



Ministre de la Santé et de la Prévention,
en charge de la protection sociale généralisée
Direction de la santé

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES EN POLYNÉSIE FRANÇAISE 2019-2023



Sommaire

Acronymes	4
Remerciements	6
Synthèse	8
LA FILARIOSE LYMPHATIQUE DE BANCROFT	9
1.1 Introduction	9
Généralités sur la maladie	9
Principes du traitement de masse	10
Stratégie d'évaluation	10
1.2 Analyse de la situation	10
Quelques repères historiques	10
Situation épidémiologique avant 2010	11
POD : fer de lance du programme de lutte contre la FL 2010-2014	11
2015-2017 : la transition vers un traitement de masse séquentiel adapté aux résultats des unités d'évaluation.	12
Ressources	13
Budget	13
1.3 Objectifs du programme 2019-2023	15
Objectif général	15
Objectifs intermédiaires	15
Objectifs opérationnels	15
1.4 Schéma général des objectifs et fiches actions	16
Schéma général des objectifs généraux et opérationnels	16
Fiche Action 1 : Distribution de masse des médicaments anti filariens	21
Fiche Action 2 : Mobilisation communautaire à Huahine	23
Fiche Action 3 : Création d'une Task Force à Huahine	25
Fiche Action 4 : Evaluation du programme de lutte et surveillance de la FL	27
Fiche Action 5 : Dépistage autour des porteurs de filaires	29
Fiche Action 6 : Recensement des morbidités	31
Fiche Action 7 : Prise en charge médicale des patients	32
Fiche Action 8 : Prise en charge des formes chirurgicales	34
Fiche Action 9 : Etude des populations de moustiques de Huahine	36
Fiche Action 10 : Préparation du Dossier d'élimination	38
LES HELMINTHIASES INTESTINALES	40
Fiche Action 11 : Evaluation de la prévalence des helminthiases	41

LA GALE	43
1. Définition et état des lieux en Polynésie française	43
Rappels sur la gale	43
Situation épidémiologique en Pf	43
Lutte contre la gale à l'échelle du pays : un bon exemple de lutte intégrée	43
2. Objectifs	44
Objectifs principaux	44
Objectifs secondaires	44
3. Mise en œuvre	44
Surveiller la gale	44
Sanctuariser l'accès à l'ivermectine	45
Fiche Action 12 : Lutte contre la gale	46
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	49
Annexe 1 : Membres du Comité de Pilotage pour la lutte contre la FL	49
Annexe 2 : Stratégie OMS de lutte contre la filariose lymphatique	50
Annexe 3 : Méthode d'échantillonnage pour les enquêtes communautaires (PRE TAS)	51
Annexe 4 : Méthode d'échantillonnage pour les enquêtes de transmission en milieu scolaire (TAS)	52
Annexe 5 : Enquête autour des cas de filariose	53
Annexe 6 : Liste des indicateurs	54
Annexe 7 : Planification des évaluations communautaires et scolaires	55

Acronymes

Ag	: Antigénémie
ALB	: Albendazole
BATM	: Bureau d'Assistance Technique et Méthodologique
BPPI	: Bureau des Programmes des Pathologies Infectieuses
CCSHS	: Centre de Consultations spécialisées en Hygiène et Santé Scolaire
CCSMIT	: Centre de Consultation en Maladies Infectieuses et Tropicales
CHSP	: Centre d'Hygiène et de Salubrité Publique
CME	: Centre de la Mère et de l'Enfant
CPS	: Caisse de prévoyance sociale
CPS-DS	: Cellule de Promotion de santé de la Direction de la santé
DEC	: Diéthylcarbamazine
DGEE	: Direction Générale de l'Education et des Enseignements
DPP	: Département des Programmes de Prévention
DS	: Direction de la santé
POD	: Prise Observée Directe
FL	: Filariose lymphatique
ICT*	: Immuno Chromatographic Test
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
ILM	: Institut Louis Malardé
JOPF	: Journal Officiel de la Polynésie française
FSMM	: Formation Sanitaire de Moorea-Maiao
FSTI	: Formations sanitaires Tahiti-Iti
FSTN	: Formations sanitaires Tahiti-Nui
FTS*	: Filariasis Test Strip
ILM	: Institut Louis Malardé
ISLV	: Iles Sous-le-Vent
ISPF	: Institut Statistique de la Polynésie française
MDA*	: Mass Drug Administration
MDO	: Maladie à Déclaration Obligatoire
MMDP	: Managing Morbidity and Preventing Disability
MF	: Microfilarémie
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PacELF*	: Pacific program to eliminate lymphatic filariasis
PCR	: Polymerase chain reaction
Pf	: Polynésie française

POD	: Prise Observation Directe
PreTAS*	: Enquête de transmission en milieu communautaire
RAA	: Rhumatisme Articulaire Aigu
SSTG	: Subdivision Santé des Tuamotu-Gambier
TAS	: Transmission assessment survey ou étude d'évaluation de la transmission (méthode utilisée en milieu scolaire)
TG	: Tuamotu-Gambier
TROD	: Test Rapide et d'Orientation Diagnostique
UE	: Unité d'évaluation
ZU	: Zone Urbaine

NB : Certains acronymes anglais n'ont pas été traduits pour des raisons pratiques car ils sont utilisés de façon courante dans les échanges avec l'OMS et ont été intégrés dans le langage technique de nos partenaires.

Remerciements

SOUS LA DIRECTION

Docteur Jacques RAYNAL, Ministre de la Santé et de la Prévention, *en charge de la protection sociale généralisée*

Docteur Laurence BONNAC-THERON, Directrice de la santé

Docteur Merehau MERVIN, Directrice adjointe de la santé

Docteur Bruno COJAN, responsable du Département des programmes de prévention de la DS

REDACTION

Docteur SEGALIN Jean-Marc, Département des programmes de prévention de la DS

Madame LE CALVEZ Evelyne, infirmière, Département des programmes de prévention de la DS

CONTRIBUTION

Madame ABIVEN Laurence, chef de projet POD 2010-2012

Madame ANANIA Patricia, responsable de la subdivision de santé des Australes

Madame AROQUIAME Puea, IDE, Formations Sanitaires de Moorea-Maiao, Direction de la santé

Docteur BEYLIER Thierry, responsable de la subdivision santé des Îles Sous-Le-Vent

Docteur BIAREZ Philippe, responsable des Formations Sanitaires de Moorea-Maiao

Docteur BOSSIN Hervé, entomologiste, Institut Louis-Malardé

Docteur BOUCHUT Jérémie, Formations Sanitaires de Moorea-Maiao

Docteur DEBACRE Jérôme, responsable des Formations Sanitaires Tahiti-Nui

Madame DELIGNY Line, Cellule de Promotion de la Santé des FSTN

Docteur DE PINA Jean-Jacques, médecin biologiste, Institut Louis-Malardé

Monsieur EL BOUKILI Taib, cadre infirmier, subdivision de santé des Australes

Madame FALCHETTO Raymonde, Cellule de Promotion de la Santé des Marquises

Docteur GIARD Marine, responsable du Bureau de Veille Sanitaire

Madame HORACE Maire, cadre infirmière, SSTG, Direction de la santé

Monsieur LIEN Leonard, chef de projet POD 2013

Madame MEIGNEN Sandra, IDE, Formations Sanitaires de Moorea-Maiao, Direction de la santé

Docteur NGUYEN Ngoc Lam, responsable du CCSMIT, Direction de la santé

Madame NIVA Pauline, chargée de communication, Département des programmes de prévention de la Direction de la santé

Madame NOUEL Stéphanie, Cellule de Promotion de la Santé des Marquises

Madame PEU Victorine, cadre de santé, FSTN, Direction de la santé

Madame PLICHART Catherine, ingénieure de recherche

Madame PROKOP Hautia, chef de projet POD 2014 - 2018

Madame ROCHAIS Rose, Cellule de Promotion de la Santé des FSTI

Madame ROLLAND Sylvie, infirmière, Département des programmes de prévention de la DS

Madame RODIERE Vahinetua, infirmière, Département des programmes de prévention de la DS

Docteur SPAAK Francis, responsable de la subdivision santé des Tuamotu-Gambier

Madame TAMAKU Adélaïde, Cellule de Promotion de la Santé des FSTN

Madame TEFAAFANA Marie-Pierre, responsable des Formations Sanitaires Tahiti-Iti

Madame TEINAORE Jean-Paule, IDE, Formations Sanitaires de Moorea-Maiao, Direction de la santé

Docteur TEROROTUA Vaea, responsable du CSHSS, Direction de la santé

Madame TIATOA Sylvana, Cellule de Promotion de la Santé des ISLV

Madame TUUA Fabienne, Cellule de Promotion de la Santé de la FSTN

PARTENAIRES EXTERIEURS A LA POLYNESIE FRANCAISE

Docteur ARATCHIGE Padmasiri Eswara , OMS, Fiji

Docteur CAPUANO Corinne,OMS, Fiji

Docteur ICHIMORI Kasuyo,OMS

Docteur KING Jonathan,OMS, Genève

Docteur YAJIMA Aya, OMS, Manille

Les Tavana des communes de Polynésie française, leurs adjoints responsables de la santé, les référents de quartiers et l'ensemble des ambassadeurs « Tia opere Rau Mariri »

Synthèse

La Polynésie française, comme de nombreux pays dans le monde, est touchée par des maladies infectieuses.

Certaines pathologies ubiquitaires ont une prévalence plus élevée en Pf qu'en métropole (leptospirose et tuberculose). C'est également le cas d'autres pathologies plus fréquentes en zone tropicale qu'en zone tempérée : arboviroses (dengue, Zika, Chikungunya) et filariose lymphatique de Bancroft.

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini les maladies tropicales négligées (MTN) comme étant des maladies infectieuses qui sévissent dans les milieux déshérités, surtout dans la chaleur et l'humidité des climats tropicaux.

Depuis quelques années, pour des raisons stratégiques et de rationalisation des coûts, l'organisation des programmes de santé publique tend vers la mutualisation autour de grands thèmes : on parle de programmes intégrés. En ce qui concerne les maladies infectieuses, ces nouvelles modalités tiennent compte des modes de transmission mais aussi des contraintes logistiques. Ainsi l'OMS préconise-t-elle d'intégrer différents programmes au sein du groupe des maladies tropicales négligées.

En Polynésie française, la lutte contre les maladies tropicales négligées repose sur des programmes anciens qui ont fait la preuve de leur pertinence et de leur efficacité faisant reculer ces pathologies en Polynésie.

Le programme de lutte contre la filariose a montré son efficacité depuis la mise en place de l'administration supervisée des médicaments (POD).

Il est pertinent de regrouper, dans le même programme, la lutte contre la filariose lymphatique, la gale et les helminthiases dans la logique des programmes intégrés préconisés par l'OMS.

Ce document doit aider, au mieux, les différents partenaires à lutter contre ces maladies et a pour ambition d'asseoir les bases d'organisation de cette lutte pour les prochaines années.

Le programme de lutte contre les maladies tropicales négligées s'inscrit dans l'axe des maladies endémiques du schéma de prévention et de promotion de la santé de la Polynésie française 2018-2022. Il est amené à évoluer dans le temps, en fonction des préconisations internationales.

LA FILARIOSE LYMPHATIQUE DE BANCROFT

1.1 Introduction

Généralités sur la maladie

La filariose de Bancroft est une maladie provoquée par un parasite de la famille des helminthes, *Wuchereria bancrofti*. Ce ver est transmis par des moustiques sous la forme de larves dites infectantes qui se développent dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques puis se transforment en vers adultes. Les vers adultes (macrofilaires) ont une durée de vie de près de 10 ans. Ils donnent naissance à des microfilaries qui aboutissent dans la circulation sanguine et sont absorbés par le moustique à l'occasion d'un repas sanguin.

