

Elimination of human onchocerciasis: progress report, 2018–2019

Introduction

Onchocerciasis is a parasitic infection caused by the filarial nematode *Onchocerca volvulus*. It is commonly called “river blindness”, because the parasite is transmitted through the bites of blackflies of the genus *Simulium* that breed along rivers and streams in areas where there is fast-moving water and because infection with the parasite can result in vision loss and blindness. Currently, at least 217.5 million people live in areas known to be endemic for onchocerciasis. Many, however, live in areas where there is little risk for onchocerciasis-related blindness or skin disease, as long as mass drug administration (MDA) with ivermectin continues.¹ Four countries have completed the WHO-recommended process for verification of the interruption of transmission of human onchocerciasis,² and many others have stopped MDA, completed post-treatment surveillance (PTS) or both in at least one transmission area in their territory. Interrupting transmission allows countries to protect the gains made by many years of effective MDA with ivermectin and to stop MDA permanently, freeing the resources for other health priorities. Elimination of human onchocerciasis would be a meaningful contribution to Sustainable Development Goal (SDG) 3.3, part of which calls for ending the epidemic of neglected tropical diseases (NTDs) by 2030.

Regional highlights

African Region

The total number of people who received treatments in the Region continued to

¹ Tekle AH, et al. Progress towards elimination in the participating countries of the African Programme for Onchocerciasis Control: epidemiological evaluation results. *Infect Dis Poverty*. 2016;5(1):66.

² See No. 41, 2017, pp. 617–623.

Élimination de l'onchocercose humaine: rapport de situation, 2018-2019

Introduction

L'onchocercose est une infection parasitaire due au nématode filarien *Onchocerca volvulus*. Elle est communément appelée «cécité des rivières» parce que le parasite se transmet par des piqûres de simulies du genre *Simulium* se reproduisant le long de rivières et de cours d'eau rapides et parce que l'infection peut entraîner une perte de vision et une cécité. Au moins 217,5 millions de personnes vivent actuellement dans des régions où l'on sait que l'onchocercose est endémique. De nombreuses personnes vivent cependant dans des zones où le risque de cécité ou de maladie cutanée liée à l'onchocercose est faible, pour autant qu'une administration de masse de médicaments (AMM) par l'ivermectine continue d'être assurée.¹ Quatre pays ont achevé le processus recommandé par l'OMS pour la vérification de l'interruption de la transmission de l'onchocercose humaine,² et de nombreux autres ont arrêté l'AMM et/ou terminé la phase de surveillance post-thérapeutique dans au moins une zone de transmission sur leur territoire. L'interruption de la transmission permet aux pays de préserver les acquis de nombreuses années d'administration de masse d'ivermectine et de mettre un terme définitif à ces AMM, libérant ainsi des ressources au profit d'autres priorités sanitaires. L'élimination de l'onchocercose humaine apporterait une contribution significative à la cible 3.3 des objectifs de développement durable (ODD), qui appelle notamment à mettre fin aux épidémies de maladies tropicales négligées (MTN) d'ici 2030.

Faits marquants au niveau régional

Région africaine

Cette année, le nombre total de personnes ayant reçu un traitement dans la Région a

¹ Tekle AH, et al. Progress towards elimination in the participating countries of the African Programme for Onchocerciasis Control: epidemiological evaluation results. *Infect Dis Poverty*. 2016;5(1):66.

² Voir N° 41, 2017, pp. 617-623.

increase this year, with 151.2 million reported (*Table 1* and *Figure 1*), representing an increase of 6 million treatments. This continues the trend of increasing coverage, with 15 countries reporting 100% geographical coverage in 2018. Coverage of the 216.4 million total population at risk was 69.9%. At the time of publication of this report, 3 countries – Ethiopia, Nigeria and Uganda – had stopped MDA in at least 1 subnational area, after meeting the criteria in the 2016 WHO guidelines, and started PTS.³ Several countries may have interrupted transmission in foci by vector control or elimination and not through MDA, although some have conducted limited MDA for lymphatic filariasis. Work to demonstrate interruption of transmission in these areas is ongoing. In Uganda, several subnational areas have completed the required 3 years of PTS. More than 1.19 million people lived in areas that had completed PTS and in which MDA was no longer required, and 1.10 million lived in areas in which MDA had been stopped, PTS was continuing or MDA was still required for lymphatic filariasis. Treatment has been stopped for 4.2 million people in Nigeria and 1.1 million in Ethiopia, and PTS has been started.

