



**World Health
Organization**

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

30 SEPTEMBER 2016, 91th YEAR / 30 SEPTEMBRE 2016, 91^e ANNÉE

No 39, 2016, 91, 441-460

<http://www.who.int/wer>

Contents

- 441 Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2015
- 456 Summary of global update on preventive chemotherapy implementation in 2015

Sommaire

- 441 Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2015
- 456 Récapitulatif des données mondiales actualisées sur la mise en œuvre de la chimioprévention en 2015

Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2015

Introduction

Lymphatic filariasis (LF) is a vector-borne neglected tropical disease. Hydrocoele, lymphoedema and elephantiasis are the chronic disabling consequences of the damage caused by infections of the lymphatic vessels with 3 species of filarial parasites, *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* and *B. timori*. Infections are mainly hidden and often acquired during childhood leading to a lifetime of an impaired lymphatic system and increased risk of debilitating episodes of adenolymphangitis (ADL). Reduced productivity experienced by LF patients results in hundreds of millions of dollars in economic losses each year.^{1, 2} Recognizing the economic impact, disability and social stigma caused by LF and the availability of strategies to prevent infections and manage morbidity, WHO Member States committed to the global elimination of the disease as a public health problem.³ The Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (GPELF) established in 2000 by WHO represents the collective pursuit of governments, research institutions, donors, and non-government organizations to fulfil this global commitment by stopping the spread of infection and alleviating suffering among patients. Interventions in GPELF are estimated to have prevented or cured more than 97 million cases and to avert more than US\$ 100 billion in economic losses over the lifetime of those

Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2015

Introduction

La filariose lymphatique (FL) est une maladie tropicale négligée à transmission vectorielle. L'hydrocèle, le lymphoedème et l'éléphantiasis sont les conséquences chroniques incapacitantes des lésions causées par l'infection des vaisseaux lymphatiques par 3 espèces de filaires parasites: *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* et *B. timori*. Ces infections, le plus souvent non apparentes, sont habituellement acquises pendant l'enfance, causant une dégradation du système lymphatique sur la vie entière du sujet et majorant le risque d'épisodes débilissants d'adénolymphangite (ADL). La baisse de productivité des patients atteints de FL entraîne chaque année des centaines de millions de dollars de pertes économiques.^{1, 2} Reconnaissant l'impact économique, les incapacités et la stigmatisation sociale imputables à la FL, et l'existence de stratégies pour prévenir les infections et prendre en charge la morbidité, les États Membres de l'OMS se sont engagés à éliminer cette maladie en tant que problème de santé publique au plan mondial.³ Le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (GPELF), créé en 2000 par l'OMS, représente un effort collectif des gouvernements, des établissements de recherche, des donateurs et des organisations non gouvernementales pour accomplir cet engagement mondial en enrayant la propagation de l'infection et en soulageant la souffrance des patients. D'après les estimations, les interventions du GPELF auraient à ce jour permis de prévenir ou guérir plus de

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva**

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève**

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 346.–

09.2016
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ Ramaiah KD et al. The economic burden of lymphatic filariasis in India. *Parasitology Today*. 2000. 16(6):251–253.

² Addiss DG, Brady MA. Morbidity management in the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: a review of the scientific literature. *Filaria Journal* 2007 6:2

³ See http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_50.29_Eng.pdf.

¹ Ramaiah KD et al. The economic burden of lymphatic filariasis in India. *Parasitology Today*. 2000. 16(6):251–253.

² Addiss DG, Brady MA. Morbidity management in the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: a review of the scientific literature. *Filaria Journal* 2007 6:2.

³ Voir http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_50.29_Fr.pdf.

who have benefited so far.^{4,5} Yet despite the impact and value associated with eliminating LF, many countries still lack the investments required to implement the needed interventions.

Status and achievements in 2015

Scale-up of Mass Drug Administration

Mass drug administration (MDA) is the WHO recommended preventive chemotherapy (PC) strategy to stop transmission of infection. MDA involves treatment of all eligible persons living in all LF endemic areas with one of the following 3 combinations of safe, anthelmintic medicines: albendazole (400 mg) plus diethylcarbamazine citrate (6 mg/kg); albendazole (400 mg) plus ivermectin (150–200 µg/kg) in areas co-endemic for onchocerciasis; or albendazole (400 mg) preferably twice yearly in areas co-endemic for loiasis.^{6,7} MDA treatments reduce the density of parasites circulating in the blood of infected persons and the prevalence of infection in the community to such low levels that transmission cannot be sustained and new infections eventually cease. When the level of infection has been reduced to below target thresholds, MDA is considered no longer required.⁸ Repeated rounds of MDA are required as the current medicines have limited impact on adult worms which can retain reproductive viability after treatment. The number of MDA rounds required to stop transmission depends in part on the proportion of the population ingesting the medicines each round (coverage).⁹ The probability of treating all persons with hidden infections is maximized with high MDA coverage. WHO recommends at least 5 years of annual MDA with at least 65% coverage of the total population prior to assessing impact on infection levels.⁸

