

**ÉTUDE DES CONDITIONS DE DEPISTAGE CLINIQUE ET LES EFFETS PSYCHO  
SOCIOECONOMIQUE DES PERSONNES PORTEUSES DE L'ÉLEPHANTIASIS DES  
JAMBES. CAS DE L'ARRONDISSEMENT DE GUIDIGUIS  
CAS DE LA REGION DE L'EXTREME-NORD CAMEROUN DE 2017-2020**

**Par**

**Prof Jean Baptiste Nizeyimana (Distant Production House University)**

E-mail : [njebanize@gmail.com](mailto:njebanize@gmail.com)

Et

**Dr Zongo Jean Marie (Distant Production House University)**

E-mail : [jeanmariezongo@yahoo.fr](mailto:jeanmariezongo@yahoo.fr)

**Mabée Jean Marie (Doctorant au Distant Production House University)**

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

**RESUME**

La filariose lymphatique, communément appelée éléphantiasis, est une maladie tropicale négligée. L'infection se produit lorsque les parasites filaires responsables de la maladie sont transmis à l'homme par des moustiques. Généralement contractée dans l'enfance, cette infection provoque une altération non apparente du système lymphatique. Les manifestations visibles, douloureuses et gravement dé-figurantes de la maladie, à savoir le lymphoedème, l'éléphantiasis et la tuméfaction du scrotum, n'apparaissent que plus tard dans la vie et peuvent entraîner un handicap permanent. Outre ce handicap physique, la maladie a des répercussions négatives sur la santé mentale, la vie sociale et la situation financière des patients, contribuant à leur stigmatisation et à leur pauvreté. En 2018, 893 millions de personnes dans 49 pays vivaient dans des zones où une chimio prévention était nécessaire pour mettre un terme à la propagation de l'infection.

Selon les estimations initialement établies sur la filariose lymphatique dans le monde, 25 millions d'hommes étaient atteints d'hydrocèle et plus de 15 millions de personnes souffraient de lymphœdème. Au moins 36 millions de personnes continuent de présenter ces manifestations chroniques de la maladie. L'élimination de la filariose lymphatique permet de prévenir des souffrances inutiles et contribue à la réduction de la pauvreté. La filariose lymphatique résulte de l'infestation par des nématodes (vers) parasites appartenant à la famille des Fil arides. Ces vers filaires, d'apparence filiforme, sont de 3 types :

- *Wuchereria bancrofti*, qui est responsable de 90 % des cas ;
- *Brugia malayi*, qui est à l'origine de la plupart des cas restants ;
- *Brugia timori*, qui provoque aussi la maladie dans certains cas.

Les vers adultes se logent dans les vaisseaux lymphatiques et altèrent les fonctions du système lymphatique. Ils ont une longévité d'environ 6 à 8 ans et, au cours de leur vie, produisent des millions de microfilaries (larves immatures) qui circulent dans le sang. Les moustiques sont infestés par les microfilaries lorsqu'ils piquent un hôte infecté et ingèrent son sang. Les microfilaries se développent à l'intérieur du moustique jusqu'à devenir des larves infestantes. Lorsqu'une nouvelle personne est piquée par le moustique infecté, les larves matures du parasite sont déposées sur sa peau et peuvent alors s'introduire dans son organisme. Les larves migrent ensuite vers les vaisseaux lymphatiques où elles parviennent à maturité, perpétuant ainsi le cycle de transmission. La filariose lymphatique est transmise par différents types de moustiques, notamment les moustiques *Culex*, largement répandus dans les zones urbaines et semi-urbaines, les moustiques *Anopheles*, essentiellement présents dans les zones rurales, et les moustiques *Aedes*, que l'on trouve principalement dans les îles du Pacifique où la maladie est endémique.