En Polynésie, la FL est transmise principalement par un moustique, *Aedes polynesiensis* (Fig.1), qui vit généralement en zone rurale, se reproduit dans les eaux stagnantes et à l'intérieur de récipients naturels (trous de tupa, cocos, ...). Ce moustique est beaucoup moins fréquent en zone urbaine.



Figure 1 : Photographie d'Aedes Polynesiensis

L'homme infecté par des filaires peut souffrir d'épisodes fébriles répétés avec une inflammation des ganglions et des vaisseaux lymphatiques (lymphangite). Un œdème accompagne ces crises qui cèdent généralement spontanément en quelques jours. Avec la répétition des crises, l'œdème persiste aboutissant, après des années, à des complications chroniques et invalidantes telles que l'éléphantiasis ou l'hydrocèle.

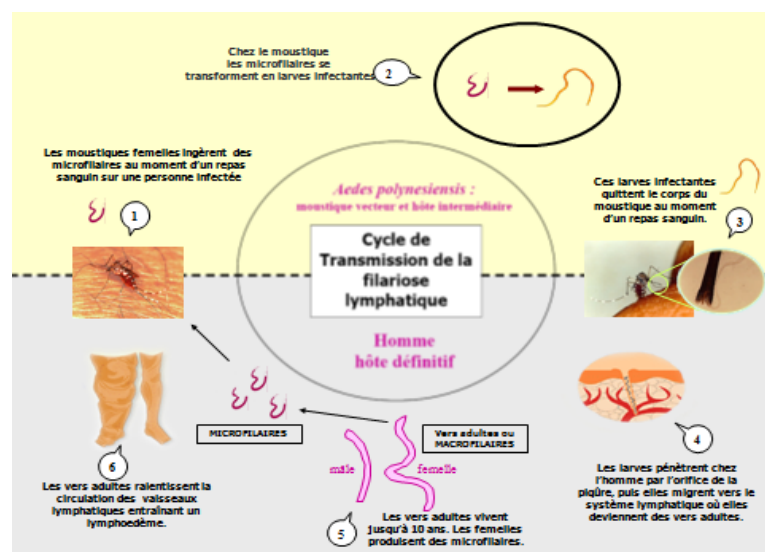


Figure 2 : Rappel du cycle parasitaire de la filariose lymphatique (ref : BPPI/DPP/DS)

Principes du traitement de masse

La transmission de la filariose lymphatique, dans une communauté, est interrompue lorsque les moustiques ne peuvent plus prélever de microfilaires dans le sang pour les transmettre d'une personne à l'autre.

Les médicaments permettant cette interruption (*diéthylcarbamazine* ou DEC) agissent essentiellement sur les microfilaires.

Les traitements macrofilaricides (*albendazole* ou à un moindre degré la DEC) ont un effet de sidération sur les microfilaires chez les personnes infectées¹ mais l'association albendazole et DEC permet également d'éliminer une partie des filaires adultes ainsi qu'une réduction de 99 % de la microfilarémie².

Diagnostic du portage filarien :

Les porteurs sains sont les personnes qui hébergent des filaires mais qui n'ont pas de symptômes. Deux types de tests sont disponibles pour le diagnostic de la filariose asymptomatique : l'antigénémie et la microfilarémie. Le premier est un test immunochromatographique qui se présente sous la forme de TROD (Test Rapide et d'Orientation Diagnostique). Il peut être fait sur le terrain en collectant une goutte de sang par piqûre au bout du doigt (prick test) ou sur prélèvement veineux. Lorsque le test antigénique est positif, on réalise une recherche de microfilarémie. Les microfilaires peuvent être mises en évidence par lecture d'un frottis mince au microscope optique après coloration ou par PCR. La présence de microfilaires marque la capacité de transmission de la maladie.

Stratégie d'évaluation

L'évaluation du programme s'appuie sur les études de prévalence de l'antigène filarien, qui est un marqueur de la présence du ver adulte dans les organismes.

1.2 Analyse de la situation

Quelques repères historiques

La lutte contre la filariose lymphatique (FL) en Polynésie française représente un des défis de santé publique les plus anciens pour ce pays. Même si elle n'est pas fatale, l'OMS a classé cette maladie comme l'une des principales causes mondiales d'incapacité permanente à long terme.

En 1997, l'Assemblée Mondiale de la Santé adoptait la résolution 50.29 par laquelle l'organe directeur de l'OMS appelait les États Membres à prendre des mesures pour éliminer la FL en tant que problème de santé publique.

En 1999, l'OMS lançait son programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique dont la stratégie comporte deux volets : l'interruption de la propagation de l'infestation et l'atténuation des souffrances des populations infectées.

La déclinaison de ce programme à l'échelle du Pacifique, PacELF, regroupant 22 pays du Pacifique Sud, voyait le jour la même année sous l'égide du bureau sous-régional de l'OMS à Fidji.

¹ Noroes, J. et al. (1997) Assessment of the efficacy of diethylcarbamazine on adult *Wuchereria bancrofti* in vivo. *Trms. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 91, 78-8

² Noroes, J. et al. (1997) Assessment of the efficacy of diethylcarbamazine on adult *Wuchereria bancrofti* in vivo. *Trms. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 91, 78-8

² https://www.researchgate.net/profile/Bruno_Hubert/publication/277141082_Programme

"Reduction of *Wuchereria bancrofti* Adult Worm Circulating Antigen after Annual Treatments of Diethylcarbamazine Combined with Ivermectin in French Polynesia" Luc Nicolas, Catherine Plichart, Lam N. Nguyen, and Jean-Paul Mouliat-Pelat *Institut Territorial de Recherches Médicales Louis Malarde, Papeete, Tahiti, French Polynesia*

La stratégie de contrôle proposée par le programme consiste en la distribution annuelle de diéthylcarbamazine (DEC) et d'albendazole à toute la population éligible.

En 1999, par la délibération n°99-190 APF du 28 octobre 1999 (Fig.3), l'Assemblée de la Polynésie française (APF) faisait du programme de lutte contre la filariose lymphatique une priorité de santé publique. La même année, la Pf adhéra au programme régional coordonné par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ainsi, la première campagne de distribution de masse de l'association d'albendazole (400mg) et de diéthylcarbamazine (DEC - 6 mg/kg) eut lieu en avril 2000.

Article 1^{er} – afin de concourir à l'objectif d'amélioration de la santé de la population, la Polynésie française reconnaît le programme de lutte contre la filariose comme une priorité de santé publique.

A ce titre, la Polynésie française adhère au programme global d'élimination de la filariose lymphatique élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé selon les modalités ci-après :

- *une distribution annuelle gratuite de diéthylcarbamazine et d'albendazole sera mise en place, par la Direction de la santé, pendant une durée de 5 ans, à compter de l'année 2000 ;*
- *cette distribution s'adresse à toute personne âgée de plus de 2 ans, à l'exclusion des femmes enceintes.*

Figure 3 : Extrait de la délibération n°99-190 APF du 28 octobre 1999

Situation épidémiologique avant 2010

En 2000, le programme mondial s'était fixé comme objectif l'élimination mondiale de la filariose lymphatique d'ici 2020, ce qui signifiait que la transmission devait être interrompue dans tous les pays en 2015, les 5 dernières années étant réservées à la surveillance.

La stratégie de distribution mise en place en Pf de 2000 à 2007, reposait sur des campagnes annuelles étalées sur une semaine. Les modalités de distribution des médicaments ne permettaient pas un décompte précis des doses avalées, sauf en 2007 où une ébauche de distribution supervisée a vu le jour. La distribution de masse a été ensuite interrompue pendant deux ans : en 2008, l'année fut consacrée à l'enquête de prévalence à l'échelle du pays et en 2009, l'épidémie de dengue 4, puis la pandémie grippale à H1N1, empêchèrent l'organisation de la distribution de masse. Entre 2000 et 2006, l'évaluation de l'impact de la distribution de masse reposait sur des sites sentinelles situés aux Marquises et aux îles Sous-le-Vent. En 2008, une enquête sérologique, réalisée à l'échelle du pays, montrait une prévalence standardisée de portage de l'antigène filarien de 11,3% alors que le seuil d'élimination fixé par l'OMS était inférieur à 1%. 10% d'entre eux étaient porteurs de microfilaires. Aucune des strates étudiées ne présentaient une prévalence proche de 1% pour l'antigénémie. Par contre, l'estimation de la morbidité filarienne était en faveur d'une prévalence très faible (0,5%).

L'étude de prévalence a montré que la filariose lymphatique restait un problème de santé publique en Polynésie française.

A la suite de cette enquête, les représentants de la santé publique émettaient des réserves sérieuses sur l'absorption réelle des médicaments distribués pendant les campagnes entre 2000 et 2007. Les experts de la Direction de la santé et de l'ILM, proposaient alors, avec le soutien de l'OMS, de mettre en place une stratégie renforcée, basée sur l'administration supervisée des médicaments contre la filariose lymphatique ou POD.

POD : fer de lance du programme de lutte contre la FL 2010-2014

En 2010, le nouveau comité de pilotage (Annexe 1) de la lutte contre la filariose lymphatique en Pf validait la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie dite « POD » (Prise Observée Directe). La

population cible était constituée des sujets âgés de plus de deux ans, à l'exclusion des femmes enceintes. Le but de la POD était de réduire la prévalence de portage des filaires chez les individus infectés de manière à interrompre la transmission de la maladie en contrôlant la prise effective des médicaments. L'objectif était une couverture médicamenteuse supérieure à 65 % de la population cible³. En 2013, après trois années de POD, une enquête intermédiaire avait été menée afin de mesurer l'impact de cette stratégie. Dans un des sites explorés, la vallée de Tipaerui, à Papeete, la prévalence mesurée à 1,4%, se rapprochait de l'objectif de l'OMS, fixé à 1%. La couverture médicamenteuse a systématiquement été évaluée à partir de 2010. Ainsi, avec une couverture médicamenteuse moyenne de la population cible de plus de 75% de 2010 à 2016, la Pf a répondu aux objectifs de l'OMS.

Le programme 2010-2014 a fait l'objet d'évaluations, sur l'ensemble du territoire de la Polynésie française, conformément à la méthodologie de l'OMS⁴ et les directives éthiques de la Pf, sur la recherche impliquant des sujets humains (annexe 2).

La méthode est standardisée : il s'agit d'enquêtes descriptives transversales avec sondage aléatoire en grappes à trois degrés. Chaque étape fait l'objet d'un recueil anonymisé. La Polynésie française a été divisée en 8 unités d'évaluation (UE) en fonction des structures administratives responsables de la distribution des médicaments.

Les enquêtes au sein d'une UE sont menées en deux phases. Elles doivent respecter un délai de 6 mois après une campagne POD :

- La phase 1 ou PRE-TAS consiste en une enquête communautaire dans la population à risque (annexe 3).
- La phase 2 ou TAS : consiste en une enquête scolaire chez les enfants de 6 et 7 ans des zones évaluées en fonction des résultats de l'enquête communautaire (annexe 4).

Dans les unités d'évaluation des IDV, Australes et Tuamotu-Gambier, les prévalences du portage filarien retrouvées sont inférieures à 1%.

Aux Marquises, il est mis en évidence :

- une prévalence inférieure à 1% dans le groupe des îles du Nord (2 positifs) ;
- une prévalence supérieure à 1% pour le groupe des îles du Sud (Tahuata, Hiva-Oa, Fatu-Hiva).

Aux Iles Sous-le-Vent, la prévalence du portage filarien est supérieure à 1% avec une surreprésentation des cas positifs à Huahine.

2015-2017 : la transition vers un traitement de masse adapté aux résultats des unités d'évaluation.