Since 2000, a cumulative total of 6.2 billion treatments have been delivered to >820 million people at least once. In 2015, national programmes targeted 698.3 million people for treatment during MDA and according to the data reported to WHO by September 2015, treated 556.2 million for a programme coverage of 79.6%.

97 millions de cas et d'éviter plus de US \$100 milliards de pertes économiques tout au long de la vie de ceux qui en ont bénéficié.^{4,5} Dans nombre de pays pourtant, même si les effets positifs de l'élimination de la FL sont reconnus, les investissements requis pour mettre en œuvre les interventions nécessaires n'ont pas encore été engagés.

Situation et réalisations, 2015

Amplification de l'administration massive de médicaments (AMM)

L'administration massive de médicaments (AMM) est la stratégie de chimioprévention recommandée par l'OMS pour interrompre la transmission de l'infection. Elle consiste à traiter toutes les personnes remplissant les conditions fixées qui vivent dans des zones d'endémie de la FL en leur administrant l'une des 3 associations suivantes de médicaments anthelminthiques sûrs: albendazole (400 mg) plus citrate de diéthylcarbamazine (6 mg/kg); albendazole (400 mg) plus ivermectine (150–200 µg/kg) dans les zones où l'onchocercose est coendémique; ou albendazole (400 mg), de préférence 2 fois par an, dans les zones où la loase est coendémique.^{6,7} Les traitements administrés lors d'une AMM réduisent la densité de parasites circulant dans le sang des personnes infectées et abaissent la prévalence de l'infection dans la communauté à un niveau si faible que la transmission ne peut se poursuivre, se traduisant à terme par une absence de nouvelles infections. Lorsque le niveau de l'infection tombe en dessous du seuil cible fixé, l'AMM n'est plus jugée nécessaire.⁸ Plusieurs tournées d'AMM sont requises car les médicaments actuels ont une efficacité limitée sur les vers adultes qui peuvent conserver leur capacité de reproduction après le traitement. Le nombre de tournées d'AMM à mener pour interrompre la transmission dépend en partie de la proportion de la population qui ingère les médicaments à chaque tournée (couverture).⁹ Une couverture d'AMM élevée maximise la probabilité de traiter toutes les personnes chez qui l'infection n'est pas apparente. L'OMS recommande au moins 5 années d'AMM avec une couverture d'au moins 65% de la population totale avant d'évaluer l'impact sur les niveaux d'infection.⁸

Depuis 2000, un total cumulé de 6,2 milliards de traitements a été administré à >820 millions de personnes. En 2015, les AMM des programmes nationaux ont ciblé 698,3 millions de personnes et, d'après les données notifiées à l'OMS, on dénombrait, en septembre 2015, 556,2 millions de personnes traitées, soit une couverture programmatique de 79,6%. La couverture de la

⁴ Ramaiah KD, Ottesen EA. 2014 Progress and impact of 13 years of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis on reducing the burden of filarial disease. *PLoS Negl Trop Dis* 8(11): e3319.

⁵ Turner HC et al. The health and economic benefits of the global programme to eliminate lymphatic filariasis (2000–2014). *Infectious Diseases of Poverty* 2016 5:54.

⁶ Preventive chemotherapy in human helminthiasis. Geneva, World Health Organization, 2006. Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43545/1/9241547103_eng.pdf, accessed June 2016.

⁷ Provisional strategy for interrupting lymphatic filariasis transmission in loiasis-endemic countries. Report of the meeting on lymphatic filariasis, malaria and integrated vector management. Accra, Ghana, 5–9 March 2012. Geneva, World Health Organization, 2012.

⁸ Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration for eliminating lymphatic filariasis: a manual for national elimination programmes. Geneva, World Health Organization, 2011. Available at: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44580>, accessed August 2016.

⁹ Michael E et al. Mathematical modelling and the control of lymphatic filariasis. *Lancet Infect Dis* 2004; 4:223–234.

⁴ Ramaiah KD, Ottesen EA. 2014 Progress and impact of 13 years of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis on reducing the burden of filarial disease. *PLoS Negl Trop Dis* 8(11): e3319.