## 0. INTRODUCTION

En Afrique, la filariose lymphatique est due à une microfilaire, *Wuchereria bancrofti*, dont la transmission est principalement assurée par des moustiques : anophèle femelle et *Culex quinquefasciatus*. La filariose lymphatique sévit dans 39 des 46 États Membres de la Région africaine de l'OMS. On estime à 420 millions le nombre de personnes exposées au risque de filariose dans la

Région, soit 38 % de la charge mondiale. Les principales complications de la filariose lymphatique sont l'éléphantiasis, le lymphœdème et l'hydrocèle. On estime qu'il se produit en Afrique 4,6 millions de cas de lymphœdème et plus de 10 millions de cas d'hydrocèle. La filariose lymphatique (FL) est l'une des maladies les plus débilantes et les plus défigurantes qui soient. La stigmatisation, la baisse ou la perte totale de productivité et le coût élevé du traitement figurent parmi ses conséquences socioéconomiques.

Consciente de l'importance économique, sociale et sanitaire de la filariose lymphatique, la Cinquantième Assemblée mondiale de la Santé a adopté, en 1997, une résolution appelant à l'élimination de cette maladie, en tant que problème de santé publique mondial, d'ici à 2020. Après l'adoption de cette résolution, deux laboratoires pharmaceutiques ont décidé de faire don d'albendazole et d'ivermectine au programme de lutte contre la filariose aussi longtemps qu'il en aura besoin. Actuellement, le Programme d'Élimination de la Filariose lymphatique est à l'œuvre dans 20 pays; 9 en sont au stade du traitement médicamenteux de masse (TMM), et 11 achèvent ou ont achevé de cartographier la maladie. Les taux de couverture thérapeutique sont satisfaisants (supérieurs à 70 %) et sont en amélioration. Toutefois, par suite de contraintes financières, moins de 10 % de la population exposée au risque est couverte par le TMM. La mise en œuvre d'autres composantes du programme, telles que la lutte antivectorielle ou la prévention et le prise en charge de l'incapacité, se trouve retardée. En disposant de moyens suffisants, il sera possible d'éliminer la filariose dans la Région africaine d'ici à 2020.

### **État d'avancement**

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

Programme régional a été constitué en 2001 et a tenu sa première réunion au cours de la même année.

Quatre réunions ont eu lieu ultérieurement pour examiner des plans nationaux d'action et de nouvelles demandes de médicaments formulées par des pays. Sur les 12 plans nationaux soumis et examinés, 9 ont été mis en œuvre. Ces mêmes neuf pays ont déposé 22 nouvelles demandes de médicaments qui ont été étudiées par le Groupe d'Examen du Programme régional. Une méthodologie de cartographie a été mise au point par l'OMS, et la réaction à l'antigène filarien circulant est l'instrument de diagnostic simple recommandé et utilisé. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique aide les pays à renforcer leurs capacités cartographiques en organisant, depuis 2000, des ateliers de méthodologie. Jusqu'à présent, trois de ces ateliers ont formé des personnels de santé de 20 pays. Les sessions ont été organisées systématiquement, de telle sorte que, dans la Région, la cartographie soit terminée en 2005, échéance mondiale pour l'achèvement de ces travaux.

Les pays de la Région se situent à des stades différents de la cartographie : 15 pays l'ont achevée et, dans cinq autres, le travail est en cours (voir Annexe 3). Ainsi, sur les 39 pays d'endémie visés, 20 (représentant 51 % de l'objectif) ont entrepris des activités d'élimination. Le tableau de l'Annexe 4 donne une estimation de la population exposée au risque dans les pays cartographiés. Pour la Région africaine de l'OMS, l'objectif du traitement médicamenteux de masse (TMM) est d'avoir traité 48,5 millions d'individus à la fin de 2005. D'après les statistiques de traitement de 2002, 9 956 118 personnes ont été traitées, par rapport à un objectif de traitement annuel régional (OTAR) de 16,1 millions (soit 60 %). Pour 2003, des chiffres provisoires montrent que 16 695 847 ont été traitées par rapport à un OTAR de 21,6 millions (soit 77,3 %). Ces chiffres représentent moins de 10 % de la population totale exposée au risque et qu'il faut traiter dans la Région africaine (voir Annexe 4). Le traitement médicamenteux de masse se poursuit dans neuf pays ; dans deux d'entre eux (les Comores et le Togo), le TMM couvre toute la population exposée au risque. Il est très important d'atteindre cette population dans sa totalité afin d'exercer une pression suffisante sur les charges parasitaires et interrompre ainsi la transmission.

