int); Tel: 41227912767; Fax: 4122 791 4869

### **OMS SEARO**

Professor Aditya Prasad Dash

Regional Advisor (Vector Borne & Neglected Tropical Diseases Control), South-East Asia Region, World Health Organisation, World Health House, Mahatma Gandhi Road, New Delhi 110 002, India

Email: [dasha@searo.who.int](mailto:dasha@searo.who.int); Tel: 91 995 899 4668; Fax: 91 11 2337 0197

### **OMS WPRO**

Dr John Patrick Ehrenberg

Regional Advisor in Malaria and other vector borne Diseases, WHO, Western Pacific Regional Office, United Nations Avenue, cor Tuft Avenue, Manila, 1000, Philippines

Email: [ehrenbergj@wpro.who.int](mailto:ehrenbergj@wpro.who.int); Tel: 632 528 9725; Fax: 632 521 1036

Dr. Ah Sian Tee

Director, Combating Communicable Diseases, WHO, Western Pacific Regional Office, United Nations Avenue, cor Traft Avenue, Manila, 1000, Philippines

Email: [teea@wpro.who.int](mailto:teea@wpro.who.int); Tel: 632 528 9701; Fax: 632 521 1036

## **Rapporteur**

Dr. David Addiss

Senior Program Officer, Fetzer Institute, 9292 West KL Ave, Kalamazoo, MI, 49009, USA

Email: [dgaddiss@yahoo.com](mailto:dgaddiss@yahoo.com); Tel: 1269 760 0360; Fax: 1 269 372 2163