Les résultats de ces évaluations permettent d'envisager des changements de stratégie. Les mesures suivantes ont été décidées par le Comité de Pilotage en accord avec les experts de l'OMS. Il y a deux situations distinctes selon les UE :

1. Aux Îles du Vent, Australes, Tuamotu-Gambier et Marquises Nord :
 - arrêt de l'administration systématique des médicaments ;
 - passage à la phase de surveillance active avec mise en œuvre des enquêtes de transmission (TAS) chez les enfants de 6 et 7 ans (les enquêtes TAS devront être réalisées tous les 2 ans jusqu'à concurrence de 3 enquêtes par UE).
2. Aux Iles Sous-le-Vent et Marquises Sud :

³ WHO. Progress report 2000–2009 and strategic plan 2010–2020 of the global programme to eliminate lymphatic filariasis: halfway toward eliminating lymphatic filariasis. Geneva: World Health Organization; 2010.

⁴ WHO. Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration in the global programme to eliminate lymphatic filariasis: a manual for national elimination programmes.

- poursuite de la POD pendant encore 2 années supplémentaires puis nouvelle évaluation de type PRE-TAS ;
- renforcement des campagnes pour obtenir des taux de couverture médicamenteuse ayant un impact efficace sur la réduction du portage filarien.

Ressources

La mise en œuvre du programme de lutte contre la filariose nécessite la collaboration de partenariats nationaux et internationaux.

Les ressources et infrastructures disponibles en Polynésie sont listées dans le tableau 1.

Activités	Institution	Personnel
Direction du programme	Direction de la santé (DS)	BPPI
Evaluation du programme	DPP	BPPI
Logistique	Pharmappro	Chef de projet Pharmappro
Formation	DPP	Chef de Projet/BPPI
Administration des médicaments	Structures de la DS Réseau de bénévoles habilités par la DS	Personnels de santé Bénévoles habilités par la DS
Commande et gestion des stocks de médicaments	Pharmappro	BPPI Pharmaciens de la DS

Tableau 1 : Ressources du programme de lutte contre la FL en Pf

La Polynésie française est régulièrement conviée aux réunions techniques organisées par le Bureau régional de l'OMS pour la région Pacifique. L'Organisation Mondiale de la Santé, partenaire du programme d'élimination de la filariose lymphatique en Polynésie française, apporte un soutien financier et technique à la Polynésie française.

La GAELF (Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis) a été créée en 2000 : c'est une instance reposant sur un partenariat public-privé, qui intervient pour son expertise technique et ses projets de recherche opérationnelle.

Budget

L'OMS est engagée, depuis plusieurs années, au côté de la Polynésie française, dans le cadre de la lutte contre la Filariose lymphatique.

L'OMS fournit l'ensemble des médicaments antifilariens distribués lors des campagnes de masse, soit plus de 200 000 doses annuellement. La DEC est fabriqué par la firme EISAI et a obtenu l'accréditation de l'OMS. L'albendazole est fourni par la fondation GlaxoSmithKline. Chaque année, les résultats de la campagne de distribution sont transmis à l'OMS par le Ministère de la Santé de la Pf.

En 2017, les zones restant concernées par la distribution systématique sont les ISLV et les Marquises sud soit 38 000 personnes. Cependant, compte tenu de la mobilité de la population polynésienne, les médicaments sont mis à disposition de la population dans toutes les structures de soins de la Direction de la santé, mais la POD reste de rigueur.

Pour assurer une couverture médicamenteuse supérieure à 75% dans ces deux zones, il est nécessaire de maintenir les moyens logistiques qui ont fait leurs preuves aux îles-du-vent (ambassadeurs, chefs de projet, communication, achat d'eau, de matériels ambassadeurs, d'impressions, ...).

De 2010 à 2017, le budget annuel dédié à la lutte contre la filariose lymphatique était de 19 000 000 XPF.

1.3 Objectifs du programme 2019-2023

Objectif général

Obtenir la certification de l'élimination de la filariose lymphatique en Polynésie française après une période de surveillance active, soit en 2027.

Objectifs intermédiaires

- Atteindre le seuil de prévalence défini par l'OMS soit une antigénémie inférieure à 1% dans la population à partir de 2 ans et inférieure à 1% chez les enfants de 6 et 7 ans.
- Organiser la prise en charge individuelle des patients présentant des manifestations cliniques dues à la filariose lymphatique.
- Favoriser la lutte anti vectorielle intégrée.

Objectifs opérationnels

Les actions de lutte contre la filariose lymphatique s'organisent autour des activités répondant aux objectifs du programme.

➤ **Atteindre les objectifs de prévalence fixés par l'OMS**

Fiche action n°1 : Distribution de masse des médicaments anti filariens

Fiche action n°2 : Mobilisation communautaire à Huahine

Fiche action n°3 : Création d'une Task Force à Huahine

Fiche action n°4 : Evaluation du programme de lutte et surveillance de la FL

➤ **Prise en charge des patients**

Fiche action n°5 : Dépistage autour des porteurs de filaires

Fiche action n°6 : Recensement des morbidités

Fiche action n°7 : Prise en charge médicale des patients

Fiche action n°8 : Prise en charge des formes chirurgicales

➤ **Lutte anti vectorielle**

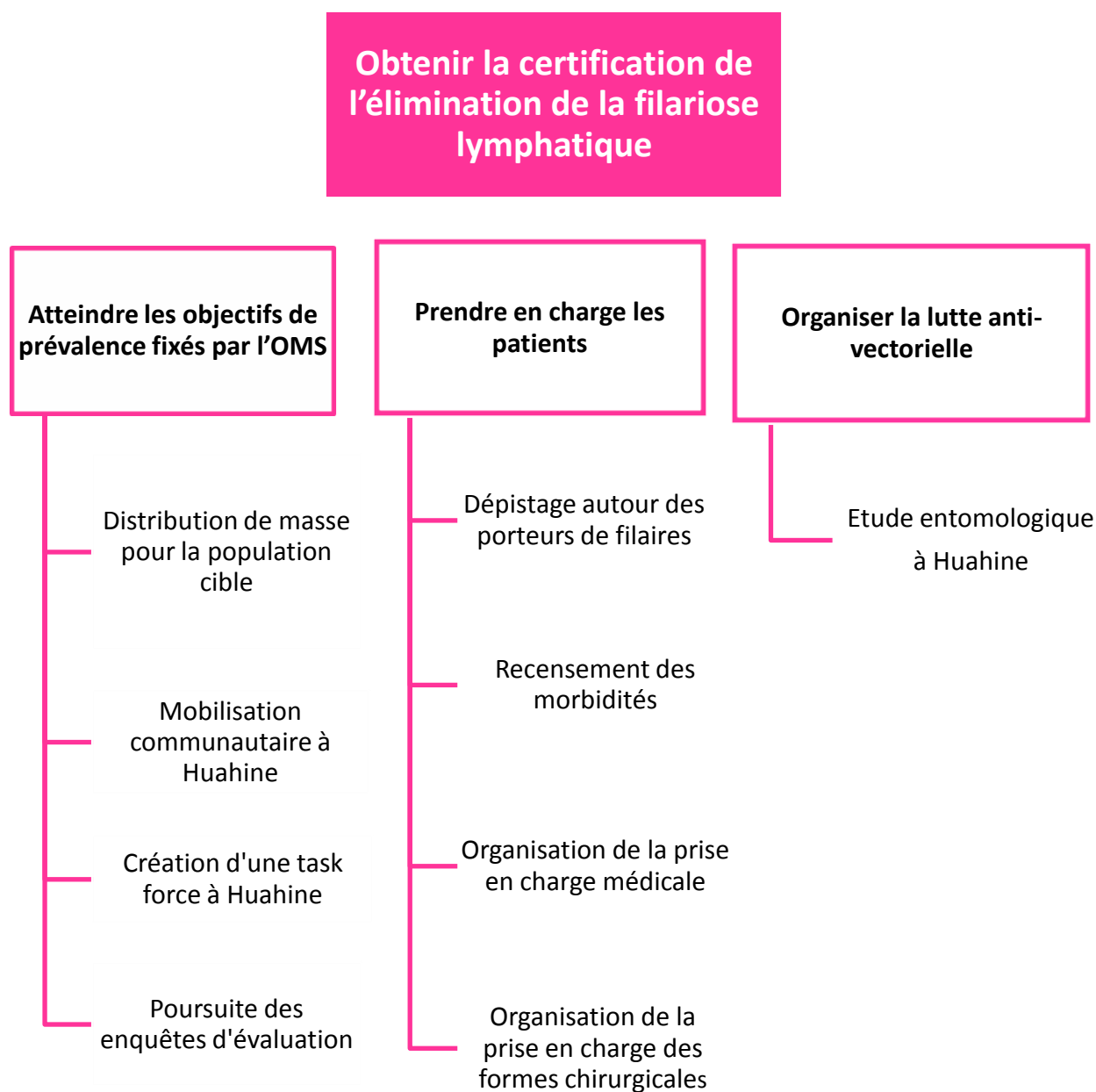
Fiche action n°9 : Etude entomologique à Huahine

➤ **Planification et perspectives 2019-2023**

Fiche action n°10 : Préparation du Dossier d'élimination

1.4 Schéma général des objectifs et fiches actions

Schéma général des objectifs (général et opérationnels) :



Objectif stratégique n°1 : Atteindre les objectifs de prévalence fixés par l'OMS

ACTIONS	CALENDRIER					OBJECTIFS CHIFFRES	PARTENAIRES
	2019	2020	2021	2022	2023		
Fiche action n°1 : Distribution de masse des médicaments antilariens							
Assurer la fourniture des médicaments						Obtenir chaque année au moins 50 000 doses pour la population cible (ISLV et Marquises sud)	OMS
Recruter un prestataire pour la logistique (Chef de projet de la campagne POD)						Recueillir 100% des données de la POD pour la population cible	Structures DS, Ambassadeurs
Organiser la distribution communautaire et scolaire aux ISLV et Marquises sud						Obtenir un taux de couverture médicamenteuse ≥ 75% pour la population cible	DGEE Communes des ISLV Structures DS, Pharmappro
Former les ambassadeurs des ISLV						Former 100% des ambassadeurs bénévoles aux ISLV	CPS -DS, BPPI, prestataire
Assurer une communication adaptée auprès de la population cible						Organiser une mission annuelle aux ISLV et aux Marquises sud	Communes, CPS-DS
Analyser les données de couverture de la population cible.						Produire une analyse annuelle des données	BPPI, prestataire
Fiche action n° 2 : Mobilisation communautaire à Huahine							
Mettre en œuvre le regroupement des CPS-DS à Huahine.						Participation de toutes les CPS -DS	DPP, CPS-DS
Renforcer les actions des CPS-DS						Réalisation de 70 % des actions communautaires	CPS-DS

Planifier et animer les réunions avec l'ensemble des partenaires.						Rencontrer 80% des élus de Huahine, médecins libéraux, secteur associatif, personnels du CM de Huahine	CPS-DS, communes, CM de Huahine
Rédiger un plan d'interventions adapté à chaque partenaire.							CPS-DS, commune, association
Accompagner la mise en place d'un comité local de santé							Communes, CPS-DS
Fiche action n°3 : Création d'une Task Force à Huahine							
Sensibiliser les élus de la Polynésie Rencontrer les maires du syndicat des communes. Développer des partenariats innovant dans la lutte contre la filariose.							Maire et maires adjoints de Huahine Elus de l'APF Administrateur des ISLV
Fiche action n° 4 : Evaluation du programme de lutte contre la FL et surveillance							
Mesurer la transmission communautaire aux ISLV et aux Marquises sud						Atteindre une prévalence <1%	OMS, structures DS, ISPF, communes, prestataire
Mesurer l'antigénémie filarienne chez les enfants scolarisés en CP et CE1 en Pf						Prévalence à atteindre $\leq 0,5\%$	OMS, Education, Structures DS
Poursuivre des campagnes de distribution dans les zones non évaluées						75% de couverture médicamenteuse souhaitée	OMS, Pharmappro, prestataire, Education, DS, ambassadeurs