⁵ Turner HC et al. The health and economic benefits of the global programme to eliminate lymphatic filariasis (2000–2014). *Infectious Diseases of Poverty* 2016 5:54.

⁶ Chimioprévention des helminthiases chez l'homme. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. Disponible à l'adresse: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43834/1/9789242547108_fre.pdf, consulté en juin 2016.

⁷ Provisional strategy for interrupting lymphatic filariasis transmission in loiasis-endemic countries. Report of the meeting on lymphatic filariasis, malaria and integrated vector management. Accra, Ghana, 5–9 March 2012. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

⁸ 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. Disponible à l'adresse: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85616/1/9789242501483_fre.pdf, consulté en août 2016.

⁹ Michael E et al. Mathematical modelling and the control of lymphatic filariasis. *Lancet Infect Dis* 2004; 4:223–234.

Coverage of the total population requiring MDA was 58.8%, an improvement over 2014, but indicative of the need for scale-up of MDA. Updates will be posted in the PCT databank.¹⁰ MDA data by country is reported in *Table 1* and a summary of progress by region in *Table 2*.

Out of the 73 countries considered endemic at the start of 2015, MDA was no longer required in 18 countries where post-MDA surveillance has been ongoing, and the remaining 55 countries were considered to require MDA. At least one round of MDA has been implemented in every endemic implementation unit (IU, the administration unit at which the programme is implemented) now in 25 countries (13 in 2015), i.e. achieved 100% geographical coverage. An additional 20 countries are implementing MDA but have not yet reached all endemic IUs. Among 10 countries that have not started MDA, 1 country was determined not to require MDA, and 3 countries still need to confirm their requirement for MDA.

Senegal and Timor Leste have now achieved 100% geographical coverage bringing these countries on track to achieve elimination. Democratic Republic of Congo (DRC), Ethiopia, Indonesia, Nigeria and Zambia expanded MDA into new endemic IUs for the first time. Expansion of MDA in these countries resulted in an additional 48 million more persons treated than in 2014. 26.3% of the global population requiring MDA is living in IUs where MDA has not been implemented in 2015.

Reduced population requiring MDA

The total population in all IUs in a given country with evidence of LF endemicity is considered the population at risk and requiring MDA. In IUs with uncertain endemicity where MDA has never been implemented, results from epidemiological surveys are required to rule-out need for MDA.¹¹ In 2015, the population at risk was decreased in Congo, Gambia, and Sudan (9.3 million) and increased in Guinea, Zambia and Zimbabwe (6.8 million) after confirming endemicity. An IU is considered no longer to require MDA once transmission assessment surveys (TAS) have been conducted with successful results. The tracking of this indicator will contribute to the target 3.3 of the Sustainable Development Goals (SDG).¹² The number of people considered to require MDA has decreased from the highest estimate of 1.410 billion in 2011 to 947 million in 2015. In 2015 TAS were implemented in 18 countries covering 339 IUs (201 IUs in TAS1, 120 IUs in TAS2, and 18 IUs in TAS3). *Figure 1* shows the cumulative proportion of known endemic IUs by region that have completed TAS and no

population totale ayant besoin d'une AMM était de 58,8%, ce qui est une amélioration par rapport à 2014 mais indique que ces activités doivent être amplifiées. Les chiffres actualisés seront diffusés dans la banque de données PCT.¹⁰ Les données d'AMM par pays sont présentées au *Tableau 1* et le *Tableau 2* résume les progrès accomplis par Région.

Parmi les 73 pays où la FL était considérée comme endémique début 2015, l'AMM n'était plus requise dans 18 pays où une surveillance post-AMM était en cours, et une AMM était jugée nécessaire dans les 55 pays restants. On compte désormais 25 pays où au moins une tournée d'AMM a été conduite dans chaque unité de mise en œuvre d'endémie (UMO), unités administratives au niveau desquelles le programme est mis en œuvre, soit une couverture géographique de 100% (parmi eux, 13 pays ont rejoint ce groupe en 2015). Vingt pays supplémentaires conduisent une AMM mais n'ont pas encore atteint toutes les UMO d'endémie. Parmi les 10 pays qui n'ont pas encore lancé d'AMM, celle-ci a été jugée inutile dans un pays, et 3 doivent encore confirmer qu'ils en ont besoin.