One of the 4 pillars of the mission of the African Region's Expanded Special Project for the Elimination of Neglected Tropical Diseases (ESPEN) is to support scaling up of MDA so that no onchocerciasis-endemic district is left behind. In June 2019, ESPEN hosted a meeting on onchocerciasis in areas co-endemic for loiasis, where regional and international experts identified several strategies that could facilitate implementation of MDA in those areas not currently eligible for MDA. Operational research will be required to develop recommendations for their use in programmes.

Region of the Americas

The Region continues to target elimination of transmission of onchocerciasis by 2022, in accordance with its regional resolution⁴ and strategic plan.⁵ Once again, the Region achieved 100% geographical coverage, and national coverage ranged from 72.3% to 77.5% of the total population at risk (*Table 1*). The Yanomami focus, with a total at-risk population of 33 746 people in 2018, is the last focus of transmission in the Americas. It is remote, the population is highly mobile, and it straddles a border, requiring coordination between 2 country

continué de progresser pour atteindre 151,2 millions (*Tableau 1* et *Figure 1*), soit une augmentation de 6 millions de traitements. Cela confirme la tendance à l'amélioration du taux de couverture, 15 pays déclarant avoir atteint une couverture géographique de 100% en 2018. La couverture des 216,4 millions de personnes à risque était de 69,9%. Au moment de la publication du présent rapport, 3 pays – l'Éthiopie, le Nigéria et l'Ouganda – avaient cessé l'AMM dans au moins 1 zone infranationale après avoir satisfait aux critères fixés dans les lignes directrices de l'OMS de 2016, et avaient commencé la surveillance post-thérapeutique.³ Plusieurs pays pourraient être parvenus à interrompre la transmission dans certains foyers grâce à des mesures de lutte antivectorielle ou d'élimination et non pas par le biais d'une AMM, bien que certains pays ont mené des campagnes limitées d'AMM contre la filariose lymphatique. Les travaux visant à démontrer l'interruption de la transmission dans ces zones sont en cours. En Ouganda, plusieurs zones infranationales ont achevé les 3 années de surveillance post-thérapeutique requises. Plus de 1,19 million de personnes vivent dans des zones où la surveillance post-thérapeutique a été menée à terme et où l'AMM n'est plus nécessaire. De plus, 1,10 million de personnes vivent dans des zones ayant cessé l'AMM, mais dans lesquelles la surveillance post-thérapeutique se poursuit ou une AMM demeure requise contre la filariose lymphatique. Les traitements ont cessé pour 4,2 millions de personnes au Nigéria et 1,1 million de personnes en Éthiopie, cédant la place à la surveillance post-thérapeutique.

L'un des 4 piliers de la mission du Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées (ESPEN) de la Région africaine consiste à appuyer l'extension de l'AMM afin qu'aucun district d'endémie de l'onchocercose ne soit omis. En juin 2019, l'ESPEN a organisé une réunion sur la lutte contre l'onchocercose dans les zones de coendémicité de la loase, à l'occasion de laquelle des experts régionaux et internationaux ont formulé plusieurs stratégies possibles qui pourraient faciliter la mise en œuvre de l'AMM dans des zones qui ne sont actuellement pas éligibles pour l'AMM. Des travaux de recherche opérationnelle seront nécessaires pour élaborer des recommandations concernant la mise en œuvre de ces stratégies au niveau programmatique.

Région des Amériques

La Région continue de viser l'élimination de la transmission de l'onchocercose d'ici 2022, conformément à sa résolution régionale⁴ et à son plan stratégique.⁵ Une fois de plus, la Région a atteint une couverture géographique de 100%, avec une couverture nationale variant entre 72,3% et 77,5% de la population totale à risque (*Tableau 1*). Le foyer de Yanomami, dont la population totale à risque comptait 33 746 personnes en 2018, est le dernier foyer de transmission dans les Amériques. Il se trouve dans une zone reculée, sa population est très mobile et il chevauche une frontière, ce qui nécessite une coordination entre

³ Guidelines for stopping mass drug administration and verifying elimination of human onchocerciasis. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204180/1/9789241510011_eng.pdf, accessed October 2019).

