



Contents

- 457 Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2018
- 470 Monthly report on dracunculiasis cases, January–August 2019

Sommaire

- 457 Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2018
- 470 Rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-août 2019

Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2018

Introduction

Lymphatic filariasis (LF) is a debilitating, disfiguring disease caused by infection with the filarial parasites *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* and *B. timori*. The infection is transmitted by mosquito species of the genera *Culex*, *Anopheles*, *Mansonia* and *Aedes*. Parasites in the lymphatic vessels impair lymphatic function and cause lymphoedema and hydrocoele. Acute episodes of adenolymphangitis are a main cause of physical pain among people with LF. The aims of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (GPELF), established by WHO, are to stop transmission of infection by mass drug administration (MDA) and to alleviate suffering among affected patients by morbidity management and disability prevention (MMDP).

Before establishment of the GPELF, LF was responsible for an estimated 5.25 million disability-adjusted life-years (DALYs) and an annual economic loss of at least US\$ 5.7 billion per year.¹ WHO recommends feasible, cost-effective approaches to put an end to one of the world's leading causes of avoidable disability.^{2, 3} After 16 years of the GPELF, LF was considered responsible for at least 1.3 million DALYs, representing a substantial effect of interventions, although the remaining burden is considerable.⁴

¹ Mathew CG, et al. The health and economic burden of lymphatic filariasis prior to mass drug administration programmes. *Clin Infect Dis.* 2019;doi:10.1093/cid/ciz671.

² Stillwaggon E, et al. Economic costs and benefits of a community-based lymphedema management program for lymphatic filariasis in Odisha State, India. *Am J Trop Med Hyg.* 2016;95(4):877–884.

³ Turner HC, et al. Investment success in public health: an analysis of the cost-effectiveness and cost-benefit of the global programme to eliminate lymphatic filariasis. *Clin Infect Dis.* 2017;64(6):728–735.

⁴ Global burden of disease 2017. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2017.

Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2018

Introduction

La filariose lymphatique (FL) est une maladie débilitante et défigurante causée par l'infestation par les filaires parasites *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* et *B. timori*. L'infection est transmise par des espèces de moustiques des genres *Culex*, *Anopheles*, *Mansonia* et *Aedes*. Dans les vaisseaux lymphatiques, ces parasites altèrent la fonction lymphatique et causent le lymphoedème et l'hydrocèle. Les épisodes aigus d'adénolymphangite sont une cause majeure de douleur physique parmi les personnes souffrant de FL. Le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (GPELF), établi par l'OMS, a pour objectif de mettre fin à la transmission de l'infection par l'administration de masse de médicaments (AMM) et d'alléger la souffrance des patients atteints par la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités.

Avant la création du GPELF, la FL était responsable d'environ 5,25 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) et d'une perte économique annuelle d'au moins US\$ 5,7 milliards par an.¹ L'OMS recommande des approches réalisables sur le plan pratique et économique pour mettre fin à l'une des principales causes évitables d'invalidité dans le monde.^{2, 3} Seize ans après le lancement du GPELF, on considère que la FL est responsable d'au moins 1,3 million de DALY, ce qui reflète l'impact notable des interventions, bien que la charge de morbidité restante soit considérable.⁴

¹ Mathew CG, et al. The health and economic burden of lymphatic filariasis prior to mass drug administration programmes. *Clin Infect Dis.* 2019;doi:10.1093/cid/ciz671.

² Stillwaggon E, et al. Economic costs and benefits of a community-based lymphedema management program for lymphatic filariasis in Odisha State, India. *Am J Trop Med Hyg.* 2016;95(4):877–884.

³ Turner HC, et al. Investment success in public health: an analysis of the cost-effectiveness and cost-benefit of the global programme to eliminate lymphatic filariasis. *Clin Infect Dis.* 2017;64(6):728–735.

⁴ Global burden of disease 2017. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2017.

Achievements in 2018

Validation of elimination as a public health problem

For elimination of LF as a public health problem, the prevalence of infection in an area must be reduced to below the target threshold for at least 4 years after MDA and the recommended package of care is provided in all areas in which there are patients with lymphoedema or hydrocoele. In 2018, WHO recognized that Palau, Viet Nam and the Territory of the Wallis and Futuna Islands (France) had met the criteria for elimination of LF as a public health problem.

Scaling-up mass drug administration

MDA is the WHO-recommended strategy for stopping transmission of LF. MDA comprises treatment of all eligible people living in all endemic areas with recommended, setting-specific regimens of ivermectin, diethylcarbamazine and albendazole in combinations that depend on co-endemicity with loiasis and onchocerciasis and the status of the MDA programme.⁵ An implementation unit (IU) is the smallest administrative unit used as the basis for deciding to implement MDA. The population living in an IU no longer requires MDA when the prevalence of infection has been reduced to such a level that transmission is considered to be no longer sustainable.⁶ WHO recommends monitoring and evaluation through sentinel and spot-check surveys, followed by a transmission assessment survey (TAS) to measure the impact of MDA and to determine whether the level of infection has decreased below the target threshold. Multiple rounds of MDA with *effective coverage* (>65% coverage of the total population receiving the medicines) are required to achieve the desired effect.

Table 1 lists the status of each LF-endemic country according to its progress in conducting MDA and towards validation. In 2018, 49 countries were considered to require MDA. To meet elimination targets, MDA must be delivered consecutively each year in every endemic IU, with at least effective coverage of the total population. MDA had yet to be implemented in all the endemic IUs in 14 countries (columns 1 and 2); 3 countries had not started MDA. Of the 49 countries that required MDA, 35 had reached all endemic IUs with at least one round of MDA in 2018 or previously (column 3 plus Cameroon). MDA was no longer required in the 24 countries in which surveillance is required to ensure that the levels of infection remain below the elimination thresholds; the countries are either in the post-MDA phase but have not met the criteria for validation (column 4) or have been validated as having eliminated LF as a public health problem (column 5).

⁵ Alternative mass drug administration regimens to eliminate lymphatic filariasis. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/lymphatic_filariasis/resources/9789241550161/en/).

⁶ Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration for eliminating lymphatic filariasis: a manual for national elimination programmes. Geneva: World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/lymphatic_filariasis/resources/9789241501484/en/, accessed October 2018).

Réalisations en 2018

Validation de l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique

Pour éliminer la FL en tant que problème de santé publique, la prévalence de l'infection dans une zone donnée doit être abaissée en dessous du seuil cible pendant au moins 4 ans après l'arrêt de l'AMM et l'ensemble des soins recommandés doit être fourni dans toutes les zones où il y a des cas de lymphoedème ou d'hydrocèle. En 2018, l'OMS a reconnu que les Palaos, le Viet Nam et le territoire des îles Wallis-et-Futuna (France) répondaient aux critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique.

Amplification de l'administration de masse de médicaments

L'AMM est la stratégie recommandée par l'OMS pour interrompre la transmission de FL. L'AMM consiste à traiter toutes les personnes répondant aux critères pour recevoir le traitement qui vivent dans des zones d'endémie avec des schémas thérapeutiques recommandés et adaptés localement à base d'ivermectine, de diéthylcarbamazine et d'albendazole, administrés en associations choisies en fonction de l'existence éventuelle d'une coendémie de la loase et de l'onchocercose, et de la situation du programme d'AMM.⁵ 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.⁶ L'OMS recommande un suivi et une évaluation au moyen d'enquêtes sentinelles et de vérifications ponctuelles, suivies d'une enquête d'évaluation de la transmission (TAS) pour mesurer l'impact de l'AMM et déterminer si le niveau d'infection est passé en dessous du seuil cible. Pour obtenir l'effet voulu, plusieurs tournées d'AMM avec une *couverture efficace* (>65% de la population totale recevant les médicaments) sont nécessaires.

Le Tableau 1 présente, pour chaque pays d'endémie de la FL, l'avancement des campagnes d'AMM et les progrès réalisés vers l'étape de validation. En 2018, on estimait à 49 le nombre de pays nécessitant une AMM. Pour réaliser les objectifs de l'élimination, l'AMM doit être réalisée consécutivement chaque année dans chaque UMO d'endémie, avec au moins une couverture efficace de la population totale. Pour 14 pays, l'AMM n'avait pas encore été mise en œuvre dans toutes les UMO d'endémie (colonnes 1 et 2); 3 pays n'avaient pas encore commencé l'AMM. Sur les 49 pays qui nécessitaient une AMM, 35 avaient couvert toutes les UMO d'endémie avec au moins une tournée d'AMM en 2018 ou précédemment (colonne 3 plus Cameroun). L'AMM n'était plus nécessaire dans les 24 pays où une surveillance est requise pour s'assurer que les niveaux d'infection demeurent inférieurs aux seuils d'élimination; ces pays peuvent être en phase post-AMM sans remplir les critères de validation (colonne 4) ou peuvent avoir été validés comme ayant éliminé la FL en tant que problème de santé publique (colonne 5).