Le Sénégal et le Timor Leste ont désormais atteint une couverture géographique de 100% et sont donc en bonne voie pour éliminer la maladie. L'Éthiopie, l'Indonésie, le Nigéria, la République démocratique du Congo (RDC) et la Zambie ont pour la première fois étendu l'AMM à de nouvelles UMO d'endémie, ce qui a permis de traiter 48 millions de personnes de plus qu'en 2014. Actuellement, 26,3% de la population mondiale ayant besoin d'une AMM vit dans des UMO où cette activité n'a pas été menée en 2015.

Réduction de la population ayant besoin d'une AMM

Dans un pays donné, la population totale de toutes les UMO où l'endémicité de la FL est attestée est considérée comme la population à risque ayant besoin d'une AMM. Dans les UMO où l'endémicité est incertaine et où il n'y a jamais eu d'AMM, des résultats d'enquêtes épidémiologiques sont nécessaires pour écarter la nécessité d'une telle opération.¹¹ En 2015, la population à risque a baissé au Congo, en Gambie et au Soudan (9,3 millions) et elle a augmenté en Guinée, en Zambie et au Zimbabwe (6,8 millions) après confirmation de l'endémicité. On considère qu'une UMO n'a plus besoin d'AMM une fois qu'une enquête d'évaluation de la transmission (TAS) a été menée et a donné de bons résultats. Le suivi de cet indicateur contribuera à la cible 3.3 des objectifs de développement durable (ODD).¹² Le nombre de personnes ayant besoin d'une AMM a diminué, passant de son niveau le plus élevé, estimé à 1,41 milliard de personnes en 2011, à 947 millions en 2015. En 2015, des TAS ont été menées dans 18 pays couvrant 339 UMO (201 UMO pour la TAS1, 120 pour la TAS2 et 18 pour la TAS3). La *Figure 1* présente la proportion cumulée des UMO d'endémie ayant effectué une TAS et n'ayant plus besoin d'AMM, par Région. La réduction de

¹⁰ Preventive chemotherapy and transmission control databank: lymphatic filariasis. Geneva, World Health Organization, 2013. Available at: http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/lfi/en/index.html, accessed August 2016.

¹¹ Report of the eighth meeting of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases, 29–30 April 2015, Geneva. Geneva, World Health Organization, 2015.

¹² Sustainable development goals. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. [web page]. United Nations. Available at: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>, accessed August 2016.

¹⁰ Preventive chemotherapy and transmission control databank: lymphatic filariasis. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. Disponible à l'adresse: http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/lfi/en/index.html, consulté en août 2016.

¹¹ Report of the eighth meeting of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases, 29–30 April 2015, Genève. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

¹² Objectifs de développement durable. Objectif 3: Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge [page web]. Organisation des Nations Unies. Disponible à l'adresse: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>, consulté en août 2016.

Table 1 **Mass drug administration (MDA) for lymphatic filariasis by country, 2015**Tableau 1 **Administration massive de médicaments (AMM) contre la filariose lymphatique par pays, 2015**