⁴ Resolution CD55. Plan of action for the elimination of neglected infectious diseases and post-elimination actions 2016–2022. 68th session of the Regional Committee of WHO for the Americas. Washington DC: WHO Regional Office for the Americas; 2016 (<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R9-e.pdf>, accessed October 2019).

⁵ Plan of action for the elimination of neglected infectious diseases and post-elimination actions 2016–2022. Washington DC: WHO Regional Office for the Americas; 2016 (<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-15-e.pdf>, accessed October 2019).

³ Lignes directrices pour l'arrêt de l'administration de masse de médicaments et la vérification de l'élimination de l'onchocercose humaine. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254704/9789242510010-fre.pdf>, consulté en octobre 2019).

⁴ Résolution CD55. Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016–2022. 68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques. Washington DC: Bureau régional des Amériques de l'OMS; 2016 (<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R9-f.pdf>, consulté en octobre 2019).

⁵ Plan d'action pour l'élimination des maladies infectieuses négligées et activités après la phase d'élimination 2016–2022. Washington DC: Bureau régional des Amériques de l'OMS; 2016 (<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-15-f.pdf>, consulté en octobre 2019).

Table 1 **Mass drug administration (MDA) for onchocerciasis by country, 2018**Tableau 1 **Administration massive de médicaments (AMM) contre l'onchocercose, par pays, 2018**

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Status of MDA – Situation en termes d'AMM	Total population requiring MDA in 2018 – Population totale nécessitant une AMM en 2018	Population no longer requiring MDA ^a – Population n'ayant plus besoin d'une AMM ^a	No. of districts requiring MDA ^b – Nbre de districts nécessitant une AMM ^b	No. of districts delivering MDA in 2018 – Nbre de districts délivrant une AMM en 2018	No of districts no longer requiring MDA – Nbre de districts n'ayant plus besoin d'une AMM ^a	Proportion of districts achieving effective coverage ^c – Pourcentage de districts obtenant une couverture efficace ^c	Reported population treated in 2018 – Population signalée comme traitée en 2018	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
African – Afrique			216 389 334	1 192 022	1 685	1 411	13	90.5	151 207 914	83.7	69.9
	Angola	Requiring PC – CP nécessaire	5 719 813		50	19		5.3	1 142 370	38.0	20.0
	Benin – Bénin	Requiring PC – CP nécessaire	5 685 180		51	51		92.2	4 567 943	100	80.3
	Burkina Faso	Requiring PC – CP nécessaire	279 379		6	6		100	228 293	100	81.7
	Burundi	Requiring PC – CP nécessaire	1 825 304		11	11		100	1 514 812	100	83.0
	Cameroon – Cameroun	Requiring PC – CP nécessaire	11 479 661		113	112		59.8	7 348 709	99.1	64.0
	Central African Republic – République centrafricaine	Requiring PC – CP nécessaire	2 688 483		10	4		25.0	921 480	40.0	34.3
	Chad – Tchad	Requiring PC – CP nécessaire	5 703 057		42	40		85.0	4 107 142	95.2	72.0
	Congo	Requiring PC – CP nécessaire	1 668 029		16	No data – Pas de données		No data – Pas de données	No data – Pas de données	No data – Pas de données	No data – Pas de données
	Côte d'Ivoire	Requiring PC – CP nécessaire	4 185 263		68	68		100	4 134 441	100	98.8
	Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	Requiring PC – CP nécessaire	50 388 597		268	267		98.5	39 752 882	99.6	78.9
	Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	Requiring PC – CP nécessaire	98 797		No data – Pas de données	No data – Pas de données		No data – Pas de données	No data – Pas de données	No data – Pas de données	No data – Pas de données
	Ethiopia – Éthiopie	Requiring PC – CP nécessaire	17 221 291		195	195		93.8	14 125 809	100	82.0
	Gabon	Requiring PC – CP nécessaire	721 771		25	0		0	0	0	0
	Ghana	Requiring PC – CP nécessaire	8 066 348		85	No data – Pas de données		No data – Pas de données	No data – Pas de données	No data – Pas de données	No data – Pas de données
	Guinea – Guinée	Requiring PC – CP nécessaire	7 083 264		24	24		87.5	5 283 365	100	74.6
	Guinea-Bissau – Guinée-Bissau	Requiring PC – CP nécessaire	533 512		33	33		54.5	339 446	100	63.6
	Kenya	Thought not requiring PC – On pense qu'une CP n'est pas nécessaire									
	Liberia – Libéria	Requiring PC – CP nécessaire	3 094 538		15	15		60.0	2 148 214	100	69.4
	Malawi	Requiring PC – CP nécessaire	2 480 265		8	8		100	2 054 160	100	82.8
	Mali	Requiring PC – CP nécessaire	5 894 346		20	20		85.0	4 537 977	100	77.0
	Mozambique	Thought not requiring PC – On pense qu'une CP n'est pas nécessaire									
	Niger	Thought not requiring PC – On pense qu'une CP n'est pas nécessaire									