⁵ Alternative mass drug administration regimens to eliminate lymphatic filariasis. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2017 (http://www.who.int/lymphatic_filariasis/resources/9789241550161/en/).

⁶ Suivi et évaluation épidémiologique du traitement médicamenteux de masse dans le cadre du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: manuel à l'intention des programmes nationaux d'élimination. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/lymphatic_filariasis/resources/9789241501484/en/, consulté en octobre 2018).

Table 1 **Country status in implementing mass drug administration (MDA) for lymphatic filariasis elimination as of 2018**Tableau 1 **Situation des pays concernant l'AMM (mise en œuvre d'une administration massive de médicaments) dans le cadre de l'élimination de la filariose lymphatique (FL), 2018**

WHO region – Région OMS	I. MDA not started – I. AMM non commencée	II. MDA started and not scaled to all endemic districts – II. AMM com- mencée et qui n'a pas été étendue à tous les districts d'endémie	III. MDA scaled to all endemic districts – III. AMM étendue à tous les districts d'endémie	IV. MDA stopped in all endemic districts and under surveil- lance – IV. AMM arrêtée dans tous les districts d'endé- mie et sous surveil- lance	V. Validated as having eliminated LF as a public health problem and under surveillance – V. Pays ayant obtenu la validation de leur conformité aux critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique et restant en phase de surveillance
African – Afrique	Equatorial Guinea, Gabon – Guinée équatoriale, Gabon	Angola, Chad, Central African Republic, Congo, Democratic Republic of Congo, Madagascar, Nigeria, South Sudan – Angola, Congo, Madagascar, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan du Sud, Tchad	Benin, Burkina Faso, Comoros, Côte d'Ivoire, Eritrea, Ethiopia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mozambique, Niger, Senegal, Sao Tome and Principe, Sierra Leone, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe – Bénin, Burkina Faso, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et- Principe, Sénégal, Sierra Leone, Zambie, Zimbabwe	Cameroon, ^a Malawi – Cameroun, ^a Malawi	Togo
Americas – Amériques		Guyana – Guyane	Haiti – Haïti	Brazil, Dominican Republic – Brésil, République dominicaine	
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		Sudan – Soudan		Yemen – Yémen	Egypt – Égypte
South-East Asia – Asie du Sud-Est			India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Timor-Leste – Inde, Indonésie, Myanmar, Népal, Timor-Leste	Bangladesh	Maldives, Sri Lanka, Thailand – Maldives, Sri Lanka, Thaïlande
Western Pacific – Pacifique occidental	New Caledonia – Nouvelle- Calédonie	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	American Samoa, Fiji, French Polynesia, Federated States of Micronesia, Philippines, Samoa, Tuvalu – Fidji, États fédérés de Micronésie, Philippines, Polynésie française, Samoa américaines, Tuvalu	Brunei Darussalam, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Malaysia – Brunei Darussalam, Kiribati, Malaisie, République démocra- tique populaire Lao	Cambodia, Cook Islands, Marshall Islands, Niue, Palau, Tonga, Vanuatu, Vietnam, Wallis and Futuna – Cambodge, Îles Cook, Îles Marshall, Nioué, Palaos, Tonga, Vanuatu, Viet Nam, Wallis et Futuna
Total	3	11	34	10	14

IUs: implementation units – UMO: unités de mise en œuvre; TAS: transmission assessments surveys – Enquêtes d'évaluation de la transmission.

^a Cameroon implemented MDA in 2018 then moved to post-MDA surveillance after conducting TAS in all endemic IUs. – Le Cameroun a mis l'AMM en œuvre en 2018, pour passer ensuite à une surveillance post-AMM, après avoir mené des TAS dans toutes les UMO.

MDA data by country are reported in *Table 2*. The cumulative number of treatments given during MDA since 2000 now exceeds 7.7 billion, delivered to >910 million people at least once. In 2018, the population that required MDA was 892.9 million, and 36 countries reported having treated 556.6 million people (62.3%). MDA was not implemented in 6 countries in which it was required. Reports from 5 countries are still awaited, and updates will be posted on the Global Health Observatory preventive chemotherapy portal.⁷ National programmes planned to treat 697 million people by MDA during 2018, 94 million more than in 2017. According to reports for 2018, effective coverage was achieved in 90% of IUs that conducted MDA. This represents an increase over previous years, but still falls short of the goal of effective coverage in 100% of IUs with each round of MDA. The global treatment gap is now 336.3 million people, who comprise those ineligible for treatment, those missed during MDA, people who were not compliant and those living in endemic IUs where MDA is required but was not delivered (196 million). In 2018, an estimated 31.6 million preschool-aged children (2–4 years) and 152.7 million school-aged children (5–14 years) were treated during LF MDA.

Population requiring MDA and transmission assessment surveys

The number of people requiring interventions for neglected tropical diseases (NTDs) is defined as the NTD indicator of progress towards achieving Sustainable Development Goal (SDG) 3.3.⁸ In GPELF, the population at risk and requiring MDA is considered to be the total population in all IUs with current evidence of LF endemicity. Based on reports through 2018, 597.1 million people no longer require MDA, representing a 42% reduction from the total population living in IUs that were considered endemic in 2010.

The population in an IU is considered to no longer require MDA once the criteria have been met in both sentinel and spot-check surveys and TAS. *Figure 1* shows the cumulative proportion of known endemic IUs by region that have completed TAS and no longer require MDA. A TAS is considered “passed” when the number of children who test positive for LF infection is below the allowed critical cut-off value, which represents the prevalence below which transmission is considered unsustainable. In 2018, TAS were expected in 25 countries. Reports from 19 countries indicate that TAS were conducted in 266 evaluation units (EUs) covering 397 IUs (143 IUs in TAS1, 171 in TAS2 and 83 in TAS3). In 4 countries, the number of infected children

Les données relatives à l'AMM sont présentées par pays dans le *Tableau 2*. Le nombre cumulé de traitements administrés dans le cadre de l'AMM depuis 2000 dépasse maintenant 7,7 milliards, couvrant >910 millions de personnes au moins une fois. En 2018, la population qui nécessitait une AMM s'élevait à 892,9 millions d'habitants et 36 pays ont déclaré avoir traité 556,6 millions de personnes (62,3%). L'AMM n'a pas été mise en œuvre dans 6 pays où elle était nécessaire. On attend toujours les rapports de 5 pays; des mises à jour seront publiées sur le portail de la chimiothérapie préventive de l'Observatoire de la santé mondiale.⁷ Les programmes nationaux prévoient de traiter 697 millions de personnes par l'AMM en 2018, soit 94 millions de plus qu'en 2017. Selon les rapports de 2018, 90% des UMO qui ont effectué des AMM sont parvenues à une couverture efficace. Cela représente une augmentation par rapport aux années précédentes, mais n'atteint toujours pas l'objectif d'une couverture efficace de 100% des UMO à chaque tournée d'AMM. Au niveau mondial, 336,3 millions de personnes n'ont pas encore été traitées: les personnes qui ne remplissent pas les critères pour recevoir le traitement, celles qui ont été manquées lors de l'AMM, les personnes qui n'ont pas pris leur traitement et celles qui vivent dans des UMO d'endémie où l'AMM est nécessaire mais n'a pas été réalisée (196 millions). On estime qu'en 2018, 31,6 millions d'enfants d'âge préscolaire (2 à 4 ans) et 152,7 millions d'enfants d'âge scolaire (5 à 14 ans) ont été traités dans le cadre d'AMM contre la FL.

Population nécessitant une AMM et enquêtes d'évaluation de la transmission

Le nombre de personnes nécessitant des interventions pour des maladies tropicales négligées (MTN) est défini comme l'indicateur MTN de progrès vers la réalisation de l'objectif de développement durable (ODD) 3.3.⁸ Dans le cadre du GPELF, la population à risque et nécessitant une AMM est définie comme la population totale de toutes les UMO où l'endémicité de la FL est avérée. Si l'on se base sur les rapports fournis par le GPELF jusqu'en 2018, 597,1 millions de personnes n'ont plus besoin d'AMM, ce qui représente une diminution de 42% par rapport à la population totale vivant dans des UMO jugées d'endémie en 2010.

On considère que la population d'une UMO n'a plus besoin d'AMM une fois que tant les critères des enquêtes sentinelles et des vérifications ponctuelles que ceux d'une enquête TAS sont respectés. La *Figure 1* illustre la proportion cumulée d'UMO d'endémicité avérée dans lesquelles des TAS ont été réalisées et l'AMM n'est plus nécessaire, par Région. Une enquête TAS est considérée comme «satisfaisante» lorsque le nombre d'enfants dépistés positifs pour la filariose lymphatique est inférieur à la valeur seuil critique, ce qui correspond à la prévalence en dessous de laquelle la transmission ne peut plus se poursuivre. En 2018, des TAS étaient attendues dans 25 pays. Dix-neuf pays ont signalé que des enquêtes TAS avaient été menées dans 266 unités évaluées, couvrant 397 UMO (143 UMO pour la TAS1, 171 pour la TAS2 et 83 pour la TAS3). Dans 4 pays,

⁷ Preventive chemotherapy data portal. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/gho/cabinet/pc.jsp>, accessed October 2018).