Objectif stratégique n°2 : Prise en charge des patients

ACTIONS	CALENDRIER					OBJECTIFS CHIFFRES	PARTENAIRES
	2019	2020	2021	2022	2023		
Fiche action n° 5 : Dépistage autour des porteurs filaires							
Dépister les formes asymptomatiques						Coordination du dépistage, des enquêtes autour des cas et du traitement	
Renforcer le dépistage des porteurs de microfilaires						Mise à jour des protocoles Mise en place d'un registre d'ici 2021	
Proposer la prise en charge des examens biologiques						Réunion de travail CPS, ILM, DS	
Fiche action n° 6 : Recensement des morbidités							
Recenser les formes morbides de la filariose						100% de recueil des données	
Proposer une prise en charge des patients						Mise en place du parcours de soins d'ici 5 ans	Structures de soins, CPS, secteur libéral
Fiche action n° 7 : Prise en charge médicale des patients							
Rédaction et mise à jour régulière des protocoles de prise en charge médicales						Actualisation des protocoles Diffusion des protocoles Formation des professionnels de santé	
S'assurer de la disponibilité des traitements							Pharmapro
Fiche action n° 8 : Prise en charge chirurgicale des patients							
Organiser une consultation dédiée à la prise en charge des hydrocèles testiculaires aux îles Sous-le-Vent						Recenser au moins 80% des hydrocèles testiculaires	CHPF, Structures DS
Organiser la prise en charge chirurgicale à l'hôpital d'Uturoa.						Programmation des interventions médicales	

Objectif stratégique n°3 : Lutte anti vectorielle

ACTIONS	CALENDRIER					OBJECTIFS CHIFFRES	PARTENAIRES
	2019	2020	2021	2022	2023		
Fiche action n° 9 : Etude entomologique à Huahine							
Mettre en œuvre une étude entomologique à Huahine						Déterminer les populations de moustiques et leur répartition	ILM, CHSP
Evaluer la prévalence du portage de <i>W.bancrofti</i> chez les moustiques vecteurs (xeno monitoring)						Pose de pièges à moustique sur l’île de Huahine Analyse des données de capture	ILM

Objectif stratégique n°4 : Planification et perspectives 2019-2023

ACTIONS	CALENDRIER					OBJECTIFS CHIFFRES	PARTENAIRES
	2019	2020	2021	2022	2023		
Fiche action n° 10 : Préparation du dossier d'élimination							
Rédaction du dossier de certification						Transmission à l'OMS de 100% des données	OMS



Fiche Action 1 : Distribution de masse des médicaments anti filariens

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION	
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Maintenir la pression médicamenteuse aux ISLV et aux Marquises sud
PORTEURS DU PROJET	
Docteur Jean-Marc Ségalin, Evelyne Le Calvez IDE	

DETAILS DE L'ACTION
Partenaires
Structures DS, Communes des ISLV, CPS-DS, OMS, DGEE, ambassadeurs, prestataire logistique
Contexte
En 1999, l'OMS lançait son programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique dont la stratégie comportait deux volets : l'interruption de la propagation de l'infestation et l'atténuation des souffrances des populations infectées. La déclinaison de ce programme à l'échelle du Pacifique, PacELF, regroupant 22 pays du Pacifique Sud, voyait le jour la même année sous l'égide du bureau sous-régional de l'OMS à Fidji. La stratégie de contrôle proposée par le programme consistait en la distribution annuelle de diéthylcarbamazine (DEC) et d'albendazole à toute la population éligible ou MDA (Mass Drug Administration) ou Prise Observée Directe en Polynésie française. La transmission de la filariose lymphatique, dans une communauté, est interrompue lorsque les moustiques ne peuvent plus prélever de microfilaries dans le sang pour les transmettre d'une personne à l'autre. Deux médicaments sont actuellement utilisés pour leur action sur les microfilaries, et à moindre degré sur les macrofilaries (<i>diéthylcarbamazine</i> ou DEC, <i>albendazole</i>), permettant l'interruption de la transmission. La POD permet le contrôle de la prise réelle des médicaments par la population et contribue à abaisser la prévalence du portage filarien Cette distribution doit se poursuivre jusqu'à obtention d'un seuil de prévalence <1% lors des évaluations communautaires. Au delà de 1%, on considère qu'il subsiste un réservoir de transmission ou Hot spot nécessitant le maintien de la POD communautaire et scolaire jusqu'aux évaluations suivantes.
Objectifs
Général : - Interrompre la transmission de la filariose grâce aux campagnes de traitement de masse dans les zones qui n'ont pas atteints les objectifs de l'OMS. Spécifiques : - Favoriser la mobilisation communautaire dans les îles Sous-le-Vent et aux Marquises sud pour mieux sensibiliser les populations à cet enjeu de santé publique. - Maintenir une couverture médicamenteuse $\geq 75\%$ (seuil fixé par l'OMS). Les ISLV et les Marquises sud doivent poursuivre la distribution de masse compte tenu de la prévalence observée lors des dernières évaluations ($>1,5\%$).
Descriptif de l'action
- Assurer la fourniture des médicaments donnés par l'OMS - Recruter un prestataire pour la logistique (Chef de projet de la campagne POD) - Organiser la distribution communautaire et scolaire aux ISLV et Marquises sud (rédaction des

circulaires et courriers officiels) - Former les ambassadeurs des ISLV (convention Pays Communes) - Assurer une communication adaptée auprès de la population cible - Recueillir et analyser les données de couverture de la population cible.		
Postulats pour la réalisation de l'action		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS	
De réalisation	Fourniture des médicaments par l'OMS, recrutement du chef de projet, réunions du COPIL
De résultats	Taux de couverture médicamenteuse Nombre de bénévoles aux ISLV
D'impact	Taux de prévalence de l'antigénémie filarienne

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Distribution des médicaments - Logistique			*		
Formation des ambassadeurs			?*		
Communication			*		
Recueil des données et transmission à l'OMS			*		

*En fonction des résultats des évaluations

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			



Fiche Action 2 : Mobilisation communautaire à Huahine

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION	
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Abaissier la prévalence du portage filarien à Huahine
PORTEURS DU PROJET	
Docteur Jean-Marc Ségalin , Evelyne Le Calvez IDE	
DETAILS DE L'ACTION	
Partenaires	
CPS-DS, Adelaïde Tamaku (référente du comité opérationnel des CPS-DS), Pauline Niva (chargée de communication au BATM)	
Contexte	
La circulation de la filariose lymphatique sur l'île de Huahine, démontrée lors de l'enquête de prévalence de 2016 (11 cas positif aux ISLV dont 9 issus de Huahine), ne permet pas d'atteindre les objectifs fixés par l'OMS (1%). La poursuite des campagnes de distribution doivent permettre de maintenir la pression médicamenteuse afin d'abaisser la transmission filarienne dans la population. Cependant, d'autres leviers peuvent être mis en place en s'appuyant sur les compétences des différents partenaires. L'organisation d'un regroupement des CPS-DS doit permettre d'améliorer la mobilisation communautaire, de développer des partenariats locaux et entre dans le cadre plus large de la promotion de la santé. D'autre part, un projet d'étude entomologique permettra de définir le type de population de moustiques prédominants sur Huahine.	
Objectifs	
Général : Renforcer la stratégie communautaire pour lutter contre la filariose à Huahine. Spécifiques : - Mettre en place un regroupement des agents des cellules de promotion de la santé. -Promouvoir un environnement favorable à la baisse du portage filarien. (Partenariat avec la commune, les associations, les services du pays, ...) - Définir la stratégie communautaire avec les partenaires.	
Descriptif de l'action	
Activité 1 : Organiser le regroupement des cellules de promotion de la santé du 3 au 7 décembre 2018 à Huahine. Activité 2 : Renforcer la motivation et de la cohésion des CPS-DS Activité 3 : Optimiser les actions communautaires à mettre en œuvre : « Team building » (1 jour). Activité 4 : Planifier et animer de réunions avec l'ensemble des partenaires. Activité 5 : Rédiger un plan d'interventions adapté à chaque partenaire. Mettre en place d'un comité local de santé sous l'autorité du maire avec restitution aux partenaires.	
Postulats pour la réalisation de l'action	

<u>Moyens humains</u> Les cellules de promotion de la santé : Moorea (2) FSTI (2), FSTN (3), ISLV (2), Australes (3), Marquises (2), T-G (1). DPP : BATM (2), BPPI (2), CHSP des ISLV (1), ILM (1), intervenante développement personnel (1), autres partenaires de l'île.	<u>Moyens financiers</u> Frais de transport aérien : 960 000 frs. Frais des indemnités : 2 300 000 frs Frais intervenantes coaching et management de projet : 115 000 frs Location de salle : 200 000 frs Location de voiture : 322 500 frs Total : 3 897 500 frs	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u> Les missions du DPP + CSP Les missions CHSP Délibération n° 92-97AT du 1 ^{er} juin 1992 Arrêté n°673 CM du 15 avril 2004
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS	
De réalisation	- Nombre de participants. - Nombre de partenaires mobilisés. - Nombre de réunions. - Ecriture du plan d'intervention. - Mise en place du comité local de santé.
De résultats	- Actions développées par le comité local de santé. - Couverture médicamenteuse.
D'impact	- Baisse de la prévalence de l'antigénémie à Huahine.

CALENDRIER PREVISIONNEL 2018				
Description des actions	Sept. à nov.	3/12	4/12	5 au 7/12
Activité 1				
Activité 2				
Activité 3				
Activité 4				
Activité 5				

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			



Fiche Action 3 : Création d'une Task Force à Huahine

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION	
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Inciter les politiques à soutenir la lutte contre la filariose à Huahine
PORTEURS DU PROJET	
Docteur Jean-Marc Ségalin, Evelyne Le Calvez IDE	

DETAILS DE L'ACTION		
Partenaires		
DS, Pays, Etat, communes, ISLV, assemblée de Polynésie française, Tavana Hau		
Contexte		
La prévalence de l'antigénémie filarienne à Huahine est supérieure aux seuils d'élimination définis par l'OMS, malgré des campagnes de distribution de masse réalisées selon les recommandations. Ce contexte épidémiologique constitue un risque pour la Polynésie. Il est nécessaire de lutter contre une possible réémergence de la filariose à partir de zone identifiée dans laquelle il subsiste un portage >1%. Le contrôle de la situation relève d'une prise de conscience politique et de partenariats au plus haut niveau décisionnel du pays.		
Objectifs		
Général : - Alerter les institutions du pays sur la situation épidémiologique particulière de la filariose lymphatique dans les îles Sous-le-Vent afin d'obtenir des moyens exceptionnels pour éliminer la filariose lymphatique, conformément aux recommandations de l'OMS (services civiques...). Spécifiques : - Identifier les stratégies possibles et les évaluer économiquement. - Définir les missions de la Task force (lobbyistes). - Définir le partenariat entre les représentants du pays et l'Etat pour obtenir des moyens dédiés. - Formaliser l'engagement par un document officiel.		
Descriptif de l'action		
- Sensibiliser les élus de la Polynésie (gouvernement, Assemblée de la Polynésie, commission santé) sur la filariose lymphatique par le canal politique. - Rencontrer les maires du syndicat des communes. - Rencontrer les Tavana Hau (Etat et Pays) pour développer des partenariats innovant dans la lutte contre la filariose.		
Postulats pour la réalisation de l'action		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
Acquis / Non acquis	Acquis / Non acquis	Acquis / Non acquis

INDICATEURS	
De réalisation	Succès de la démarche de lobbying Communication à l'Assemblée de Polynésie
De résultat	Nombre de réunions avec les élus et les moyens alloués
D'impact	Mobilisation des partenaires institutionnels et de la communauté à

	Huahine
--	---------

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Communication à destination des élus			*		
Mise en œuvre de comité de pilotage			*		
Engagement formalisé			*		

* En fonction des résultats des évaluations

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			



Fiche Action 4 : Evaluation du programme de lutte contre la FL et surveillance

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION

Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Mettre en œuvre la surveillance

PORTEURS DU PROJET

Docteur Jean-Marc Ségalin, Evelyne Le Calvez IDE

DETAILS DE L'ACTION

Partenaires

DS, Communes, DGEE, Prestataire, SAU, ISPF

Contexte

En 2000, le programme mondial s'était fixé comme objectif l'élimination mondiale de la filariose lymphatique d'ici 2020, ce qui signifie que la transmission devait être interrompue dans tous les pays en 2015 ; les 5 dernières années étant réservées à la surveillance.