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Status of MDA – Situation en termes d'AMM	Total population requiring MDA in 2018 – Population totale nécessitant une AMM en 2018	Population no longer requiring MDA ^a – Population n'ayant plus besoin d'une AMM ^a	No. of districts requiring MDA ^b – Nbre de districts nécessitant une AMM ^b	No. of districts delivering MDA in 2018 – Nbre de districts délivrant une AMM en 2018	No of districts no longer requiring MDA – Nbre de districts n'ayant plus besoin d'une AMM ^a	Proportion of districts achieving effective coverage ^c – Pourcentage de districts obtenant une couverture efficace ^c	Reported population treated in 2018 – Population signalée comme traitée en 2018	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
	Nigeria – Nigéria	Requiring PC – CP nécessaire	55 771 190		487	437		97.0	44 060 727	89.7	79.0
	Rwanda	Thought not requiring PC – On pense qu'une CP n'est pas nécessaire									
	Senegal – Sénégal	Requiring PC – CP nécessaire	258 153		8	8		100	242 238	100	93.8
	Sierra Leone	Requiring PC – CP nécessaire	5 842 131		12	12		100	4 435 947	100	75.9
	South Sudan – Soudan du Sud	Requiring PC – CP nécessaire	7 532 425		57	No data – Pas de données		No data – Pas de données	No data – Pas de données	No data – Pas de données	No data – Pas de données
	Togo	Requiring PC – CP nécessaire	3 627 037		32	32		100	3 060 109	100	84.4
	Uganda – Ouganda	Requiring PC – CP nécessaire	2 012 913	1 192 022	21	21	13	100	1 936 592	100	96.2
	United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	Requiring PC – CP nécessaire	6 528 587		28	28		92.9	5 265 258	100	80.6
Americas – Amériques			33 746	538 517	2	2	16	100	25 276	100	74.9
	Brazil – Brésil	Requiring PC – CP nécessaire	16 985		1	1		100	12 280	100	72.3
	Colombia – Colombie	Elimination verified in 2013 – Elimination vérifiée en 2013		1 366			1				
	Ecuador – Équateur	Elimination verified in 2014 – Elimination vérifiée en 2014		25 863			2				
	Guatemala	Elimination verified in 2016 – Elimination vérifiée en 2016		231 467			4				
	Mexico – Mexique	Elimination verified in 2015 – Elimination vérifiée en 2015		169 869			3				
	Venezuela (Bolivarian Republic of) – Venezuela (République bolivarienne du)	Requiring PC – CP nécessaire	16 761	109 952	1	1	6	100	12 996	100	77.5
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale			1 085 579	120 000	37	34	3	94.1	637 882	91.9	58.8
	Sudan – Soudan	Requiring PC – CP nécessaire	456 851	120 000	4	1	3	0	87 751	25.0	19.2
	Yemen – Yémen	Requiring PC – CP nécessaire	628 728		33	33		97.0	550 131	100	87.5
Global^d – Monde^d			217 508 659	1 850 539	1 724	1 447	32	90.6	151 871 072	83.9	69.8

PC: preventive chemotherapy. – CP: chimioprévention.

^a Population of areas that have completed post-treatment surveillance (country-wide or focal). – Population de zones où la surveillance post-thérapeutique est achevée (à l'échelle du pays ou d'un foyer).