⁸ Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 agenda for sustainable development. New York City (NY): United Nations (A/RES/71/313) (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>, accessed October 2018).

⁷ Preventive chemotherapy data portal. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<http://apps.who.int/gho/cabinet/pc.jsp>, consulté en octobre 2018).

⁸ Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 agenda for sustainable development. New York City (NY): United Nations (A/RES/71/313) (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list/>, consulté en octobre 2018).

Table 2 **Mass drug administration (MDA) coverage for lymphatic filariasis elimination as reported by country, 2018**Tableau 2 **Administration massive de médicaments (AMM) afin d'éliminer la filiarose lymphatique, par pays, 2018**

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2018 – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM en 2018	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of imple- mentation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of imple- mentation units implementing MDA in 2018 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2018	Proportion of implementation units achieving effective cover- age (%) – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parve- nant à obtenir une couverture efficace (%)	Total population of implemen- tation units targeted by MDA in 2018 – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2018	Reported no. of people treated in 2018 – Nbre notifié de personnes traitées en 2018	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National coverage (%) Couverture nationale (%)
African – Afrique		341 376 650		1 751	1 374	90.2	242 727 712	211 398 149	78.5	87.1	61.9
	Angola	3 955 338	IA	21	1	0	55 306	29 712	4.8	53.7	0.8
	Benin – Bénin	1 398 027	IA	16	15	100	1 202 456	1 197 487	93.8	99.6	85.7
	Burkina Faso	2 288 222	IA	10	10	80.0	2 288 222	1 749 542	100	76.5	76.5
	Cameroon – Cameroun	1 621 568	IA	18	18	61.1	1 621 568	931 628	100	57.5	57.5
	Central African Republic – République centrafricaine	3 300 000	IA, 1A	8	5	40.0	1 146 699	1 011 818	62.5	88.2	30.7
	Chad – Tchad	4 527 450	IA	32	30	86.7	4 110 117	3 377 900	93.8	82.2	74.6
	Comoros – Comores	828 148	DA	17	No data – Pas de données						
	Congo	770 373	IA, 2A	9	Under review – En cours d'examen						
	Côte d'Ivoire	21 002 613	IA	74	74	98.6	21 002 613	15 581 091	100	74.2	74.2
	Democratic Republic of Congo – République démocratique du Congo	48 034 532	IA, 2A	245	234	97.9	38 658 655	36 815 535	95.5	95.2	76.6
	Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	420 000		15	No MDA – Pas d'AMM						
	Eritrea – Érythrée	71 584	DA	2	2	100	71 584	62 777	100	87.7	87.7
	Ethiopia – Éthiopie	6 070 736	IA	74	59	93.2	4 415 895	4 154 844	79.7	94.1	68.4
	Gabon	361 121	IA	18	No MDA – Pas d'AMM						
	Ghana	1 401 128	IA	17	No data – Pas de données						
	Guinea – Guinée	7 480 197	IA	24	24	100	7 480 197	5 907 574	100	79.0	79.0

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2018 – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM en 2018	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of imple- mentation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of imple- mentation units implementing MDA in 2018 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2018	Proportion of implementation units achieving effective cover- age (%) – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parve- nant à obtenir une couverture efficace (%)	Total population of implemen- tation units targeted by MDA in 2018 – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2018	Reported no. of people treated in 2018 – Nbre notifié de personnes traitées en 2018	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National coverage (%) Couverture nationale (%)
	Guinea-Bissau – Guinée Bissau	1 076 864	IA	79	79	60.8	1 076 864	701 302	100	65.1	65.1
	Kenya	3 867 250	DA, IDA	23	No data – Pas de données						
	Liberia – Libéria	2 888 338	IA	13	13	53.8	2 888 338	1 960 888	100	67.9	67.9
	Madagascar	19 637 679	DA	99	No data – Pas de données						
	Mali	970 242	IA	12	12	41.7	970 242	665 975	100	68.6	68.6
	Mozambique	20 261 154	IA	114	114	95.6	20 261 154	16 502 496	100	81.4	81.4
	Niger	8 985 524	IA	17	17	100	8 985 524	6 602 315	100	73.5	73.5
	Nigeria – Nigéria	131 361 930	IA	553	510	89.6	94 084 219	84 911 508	92.2	90.3	64.6
	Sao Tome and Principe – Sao Tomé et Principe	201 784	DA	7	7	100	201 784	162 512	100	80.5	80.5
	Senegal – Sénégal	9 061 189	IA	50	47	89.4	7 387 584	5 588 601	94.0	75.6	61.7
	Sierra Leone	2 713 101	IA	5	4	100	1 867 118	1 640 073	80.0	87.8	60.5
	South Sudan – Soudan du Sud	5 147 599	IA	25	Under review – En cours d'examen						
	Uganda – Ouganda	1 975 991	IA	6	6	100	1 975 991	1 570 427	100	79.5	79.5
	United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	9 986 963	IA	24	24	100	9 986 963	9 108 052	100	91.2	91.2
	Zambia – Zambie	12 032 435	DA	85	69	100	10 988 619	11 164 092	100	101.6	92.8
	Zimbabwe	7 677 570	DA	39	No MDA – Pas d'AMM						
Americas – Amériques		6 490 698		30	21	61.9	5 771 386	3 626 964	70.0	62.8	55.9
	Guyana – Guyane	719 312	DA	8	No data – Pas de données						
	Haiti – Haïti	5 771 386	DA	22	21	61.9	5 771 386	3 626 964	95.5	62.8	62.8

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2018 – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM en 2018	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of imple- mentation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of imple- mentation units implementing MDA in 2018 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2018	Proportion of implementation units achieving effective cover- age (%) – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parven- ant à obtenir une couverture efficace (%)	Total population of implemen- tation units targeted by MDA in 2018 – Population totale ciblée par les unités de mise en œuvre en 2018	Reported no. of people treated in 2018 – Nbre notifié de personnes traitées en 2018	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National coverage (%) Couverture nationale (%)
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		9 965 945		61	16	18.8	2 185 864	1 713 149	26.2	78.4	17.2
	Sudan – Soudan	9 965 945	IA	61	16	18.8	2 185 864	1 713 149	26.2	78.4	17.2
South-East Asia – Asie du Sud-Est		523 453 167		366	333	94.3	440 316 428	335 238 668	91.0	76.1	64.0
	India – Inde	432 793 506	DA, IDA	163	130	89.2	349 656 767	260 846 653	79.8	74.6	60.3
	Indonesia – Indonésie	41 857 397	DA	131	131	98.5	41 857 397	32 543 537	100	77.7	77.7
	Myanmar	38 382 442	DA	35	35	100	38 382 442	34 359 151	100	89.5	89.5
	Nepal – Népal	9 126 506	DA	24	24	87.5	9 126 506	6 424 332	100	70.4	70.4
	Timor-Leste	1 293 316	DA	13	13	100	1 293 316	1 064 995	100	82.3	82.3
Western Pacific – Pacifique occidental		11 620 227		38	20	85.0	5 939 787	4 600 699	52.6	77.5	39.6
	American Samoa – Samoa américaine	60 300	IDA	1	1	0	60 300	30 471	100	50.5	50.5
	Fiji– Fidji	205 116	DA, IDA	6	4	100	64 053	62 356	66.7	97.4	30.4
	French Polynesia – Polynésie française	38 901	DA	2	2	100	38 901	31 805	100	81.8	81.8
	Micronesia (Federated States of) – Micronésie (États fédérés de)	51 744	DA	1	No MDA – Pas d'AMM						
	New Caledonia – Nouvelle Calédonie	12 378		1	No MDA – Pas d'AMM						
	Papua New Guinea – Papouasie- Nouvelle-Guinée	5 659 165	IDA	15	2	50.0	195 962	131 572	13.3	67.1	2.3
	Philippines	5 389 352	DA	7	7	85.7	5 389 352	4 186 754	100	77.7	77.7
	Samoa	191 219	IDA	4	4	100	191 219	157 741	100	82.5	82.5
	Tuvalu	12 052	DA	1	No MDA – Pas d'AMM						
Global		892 906 687		2 246	1 764	90.0	696 941 177	556 577 629	78.5	79.9	62.3

IA, ivermectin plus albendazole; DA, diethylcarbamazine citrate (DEC) plus albendazole; IDA, ivermectin plus DEC plus albendazole. – IA: ivermectine plus albendazole; DA: diethylcarbamazine citrate (DEC) plus albendazole; IDA, ivermectine plus DEC plus albendazole.

Proportion of implementation units achieving effective coverage: number of implementation units reporting at least 65% coverage out of total number of implementation units conducting MDA. – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parvenant à obtenir une couverture efficace: nombre d'unités de mise en œuvre signalant une couverture d'au moins 65% par rapport au nombre total d'unités de mise en œuvre conduisant une AMM.