L'élimination de la FL en tant que problème de santé publique en Polynésie, est un objectif à atteindre à l'horizon 2023. Différentes étapes doivent être franchies pour la présentation du dossier auprès des experts de l'OMS :

- 5 années de MDA avec des couvertures médicamenteuse $\geq 75\%$;
- PreTAS = évaluations communautaires mettant en évidence un portage filarien $< 1\%$ compte tenu du vecteur présent en Pf et réalisées après 5 années de MDA. Les résultats de la PreTAS détermine le passage à la TAS. Les MDA sont stoppées dans les zones ayant atteint les objectifs de l'OMS.
- TAS : si la prévalence en PreTAS est $< 1\%$, les évaluations de la transmission filarienne en milieu scolaire chez les enfants de 6 et 7 ans ou TAS sont réalisées. Elles se déroulent tous les 2 ans pendant 6 ans soit 3 TAS par unité d'évaluation. Les résultats doivent être conformes au seuil fixé par le logiciel « Survey Sample builder »

Objectifs

Général : Prévenir la réémergence de la FL en Polynésie.

Spécifiques :

- Poursuivre la surveillance : Evaluer la transmission communautaire aux ISLV et aux Marquises Sud (PreTAS)
- Poursuivre l'évaluation de la transmission filarienne en milieu scolaire dans les zones où les distributions systématiques ont été suspendues (TAS).

Descriptif de l'action

- Surveillance active selon les recommandations de l'OMS :

(PreTAS) : Mener les enquêtes communautaires aux ISLV et aux Marquises sud. Il s'agit d'étude transversale avec sondage aléatoire en grappe à 3 degrés.

- Unités primaires : les districts de recensement de l'ISPF tiré au sort. La cartographie est réalisée par un prestataire de SIG. Les données sont fournies par celui-ci avec l'accord de l'ISPF.
- Unités secondaires : les maisons

Au sein de chaque district, une première maison est tirée au sort. La méthode des itinéraires est utilisée pour passer d'une maison à une autre.

- Unités tertiaires : les individus

Dans chaque maison, 3 personnes maximum sont prélevées. Si plus de 3 personnes sont présentes, celles dont la date d'anniversaire à venir est la plus proche de la date de l'enquête sont sélectionnées. Pour les domiciles hébergeant moins de trois personnes, tous les habitants sont prélevés.

Sujets exclus : les personnes résidant dans la zone évaluée depuis moins de 6 mois,

(TAS) : Mesurer l'antigénémie filarienne chez les enfants de 6 et 7 ans pour confirmer l'interruption de la transmission. Toute infection de cette population est plus susceptible d'indiquer une transmission récente que chez les enfants plus âgés ou adultes. Cette opération a lieu dans les zones où le taux d'antigénémie dans la population générale aura atteint moins de 1%. Le calcul de la taille de l'échantillon a été réalisé avec l'outil en ligne fourni par l'OMS : <http://www.ntDSupport.org/resources/transmission-assessment-survey-sample-builder>

Sujet exclus : les enfants arrivés depuis moins de 6 mois et ceux n'ayant pas l'autorisation parentale

Les valeurs seuils sont calculées par l'outil « *Survey Sample Builder* » selon la taille de l'échantillon. Selon l'OMS, la TAS :

- Au moins 75% de chance « de passer », c'est-à-dire d'avoir atteint l'objectif, si la prévalence vraie de l'antigénémie est de 0,5% (moitié de la valeur cible)

et

- N'a pas plus de 5% de chance de « passer » (à tort) si la prévalence vraie de l'antigénémie est > 1%

Postulats pour la réalisation de l'action

<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS

De réalisation	Fourniture des tests par l'OMS et évaluation sur le terrain
De résultats	Nombre de prélèvements réalisés
D'impact	Mesures du taux de prévalence de l'antigénémie filarienne

CALENDRIER PREVISIONNEL

Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
PreTAS					
TAS	*		*		*

*Selon les resultants

VALIDATION DE LA FICHE ACTION

ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			



Fiche Action 5 : Dépistage autour des porteurs de filaires

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION

Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Organiser le dépistage autour des cas

PORTEURS DU PROJET

Docteur Jean-Marc Ségalin, Evelyne Le Calvez IDE

DETAILS DE L'ACTION

Partenaires

DS, OMS, ILM

Contexte

Les porteurs sains sont les personnes qui hébergent des filaires mais qui n'ont pas de symptômes. Les personnes porteuses de filaires sont diagnostiquées, soit au cours des études de prévalence, soit lors de dépistages systématiques, ou encore lors de découvertes de laboratoire fortuite. Ces personnes doivent être traitées et le dépistage de l'entourage organisé.

Deux types de tests sont disponibles pour le diagnostic de la filariose asymptomatique : l'antigénémie et la microfilarémie. Le premier est un test immunochromatographique qui se présente sous la forme de TROD (test rapide et d'orientation diagnostique). Il peut être fait, sur le terrain, en collectant une goutte de sang par piqûre au bout du doigt (prick test) ou sur prélèvement veineux.

Lorsque le test antigénique est positif, on réalise une microfilarémie. Les microfilaries peuvent être mises en évidence par lecture d'un frottis mince au microscope optique après coloration ou par PCR. La présence de microfilaries marque la capacité de transmission de la maladie.

Les porteurs de filaires sont le réservoir de la transmission de la FL.

Des enquêtes de grande envergure ont dû être menées suite à l'identification de cas secondaires, dans le contexte particulier des hotspots.

Objectifs

Général : Dépister les formes asymptomatiques (porteurs) pour contrôler le réservoir de filaires

Spécifique : Renforcer le dépistage des porteurs de microfilaries.

Descriptif de l'action

- Mettre à jour le protocole d'enquête autour des cas.
- Coordonner le dépistage, le traitement et le suivi avec un fichier dédié.
- Proposer la prise en charge des examens biologiques.

Postulats pour la réalisation de l'action

<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS

De réalisation	Organisation des enquêtes Actualisation des protocoles Mise en place du fichier d'enquêtes
De résultats	Mise en place des enquêtes Validation et diffusion des protocoles
D'impact	Nombre de déclarations Nombre de patients dépistés

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Actualisation des protocoles et diffusion					
Mise en place des enquêtes					

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			



Fiche Action 6 : Recensement des morbidités

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION	
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Recenser les formes cliniques de la filariose lymphatique
PORTEURS DU PROJET	
Docteur Jean-Marc Ségalin, Evelyne Le Calvez IDE	

DETAILS DE L'ACTION		
Partenaires		
DS, CHPF, Communauté		
Contexte		
La collecte des données de morbidité est un objectif spécifique du programme : il fait partie des éléments à fournir pour le dossier d'élimination de la FL. Ces données sont nécessaires pour évaluer le poids de la maladie pour la collectivité.		
Objectifs		
Général : Recenser les morbidités. Spécifiques : Recenser le nombre de formes cliniques pour répondre aux critères du dossier de l'OMS.		
Descriptif de l'action		
Informers les médecins et IDE sur l'utilisation des fiches de déclaration nominatives Collecter les fiches de déclaration MDO Analyser les données en collaboration avec l'observatoire de la santé		
Postulats pour la réalisation de l'action		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS	
De réalisation	Information des prescripteurs Collaboration avec l'observatoire
De résultat	Collecte des données
D'impact	Indicateurs de morbidités

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Inscription MDO					
Collecter les données					

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			



Fiche Action 7 : Prise en charge médicale des patients

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION

Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Organiser l'offre de soins pour la prise en charge des formes morbides et porteurs sains

PORTEURS DU PROJET

Docteur Jean-Marc Ségalin, Evelyne Le Calvez IDE

DETAILS DE L'ACTION

Partenaires

DS, Secteur libéral (médecins et IDE), CPS

Contexte

La prévention de l'invalidité comprend la promotion de la santé, la prise en charge médicale et sociale des personnes souffrant des manifestations chroniques de ces maladies et constitue un composant important des efforts de contrôle et d'élimination des MTN.

La prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités sont détaillées dans un ensemble d'outils fourni par l'OMS (MMDP). La prise en charge globale implique, non seulement de traiter les symptômes cliniques mais aussi de prévenir d'autres complications médicales, psychologiques et sociales causées par la maladie.

Il convient donc de s'assurer que les personnes souffrant d'invalidité ont un accès égal à une santé, une éducation, un revenu et des services de qualité qui incluent la chirurgie et la prévention des récurrences inflammatoires par l'hygiène cutanée. La prise en charge de la morbidité et des porteurs sains est une action de santé publique.

Le système de soins de la Pf avec la PSG permet l'accès aux soins pour tous. Il n'y a pas de nécessité de réseau de soins dédié à la FL.

Objectifs

Général : Lutter contre la transmission filarienne.

Spécifique : Identifier les patients.

Descriptif de l'action

-Elaboration de protocole de prise en charge curative et préventive (tertiaire) des porteurs filariens à destination des professionnels de santé.

Postulats pour la réalisation de l'action

<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS

De réalisation	Rédaction des protocoles et diffusion aux professionnels de santé
De résultats	Connaissance des protocoles par les professionnels de santé
D'impact	Amélioration de la prise en charge des patients par les PDS

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Elaboration des protocoles					
Information des professionnels					

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			



Fiche Action 8 : Prise en charge des formes chirurgicales

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION

Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Organiser l'offre de soins pour la prise en charge des formes morbides

PORTEURS DU PROJET

Docteur Jean-Marc Ségalin, Evelyne Le Calvez IDE

DETAILS DE L'ACTION

Partenaires

DS (Hôpital d'Uturoa et dispensaires), CHPF, médecins libéraux des îles Sous-le-Vent

Contexte

L'enquête de prévalence de 2008 avait permis d'estimer à 250 le nombre de formes cliniques pour l'ensemble de la Polynésie française. La méthode reposait sur l'interrogatoire des personnes testées après tirage au sort.

Une deuxième enquête coordonnée par le BPPI en collaboration avec le BVS et le CCSMIT en 2011, avait estimé à 400 le nombre de cas toutes formes cliniques confondues avec une surreprésentation des îles Sous-le-Vent. Pour cette enquête un interrogatoire semi-directif avait été administré par téléphone à tous les professionnels de santé de Pf.

Ces formes morbides ne sont pas prises en charge chirurgicalement faute de sensibilisation des patients et des professionnels de santé (PDS).

Les hydrocèles ont un impact majeur sur la qualité de vie des hommes atteints. En Pf les plateaux techniques sont disponibles. Les techniques chirurgicales décrites pour réparer ces difformités donnent de bons résultats.

Objectifs

Général : Proposer une prise en charge chirurgicale des hydrocèles testiculaires aux ISLV.

Spécifique : Recenser les cas d'hydrocèles aux ISLV en collaboration avec les médecins polyvalents du secteur public et du secteur privé
Organiser le parcours de soins

Descriptif de l'action

- Organiser une consultation dédiée à la prise en charge des hydrocèles testiculaires aux îles Sous-le-Vent
- Organiser la prise en charge chirurgicale à l'hôpital d'Uturoa.