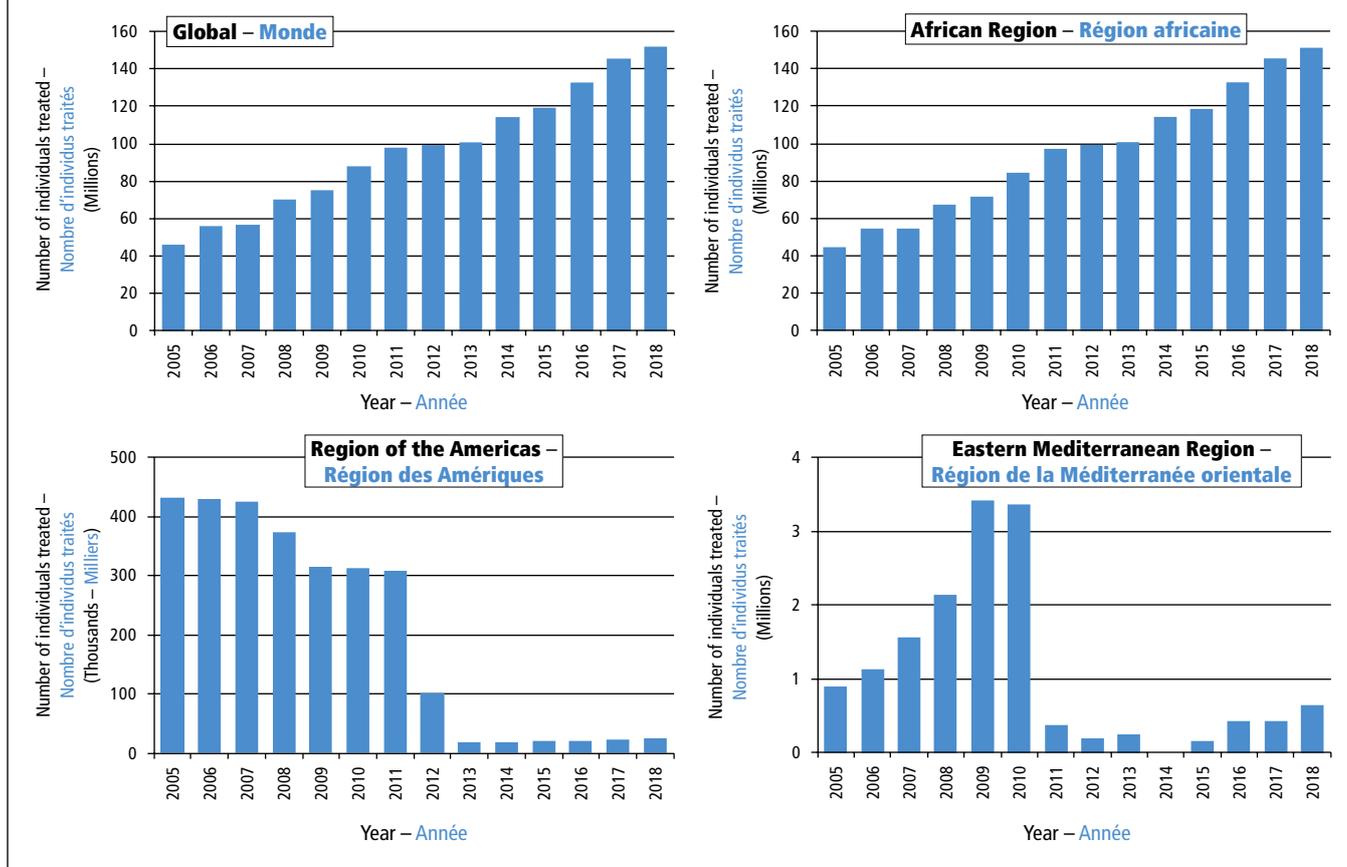
^b Data is available for countries which submitted reports to WHO. – Données disponibles pour les pays ayant soumis des rapports à l'OMS.

^c Proportion of districts implemented MDA achieving $\geq 65\%$ coverage of population in need of PC. – Proportion de districts ayant mis en œuvre une AMM avec un taux de couverture de $\geq 65\%$ de la population nécessitant une chimioprévention.

^d Total population includes some individuals who may not live in the transmission zone (e.g. people who live in a district that is only partially in a transmission zone). – La population inclut certains individus vivant potentiellement dans la zone de transmission ne (par exemple, des personnes vivant dans un district qui ne se situe que partiellement dans une zone de transmission).

^e Treatment numbers were not confirmed by the publication of this report and thus were listed as zero. – Le nombre de traitements n'a pas été confirmé par la publication de ce rapport et par conséquent, est considéré comme étant de zéro.