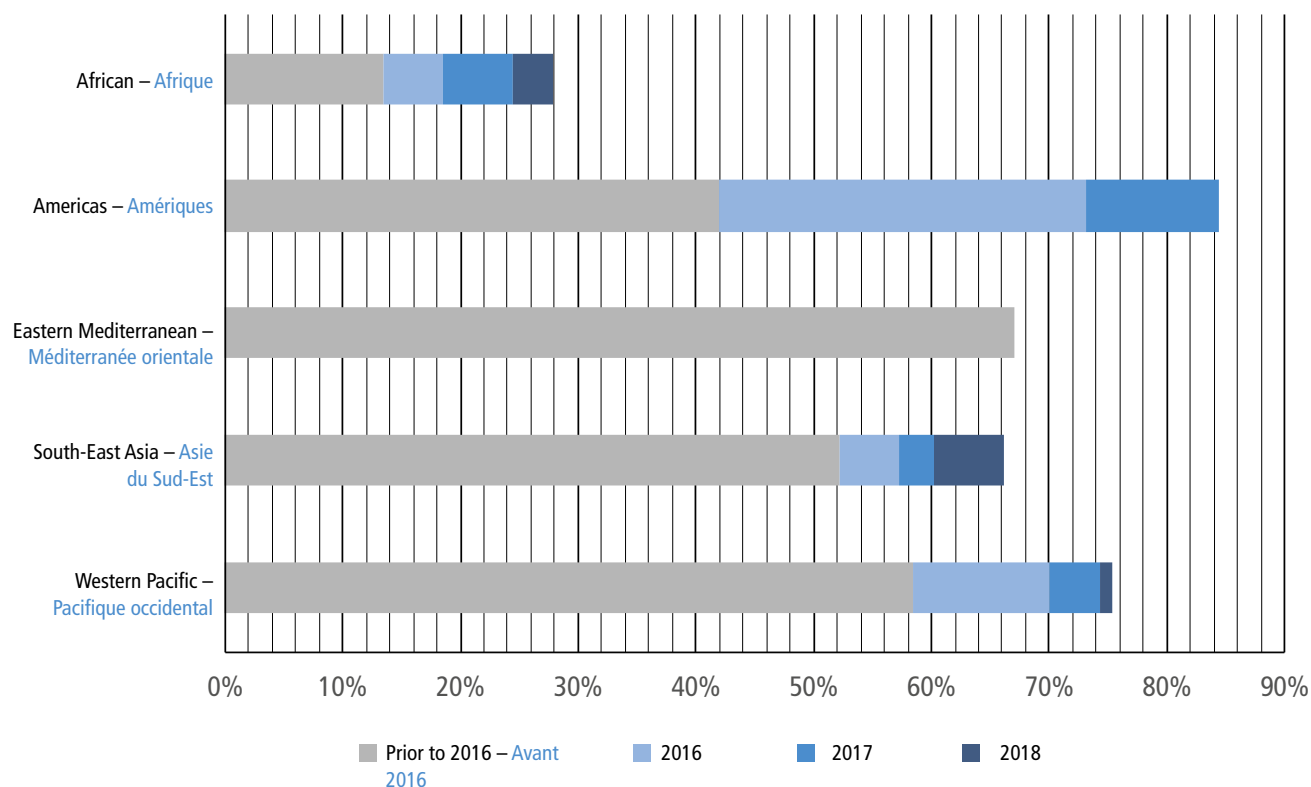
Geographical coverage - proportion (%) of endemic implementation units covered by MDA. – Couverture géographique: proportion (%) d'unités de mise en œuvre situées en zone d'endémie et couverte par l'AMM.

Programme coverage - proportion (%) of individuals treated as per programme target (total population of implementation units targeted by MDA). – Couverture par le programme: proportion (%) de sujets traités selon l'objectif fixé par le programme (total de la population ciblée par l'AMM dans les unités de mise en œuvre).

National coverage - proportion (%) of the total population requiring PC for lymphatic filariasis in the country that have been treated. – Couverture nationale: proportion (%) de la population ayant besoin d'une chimioprévention contre la filariose lymphatique dans le pays qui a été ciblé par le traitement.

Figure 1 **Cumulative proportion of known endemic implementation units (IUs) that have completed transmission assessment surveys (TAS) and no longer require mass drug administration (MDA)***

Figure 1 **Proportion cumulée d'unités de mise en œuvre (UMO) d'endémicité avérée dans lesquelles des enquêtes d'évaluation de la transmission (TAS) ont été réalisées et l'administration de masse de médicaments (AMM) n'est plus nécessaire***



* Percent of all known endemic IUs in countries by region that have completed TAS1 or previous stop-MDA surveys and reported meeting criteria for stopping MDA. IUs where endemicity is unknown have not been included. – Pourcentage de l'ensemble des UMO connues comme étant d'endémie et ayant effectué une première TAS (TAS1) ou une enquête préliminaire à l'arrêt de l'AMM et indiquant la satisfaction des critères d'interruption de l'AMM, par Région. Les UMO dont l'endémicité est inconnue ne sont pas prises en compte.

exceeded the critical cut off value in at least 1 EU, indicating ongoing transmission after MDA. A repeat TAS1 was required in 2 countries, and 6 of 6 EUs surveyed passed. In 2018, 94.6% (88 of 93) of EUs passed a TAS1, 92.5% (111 of 120) EUs passed TAS2, and all (53 of 53) EUs undergoing TAS3 passed.

Care for patients with LF-related chronic diseases

MMDP is a strategy of providing the WHO-recommended minimum package of care: treatment for LF infection, surgery for hydrocoele, treatment for episodes of adenolymphangitis and management of lymphoedema to prevent episodes of adenolymphangitis and progression of disease.⁹ These basic primary care services should be included in the essential care pack-

le nombre d'enfants infectés dépassait la valeur seuil critique dans au moins 1 UMO, ce qui indique une persistance de la transmission après l'AMM. Une TAS1 a dû être à nouveau menée dans 2 pays, et 6 unités évaluées sur 6 ont été considérées comme «satisfaisante». En 2018, 94,6% (88 sur 93) des unités évaluées ont obtenu des résultats satisfaisant aux enquêtes TAS1, 92,5% (111 sur 120) aux enquêtes TAS2, ainsi que toutes les unités (53/53) en cours d'enquête par le TAS3.

Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques liées à la FL

La prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités est une stratégie visant à fournir l'ensemble minimal de soins recommandé par l'OMS: traitement de la FL, chirurgie de l'hydrocèle, traitement des épisodes d'adenolymphangite et prise en charge du lymphoedème pour prévenir les épisodes d'adenolymphangite et la progression de la maladie.⁹ Ces services de soins primaires de base doivent faire partie de

⁹ Lymphatic filariasis: managing morbidity and prevention disability: an aide-mémoire for national programme managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85347/1/9789241505291_eng.pdf).

⁹ Lymphatic filariasis: managing morbidity and preventing disability: an aide-mémoire for national programme managers. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85347/1/9789241505291_eng.pdf)

age within universal health coverage (UHC),¹⁰ and the availability of MMDP services should be monitored and used as an indicator of equity in progress towards SDG 3.8, UHC.¹¹ The number of patients by IU and the availability and quality of care are further indicators for countries that claim to have met the criteria for elimination of LF as a public health problem.¹² The ultimate goal is 100% geographical coverage of care available in all IUs with known patients.

Cumulative data on MMDP reported to WHO between 2007 and 2018 are summarized in *Table 3*. Limited data were available for 60 countries, and countries are encouraged to report progress in patient care every year on the PC epidemiological data reporting form,¹³ nationally and by IU, as requested in the dossier for validation. Reporting by IU ensures better monitoring of the geographical coverage of the availability of care. Estimates of the number of patients and the availability of care by IU have now been reported by 37 countries, and reports only of the number of patients have been provided by an additional 23 countries; no data were reported by 12 countries. Patient numbers represent

l'ensemble de soins essentiels dans le cadre de la couverture sanitaire universelle,¹⁰ et la disponibilité de la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités doit être suivie et utilisée comme indicateur d'équité dans la progression vers l'ODD 3.8.¹¹ Le nombre de patients par UMO ainsi que la disponibilité et la qualité des soins sont d'autres indicateurs pour les pays qui affirment avoir rempli les critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique.¹² Le but ultime est de parvenir à une couverture géographique des soins de 100% dans toutes les UMO où se trouvent des patients atteints de FL.