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM	Status of MDA – Etat de l'AMM	Medicine used during MDA – Médica- ments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementation units delivering MDA in 2015 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2015	Proportion of implemen- tation units achieving effective cove- rage – Propor- tion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parve- nant à obtenir une couverture efficace	Total popula- tion targeted by MDA in 2015 – Popu- lation totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2015	Reported no. of people treated in 2015 – Nbre notifié de personnes traitées en 2015	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National cove- rage (%) – Couverture nationale (%)
African – Afrique		395 318 019			2 035	1 276	68.1	212 700 125	176 520 205	62.70	82.99	44.49
	Angola	12 090 000	Not started – Pas commencée	IA	21							
	Benin – Bénin	3 898 884	Ongoing – En cours	IA	27	25	52.0	2 828 096	1 631 338	92.59	57.68	41.84
	Burkina Faso	6 713 705	Ongoing – En cours	IA	30	30	100	5 370 969	5 939 933	100.00	100.43	80.34
	Cameroon – Cameroun	16 968 062	Ongoing – En cours	IA	159	137	75.4	12 388 731	11 021 942	86.16	88.97	64.96
	Central African Republic – République centrafricaine	3 300 000	Data awaited – Données en attente	IA	8							
	Chad – Tchad	7 270 000	Not started – Pas commencée	IA								
	Comoros – Comores	514 110	No MDA – Pas d'AMM	DA	3							
	Congo	984 485	Ongoing – En cours	IA	13	6	0	126 672	103 778	46.15	81.93	10.54
	Côte d'Ivoire	17 848 457	Ongoing – En cours	IA	61	33	90.9	7 127 291	5 900 569	54.10	82.79	33.06
	Democratic Republic of Congo – République démocratique du Congo	37 012 273	Ongoing – En cours	IA	230	84	95.2	14 483 749	11 288 740	36.52	77.94	30.50
	Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	420 000	Not started – Pas commencée	IA	15							
	Eritrea – Erythrée	69 634	Not started – Pas commencée		2							
	Ethiopia – Ethiopie	11 113 047	Ongoing – En cours	IA	113	57	75.4	3 732 694	3 287 346	50.44	88.07	29.58
	Gabon	1 290 600	Not started – Pas commencée		7							
	Gambia – Gambie		Reclassified as non- endémique – Reclas- sifiée comme non endémique									
	Ghana	2 426 930	Ongoing – En cours	IA	29	29	79.3	1 941 544	1 754 833	100.0	90.38	72.31
	Guinea – Guinée	7 161 619	Ongoing – En cours	IA	24	9	33.3	1 811 810	1 475 362	37.50	81.43	20.6
	Guinea-Bissau – Guinée Bissau	1 565 479	Ongoing – En cours	IA	109	15	40.0	149 624	116 137	13.76	77.62	7.42
	Kenya	3 918 406	Ongoing – En cours	DA	12	7	0	1 800 007	977 7873	58.33	54.32	24.95
	Liberia – Libéria	2 938 370	Data awaited – Données en attente	IA	13							
	Madagascar	18 813 918	Ongoing – En cours	DA	99	61	6.7	12 417 330	8 800 912	61.62	70.88	46.78
	Malawi		Surveillance	IA								
	Mali	15 923 224	Ongoing – En cours	IA	55	53	60.4	11 535 870	9 713 502	96.36	84.20	61.00
	Mozambique	18 218 250	No MDA – Pas d'AMM	IA	104							

Table 1 (continued) – Tableau 1 (suite)

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM	Status of MDA – Etat de l'AMM	Medicine used during MDA – Médica- ments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementation units delivering MDA in 2015 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2015	Proportion of implemen- tation units achieving effective coverage – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parvenant à obtenir une couverture efficace	Total popula- tion targeted by MDA in 2015 – Popu- lation totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2015	Reported no. of people treated in 2015 – Nbre notifié de personnes traitées en 2015	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
	Niger	10 886 864	Ongoing – En cours	IA	25	23	95.7	7 753 729	7 055 384	92.00	90.99	64.81
	Nigeria – Nigéria	120 103 208	Ongoing – En cours	IA	545	428	55.3	74 381 366	59 765 252	78.53	80.35	49.76
	Sao Tome and Principe – Sao Tomé et Principe	188 134	Not started – Pas commencée									
	Senegal – Sénégal	8 258 869	Ongoing – En cours	IA	50	50	22.0	6 733 457	4 627 752	100.00	68.73	56.03
	Sierra Leone	6 976 957	Ongoing – En cours	IA	14	14	100	5 790 875	5 398 483	100.00	93.22	77.38
	South Sudan – Soudan du Sud	1 659 558	Not started – Pas commencée		11							
	Togo		Surveillance	IA								
	Uganda – Ouganda	10 719 606	Ongoing – En cours	IA	37	36	80.6	8 663 975	7 753 388	97.30	89.49	72.33
	United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	26 962 041	Ongoing – En cours	IA	96	96	83.2	22 025 571	19 715 866	100.0	89.51	73.12
	Zambia – Zambie	11 636 753	Ongoing – En cours	DA	85	83	92.8	11 636 765	10 737 905	97.65	92.28	92.28
	Zimbabwe	7 466 576	Not started – Pas commencée		38							
Americas – Amériques		10 603 965			110	71	81.4	8 488 882	5 427 895	64.55	63.94	51.19
	Brazil – Brésil	43 186	Ongoing – En cours	D	2	2	ND	43 186	25 766	100.00	59.66	59.66
	Dominican Republic – République dominicaine	63 798	No MDA – Pas d'AMM	DA	5							
	Guyana – Guyane	747 901	Ongoing – En cours	DA	10	3	50.0	470 605	223 210	30.00	47.43	29.84
	Haiti – Haïti	9 749 080	Ongoing – En cours	DA	93	66	84.8	7 975 091	5 178 919	70.97	64.94	53.12
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		13 393 890		53	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00
	Egypt – Egypte		Surveillance	DA								
	Sudan – Soudan	13 393 890	No MDA – Pas d'AMM	IA	53							
	Yemen – Yémen		Surveillance	IA								
South-East Asia – Asie du Sud-Est		501 123 697			442	376	89.6	459 756 377	362 592 014	85.07	78.87	72.36
	Bangladesh	3 211 000	Ongoing – En cours	DA	1	1	100	3 211 000	2 445 218	100.00	76.15	76.15
	India – Inde	370 626 634	Ongoing – En cours	DA	140	138	97.8	359 748 933	279 620 770	98.57	77.73	75.45
	Indonesia – Indonésie	71 241 075	Ongoing – En cours	DA	204	144	81.9	43 077 291	36 292 569	70.59	84.25	50.94
	Maldives	Eliminated as a public health problem – Éliminé en tant que problème de santé publique										
	Myanmar	38 896 362	Ongoing – En cours	DA	43	39	92.3	36 570 527	32 287 295	90.70	88.29	83.01
	Nepal – Népal	15 981 384	Ongoing – En cours	DA	41	41	85.4	15 981 384	11 117 627	100.0	69.57	69.57
	Sri Lanka	Eliminated as a public health problem – Éliminé en tant que problème de santé publique										
	Thailand – Thaïlande		Surveillance	DA								
	Timor-Leste	1 167 242	Ongoing – En cours	DA	13	13	92.3	1 167 242	828 535	100.00	70.98	70.98