Postulats pour la réalisation de l'action

<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS

De réalisation	Organisation de la consultation dédiée
De résultats	Nombre de patients vus en consultation, mise en place

D'impact	Nombre d'hydrocèles opérés
-----------------	----------------------------

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Information des professionnels de santé					
Recensement des cas					
Consultation dédiée					
Prise en charge chirurgicale					

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			



Fiche Action 9 : Etude entomologique à Huahine

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION	
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses
Priorité 1	LAV
PORTEURS DU PROJET	
Docteur Jean-Marc Ségalin, Evelyne Le Calvez IDE	

DETAILS DE L'ACTION		
Partenaires		
DS, CHSP, Communes, ILM		
Contexte		
La lutte anti vectorielle : une réduction des gîtes larvaires peut avoir un impact positif en complément des campagnes d'administration de masse. La destruction des gîtes larvaires peut être favorisée par l'information, l'éducation de la population et des campagnes de communication, la mise en place d'une législation pour prévenir le développement de conditions favorables aux moustiques ou encore l'utilisation de pièges. Ce type d'action a également un effet positif sur la prévention d'épidémies dues à des arboviroses qui ont sévi au cours des dernières années en Pf telles que la dengue, le Zika ou le Chikungunya. La PF est novatrice en matière de LAV avec les recherches opérationnelles menées à Tetiaroa. La présence d'un hot spot à Huahine en fait un site potentiel pour la recherche opérationnelle de LAV anti <i>Ae.polynesiensis</i>.		
Objectifs		
Général : Lutter contre le vecteur <i>Ae.polynesiensis</i>. Spécifique : Evaluer la situation épidémiologique à Huahine.		
Descriptif de l'action		
- Mettre en œuvre une étude entomologique à Huahine pour déterminer les populations de moustiques et leur répartition (cartographie) - Evaluer la prévalence du portage de <i>W.bancrofti</i> chez les moustiques vecteurs (xeno monitoring)		
Postulats pour la réalisation de l'action		
Moyens humains	Moyens financiers	Mesures réglementaires et autres moyens
Acquis / Non acquis	Acquis / Non acquis	Acquis / Non acquis

INDICATEURS	
De réalisation	Financement et organisation de l'enquête
De résultat	Cartographie des populations de moustiques et xénomonitoring
D'impact	Adaptation des stratégies de lutte anti vectorielle

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Préparation de l'enquête					
Réalisation de l'enquête					

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			



Fiche Action 10 : Préparation du Dossier d'élimination

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION

Axe1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutte contre les maladies infectieuses
Priorité 1	L'élimination de la FL en Polynésie française

PORTEURS DU PROJET

Evelyne Le Calvez, Dr Jean-Marc Ségalin

DETAILS DE L'ACTION

Partenaires

OMS et Pays

Contexte

L'élimination de la FL, en tant que problème de santé publique en Polynésie, est un objectif à atteindre à l'horizon 2023. Différentes étapes doivent être franchies pour la présentation du dossier auprès des experts de l'OMS :

- 5 années de MDA avec des couvertures médicamenteuses supérieures à 75% ;
- évaluations communautaires mettant en évidence un portage filarien inférieur à 1% compte-tenu du vecteur présent en Pf ;
- évaluations de la transmission filarienne en milieu scolaire chez les enfants de 6 et 7 ans ou TAS ;
- évaluation et prise en charge des morbidités.

L'ensemble des données recueillies lors des évaluations doivent répondre aux recommandations de l'OMS. Le dossier d'évaluation sera présenté selon le format OMS en référence au document suivant : « Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem ».

Objectifs

Général : Rédiger le document ad hoc de l'OMS.

Spécifiques :

- Collecte et vérification des données de distribution de masse.
- Collecte et vérification des données d'évaluation.
- Collecte et vérification des données de morbidité.
- Préparer le dossier à partir de 2022 et le présenter en 2023 si les objectifs sont atteints.

Descriptif de l'action

Rédaction du dossier de certification

Postulats pour la réalisation de l'action

<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>

INDICATEURS

De réalisation	Mise en œuvre des évaluations pour les 3 premiers objectifs spécifiques
De résultat	Réponses adéquates pour les éléments du dossier
D'impact	Dossier de Certification d'élimination de la FL en Pf

CALENDRIER PREVISIONNEL

Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Collecte des données de MDA et évaluations					
Collecte des données d'évaluations					
Collecte des données de morbidités					

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			

LES HELMINTHIASES INTESTINALES

L'OMS a fixé comme objectif l'élimination des géo helminthes à l'horizon 2020.

En Pf, peu de données sont disponibles sur l'épidémiologie des helminthiases. Conformément aux recommandations de l'OMS sur la FL, des évaluations doivent être menées lors des TAS.

La collecte des données sur les GH, pendant la TAS, doit, en théorie, être réalisée sur des échantillons de selles collectés auprès d'enfants.

Deux dispositifs de collecte des selles sont disponibles : la Mini-FLOTAC et le Kato-Katz.

La méthode d'échantillonnage et les techniques sont décrites dans le document fourni par l'OMS⁵.

Il n'a pas été possible de réaliser cette enquête pour des raisons logistiques et de coût humain. Les recommandations de l'OMS ne semblent pas adaptées à la situation de la Polynésie française. Or il n'existe pas de signaux de prévalence élevée des géohelminthiases en Pf. La faible incidence des amibiases et l'absence prolongée de cas de fièvre typhoïde sont des indicateurs indirects de l'hygiène féco-orale dans le pays.

***NB :** La situation particulière des Tuamotu-Gambier est à considérer en raison des difficultés liées à l'approvisionnement en eau potable.*

Il est donc proposé une surveillance prospective, assortie de recommandations de bonnes pratiques thérapeutiques, et de recours systématique aux examens parasitologiques des selles. Le préalable est de s'assurer de la possibilité, pour les laboratoires de Pf, de faire face sur le plan qualitatif et quantitatif à une augmentation importante du nombre de demandes de tests parasitologiques des selles.

⁵ Evaluer l'épidémiologie des géohelminthes pendant une TAS dans le cadre du programme national d'élimination de la filariose lymphatique, WHO http://www.who.int/neglected_diseases/resources/9789241508384/en/



Fiche Action 11 : Evaluation de la prévalence des helminthiases

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION		
Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens	
Objectifs 7 et 8	Lutter contre les maladies infectieuses	
Priorité 1	Prévenir la réémergence des géo helminthiases	
PORTEURS DU PROJET		
Docteur Jean-Marc Ségalin, Evelyne Le Calvez IDE		
DETAILS DE L'ACTION		
Partenaires		
DS, OMS GAELF, ILM		
Contexte		
Les géo helminthiases intestinales sont dues à des vers parasites transmis par les excréments des personnes infectées. La présence de géo helminthes a un impact sur l'état de santé des populations entraînant notamment des anémies et des troubles digestifs. Depuis la mise en place du nouveau programme de lutte contre la filariose lymphatique (PacELF) en Pf, en 2000, l'albendazole a été systématiquement utilisé en distribution de masse. L'albendazole a une action antihelminthique. Il est probable que cette distribution ait contribué, de façon efficace, au contrôle des helminthiases qui étaient très fréquentes avant cette période. L'hypothèse est qu'une suspension définitive de cette distribution pourrait amener à une réapparition des helminthes en tant que problème de santé publique. Il est donc nécessaire d'évaluer la situation épidémiologique des géo helminthes en Pf, et plus particulièrement dans les zones où la distribution de masse des médicaments anti filariens a été suspendue. L'objectif est de déterminer s'il faut continuer à administrer l'albendazole ou d'autres antihelminthiques pour maintenir le contrôle de ces parasitoses.		
Objectifs		
Généraux : - Déterminer la prévalence du portage des helminthiases chez les enfants d'âge scolaire. - Adapter la stratégie de lutte contre les helminthiases en fonction de la prévalence obtenue. Spécifiques : - Poursuivre la surveillance de la filariose et helminthes des zones où la MDA a été interrompue selon les recommandations de l'OMS. - Prendre en charge les examens parasitologiques des selles.		
Descriptif de l'action		
- Elaborer le protocole de surveillance : effecteurs, indications des tests. - Former les personnels de santé - Financer les examens parasitologiques des selles - Collecter les données et les analyser		
Postulats pour la réalisation de l'action		
Moyens humains	Moyens financiers	Mesures réglementaires et autres moyens
Acquis / Non acquis	Acquis / Non acquis	Acquis / Non acquis

INDICATEURS	
De réalisation	Protocoles de surveillance, prise en charge financière
De résultats	Personnels formés, examens réalisés
D'impact	Nombre de patients dépistés et traités

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Organisation de la surveillance					
Collecte des données					

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			

LA GALE

1. Définition et état des lieux en Polynésie française

Rappels sur la gale

La gale est due à *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* qui est un ectoparasite humain. Seule la femelle est pathogène et donc responsable des lésions. Après avoir été fécondée, elle pénètre sous la couche cornée de l'épiderme, y creuse des galeries où elle pond ses œufs. Ces galeries sont parfois visibles à la surface de la peau (sillons scabieux) de même que l'endroit où loge l'acarien (vésicule perlée). La présence de ces lésions spécifiques permet le diagnostic de la maladie. Les lésions non spécifiques sont : soit des lésions de grattage, soit des lésions papuleuses à type d'urticaires dues à la réaction immunitaire de l'organisme déclenchée par l'antigène de l'acarien. La mobilité de l'acarien à la surface de la peau est importante, de l'ordre de plusieurs centimètres par heure, pour des températures de 25°C à 30°C. Il perd en revanche sa mobilité pour des températures inférieures à 20°C et meurt en 12 à 24 heures. De même, il est tué très rapidement dès lors que la température dépasse les 55°C. La période d'incubation est de 3 semaines, mais est plus courte en cas de réinfestation. Le cycle parasitaire, c'est-à-dire l'éclosion des œufs et la maturation de l'acarien adulte est de 20 jours. La gale humaine classique est faiblement contagieuse. Sa transmission nécessite en effet des contacts humains directs, intimes et prolongés tels qu'on les rencontre au sein d'un couple ou d'une famille.

Situation épidémiologique en Pf

L'épidémiologie de la gale en Pf est mal connue, la maladie ne faisant pas l'objet de déclaration obligatoire ; le recueil de données n'est pas fait systématiquement. Les témoignages des praticiens et plus généralement des professionnels de santé, mettent régulièrement en avant le poids que représente cette maladie dans la pratique quotidienne. Ils soulignent notamment la complexité du traitement et la faible observance des familles.

En 2017, le Bureau de Veille Sanitaire (Docteur Marine Giard) a actualisé un travail initié, en collaboration avec le Bureau des Programmes des Pathologies Infectieuses, en 2015 (Docteur Henri-Pierre Mallet). Grâce à la participation de quelques médecins du réseau sentinelle, l'incidence de la gale avait été évaluée à 10 000 nouveaux cas annuels.

Le traitement classique repose sur l'application de topiques, mais depuis plusieurs années, l'ivermectine a trouvé une place de choix dans la prise en charge de cette maladie très coûteuse pour la société. Le traitement per os est à la fois mieux accepté et plus efficace. La limite est son coût, même si le remboursement, au titre de la Caisse de Prévoyance Sociale, du benzoate de benzyle et de l'ivermectine, a probablement contribué à une meilleure acceptation de ce traitement.

Lutte contre la gale à l'échelle du pays : un bon exemple de lutte intégrée

L'OMS n'a inscrit la gale dans la liste des maladies tropicales négligées qu'en 2017. Il n'existe pas, pour l'heure, de recommandations de programme de lutte utilisant l'ivermectine en traitement de masse. Malgré des expériences probantes à Zanzibar et aux Fidji, l'OMS a décidé de poursuivre les évaluations avant de proposer une stratégie à large échelle.

Ainsi, la donation de Mectizan® (ivermectine) dans le contexte de la gale n'est pas envisagée à court terme.

La lutte contre la gale a pourtant des bénéfices indirects en contribuant au contrôle des pyodermites, mais elle a surtout un rôle à jouer dans la prévention du RAA, car la genèse de la maladie n'est probablement pas uniquement due aux infections de la gorge. Il existe probablement une relation entre les infections cutanées, impliquant des streptocoques, et la survenue des cas de RAA. Il

faut le rappeler ici, le coût annuel du RAA est évalué à plus d'un milliards de francs pacifiques. (Chiffres non officiels).