### **Contraintes et défis**

Les principales contraintes sont l'insuffisance des moyens humains et financiers, la Co endémicité de la filariose à Loa loa et la faiblesse des systèmes nationaux de santé. Elles ont abouti à ralentir le développement des activités et à retarder la mise en œuvre de certaines composantes du programme (la lutte antivectorielle, par exemple). Le grand défi est de couvrir la totalité de la population exposée au risque dans un délai raisonnable, de manière à exercer une pression suffisante sur les charges de microfilaires et parvenir ainsi à l'objectif d'interruption de la transmission. Les autres défis consistent notamment à atteindre des taux de couverture thérapeutique et géographique élevés et à s'y maintenir. En outre, à ce stade de la mise en œuvre du programme, il est essentiel de recueillir des données d'évaluation fiables pour déterminer clairement si le programme va de l'avant. Il faut cartographier davantage encore l'endémicité de la filariose à Loa pour soulager d'autant le traitement médicamenteux de masse. Enfin, il convient de renforcer l'appropriation du programme par les États Membres d'endémie filarienne et leur attachement à sa mise en œuvre.

### **La voie à suivre**

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

## Prévention

### Administration de masse de médicaments (AMM)

Le programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (GPELF), établi par l'OMS, a pour objectifs de mettre fin à la transmission de l'infection par l'administration de médicaments (AMM) et d'alléger la souffrance des patients atteints par la prise en charge et la prévention des incapacités. La plus petite unité administrative utilisée comme base pour décider de la mise en œuvre d'une AMM est appelée unité de mise en œuvre (UMO). Une population vivant dans une UMO n'a plus besoin d'AMM lorsque la prévalence de l'infection a été abaissée à un niveau tel que la transmission ne peut plus se poursuivre. L'AMM consiste à traiter toutes les personnes justiciables d'un traitement dans toutes les zones d'endémie en leur administrant des schémas thérapeutiques d'ivermectine, de DEC et d'albendazole.

L'OMS recommande des tournées multiples d'AMM, avec un taux de couverture efficace (administration de médicaments à plus de 65 % de la population totale). L'AMM comporte classiquement une bithérapie (6 mg/kg de DEC + 400 mg d'albendazole (DA) administrée une fois par an pendant 3 ans. L'OMS recommande depuis 2017 un autre schéma thérapeutique : la trithérapie de masse à dose unique avec ajout de 200 microgrammes d'ivermectine [IDA] est d'une efficacité supérieure à la bithérapie. La trithérapie de masse a été utilisée en partie dans les programmes de 5 pays en 2018 (Samoa, Fidji, Kenya, Inde, PNG). La trithérapie doit tenir compte de la présence ou non d'autres filarioses (co-morbidité) : l'onchocercose et/ou la loase. En 2019, ce schéma thérapeutique a été employé pour le traitement de 45,2 millions de personnes dans 11 pays, dont l'Inde, le Kenya, les Samoa américaines, la PNG, l'Égypte, la Malaisie. Les pays de co-endémicité de la FL et de l'onchocercose ont utilisé à la fois l'ivermectine et l'albendazole, les pays de co-endémicité avec la loase ont utilisé l'albendazole seule. En 2019, le nombre de pays d'endémie de la Fl était de 72 dont 50 nécessitaient une AMM. Le nombre total de population ayant besoin d'une AMM était de 858 349 883, dont 339 395 671 en Afrique dans 37 pays (dont 134 545 208 au Nigeria) et 492 906 476 en Asie du Sud-Est (dont 430 668 993 en Inde) dans 5 des 9 pays d'endémie de la Région. La couverture nationale était de 53,3% en Afrique et de 70,8 % en Asie du Sud-Est.

Dans la Région africaine, le Malawi est en 2019 le 2ème pays de la Région africaine (après le Togo) à satisfaire aux critères d'élimination de la FL. A Madagascar, plus de 21 millions de personnes ont eu besoin d'une AMM, la couverture nationale n'étant que 14,8%. Aux Comores, 788 813 personnes ont eu besoin d'une AMM avec une couverture nationale de 63,7%. Dans la Région de la Méditerranée orientale, le Soudan reste le seul pays d'endémie de la FL nécessitant une AMM. Le Yémen a déclaré avoir éliminé la FL en tant que problème de santé publique.