Table 1 (continued) – Tableau 1 (suite)

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM	Status of MDA – Etat de l'AMM	Medicine used during MDA – Médica- ments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementation units delivering MDA in 2015 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2015	Proportion of implemen- tation units achieving effective cove- rage – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parven- ant à obtenir une couverture efficace	Total popula- tion targeted by MDA in 2015 – Popu- lation totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2015	Reported no. of people treated in 2015 – Nbre notifié de personnes traitées en 2015	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National cove- rage (%) – Couverture nationale (%)
Western Pacific – Pacifique occidental		25 102 138			98	44	86.0	17 388 483	11 645 055	42.31	66.97	46.39
	American Samoa – Samoa américaines		Surveillance	DA								
	Brunei Darussalam – Brunéi Darussalam	9 239	Data awaited – Données en attente	DA								
	Cambodia – Cambodge	Eliminated as a public health problem – Éliminé en tant que problème de santé publique										
	Cook Islands – Îles Cook	Eliminated as a public health problem – Éliminé en tant que problème de santé publique										
	Fiji – Fidji	55 340	Ongoing – En cours	DA	3	3	100	55 340	51 032	100.0	92.22	92.22
	French Polynesia – Polynésie française	147 104	Ongoing – En cours	DA	5	5	80.0	147 104	127 888	100.0	86.94	86.94
	Kiribati		Surveillance	DA								
	Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	136 609	Ongoing – En cours	DA	1	1	100	136 609	119 687	100.00	87.61	87.61
	Marshall Islands – Îles Marshall		Surveillance	DA								
	Malaysia – Malaisie	174 474	Ongoing – En cours	DA	17	17	94.1	163 797	154 976	100.00	94.61	88.82
	Micronesia (Federated States of) – Micro- nésie (États fédérés de)	51 744	No MDA – Pas d'AMM	DA	1							
	New Caledonia – Nouvelle Calédonie	12 378	Not started – Pas commencée	DA	1							
	Niue – Nioué	Eliminated as a public health problem – Éliminé en tant que problème de santé publique										
	Palau – Palaos		Surveillance	DA								
	Papua New Guinea – Papouasie-Nou- velle-Guinée	5 602 188	Ongoing – En cours	DA	49	2	100	109 324	95 890	4.08	87.71	1.71
	Philippines	18 841 425	Ongoing – En cours	DA	19	16	73.3	16 776 309	11 095 582	84.21	66.14	58.89
	Samoa	61 325	No MDA – Pas d'AMM	DA	1							
	Tonga		Surveillance	DA								
	Tuvalu	10 312	No MDA – Pas d'AMM	DA	1							
	Vanuatu	Eliminated as a public health problem – Éliminé en tant que problème de santé publique										
	Viet Nam		Surveillance	DA								
	Wallis and Futuna – Wallis-et-Futuna		Surveillance	DA								
Total		945 541 709			2 738	1 767	73.7	698 333 867	556 185 169	64.40	79.64	58.82

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

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.

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.

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

Programme coverage: proportion (%) of individuals treated as per programme target (total population target) – Couverture par le programme: proportion (%) de sujets traités selon l'objectif fixé par le programme (total de la population ciblée).