Figure 1 **Number of individuals treated for onchocerciasis by WHO Region, 2005–2018**
 Figure 1 **Nombre d'individus traités contre l'onchocercose par région de l'OMS, 2005-2018**



programmes. Additionally, instability in the Bolivarian Republic of Venezuela has resulted in outbreaks of measles, diphtheria and malaria in the Yanomami population. Treatment of this remote, mobile population has been achieved in novel ways, including treating communities up to 4 times a year. The last has, however, been challenging, and both countries have had difficulty in achieving the regional target of treating 85% of the eligible population in this way. Brazil decided to reduce treatment from 4 times to 2 times a year, and the programme exceeded the treatment target in both rounds. In the Bolivarian Republic of Venezuela, treatment was provided 4 times a year in some areas, but the treatment target was not achieved in any round, except in some villages; treatment twice a year in the remaining areas resulted in achievement of the target in one round and near-achievement in the second round. The 2 countries have also been exploring of an “end-game” strategy, in which a 6-week course of doxycycline is given under direct observation to clusters of microfilaria-positive individuals in areas where transmission has been largely interrupted, to individuals with active infection identified during epidemiological assessments or to inhabitants of newly identified, hard-to-reach, highly endemic communities. So far nearly 100 people have been treated under this strategy.⁶

les 2 programmes nationaux. En outre, l’instabilité en République bolivarienne du Venezuela a conduit à des flambées de rougeole, de diphtérie et de paludisme au sein de la population Yanomami. Des moyens innovants ont été employés pour traiter cette population isolée et mobile, l’une des méthodes consistant à traiter les communautés jusqu’à 4 fois par an. Cette dernière approche a toutefois présenté d’importants défis et les deux pays ont eu des difficultés à atteindre la cible régionale – c’est-à-dire le traitement de 85% de la population éligible – de cette manière. Le Brésil a décidé de réduire la fréquence des traitements, passant de 4 fois par an à 2 fois par an, et le programme est parvenu à dépasser la cible de traitement lors des 2 tournées. En République bolivarienne du Venezuela, certaines zones ont fait l’objet d’un traitement 4 fois par an, mais la cible n’a été atteinte pour aucune tournée, sauf dans quelques villages; dans les autres zones, le traitement a été administré 2 fois par an et la cible a été atteinte lors de la première tournée et quasiment atteinte lors de la seconde. Les 2 pays ont également exploré une stratégie de «phase finale», consistant à administrer un traitement de 6 semaines de doxycycline sous surveillance directe à des groupes de personnes positives pour la présence de microfilaries dans les zones où la transmission a globalement été interrompue, à des sujets présentant une infection évolutive lors des évaluations épidémiologiques ou aux habitants de communautés de forte endémicité nouvellement identifiées et difficiles d’accès. À ce jour, près de 100 personnes ont été traitées dans le cadre de cette stratégie.⁶

⁶ See No. 37, 2109, pp 415-419.

⁶ Voir N° 37, 2109, p. 415-419.

Eastern Mediterranean Region

The number of treatments given in the Region increased slightly, with approximately 637 882 of 1.1 million people at risk receiving treatment in 2018 (*Table 1* and *Figure 1*). This was due to implementation of MDA in Yemen, where 550 131 people were treated, despite the instability in the country. MDA continues to be implemented in 2019, despite continued civil unrest.⁷ Some areas in Sudan have been unstable, and the programme was unable to provide treatment in much of the remaining endemic area, although it has provided integrated MDA for 4 NTDs in the Radom focus. Post-treatment surveillance continues in the Galabat focus, where treatment of 144 000 people was stopped at the end of 2017 after entomological and serological evaluations demonstrated that the focus has met the WHO criteria for stopping MDA.

Current status of the global programme to eliminate the transmission of onchocerciasis

Progress continued to be made in global interruption of transmission of onchocerciasis (*Map 1*). At the end of 2018, 217.5 million people were living in areas at risk for transmission of onchocerciasis (*Figure 1*), and the number should increase with mapping of onchocerciasis elimination. The number of people to whom ivermectin was delivered through MDA has increased by at least 6 million since 2017, reaching 151.9 million, continuing the trend of annual increases in the reach of the onchocerciasis programme (*Table 1, Figure 1*). As 2 countries with MDA programmes for onchocerciasis (Equatorial Guinea and Ghana) had not reported data on treatment at the time of this report and data for 2 countries (Congo and South Sudan) was still under review, it is expected that the number will increase by several million. The number of people treated increased again in the African Region and remained stable in the regions of the Americas and the Eastern Mediterranean. More than 1.8 million people lived in areas that had completed PTS and thus no longer required MDA for onchocerciasis. More than 6.5 million people live in areas where MDA has been stopped after meeting WHO criteria, but PTS is ongoing or will be started once MDA for lymphatic filariasis is stopped.