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

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

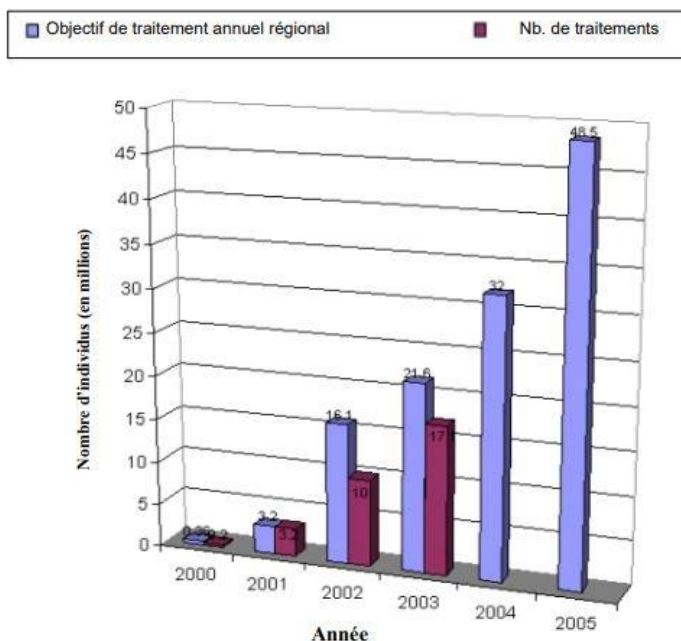
\* TMM : Traitement médicamenteux de masse

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

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

\* Résultats en provenance de zones où des cas positifs ont été décelés.  
 \*\* Meilleures estimations disponibles.  
 \*\*\* Certaines UE ont été exclues de la cartographie et classées de non-endémie sur la base de facteurs écologiques.  
 \*\*\*\* Les UE ont été redécoupées après l'achèvement de la cartographie.  
 UE = unité d'exécution (dans la plupart des pays, c'est un district)  
 TBA = chiffre à communiquer

PROGRESSION ET OBJECTIFS DU TMM DANS LA RÉGION AFRICAINE





## **1. MATERIELS ET METHODES**

Dans cette partie, les aspects méthodologiques en sont l'une des parties les plus importantes. Pour cette raison, le but est d'expliquer ces aspects méthodologiques de l'entreprise. Les principaux axes de ces aspects sont à savoir : les approches utilisées, les méthodes de collecte des données et les instruments de recherche, le plan d'échantillonnage (population, techniques d'échantillonnage, taille de l'échantillon) ainsi que les méthodes de traitement des données.

### **2.1 Conception de l'étude**

La conception de l'étude étant un cadre qui a été établi pour rechercher des réponses aux questions de recherche, elle permet d'aborder efficacement le problème de la recherche de manière logique et aussi sans ambiguïté que possible. À cet égard, la conception de cette étude est basée sur les principes fondamentaux de la recherche exploratoire où l'intention n'est pas de fournir des preuves concluantes, mais aide à avoir une meilleure compréhension du problème en explorant le sujet de recherche avec différents niveaux de profondeur (Saunders, 2012).

### **2.2 Stratégie de l'étude**

Cette recherche se réfère aux critiques, documentations et autres matériels de lecture et les réactions de l'entretien lors de la collecte des données doivent être pris en compte. En s'adressant aux littératures écrites, cela peut aider à interpréter et à mieux comprendre la réalité complexe d'une situation donnée de manière qualitative. L'approche de cette étude est qualitative car elle explore et comprend comment formuler des stratégies pour le relèvement d'un secteur de la santé en crise car elle suppose que le sens et les connaissances sont construits dans un contexte social et cherchent à comprendre les perspectives subjectives des participants (validité sociale) pour fournir une description riche des phénomènes.

### **2.3 Collecte de données**

En général, la collecte de données peut être utilisée grâce à diverses techniques. Il existe principalement deux manières différentes : par des données primaires et secondaires. Les données primaires sont des données qui ont été collectées spécialement à cette fin. Cela implique à la source d'origine de première main, alors que les données secondaires se réfèrent aux informations collectées par d'autres (Bryman et Bell, 2011).