Les données cumulées concernant la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités communiquées à l'OMS entre 2007 et 2018 sont résumées dans le *Tableau 3*. Pour 60 pays, les données reçues étaient très limitées; les pays sont invités à rendre compte de leurs progrès en matière de prise en charge des patients en remplissant chaque année le formulaire de déclaration des données épidémiologiques pour la chimioprévention,¹³ au niveau national et au niveau des UMO, comme cela est requis pour le dossier de validation. La déclaration par UMO assure un meilleur suivi de la couverture géographique de la disponibilité des soins. Des estimations du nombre de patients et de la disponibilité des soins par UMO ont maintenant été communiquées par 37 pays; 23 autres pays

Table 3 **Summary of morbidity management and disability prevention data reported to WHO**

Tableau 3 **Synthèse des données relatives à la prise en charge de la morbidité et à la prévention des incapacités notifiées à l'OMS**

WHO region – Région	No. of LF endemic countries – Nbre de pays d'endémie de la FL	No. of countries reporting on lymphedema patients – Nbre de pays notifiant des cas de lymphœdème	No. of lymphedema patients reported – Nbre de cas de lymphœdème notifiés	No. of countries reporting on hydrocele patients – Nbre de pays notifiant des cas d'hydrocèle	No. of hydrocele patients reported – Nbre de cas d'hydrocèle notifiés	No. of countries reported patients and availability of care by implementation unit – Nbre de pays signalant des cas et disponibilité des soins par unité de mise en œuvre
African – Afrique	34	22	98 246	23	109 771	12
Americas – Amériques	4	4	8 482	3	3 181	1
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	3	2	1 306	2	18	2
South-East Asia – Asie du Sud-Est	9	9	944 957	7	452 891	9
Western Pacific – Pacifique occidental	22	19	4 438	19	1 021	13
Total	72	58	1 041 991	54	566 882	37

LF: lymphatic filariasis. – FL: filariose lymphatique.

¹⁰ Watkins DA, et al. Universal health coverage and essential packages of care. Chapter 3. In: Disease control priorities, third edition. Vol. 9. Improving health and reducing poverty. Washington DC: World Bank; 2017 (<http://dcp-3.org/chapter/2551/essential-universal-health-coverage>, accessed October 2018).

¹¹ Fitzpatrick C, Engels D. Leaving no one behind: a neglected tropical disease indicator and tracers for the Sustainable Development Goals. *Int Health*. 2016;8:115–18.

¹² Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2017

¹³ Preventive chemotherapy epidemiological data reporting form v.5. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/reporting/en/).

¹⁰ Watkins DA, et al. Universal health coverage and essential packages of care. Chapter 3. In: Disease control priorities, third edition. Vol. 9. Improving health and reducing poverty. Washington DC: Banque mondiale, 2017 (<http://dcp-3.org/chapter/2551/essential-universal-health-coverage>, consulté en octobre 2018).

¹¹ Fitzpatrick C, Engels D. Leaving no one behind: a neglected tropical disease indicator and tracers for the Sustainable Development Goals. *Int Health*. 2016;8:115–18.

¹² Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017.

¹³ Formulaire de déclaration des données épidémiologiques pour la chimioprévention v.5. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (http://who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/reporting/fr/).

only partial estimates for most countries, including data from a subset of IUs and cannot be used to calculate the global burden.

Progress in implementing triple-therapy MDA

WHO now recommends an alternative, triple-therapy MDA regimen of ivermectin, diethylcarbamazine and albendazole (IDA) in certain settings.⁵ IDA regimen was used for MDA by 6 programmes in 2018. American Samoa (USA) and Samoa implemented MDA with IDA as part of a collaborative commitment to stop persistent transmission of LF infection (*Table 2*). An effort was made to coordinate the timing of MDA even though different approaches were used to introduce and deliver IDA. Fiji delivered IDA to 3431 of 4200 (81.7%) people in 1 sub-IU. Kenya implemented IDA in 3 sub-counties, and final reports are awaited. India introduced IDA in 4 pilot districts starting in December 2018 and reported treatment of 8.07 million of a total of 10.7 million people (75.4%). Papua New Guinea (PNG) used the new regimen for a 4th round of MDA in the only 2 districts in the country targeted for MDA in 2018. Despite an abrupt shift in MDA timing due to an emergency response to mitigate a polio outbreak, PNG achieved 67.1% coverage of the total population and >65% in 8 of 10 local government areas.

Programmes in which high compliance was reported had strong political commitment and visibility, a good structure for responding to adverse events, informed media, renewed social mobilization, focused training of distributors and strong community involvement in distribution. Areas that reported less than the targeted compliance had a top-down delivery approach, less community involvement and delays in scheduled activities. The following conclusions can be made after reviewing the experience of “early adopters” in 2018:

- Delivery of IDA was feasible.
- IDA provided an opportunity for renewed engagement and support from national and local governments in LF elimination.
- Early planning and partner coordination were keys to success.
- IDA implementation was viewed differently from routine MDA, and multi-pronged approaches to MDA delivery were developed, according to the local context.
- Programmes perceived social mobilization as integral to ensuring stakeholder support and community demand, acceptance and coverage.
- New, tailored social mobilization messages for specific population groups promoted the advan-

ont communiqué des données uniquement sur le nombre de patients; 12 pays n'ont communiqué aucune donnée. Le nombre de patients ne représente qu'une estimation partielle pour la plupart des pays, y compris les données issues d'un sous-ensemble d'UMO et ne peuvent pas être utilisées pour calculer la charge mondiale.

Progrès dans la mise en œuvre de la trithérapie de masse

L'OMS recommande maintenant, dans certains contextes, un autre schéma thérapeutique: la trithérapie de masse à base d'ivermectine, de diéthylcarbamazine et d'albendazole (IDA).⁵ La trithérapie de masse IDA a été utilisée par 6 programmes en 2018. Les Samoa américaines (États-Unis) et Samoa ont mis en œuvre la trithérapie de masse IDA dans le cadre d'un engagement concerté visant à mettre fin à la transmission persistante de la FL (*Tableau 2*). Un effort a été fait pour coordonner le calendrier de l'AMM, même si des approches différentes ont été utilisées pour introduire et administrer la trithérapie IDA. Les Fidji ont administré l'IDA à 3431 des 4200 (81,7%) personnes vivant dans une sous-UMO. Le Kenya a mis en œuvre l'IDA dans 3 sous-comtés et on attend les rapports finaux. L'Inde a introduit l'IDA dans 4 districts pilotes à partir de décembre 2018 et signalé avoir traité 8,07 millions de personnes sur un total de 10,7 millions d'habitants (75,4%). La Papouasie-Nouvelle-Guinée a utilisé ce nouveau schéma thérapeutique pour une quatrième tournée d'AMM dans les 2 seuls districts du pays ciblés pour une AMM en 2018. Malgré ce changement brutal de la mise en œuvre de l'AMM en raison d'une action d'urgence pour lutter contre une flambée épidémique de poliomyélite, la Papouasie-Nouvelle-Guinée a atteint une couverture de 67,1% de la population totale et une couverture >65% dans 8 des 10 zones administratives locales.

Les programmes dans lesquels l'observance était élevée bénéficiaient d'un engagement politique fort et d'une grande visibilité, d'une bonne structure pour répondre aux manifestations indésirables, de médias informés, d'une mobilisation sociale renouvelée, d'une formation ciblée des distributeurs et d'un solide engagement communautaire dans la distribution. Les zones qui n'ont pas atteint l'observance visée présentaient une approche d'administration descendante, un moindre engagement communautaire et des retards dans les activités prévues. L'examen de l'expérience des «premiers adoptants» en 2018 a permis de parvenir aux conclusions suivantes:

- L'administration de l'IDA s'est avérée faisable.
- L'IDA a fourni l'occasion de renouveler l'engagement et le soutien des gouvernements nationaux et locaux en faveur de l'élimination de la FL.
- La planification précoce et la coordination des partenaires ont été des éléments clés du succès de l'IDA.
- La mise en œuvre de l'IDA a été perçue différemment de celle de l'AMM habituelle, et des approches sur plusieurs fronts ont été élaborées pour l'administration de l'AMM en fonction du contexte local.
- Les programmes perçoivent la mobilisation sociale comme déterminante pour garantir le soutien des parties prenantes et les sollicitations, l'acceptation et la couverture communautaires.
- De nouveaux messages de mobilisation sociale adaptés à des groupes de population particuliers ont fait valoir les

tages of IDA and the importance of community participation to eliminate LF.

- Height-based dosing was found to be practical and signalled to the community that IDA was a new approach.
- The increased number of tablets was not an obstacle to community participation.
- Directly observed therapy was feasible and must be used to ensure the efficacy of IDA.
- Innovative delivery strategies will be required to reach coverage targets in urban areas, and additional operational research should be conducted.
- Monitoring, management and reporting of adverse events were improved in programmes implementing IDA.
- Operational research will be essential to identify an improved monitoring and evaluation strategy.

Regional progress

African Region

In 2018, 341.4 million people in 32 countries were considered to require MDA. Data reported from 23 countries indicate that 211.4 million people were treated by MDA, for a regional coverage of 61.9%. A total of 56.2 million treatments were delivered in IUs co-endemic for LF and onchocerciasis in 14 countries. Congo and the Democratic Republic of the Congo (DRC) implemented at least 1 of the recommended 2 albendazole-only MDA rounds in targeted IUs co-endemic for loiasis. Equatorial Guinea and Gabon remained the only countries in the region yet to start MDA.