En 2017, l'OMS a fait évoluer les recommandations de traitement de masse dans les zones n'ayant pas atteint les objectifs d'élimination de la FL avec la mise en place d'une trithérapie associant : DEC, albendazole et ivermectine (IDA) CPS lors des campagnes annuelles de distribution de masse (MDA)⁶.

En Polynésie, depuis 2017, la MDA concerne les ISLV et les Marquises sud jusqu'en 2021. Des évaluations à mi-chemin du plan quinquennal 2017-2021 seront conduites en 2019.

Un portage filarien persistant avec une prévalence inférieure à 1% (seuil fixé par l'OMS pour définir l'élimination) justifierait la mise en place de la trithérapie IDA afin de lutter plus efficacement contre la FL.

L'intégration d'un programme de lutte contre la gale et ses complications (les infections cutanées streptococciques, RAA), au programme de lutte contre la filariose déjà existant, sera une option pragmatique et très bénéfique pour la santé publique. Cependant, le nombre de comprimés à avaler lors des campagnes de masse serait augmenté à 13 pour les personnes de plus de 80 kgs., ce qui constitue un frein à l'acceptation pour la population.

2. Objectifs

Objectifs principaux

Mettre à jour les recommandations et diffuser un guide des bonnes pratiques de prise en charge de la gale.

Favoriser le traitement « moderne » de la gale, basé sur l'IVM.

Mettre en place un système de surveillance prospective de la gale.

Objectifs secondaires

Favoriser l'accès à l'ivermectine dans toutes les structures de santé.

Evaluer l'impact sur les pyodermites et le RAA d'un traitement systématique de la gale à l'échelle d'une île et comparer au reste du pays.

3. Mise en œuvre

Surveiller la gale

L'impact de la gale, en termes de morbi-mortalité, est difficilement mesurable en Pf. La première étape est l'élaboration d'une définition de cas standardisé. Cette définition doit servir de base pour une surveillance de l'incidence de la gale, organisée à l'échelle de la Polynésie. Les centres spécialisés, regroupés au Centre de la Mère et de l'Enfant de Hamuta, doivent devenir des centres d'expertises de la lutte contre la gale et contribuer à la surveillance de cette maladie.

La prise en charge des cas de gale commune implique la connaissance du contexte familial et social en Polynésie et des mécanismes de transmission. La contagiosité de la gale nécessite des contacts réguliers et proches.

⁶ Guideline – Alternative mass drug administration regimens to eliminate lymphatic filariasis. WHO/Department of control of neglected tropical diseases. November 2017

Sanctuariser l'accès à l'ivermectine

La donation de l'ivermectine, à travers le programme de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées, porté par l'OMS, dans le but d'instituer des traitements de masse antiscabieux, n'est pas encore formalisé en 2018.



Fiche Action 12 : Lutte contre la gale

REFERENCE AU SCHEMA DE PREVENTION

Axe 1	Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens
Objectifs 7 et 8	Lutte contre les maladies infectieuses
Priorité 1	Lutte contre la gale

PORTEURS DU PROJET

Docteur Jean-Marc Ségalin, Evelyne Le Calvez IDE

DETAILS DE L'ACTION

Partenaires

DS, OMS

Contexte

La déclaration de la gale n'est pas obligatoire ; le recueil de données n'est pas fait systématiquement. Les professionnels de santé soulignent régulièrement le poids de cette maladie dans la pratique quotidienne, la complexité du traitement et la faible observance des familles.

En 2017, le Bureau de Veille Sanitaire (Docteur Marine Giard) a actualisé un travail initié, en collaboration avec le BPPI, en 2015 (Docteur H-P. Mallet). Grâce à la participation de quelques médecins du réseau sentinelle, l'incidence de la gale avait été évaluée à 10 000 nouveaux cas annuels.

Le traitement classique repose sur l'application de topiques, mais l'ivermectine a désormais une place de choix dans la prise en charge ; ce traitement per os est mieux accepté et plus efficace. La limite est son coût, même si le remboursement, au titre de la CPS, du benzoate de benzyle et de l'ivermectine, a probablement contribué à une meilleure acceptation de ce traitement.

La gale est sur la liste OMS des maladies tropicales négligées depuis 2017. Il n'existe pas, de recommandations de programme de lutte utilisant l'ivermectine en traitement de masse. Les études les évaluations doivent se poursuivre avant de proposer une stratégie à large échelle. La donation de Mectizan® (ivermectine) dans le contexte de la gale n'est pas envisagée à court terme.

La lutte contre la gale a pourtant des bénéfices indirects en contribuant au contrôle des pyodermites, et probablement dans la prévention du RAA.

Enfin les recommandations de traitement de masse contre la filariose lymphatique dans les zones n'ayant pas atteint les objectifs d'élimination intègre désormais l'IVM en plus de la DEC et l'albendazole. L'intégration d'un programme de lutte contre la gale et ses complications (les infections cutanées streptococciques, RAA), au programme de lutte contre la filariose déjà existant, sera une option bénéfique pour la santé publique en Pf.

Objectifs

Général : Contrôler l'épidémie de gale en Pf.

Spécifiques :

- Mettre à jour les recommandations de traitement et les diffuser
- Rendre disponible le traitement par ivermectine dans toute la Polynésie française
- Evaluer la prévalence de la gale et surveiller l'incidence des nouveaux cas
- Evaluer l'impact d'une distribution de masse de l'ivermectine

Descriptif de l'action

- Renforcer la collecte de données prospectives et centraliser ces données en collaboration avec le Bureau de Veille Sanitaire.
- Mettre à jour les recommandations de diagnostic et de traitement et former les personnels de santé.

- Mettre en place deux études :
 une enquête transversale pour préciser la prévalence de la gale en Polynésie française,
 une étude d'impact d'une distribution systématique d'ivermectine à des populations ciblées en collaboration avec les équipes australiennes.

Postulats pour la réalisation de l'action		
<u>Moyens humains</u>	<u>Moyens financiers</u>	<u>Mesures réglementaires et autres moyens</u>
<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non acquis</i>	<i>Acquis / Non-acquis</i>

INDICATEURS	
De réalisation	Elaboration des protocoles des enquêtes et les valider Mise en place de la surveillance de la gale des nourrissons Disponibilité des protocoles de traitement pour tous les prescripteurs et dispensateurs Disponibilité de l'ivermectine pour tous les cas de gale (sauf contre-indications)
De résultats	Incidence de la gale du nourrisson. Nombre de professionnels de santé formés Nombre de doses d'ivermectine utilisées en Pf. Mise en place de l'enquête de prévalence Mise en place d'une étude d'impact
D'impact	Incidence des infections cutanées graves. Incidence du nombre de nouveaux cas de RAA RAA Nombre de patients dépistés et traités.

CALENDRIER PREVISIONNEL					
Description des actions	2019	2020	2021	2022	2023
Mise à jour des protocoles et formation					
Evaluer la prévalence de la gale					
Favoriser la mise à disposition de l'ivermectine dans les structures de la DS					
Etude d'impact de la distribution de masse					

VALIDATION DE LA FICHE ACTION			
ENTITE	DATE	IDENTITE	OBSERVATIONS
DPP			
DS			
Ministère de la Santé			

BIBLIOGRAPHIE

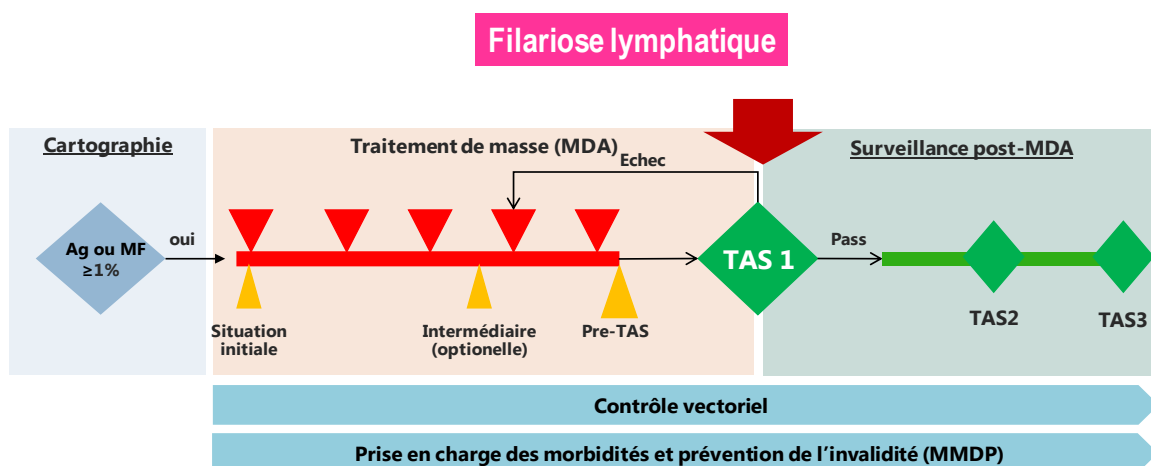
1. 136 Burkot 2002 Progress toward DS elimination 96.pdf.
2. Das D, Kumar S, Sahoo PK, Dash AP. A survey of bancroftian filariasis for microfilariae & circulating antigenaemia in two villages of Madhya Pradesh. Indian J Med Res. 2005; 121(6):771.
3. Helmy H, Weil GJ, Ellethy AST, Ahmed ES, Setouhy ME, Ramzy RMR. Bancroftian filariasis: effect of repeated treatment with diethylcarbamazine and albendazole on microfilaraemia, antigenaemia and antifilarial antibodies. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2006 Jul;100(7): 656–62.
4. World Health organization. Progress report 2000-2009 and strategic plan 2010-2020 of the global programme to eliminate lymphatic Filariasis. Geneva.: World Health Organization.; 2010.
5. Lenhart A, Eigege A, Kal A, Pam D, Miri ES, Gerlong G, et al. Contributions of different mosquito species to the transmission of lymphatic filariasis in central Nigeria: implications for monitoring infection by PCR in mosquito pools. Filaria J. 2007; 6(1):14.
6. Who Assessing the epidemiology of soil-transmitted helminths during a transmission assessment in the global programme for the elimination of lymphatic filariasis http://www.who.int/lymphatic_filariasis/resources/9789241500722/en/
7. Pichon g., Perrault g., Laigret j. (1974). Rendement parasitaire chez les vecteurs de filarioses. Bulletin de l'organisation mondiale de la santé, 51 (5), 517-524. Issn 0043-9686
8. Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration, WHO
9. Evaluer l'épidémiologie des géohelminthes pendant une TAS dans le cadre du programme national d'élimination de la filariose lymphatique, WHO http://www.who.int/neglected_diseases/resources/9789241508384/en/
10. Chimiothérapie des helminthes chez l'homme, WHO, 2008, whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242547108_fre.pdf?ua=1
11. Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>

ANNEXES

Annexe 1 : Membres du Comité de Pilotage pour la lutte contre la FL

SERVICE	NOM PRENOM	FONCTION
DIRECTION DE LA SANTE	Dr BONNAC THERON Laurence	Directrice de la santé
BPPI/DPP	Dr SEGALIN Jean-Marc	Médecin responsable du BPPI
BPPI/DPP	Mme LE CALVEZ Evelyne	Infirmière
CPS-DS AUSTRALES	Mme ANANIA Patricia, Mr EL BOUKILI TAIB	Responsable de la subdivision Infirmier
CPS-DS FSTI	Mme TEFAAFANA Marie Pierre, Mme ROCHAIS Rose	Responsable des FSTI Infirmière
CPS-DS FSTN	Dr DEBACRE Jérôme	Médecin responsable
CPS-DS FSTN	Mme DELIGNY Line, Mme TAMAKU Adélaïde, Mme TUUA Fabienne	Infirmière Infirmière Educatrice en santé
CPS-DS FSMM	Dr BIAREZ Philippe	Médecin responsable
CPS-DS FSMM	Mme AROQUIAME Puea, Mme TEINAORE Jean-Paule	Infirmière Infirmière
CPS-DS ISLV	DR BEYLIER Philippe	Médecin responsable
CPS-DS ISLV	Mme TIATOA Sylvana Mr RAUZY Fanomai	Adjointe de soins Infirmier
CPS-DS MARQUISES	Mme NOUEL Stéphanie Mme FALCHETTO Raymonde	Responsable Infirmière
ILM	Dr BOSSIN Hervé	Docteur en entomologie
PHARMAPPRO	Dr LEHARTEL Nathalie, Dr LOT Sandrine	Pharmaciennes
CHEFS DE PROJET	Mme RENOU Laurence (2010-2012), Mr LIEN Léonard (2013), Mme PROKOP Hautia (2014-2018)	Organisation logistique
PRESTATAIRE ENQUETE	Mme PLICHART Catherine	Ingénieure de recherche

Annexe 2 : Stratégie OMS de lutte contre la filariose lymphatique



Référence: "Regional progress, challenges and the draft Regional Framework for Control and Elimination of NTDs in the Western Pacific"
 Diaporama, **Dr Aya Yajima, NTD focal point, WHO-WPRO**
 Programme Managers Meeting on Neglected Tropical Diseases in the Pacific
 Nadi, Fiji, 20-22 February 2018



Annexe 3 : Méthode d'échantillonnage pour les enquêtes communautaires (PRE TAS)

Critères de recrutement

Sujets inclus

Tout résidant consentant des secteurs concernés incluant les enfants âgés de plus de 5 ans (avec consentement du référent parental).