## **2.4 Outils et méthodes de collecte de données : documentation**

La recherche documentaire fait référence à la bibliothèque et à la documentation en ligne. Il se composait de livres, d'articles de synthèse, de rapports et d'autres documents écrits dans la ligne de l'étude. En outre, des données en ligne ont été collectées ; ces données complétaient celles que nous n'avons pas trouvées dans les livres.

## **2.5 Analyse des données**

L'analyse des données est le processus de description et d'évaluation des données. Cependant, la base de la recherche réside dans l'interprétation des données et dans la description de l'expérience vécue des êtres humains (Atkinson et al 2001). Comme la nature de cette étude s'inspire des sources de données des données primaires et secondaires, leur analyse sera basée sur l'approche interprétative ou analytique qui se concentre sur la façon dont les répondants interprètent leur réalité subjective et y attachent un sens. Comme cette étude est qualitative, il n'y a pas de manière unique d'analyser les données qualitatives (Powell et Renner, 2003 :1), nous ne nous sentions pas obligés de séparer une partie de l'analyse des données. Pourtant, nous aurons des résultats directs du documentation et les relierons à ce qui a été dit par les observateurs dans leurs littératures et obtiendrons l'analyse des données en utilisant le prisme des cadres théoriques et conceptuels conçus pour cette étude.

## **2. RESULTATS**

### **Symptômes**

La filariose lymphatique peut prendre des formes asymptomatiques, aiguës ou chroniques. La plupart des infections sont asymptomatiques : elles ne se manifestent par aucun signe extérieur mais contribuent à la transmission du parasite. Bien qu'asymptomatiques, ces infections entraînent toutefois une atteinte du système lymphatique et des reins et altèrent le système immunitaire de l'organisme.

Lorsque la filariose lymphatique devient chronique, elle conduit à un lymphoedème (tuméfaction des tissus), à un éléphantiasis des membres (épaississement de la peau et des tissus) ou à une hydrocèle (tuméfaction scrotale). Les seins et les organes génitaux sont fréquemment atteints.

Souvent, ces difformités physiques donnent lieu à une stigmatisation sociale, ont des répercussions négatives sur la santé mentale des malades, compromettent leurs possibilités de revenu et entraînent des dépenses médicales représentant une charge financière accrue pour les patients et leurs aidants. Le fardeau socioéconomique associé à l'isolement et à la pauvreté des malades est énorme.

Le lymphoedème et l'éléphantiasis chroniques s'accompagnent souvent d'épisodes aigus d'inflammation localisée de la peau, des ganglions lymphatiques et des vaisseaux lymphatiques. Certains de ces épisodes sont imputables à la réponse immunitaire de l'organisme au parasite. Dans la plupart des cas, ces inflammations sont dues à une infection cutanée bactérienne secondaire résultant d'une perte partielle des défenses normales de l'organisme sous l'effet de l'atteinte sous-jacente du système lymphatique. Ces crises aiguës sont débilitantes, peuvent durer plusieurs semaines et sont la cause principale de la perte de revenus parmi les personnes atteintes de filariose lymphatique.

### **Action de l'OMS**

La résolution WHA50.29 de l'Assemblée mondiale de la Santé a encouragé les États Membres à éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique. En 2000, pour donner suite à cette résolution, l'OMS a lancé le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (GPELF) - en anglais. En 2012, la feuille de route de l'OMS pour la lutte contre les maladies tropicales négligées a confirmé l'échéance cible fixée pour l'élimination de cette maladie, à savoir 2020.

La stratégie de l'OMS se fonde sur 2 éléments essentiels :

- enrayer la propagation de l'infection grâce à un traitement de masse annuel ciblant toutes les personnes concernées dans les zones ou régions touchées par l'infection ; et
- soulager les souffrances liées à la filariose lymphatique grâce à un ensemble de soins de base recommandés.

### **Traitement de masse (chimioprévention)**

Il est possible d'éliminer la filariose lymphatique en mettant fin à la propagation de l'infection grâce à la chimio-prévention. L'administration de masse de médicaments (AMM) est la stratégie de chimio-prévention recommandée par l'OMS pour éliminer la filariose lymphatique. Elle consiste à administrer une dose annuelle de médicaments à l'ensemble de la population à risque. Les médicaments employés n'ont qu'un effet limité sur les parasites adultes, mais ils réduisent efficacement la densité des microfilaires dans le sang et préviennent ainsi la transmission des parasites aux moustiques.