Progress in the Region was evident, with an increase in geographical coverage from 71% in 2017 to 78.5% in 2018. Guinea Bissau and São Tomé and Príncipe implemented MDA in all endemic IUs for the first time, and MDA was extended in Nigeria (510 of 553 IUs) and DRC (234 of 245 IUs), reaching >90% geographical coverage where MDA is still required. Zimbabwe was unable to implement MDA. Reports on MDA for LF are awaited from Comoros, Ghana, Kenya and Madagascar. Reports from Congo and South Sudan are under review. The cumulative reduction in the total population requiring MDA in the Region is 137 million people. To hasten progress in geographical coverage with MMDP, the WHO Regional Office held a workshop in Benin to strengthen capacity in morbidity management for NTD programme managers and other staff from 11 countries.

Region of the Americas

MDA was required in 30 IUs in Guyana and Haiti, with a total population of 6.5 million people. The proportion of IUs that reported effective MDA coverage in Haiti during 2018 increased from previous years. Confirmation mapping of endemic IUs in Guyana confirmed that MDA is required in 8 of the 10 regions. The Dominican

avantages de l'IDA et l'importance de la participation communautaire pour éliminer la FL.

- La posologie en fonction de la taille s'est avérée pratique et a signalé à la communauté que l'IDA était une nouvelle approche.
- L'augmentation du nombre de comprimés n'a pas été un obstacle à la participation communautaire.
- Le traitement sous observation directe s'est avéré faisable et doit être utilisé pour assurer l'efficacité de l'IDA.
- Des stratégies novatrices d'administration seront nécessaires pour atteindre les objectifs de couverture dans les zones urbaines, et des travaux de recherche opérationnelle supplémentaires devraient être menés.
- La surveillance, la prise en charge et la notification des manifestations indésirables ont été améliorées dans les programmes qui mettent en œuvre l'IDA.
- La recherche opérationnelle sera essentielle pour identifier une meilleure stratégie de suivi et d'évaluation.

Progrès régionaux

Région africaine

En 2018, on estimait à 341,4 millions le nombre de personnes ayant besoin d'une AMM dans 32 pays. Selon les données communiquées par 23 pays, 211,4 millions de personnes ont été traitées dans le cadre d'une AMM, soit une couverture régionale de 61,9%. Au total, 56,2 millions de traitements ont été administrés dans des UMO de coendémicité de la FL et de l'onchocercose dans 14 pays. Le Congo et la République démocratique du Congo (RDC) ont mis en œuvre au moins 1 des 2 tournées d'AMM recommandées à l'albendazole seule dans les UMO ciblées de coendémicité de la loïase. La Guinée équatoriale et le Gabon sont restés les seuls pays de la Région à ne pas encore avoir commencé l'AMM.

Les progrès dans la Région ont été évidents, avec une augmentation de la couverture géographique qui est passée de 71% en 2017 à 78,5% en 2018. La Guinée-Bissau et Sao Tomé-et-Príncipe ont mis en œuvre l'AMM pour la première fois dans toutes les UMO d'endémie, et l'AMM a été étendue au Nigeria (510 UMO sur 553) et à la RDC (234 UMO sur 245); la couverture géographique des zones où l'AMM est toujours nécessaire a atteint >90%. Le Zimbabwe n'a pas été en mesure de mettre en œuvre l'AMM. Des rapports sur l'AMM pour la FL sont attendus des Comores, du Ghana, du Kenya et de Madagascar. Les rapports soumis par le Congo et le Soudan du Sud sont en cours d'examen. La réduction cumulée au sein de la population totale qui nécessite une AMM dans la Région est de 137 millions de personnes. Pour accélérer et améliorer la couverture géographique de la prise en charge de la morbidité et de la prévention des incapacités, le Bureau régional de l'OMS a organisé un atelier au Bénin, à l'intention des administrateurs de programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées et autres personnels concernés dans 11 pays, pour renforcer les capacités de la prise en charge de la morbidité.

Région des Amériques

L'AMM était nécessaire dans 30 UMO au Guyana et en Haïti, dont la population totale s'établit à 6,5 millions d'habitants. La proportion d'UMO ayant signalé une couverture efficace de l'AMM en Haïti en 2018 a augmenté par rapport aux années précédentes. La cartographie de confirmation des UMO d'endémicité au Guyana a établi que l'AMM est nécessaire dans 8 des

Republic completed MDA and passed a TAS in the last remaining IUs, moving into the post-MDA surveillance phase. The country proposes to conduct confirmation mapping in all IUs considered at the start of the programme to be non-endemic and not requiring MDA. Brazil continued post-MDA surveillance, implementing TAS2 and TAS3 where warranted, in Recife, Olinda and Jaboatão. No infected children were identified during the surveys. The population requiring MDA in the Region has decreased by 11.6 million.

Eastern Mediterranean Region

Yemen prepared and submitted a dossier in 2018 claiming that LF was no longer a public health problem. Egypt, in the post-validation phase, identified focal infection in one community during surveillance and planned targeted treatment with IDA according to WHO guidelines in 2019. Sudan is the only LF-endemic country in the Region that still requires MDA and support for scaling-up. The population that requires MDA in the Region has decreased by 2.9 million, and the number will not change until further progress is seen in Sudan.

South-East Asia Region

MDA was required for 523.4 million people in 5 of the 9 LF-endemic countries. For the second year in a row, MDA was implemented in all endemic districts of Indonesia. Timor-Leste achieved 100% geographical coverage and improved programme coverage for the third consecutive year. Myanmar maintained MDA and achieved effective coverage in each IU. Sentinel and spot-check surveys conducted in 2018 indicated that 21 IUs in Myanmar were eligible for TAS. Nepal achieved effective coverage in 21 of 24 IUs requiring MDA, 10 of which also qualified and passed TAS1 in 2018. India implemented MDA in 130 of 163 districts in which it was required. The number of districts that required MDA in India increased over that in 2017 because of identification of new districts considered to be endemic and districts that failed a TAS, resulting in 13.7 million more people requiring MDA. The cumulative reduction in the total population requiring MDA in the Region is 403.4 million people.

Western Pacific Region

A total of 11.6 million people in 9 countries and territories were living in areas that required MDA. Four countries led GPELF in adopting IDA for MDA. Philippines, the largest remaining endemic country in the Region, had stopped MDA in 39 IUs by 2018 and implemented MDA in all 7 IUs where it was still required; 4 of the 7 remaining IUs passed TAS1 and no longer require MDA. The largest population in the Region yet to receive MDA remains in PNG. Despite significant programme obstacles, PNG carried out MDA in 2 targeted IUs, including mop-up activities to maximize coverage. American Samoa (USA) and Samoa followed through with commitments and restarted MDA. Fiji, French

10 régions du pays. La République dominicaine a terminé l'AMM et obtenu des résultats satisfaisant aux enquêtes TAS dans les dernières UMO restantes; elle passe ainsi à la phase de surveillance post-AMM. Le pays propose de dresser une cartographie de confirmation dans toutes les UMO considérées au début du programme comme exemptes d'endémicité et ne nécessitant donc pas d'AMM. Le Brésil a poursuivi la surveillance post-AMM avec les enquêtes TAS2 et TAS3 là où elles se justifiaient, à Recife, Olinda et Jaboatão. Aucun enfant infecté n'a été identifié au cours des enquêtes. La population qui nécessite une AMM dans la Région a été réduite de 11,6 millions.

Région de la Méditerranée orientale

Le Yémen a préparé et soumis un dossier en 2018 affirmant que la FL n'était plus un problème de santé publique. L'Égypte, en phase de post-validation, a identifié une infection focale dans une communauté pendant la surveillance et a planifié en 2019 un traitement ciblé par IDA conformément aux lignes directrices de l'OMS. Le Soudan est le seul pays de la Région d'endémie de la FL qui a encore besoin d'AMM et d'aide pour son amplification. La population qui nécessite une AMM dans la Région a diminué de 2,9 millions et ce nombre restera inchangé tant que des progrès ne seront pas faits au Soudan.

Région de l'Asie du Sud-Est

L'AMM était nécessaire pour 523,4 millions de personnes dans 5 des 9 pays d'endémie de la FL. Pour la deuxième année consécutive, l'AMM a été mise en œuvre dans tous les districts d'endémicité en Indonésie. Le Timor-Leste a atteint une couverture géographique de 100% et amélioré la couverture de son programme pour la troisième année consécutive. Le Myanmar a maintenu l'AMM et a atteint une couverture efficace dans chaque UMO. Des enquêtes sentinelles et des vérifications ponctuelles effectuées en 2018 ont indiqué que 21 UMO au Myanmar remplissaient les critères pour une enquête TAS. Le Népal a atteint une couverture efficace dans 21 des 24 UMO nécessitant une AMM, dont 10 ont également obtenu la qualification pour l'enquête TAS1 en 2018 dont les résultats se sont avérés satisfaisants. L'Inde a mis en œuvre l'AMM dans 130 des 163 districts où elle était nécessaire. Le nombre de districts qui avaient besoin d'une AMM en Inde a augmenté par rapport à 2017 en raison de l'identification de nouveaux districts considérés comme d'endémie et de districts qui ont échoué à la TAS, ce qui a entraîné une augmentation de 13,7 millions de personnes ayant besoin d'une AMM. La réduction cumulée au sein de la population totale qui nécessite une AMM dans la Région est de 403,4 millions de personnes.