Table 2 **Mass drug administration (MDA) implemented for lymphatic filariasis (LF) by WHO region, 2015**
 Tableau 2 **Administration massive de médicaments (AMM) contre la filariose lymphatique par Région OMS, 2015**

WHO region – Région OMS	No. of LF endemic countries – Nbre de pays d'endémie	Estimated population requiring MDA – Estimations de la population nécessitant l'AMM	No. of countries initiated MDA – Nbre de pays ayant commencé l'AMM	No. of countries implemented MDA in 2015 – Nbre de pays ayant mis en œuvre l'AMM en 2015	No. of countries stopped MDA nationwide – Nbre de pays ayant arrêté l'AMM au niveau national	Total population estimated to be covered by MDA – Estimations de la population totale couverte par l'AMM	Total population reported to have ingested drugs as part of MDA – Population totale ayant ingéré les médicaments dans le cadre de l'AMM	Programme coverage (%) – Couverture par le programme (%)	Regional coverage (%) – Couverture régionale (%)
African – Afrique	35	395 318 019	26	20	2	212 700 125	176 520 205	82.99	44.49
Americas – Amériques	4	10 603 965	4	3	0	8 488 882	5 427 895	63.94	51.19
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	3	13 393 890	3	0	2	0	0		
South-East Asia – Asie du Sud-Est	9	501 123 697	9	6	3	459 756 377	362 592 014	78.87	72.36
Western Pacific – Pacifique occidental	22	25 102 138	21	6	11	17 388 483	11 645 055	66.79	46.39
Total	73	945 541 709	63	39	18	698 333 867	556 185 169	79.64	58.82

longer require MDA. Where countries implemented both MDA and TAS in the same IUs in 2015, the reduction in the population requiring MDA will be reflected in 2016. Such IUs were considered as no longer requiring MDA in *Figure 1*.

Care for patients with LF-related chronic diseases

LF accounts for at least 2.8 million DALYs not including significant co-morbidity of mental illness commonly experienced by patients and their caregivers.^{13, 14} As many as 36 million cases of hydrocoele and lymphoedema remain⁴ and in these patients, health-care services are required for morbidity management and disability prevention (MMDP) to alleviate suffering and prevent further progression of disease. Both MDA and MMDP are necessary for eliminating LF as a public health problem. The following minimum package of recommended care must be available for patients: surgery for hydrocoele (in *W. bancrofti* endemic areas); treatment for episodes of ADL; management of lymphoedema to prevent episodes of ADL and progression of disease.¹⁵ Because LF-related disease is a chronic condition, care must be continued throughout patients' lives. The ultimate goal is 100% geographical coverage of the minimum package of care available in all IUs with known patients. This aim aligns well with the targets of the

la population ayant besoin d'une AMM sera prise en compte en 2016 dans les pays qui, en 2015, ont mené des AMM et des TAS dans les mêmes UMO. Ces UMO sont considérées dans la *Figure 1* comme n'ayant plus besoin d'une AMM.

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

La FL représente au moins 2,8 millions de DALY, sans tenir compte de la comorbidité significative résultant des troubles mentaux dont souffrent souvent les patients et ceux qui s'en occupent.^{13, 14} On compte toujours au moins 36 millions de cas d'hydrocèle et de lymphœdème⁴ et, chez ces patients, des services de soins sont nécessaires pour la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités afin de soulager la souffrance et d'empêcher la progression de la maladie. L'AMM mais aussi la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités sont nécessaires pour éliminer la FL en tant que problème de santé publique. Les patients doivent avoir accès à l'ensemble minimal suivant de soins recommandés: chirurgie de l'hydrocèle (dans les zones d'endémie de *W. bancrofti*); traitement des épisodes d'ADL; prise en charge du lymphœdème pour prévenir les épisodes d'ADL et la progression de la maladie.¹⁵ Comme la maladie liée à la FL est une affection chronique, il faut poursuivre les soins tout au long de la vie des patients. Le but est en définitive d'obtenir une couverture géographique de 100% de l'ensemble de soins minimal dans toutes les UMO

¹³ WHO global burden of disease estimates for 2000–2012 [web page]. Geneva, World Health Organization. Available at http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html, accessed September 2016.

¹⁴ Ton GNT, Mackenzie C, Molyneux DH. The burden of mental health in lymphatic filariasis. *Inf Dis Pov.* 2015;4:34.

¹⁵ Lymphatic filariasis: managing morbidity and preventing disability: an aide-mémoire for national programme managers. World Health Organization, Geneva, 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85347/1/9789241505291_eng.pdf, accessed September 2016.