Sujets exclus

Toute personne dont l'état de santé ou le refus peut interférer avec la participation à l'enquête.

Toute personne résidant en Polynésie depuis moins de 6 mois.

Echantillonnage :

Huit Unités d'Evaluation (UE) ont été sélectionnées en Pf.

La méthode de tirage au sort se fait en 3 degrés de la façon suivante :

Unités primaires : les districts de recensement.

Chaque unité d'évaluation est découpée en districts (*Figure 1*). La cartographie est réalisée par un prestataire de SIG. Les données sont fournies par celui-ci avec l'accord de l'ISPF, des districts sont tirés au sort dans chacune des UE.

Unités secondaires : les maisons.

Au sein de chaque district, une première maison est tirée au sort. La méthode des itinéraires est utilisée pour passer d'une maison à une autre.

Unités tertiaires : les individus.

Dans chaque maison, 3 personnes maximum sont prélevées. Si plus de 3 personnes sont présentes, celles dont la date d'anniversaire à venir est la plus proche de la date de l'enquête, sont sélectionnées. Pour les domiciles hébergeant moins de trois personnes, tous les habitants sont prélevés.

**Pour les Tuamotu-Gambier, 4 îles ont été sélectionnées en fonction de leur bassin de population et leur accessibilité (Hao, Mangareva, Makemo et Rangiroa).*

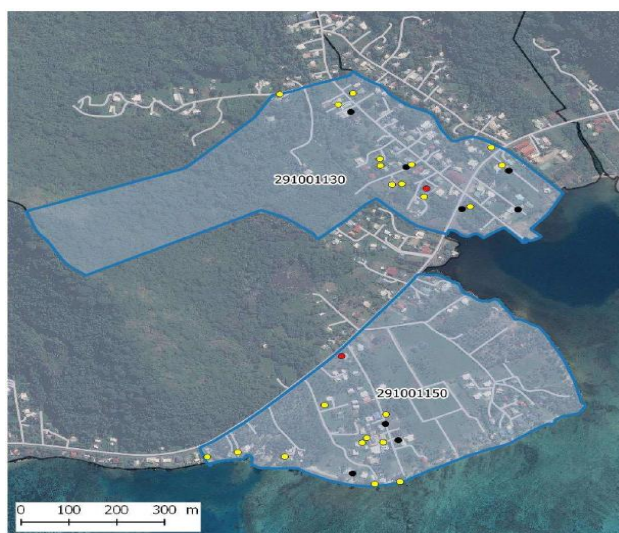


Figure 1 : Exemple de district ISPF (extrait rapport C. Plichart)

Annexe 4 : Méthode d'échantillonnage pour les enquêtes de transmission en milieu scolaire (TAS)

La réalisation de l'enquête scolaire ou TAS est subordonnée aux résultats obtenus lors de la PRE-TAS. Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé fixent le seuil de prévalence de l'antigénémie à 1% lors de la PRE-TAS avant de mettre en œuvre la TAS.

Les prélèvements de sang se font par piqûre au bout du doigt (Prick test) puis par recueil de la goutte à l'aide d'une micropipette avant le dépôt sur le test.

Les tests immunochromatographiques sont mis à disposition par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ils sont réalisés sur place dans les écoles. La méthode est comparable à celle des TROD utilisés pour le diagnostic d'orientation du tétanos, de l'hépatite B ou de la Syphilis.

Critères de recrutement

Sujets inclus

Les enfants de 6 et 7 ans scolarisés dans l'UE ayant l'autorisation parentale.

Sujets exclus

Les enfants arrivés depuis 6 mois ou moins en Polynésie.

Les enfants n'ayant pas l'autorisation parentale.

Echantillonnage :

Le calcul de la taille de l'échantillon est réalisé avec l'outil en ligne fourni par l'Organisation Mondiale de la Santé (<http://www.ntDSupport.org/resources/transmission-assessment-survey-sample-builder>).

Avec ce calcul, l'UE a :

- au moins 75% de chance « de passer » ; c'est-à-dire d'avoir atteint l'objectif, si la prévalence vraie de l'antigénémie est de 0,5% (moitié de la valeur cible),

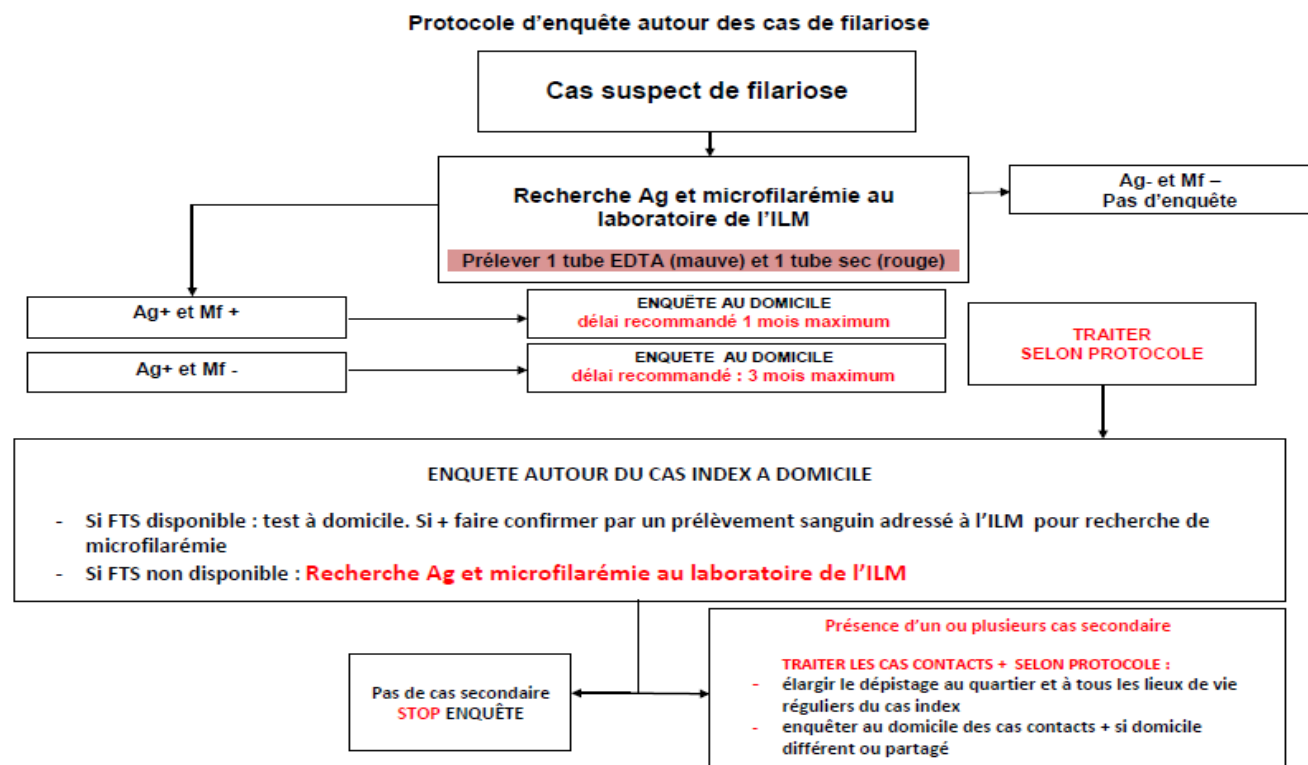
et :

- n'a pas plus de 5% de chance de « passer » (à tort) si la prévalence vraie de l'antigénémie est supérieure à 1%.

Pour Tahiti-Nui, compte-tenu des effectifs, un échantillon aléatoire est nécessaire.

Pour l'ensemble des autres UE dans laquelle la TAS a été mise en œuvre, l'ensemble des élèves sont concernés (avec autorisation parentale).

Annexe 5 : Enquête autour des cas de filariose



Annexe 6 : Liste des indicateurs

Indicateurs de ressources		Indicateurs de processus		Indicateurs d'activités		Indicateurs de résultats	
nombre d'ambassadeurs recrutés	O	conventions avec les communes	O	durée de la POD	O	nombre de foyers visités, nombre de sites de distribution opérationnels	O
formation des ambassadeurs	O	contenu des formations	O	nombre de formateurs, durée de la formation évaluation	O	nombre de pers. ayant avalé les comprimés par commune, qualité du recueil des données	O
participation des structures DS et hors DS	O	intégration de la POD dans les missions des structures	O	délai d'acheminement du matériel	P	nombre de pers. ayant avalé les comprimés par archipel, nombre de comprimés par mode de distribution	O
logistique	O	disponibilité du matériel et médicaments	O	rapports du chef de projet	O	taux de couverture de la population cible	O
enquête de couverture vérifiée	P	mise en place post POD (délai ad hoc à définir)	P	réalisation de l'enquête	P	adéquation avec la couverture mesurée	P
communication	P	planification et financement des campagnes	P	mise en place	O	évaluation post campagne	P
nombre d'IDE de l'éducation mobilisé(e)s	O	collaboration DS/ME	O	réalisation de la POD scolaire	P	taux de couverture médicamenteuse . dans les écoles	O
système de déclaration obligatoire	O	publication au JO	P	outil de recueil opérationnel	O	nombre de cas déclarés	P
enquêtes autour des cas		Procédure d'enquête validée	O	réalisation des enquêtes de terrain	O	nombre d'enquêtes réalisées	O
protocoles de soins		groupe de travail COPIL	O	diffusion des protocoles	O	mise en application dans les structures de santé	O

Statut des indicateurs : O : opérationnel

P : à mettre en place

Annexe 7 : Planification des évaluations communautaires et scolaires

UE	2019	2021	2023
ISLV	X	X	X
Marquises Sud	X	X	X

***Tableau 1** : Programmation des enquêtes communautaires ou PRE-TAS aux ISLV et Marquises sud.*

***Tableau 2** : Enquêtes de transmission ou TAS 2015-2023*

UE	Zones	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023
UE 1	Tahiti ZU	X		X			X		
UE 2	Tahiti-Nui rural		X		X			X	
UE 3	Tahiti-Iti		X		X			X	
UE 4	Australes		X		X			X	
UE 5	TG		X		X			X	
UE 6	Moorea		X		X			X	
UE 7	Marquises Nord		X		X			X	
UE7 bis	Marquises Sud					X*		X*	X*
UE 8	ISLV					X*		X*	X*

*Pour les îles Sous-le-Vent et les Marquises sud, les évaluations ou TAS seront mises en œuvre en fonction des résultats des enquêtes communautaires de 2019 et 2023.