Région du Pacifique occidental

Au total, 11,6 millions de personnes dans 9 pays et territoires vivaient dans des zones nécessitant une AMM. Quatre pays ont conduit le GPELF en adoptant la trithérapie de masse IDA. Les Philippines, le plus grand pays d'endémie restant dans la Région, ont arrêté l'AMM dans 39 UMO en 2018 et mis en œuvre l'AMM dans les 7 UMO où elle était encore nécessaire; 4 des 7 UMO restantes ont obtenu de bons résultats à la TAS1 et ne nécessitent plus d'AMM. La plus grande population de la Région qui n'a pas encore reçu d'AMM demeure en Papouasie-Nouvelle-Guinée. En dépit d'obstacles importants au programme, le pays a effectué une AMM dans 2 UMO ciblées, y compris des activités de ratissage pour maximiser la couverture. Les Samoa américaines (États-Unis) et Samoa ont respecté leurs engage-

Polynesia (France) and Samoa achieved effective coverage in all IUs that required MDA. Tuvalu did not implement MDA as planned after failing a TAS in 2017. The Federated States of Micronesia awaited results of impact surveys to determine whether MDA was warranted in the remaining endemic islands. Surveys in New Caledonia (France) identified infected adults and children, indicating ongoing transmission in the islands, and the health authorities have considered planning MDA in 2019. The total population that requires MDA in the Region has decreased by 42.2 million people.

WHO expert consultation on establishing post-2020 priorities for GPELF

WHO convened members of the WHO Expert Advisory Panel on Parasitic Diseases–Filariasis Infections, Member States and other stakeholders in Geneva on 10–12 December 2018 to review the progress of GPELF, propose new post-2020 targets for consideration and advise WHO on policy and research, given the priorities expressed by endemic countries and other stakeholders. The group acknowledged the tremendous progress made by GPELF towards fulfilling resolution WHA50.29, including: elimination of LF in China and the Republic of Korea; evaluation of 10 countries that eliminated LF before establishment of the GPELF and their reclassification as formerly endemic;¹⁴ and the formation of partnerships among Member States, WHO, the pharmaceutical industry, nongovernmental development organizations, bilateral agencies, donor agencies and academic institutions. The group congratulated GPELF on the substantial achievements made in the 72 countries currently considered endemic for LF, including the fact that MDA had reached more than 910 million people in 69 countries, reducing infection below target thresholds, so that MDA is no longer required in 24 countries, 14 of which had met the criteria for elimination of LF as a public health problem. The still-limited progress in providing the recommended minimum package of care to alleviate suffering among people affected by LF was acknowledged.

The group discussed the potential targets “elimination as a public health problem” (EPHP) and “elimination of transmission” (EOT) for 2030. Some countries and regions would like to adopt EOT as the final goal. Interruption of transmission has been one of the aims of GPELF since its inception, and the group agreed that EPHP, measured according to “validation” criteria, is the most significant milestone towards EOT. No criteria have yet been established to measure and verify EOT of LF, so that it is uncertain what resources, tools and work would be required. The group considered that EOT was too ambitious a goal for 2030, as 58 countries are still working towards validation. The group called on GPELF to prepare a strategic plan for 2021–2030 that would support (i) all LF-endemic countries in achieving validation of elimination of LF as a public health

ments et relancé l'AMM. Fidji, la Polynésie française (France) et Samoa ont atteint une couverture efficace dans toutes les UMO qui avaient besoin d'une AMM. Tuvalu n'a pas mis en œuvre l'AMM comme prévu après avoir échoué à la TAS en 2017. Les États fédérés de Micronésie attendaient les résultats des études d'impact pour déterminer si l'AMM était justifiée dans les îles d'endémie restantes. Des enquêtes en Nouvelle-Calédonie (France) ont identifié des adultes et des enfants infectés, ce qui indique que la transmission se poursuit dans les îles; les autorités sanitaires ont envisagé de programmer une AMM en 2019. La population totale qui nécessite une AMM dans la Région a été réduite de 42,2 millions de personnes.

Consultation d'experts de l'OMS sur l'établissement des priorités du GPELF après 2020

L'OMS a réuni à Genève, du 10 au 12 décembre 2018, les membres du tableau d'experts de l'OMS sur les maladies parasitaires et les infections filariennes, les États Membres et d'autres parties prenantes pour examiner les progrès du GPELF, proposer de nouveaux objectifs pour l'après-2020 et conseiller l'OMS sur les politiques et la recherche, étant donné les priorités exprimées par les pays d'endémie et d'autres parties prenantes. Le groupe a reconnu les progrès considérables réalisés par le GPELF dans l'application de la résolution WHA50.29, notamment: l'élimination de la FL en Chine et en République de Corée; l'évaluation de 10 pays qui ont éliminé la FL avant la création du GPELF et leur reclassement comme pays précédemment d'endémie;¹⁴ et la création de partenariats entre les États Membres, l'OMS, l'industrie pharmaceutique, les organisations non gouvernementales de développement, les organismes bilatéraux, les organismes donateurs et les établissements universitaires. Le groupe a félicité le GPELF pour les résultats substantiels obtenus dans les 72 pays actuellement considérés comme pays d'endémie de la FL, notamment pour le fait que l'AMM a atteint plus de 910 millions de personnes dans 69 pays, réduisant l'infection en dessous des seuils cibles, de sorte que l'AMM n'est plus nécessaire dans 24 pays, dont 14 remplissent les critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique. Les progrès encore limités dans la fourniture de l'ensemble minimal de soins recommandé pour soulager les souffrances des personnes touchées par la FL ont été reconnus.

Le groupe a examiné les objectifs potentiels de l'«élimination en tant que problème de santé publique» et de l'«élimination de la transmission» pour 2030. Certains pays et régions souhaiteraient que l'objectif final soit l'élimination de la transmission. L'interruption de la transmission est l'un des objectifs du GPELF depuis sa création, et le groupe a convenu que l'élimination en tant que problème de santé publique, mesurée selon des critères de «validation», constituait le jalon le plus important vers l'élimination de la transmission. Aucun critère n'a encore été établi pour mesurer et vérifier l'élimination de la transmission de la FL, de sorte que l'on ne sait pas encore quelles ressources, quels outils et quels travaux seront nécessaires. Le groupe a estimé que l'élimination de la transmission était un objectif trop ambitieux pour 2030, puisque 58 pays travaillent encore à la validation. Le groupe a appelé le GPELF à préparer un plan stratégique pour 2021-2030 qui comprendrait un appui à i) tous les

¹⁴ Burundi, Cap Vert, Costa Rica, Gambie, Maurice, Rwanda, Seychelles, Îles Salomon, Suriname et Trinité-et-Tobago.

¹⁴ Burundi, Cap Vert, Costa Rica, Gambie, Îles Salomon, Maurice, Rwanda, Seychelles, Suriname et Trinité-et-Tobago.

problem and establishing the surveillance necessary to sustain it; (ii) development of a technical and strategic pathway towards EOT; and (iii) harmonization of interventions for achieving elimination of LF as a public health problem with current global initiatives, including the United Nations SDGs, UHC and health systems strengthening.

The group proposed targets for GPELF to 2030 that included feedback from stakeholders and became the foundation for the LF-specific targets in the NTD Roadmap that is being developed. A framework was formed for the new GPELF strategic plan, with proposed indicators and milestones for both MDA and MMDP. The group acknowledged that more research is required to improve diagnostic tests and sampling methods to ensure feasible, standardized strategies for decisions to stop IDA and for surveillance and verification. New treatment approaches are required for better management and cure of LF. Social science research to find means of reaching non-compliant individuals during MDA will be essential. Finally, the group recommended that WHO review in detail the situation in countries at risk of not achieving validation by 2030 to determine how to overcome any difficulties and provide the linkages required to accelerate progress towards the targets in the new NTD Roadmap. ■

pays d'endémie de la FL pour parvenir à la validation de l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique et à la mise en place de la surveillance nécessaire pour la maintenir; ii) le développement d'une démarche technique et stratégique vers l'élimination de la transmission; et iii) l'harmonisation des interventions visant à éliminer la FL en tant que problème de santé publique avec les initiatives mondiales actuelles, notamment les ODD des Nations Unies, la couverture sanitaire universelle et le renforcement des systèmes de santé.