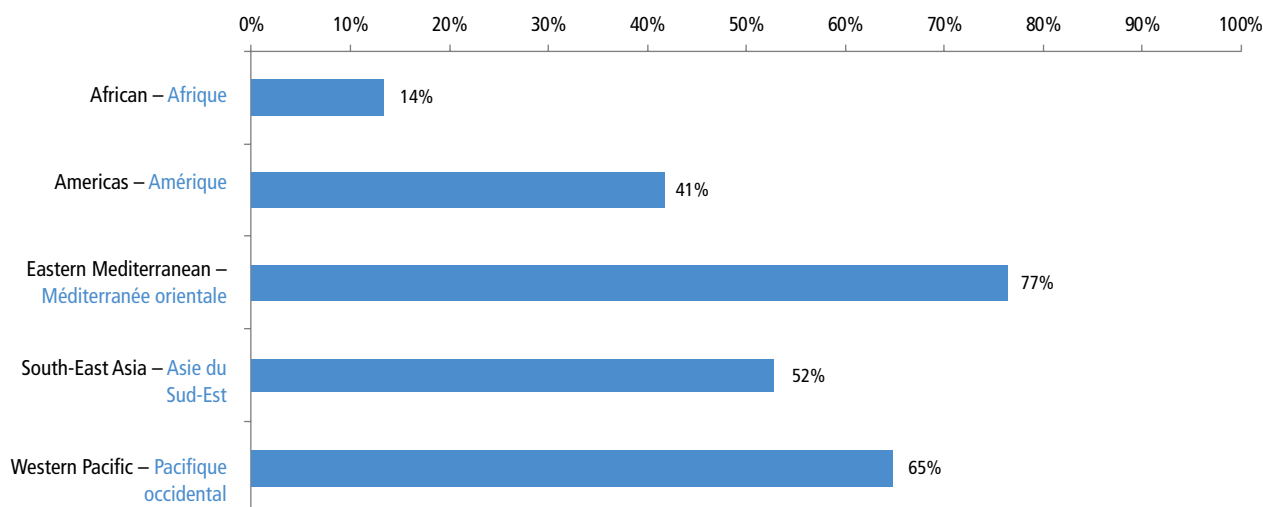
¹³ WHO global burden of disease estimates for 2000–2012 [page web]. Genève, Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html, consulté en septembre 2016.

¹⁴ Ton GNT, Mackenzie C, Molyneux DH. The burden of mental health in lymphatic filariasis. *Inf Dis Pov.* 2015;4:34.

¹⁵ Lymphatic filariasis: managing morbidity and preventing disability: an aide-mémoire for national programme managers. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. Disponible à l'adresse: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85347/1/9789241505291_eng.pdf, consulté en septembre 2016.

Figure 1 **Cumulative proportion of known endemic implementation units that have completed transmission assessment surveys and no longer require MDA***

Figure 1 **Pourcentage cumulé des UMO connues comme étant d'endémie qui ont effectué des TAS et n'ont plus besoin d'AMM***



* Percent of all known endemic implementation units (IU) in countries by region that have completed TAS1 or previous stop-MDA surveys and reported meeting criterion 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.

Global Disability Action Plan, Universal Health Coverage, and Sustainable Development Goals.^{12, 16, 17} The availability of both MDA and MMDP can be used as tracers of equity in progress towards these targets and hopefully improve priority of NTD interventions.¹⁸

Data reported to WHO concerning MMDP are summarised in Table 3. The number of countries for which some MMDP data have been reported increased from 30 to 41. Reported patient numbers may include data from only a subset of IUs within the reporting country, are not available for 32 countries, are subject to inadequate case detection and are not considered global burden. Countries are encouraged to continue reporting progress with patient care in the PC Epide-

où se trouvent des patients atteints de FL. Cela est conforme aux cibles du Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap et à celles de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable.^{12, 16, 17} L'AMM, d'une part, et la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités, d'autre part, peuvent servir d'indicateurs d'équité sur la voie vers ces cibles et contribuer à ce qu'une priorité accrue soit donnée aux interventions de lutte contre les maladies tropicales négligées.¹⁸

Les données communiquées à l'OMS concernant la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités sont résumées au Tableau 3. Le nombre de pays pour lesquels des données à ce sujet ont été rapportées est passé de 30 à 41. Il peut arriver que les chiffres communiqués ne proviennent que d'un sous ensemble d'UMO du déclarant, la détection des cas n'est pas toujours adéquate et, dans 32 pays, ces données ne sont pas disponibles; on ne saurait donc considérer que ces données représentent la charge mondiale. Les pays sont invités

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_26807