Le schéma thérapeutique recommandé pour les AMM dépend de la coendémicité éventuelle de la filariose lymphatique avec d'autres maladies filariennes. L'OMS recommande les schémas d'AMM suivants :

- albendazole seul (400 mg) deux fois par an dans les zones de coendémicité de la loase
- ivermectine (200 µg/kg) en association avec l'albendazole (400 mg) dans les pays touchés par l'onchocercose
- citrate de diéthylcarbamazine (DEC) (6 mg/kg) en association avec l'albendazole (400 mg) dans les pays exempts d'onchocercose

Des données récentes indiquent que l'association de ces trois médicaments permet d'éliminer sans danger presque tous les microfilaires du sang des personnes infectées en quelques semaines, alors qu'il faut compter plusieurs années pour obtenir ce résultat avec l'association habituelle de deux médicaments.

L'OMS recommande désormais de suivre le schéma d'AMM suivant dans les pays sans onchocercose :

- ivermectine (200 µg/kg) en association avec le citrate de diéthylcarbamazine (DEC) (6 mg/kg) et l'albendazole (400 mg) dans certaines zones.

L'impact des AMM dépend de l'efficacité du schéma thérapeutique employé, ainsi que du taux de couverture obtenu (proportion de la population totale ayant pris les médicaments). Il a été observé que les AMM réalisées avec une association de deux médicaments parvenaient à

interrompre le cycle de transmission lorsqu'elles étaient menées chaque année pendant 4 à 6 ans, avec une couverture efficace de toute la population à risque. Du sel enrichi en DEC a également été employé dans des contextes isolés pour interrompre le cycle de transmission.

Au début du programme GPELF, la filariose lymphatique était considérée comme endémique dans 81 pays. Depuis, de nouvelles données épidémiologiques ont montré que la chimioprévention était devenue inutile dans 10 pays. Entre 2000 et 2018, 7,7 milliards de traitements ont été distribués, permettant à plus de 910 millions de personnes d'être traitées au moins une fois dans 68 pays, entraînant une forte baisse de la transmission dans de nombreuses parties du monde. Le nombre de personnes nécessitant une AMM a régressé de 42 % (597 millions) dans les endroits où la prévalence de l'infection a été ramenée en dessous des seuils d'élimination. Selon des estimations prudentes, le bénéfice économique global de ce programme s'élève à US \$24 milliards sur la période 2000-2007. On estime que les traitements administrés jusqu'en 2015 ont permis d'éviter des pertes économiques d'au moins US \$100,5 milliards sur toute la durée de vie des cohortes traitées.

Seize pays et territoires (Cambodge, Égypte, Îles Cook, Îles Marshall, Kiribati, Maldives, Nioué, Palaos, Sri Lanka, Thaïlande, Tonga, Togo, Vanuatu, Viet Nam, Wallis et Futuna, et Yémen) sont désormais considérés comme ayant éliminé la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique. Dans sept autres pays, les stratégies recommandées ont été appliquées avec succès, les traitements de masse ont pris fin et une surveillance est en place pour démontrer que l'élimination a bien été atteinte. Une chimioprévention est encore nécessaire dans 49 pays. Dans 15 de ces pays, les zones d'endémie n'avaient pas toutes fait l'objet d'une AMM à la fin 2018.

### **Prise en charge de la morbidité**

La prise en charge de la morbidité et la prévention des handicaps revêtent une importance vitale pour la santé publique et constituent des services essentiels devant être assurés par le système de santé pour en garantir la pérennité. La chirurgie permet de soulager la plupart des cas d'hydrocèle. La gravité clinique et la progression de la maladie, y compris les épisodes

inflammatoires aigus, peuvent être atténuées et prévenues grâce à de simples mesures d'hygiène, des soins de la peau, des exercices et l'élévation des membres affectés. Les personnes atteintes de lymphœdème doivent pouvoir bénéficier de soins continus tout au long de leur vie, tant pour prendre en charge la maladie que pour prévenir sa progression vers des stades plus avancés.