Le groupe a proposé des objectifs pour le GPELF jusqu'en 2030 qui tiennent compte du retour d'informations des parties prenantes et qui sont devenus le fondement des objectifs spécifiques à la FL dans la feuille de route pour les MTN en cours d'élaboration. Un cadre a été établi pour le nouveau plan stratégique du GPELF, avec des indicateurs et des jalons proposés pour l'AMM comme pour la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités. Le groupe a reconnu que d'autres recherches sont nécessaires pour améliorer à la fois les tests diagnostiques et les méthodes d'échantillonnage afin d'assurer des stratégies standardisées et réalisables pour la prise de décision relative à l'arrêt de l'AMM et pour la surveillance et la vérification. De nouvelles approches thérapeutiques sont nécessaires pour une meilleure prise en charge et une meilleure guérison de la FL et des travaux de recherche en sciences sociales seront essentiels pour trouver des moyens d'atteindre les personnes qui ne prennent pas leur traitement lors des AMM. Enfin, le groupe a recommandé que l'OMS examine en détail la situation dans les pays qui risquent de ne pas être parvenus à la validation d'ici 2030 afin de trouver le moyen surmonter les difficultés et d'établir les liens nécessaires pour accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs de la nouvelle feuille de route pour les MTN. ■

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW server: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to listserv@who.int. The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply.

Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à listserv@who.int en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh. Une demande de confirmation vous sera envoyée en retour.

Monthly report on dracunculiasis cases, January-August 2019

In order to monitor the progress accomplished towards dracunculiasis eradication, district-wise surveillance indicators, a line list of cases and a line list of villages with cases are sent to WHO by the national dracunculiasis eradication programmes. Information below is summarized from these reports. ■

Rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-août 2019

Afin de suivre les progrès réalisés vers l'éradication de la dracunculose, les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose envoient à l'OMS des indicateurs de surveillance des districts sanitaires, une liste exhaustive des cas ainsi qu'une liste des villages ayant signalé des cas. Les renseignements ci-dessous sont résumés à partir de ces rapports. ■

Country – Pays	Date of receipt of the report ^a – Date de réception du rapport ^a	Total no. of rumours ^b of suspected dracunculiasis cases in 2019 – Nombre total de rumeurs ^b de cas suspects de dracunculose en 2019	No. of new dracunculiasis cases reported in 2019 ^c – Nombre de nouveaux cas de dracunculose signalés en 2019 ^c										Total	Total no. of reported cases for the same months of 2018 – Nombre total de cas signalés pour les mêmes mois en 2018	Total no. of villages reporting cases for the same months in – Nombre total de villages signalant des cas pour les mêmes mois en		Month of emergence of last reported indigenous case – Mois d'émergence du dernier cas autochtone signalé ^e
			January – Janvier	February – Février	March – Mars	April – Avril	May – Mai	June – Juin	July – Juillet	August – Août	2019	2018					
Endemic countries – Pays d'endémie																	
Chad – Tchad	24 Sept. 2019 – 24 sept. 2019	23 093	2	1	1	3	12	9	4	0	32	13	15	8	July 2019 – Juillet 2019		
Ethiopia – Éthiopie	26 Sept. 2019 – 26 sept. 2019	12 781	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Dec. 2017 – Déc. 2017		
Mali	20 Sept. 2019 – 20 sept. 2019	132	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Nov. 2015 – Nov. 2015		
South Sudan – Soudan du Sud	NR	31 793	0	0	0	0	0	0	ND	ND	0	9	0	9	Sept. 2018 – Sept. 2018		
Precertification countries – Pays au stade de la précertification																	
Angola	NR	ND	1	0	0	0	0	ND	ND	ND	1	1	1	1	Jan. 2019 – Jan. 2019		
Sudan – Soudan	22 Sept. 2019 – 22 sept. 2019	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Sept. 2013 – Sept. 2013		
Total		67 803	3	1	1	3	12	9	4	0	33	23	16	18			

Source: Ministries of Health – *Ministères de la Santé*.

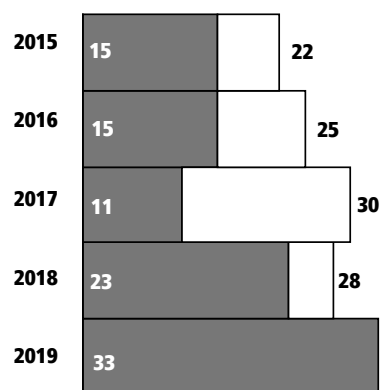
^a Each monthly report is due by the 20th of the following month. – *Chaque rapport mensuel est attendu pour le 20 du mois suivant.*

^b Rumour of dracunculiasis. Information about an alleged case of dracunculiasis (Guinea-worm disease) obtained from any source (informants). – *Rumeur de dracunculose. Information au sujet d'un cas présumé de dracunculose (maladie du ver de Guinée) obtenue à partir de n'importe quelle source (informateurs).*

^c The total number of dracunculiasis cases includes both indigenous and imported cases. – *Le nombre total de cas de dracunculose regroupe les cas autochtones et les cas importés.*

ND: data not available. – *ND: pas de données disponibles.*

NR: no report received on surveillance indicator. – *NR: aucun rapport reçu sur les indicateurs de la surveillance.*



Number of dracunculiasis cases reported worldwide, 2015–2019 – Nombre de cas de dracunculose signalés dans le monde, 2015–2019

The shaded portion indicates the number of dracunculiasis cases reported for the same month in 2019. – *La portion colorée indique le nombre de cas de dracunculose signalés pour le même mois en 2019.*

The value outside the bar indicates the total number of dracunculiasis cases for that year. – *La valeur à l'extérieur de la barre indique le nombre total de cas de dracunculose pour l'année en question.*

WHO web sites on infectious diseases – Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

Avian influenza	https://www.who.int/influenza/human_animal_interface/en/	Grippe aviaire
Buruli ulcer	http://www.who.int/buruli/en/	Ulcère de Buruli
Child and adolescent health and development	http://www.who.int/child_adolescent_health/en/	Santé et développement des enfants et des adolescents
Cholera	http://www.who.int/cholera/en/	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/csr/delibepidemics/informationresources/en/	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Dengue	http://www.who.int/denguecontrol/en/	Dengue
Epidemic and pandemic surveillance and response	http://www.who.int/csr/en/	Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie
Eradication/elimination programmes	http://www.who.int/topics/infectious_diseases/en/	Programmes d'éradication/élimination
Fact sheets on infectious diseases	http://www.who.int/topics/infectious_diseases/factsheets/en/	Aide-mémoires sur les maladies infectieuses
Filariasis	http://www.filariasis.org	Filariose
Global Health Observatory (GHO) data	https://www.who.int/gho/en/	Données de l'Observatoire de la santé mondiale
Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)	http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)
Health topics	http://www.who.int/topics/en	La santé de A à Z
Human African trypanosomiasis	http://www.who.int/trypanosomiasis_african/en/	Trypanosomiase humaine africaine
Influenza	https://www.who.int/influenza/en/	Grippe
Influenza network (FluNet)	http://who.int/flunet	Réseau grippe (FluNet)
International Health Regulations	http://www.who.int/ihr/en/	Règlement sanitaire international
International travel and health	http://www.who.int/ith/en/	Voyages internationaux et santé
Leishmaniasis	http://www.who.int/leishmaniasis/en	Leishmaniose
Leprosy	http://www.who.int/lep/en	Lèpre
Lymphatic filariasis	http://www.who.int/lymphatic_filariasis/en/	Filariose lymphatique
Malaria	http://www.who.int/malaria/en	Paludisme
Neglected tropical diseases	http://www.who.int/neglected_diseases/en/	Maladies tropicales négligées
Onchocerciasis	http://www.who.int/onchocerciasis/en/	Onchocercose
Outbreak news	http://www.who.int/csr/don/en	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	http://www.polioeradication.org	Poliomyélite
Rabies	http://www.who.int/rabies/en	Rage
Global Foodborne Infections Network (GFN)	http://www.who.int/gfn/en	Réseau mondial d'infections d'origine alimentaire
Smallpox	http://www.who.int/csr/disease/smallpox/en	Variole
Schistosomiasis	http://www.who.int/schistosomiasis/en/	Schistosomiase
Soil-transmitted helminthiasis	http://www.who.int/intestinal_worms/en/	Géohelminthiases
Trachoma	http://www.who.int/trachoma/en/	Trachome
Tropical disease research	http://www.who.int/tdr/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	http://www.who.int/tb/en and/et http://www.stoptb.org	Tuberculose
Immunization, Vaccines and Biologicals	http://www.who.int/immunization/en/	Vaccination, Vaccins et Biologiques
Weekly Epidemiological Record	http://www.who.int/wer/	Relevé épidémiologique hebdomadaire
WHO Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response	http://www.who.int/ihr/lyon/en/index.html	Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies
WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)	https://www.who.int/whopes/resources/en/	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
Yellow fever	http://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en/	Fièvre jaune