Le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique vise à garantir l'accès à un ensemble minimum d'interventions à toutes les personnes atteintes d'affections chroniques liées à la filariose lymphatique dans toutes les zones d'endémie afin de soulager leurs souffrances et d'améliorer leur qualité de vie.

Cet objectif sera considéré comme atteint en 2020 si les patients ont accès au minimum aux soins suivants :

- traitement des épisodes d'adénolymphangite ;
- conseils sur l'application de mesures simples de prise en charge du lymphœdème afin de prévenir l'évolution de la maladie et la survenue d'épisodes débilissants et inflammatoires d'adénolymphangite ;
- intervention chirurgicale contre l'hydrocèle;
- traitement des personnes infectées à l'aide de médicaments filaricides.

### **Lutte antivectorielle**

La lutte contre les moustiques est une stratégie complémentaire soutenue par l'OMS. Elle permet de réduire la transmission de la filariose lymphatique et d'autres infections transmises par les moustiques. Selon l'espèce du vecteur porteur du parasite, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la pulvérisation d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations ou la prise de mesures de protection individuelle peuvent contribuer à protéger la population. Dans les zones où les *Anopheles* sont le principal vecteur de la filariose, le recours aux moustiquaires imprégnées d'insecticide renforce l'impact des traitements sur la transmission pendant et après les AMM. Il a déjà été constaté que, dans certains endroits, la lutte antivectorielle avait contribué à l'élimination de la filariose lymphatique en l'absence d'une chimioprévention de masse.

## CONCLUSION

Le PEFL est un programme favorable aux pauvres qui a été salué par la communauté internationale et les États Membres d'endémie de la Région, eux-mêmes très désireux de le mettre en œuvre. Lorsque le programme mondial a été lancé en 2000, quatre pays de la Région africaine ont immédiatement pris des mesures pour entamer des programmes nationaux. À ce jour, 20 des 39 pays d'endémie de la Région mettent en œuvre le programme. Sur les 20 pays menant des activités d'élimination de la filariose, 9 pratiquent actuellement le TMM. Les taux de couverture thérapeutique sont satisfaisants (plus de 70 %) et s'améliorent au fil des ans. Toutefois, par suite de contraintes financières et d'effectifs insuffisants, moins de 10 % de la population exposée au risque est jusqu'à présent couverte par le TMM. En outre, la mise en œuvre d'autres composantes du programme, telles que la lutte antivectorielle ou la prévention et la prise en charge de l'incapacité, se trouve retardée. La mise en œuvre du PEFL a, jusqu'ici, nettement progressé. Toutefois, il reste beaucoup à faire. Avec les contributions de toutes les parties intéressées (gouvernements des pays touchés, collectivités, partenaires) la filariose lymphatique sera éliminée dans la Région africaine d'ici à 2020.

## REFERENCES

- Balam, M. S. (2007). *Impact du traitement de masse sur l'infection et la transmission de la filariose lymphatique par l'association albendazole/ivermectine en zone de savane sud soudanienne, Mali* (Doctoral dissertation, Thèse de Médecine 2007 Bamako Mali).
- Imbert-Berteloot, G. (2007). Décryptage de la trajectoire sémiologique et phénoménologique des complications chez les diabétiques de type 2: le cas des Polynésiens autochtones.

- Lepori, A. S. (2013). *L'onchocercose: données actuelles et nouvel horizon thérapeutique: le rôle de la doxycycline dans le traitement de l'onchocercose* (Doctoral dissertation, Université de Lorraine).
- TRIEP-CAPDEVILLE, L. (1986). *Prise en charge de la filariose lymphatique en Polynésie française* (Doctoral dissertation, UNIVERSITE DE LIMOGES).
- Buntine, J., Crofts, K., World Health Organization, & Global Buruli Ulcer Initiative. (2001). *Ulcère de Buruli: prise en charge de l'infection à Mycobacterium ulcerans* (No. WHO/CDS/CPE/GBUI/2001.3). Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Etienne, G. (2012). *Intervention humanitaire et villageois atteints de la maladie de Hansen (lèpre): Analyse comparative des conditions au Laos et au Cambodge* (Doctoral dissertation, Concordia University).