The programme obtained 83.9% geographical coverage of known onchocerciasis-endemic areas and maintained 69.8% national coverage; in 90.6% of districts in which MDA was implemented, the minimal effective coverage of 65% of the total population at risk for onchocerciasis was achieved, and 18 countries reported 100% geographical coverage. This year, 7 countries that had implemented MDA previously reported <100% geographical coverage (Angola, Cameroon, Central African Republic, Chad, Democratic Republic of the Congo, Nigeria and

Région de la Méditerranée orientale

Le nombre de traitements administrés dans la Région a légèrement augmenté: sur 1,1 million de personnes à risque, environ 637 882 ont été traitées en 2018 (*Tableau 1* et *Figure 1*). Cela s'explique par la conduite d'une AMM au Yémen, dans le cadre de laquelle 550 131 personnes ont été traitées, en dépit de l'instabilité régnant dans ce pays. L'AMM s'est poursuivie en 2019, malgré la persistance des troubles civils.⁷ Certaines zones du Soudan ont été en proie à l'instabilité, et le programme n'a pas été en mesure d'administrer le traitement dans une grande partie de la zone d'endémie restante, bien qu'ayant effectué une AMM intégrée pour 4 MTN dans le foyer de Radom. La surveillance post-thérapeutique se poursuit dans le foyer de Galabat, où le traitement de 144 000 personnes a été arrêté à la fin 2017, les évaluations entomologiques et sérologiques ayant démontré que le foyer répondait aux critères établis par l'OMS pour l'arrêt de l'AMM.

Situation du programme mondial pour l'élimination de la transmission de l'onchocercose

Les efforts mondiaux d'interruption de la transmission de l'onchocercose ont continué de progresser (*Carte 1*). À la fin 2018, on estimait à 217,5 millions le nombre de personnes vivant dans des zones à risque de transmission de l'onchocercose (*Figure 1*), ce nombre étant voué à augmenter avec la cartographie de l'élimination de l'onchocercose. Le nombre de personnes ayant reçu de l'ivermectine dans le cadre des campagnes d'AMM a progressé d'au moins 6 millions depuis 2017 pour atteindre 151,9 millions, une évolution qui s'inscrit dans le prolongement des augmentations annuelles précédentes enregistrées par le programme de lutte contre l'onchocercose (*Tableau 1, Figure 1*). Comme 2 pays dotés de programmes d'AMM contre l'onchocercose n'avaient pas transmis de données sur les traitements au moment de la rédaction du présent rapport (Ghana et Guinée équatoriale) et que les données concernant 2 pays (Congo et Soudan du Sud) sont encore en train d'être étudiées, on s'attend à ce que ce nombre soit en réalité supérieur de plusieurs millions. Le nombre de personnes traitées a de nouveau augmenté dans la Région africaine et est resté stable dans les Régions des Amériques et de la Méditerranée orientale. Plus de 1,8 million de personnes vivent dans des zones où la surveillance post-thérapeutique a été menée à terme et où l'AMM n'est plus nécessaire contre l'onchocercose. Plus de 6,5 millions de personnes vivent dans des zones ayant arrêté l'AMM après avoir satisfait aux critères de l'OMS, mais où une surveillance post-thérapeutique est en cours ou sera commencée une fois que l'AMM contre la filariose lymphatique sera terminée.

Le programme a obtenu une couverture géographique de 83,9% dans les zones connues d'endémie de l'onchocercose et a maintenu une couverture nationale de 69,8%; 90,6% des districts dans lesquels l'AMM a été mise en œuvre ont atteint le taux de couverture effectif minimal de 65% de la population totale à risque et 18 pays ont signalé une couverture géographique de 100%. Cette année, 7 pays qui avaient déjà mis en œuvre une AMM ont rapporté une couverture géographique <100% (Angola, Cameroun, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Soudan et Tchad). L'extension

⁷ Despite civil unrest, almost half a million Yemenis treated for onchocerciasis. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/neglected_diseases/news/half-million-Yemenis-treated-for-onchocerciasis/en/, accessed October 2019).

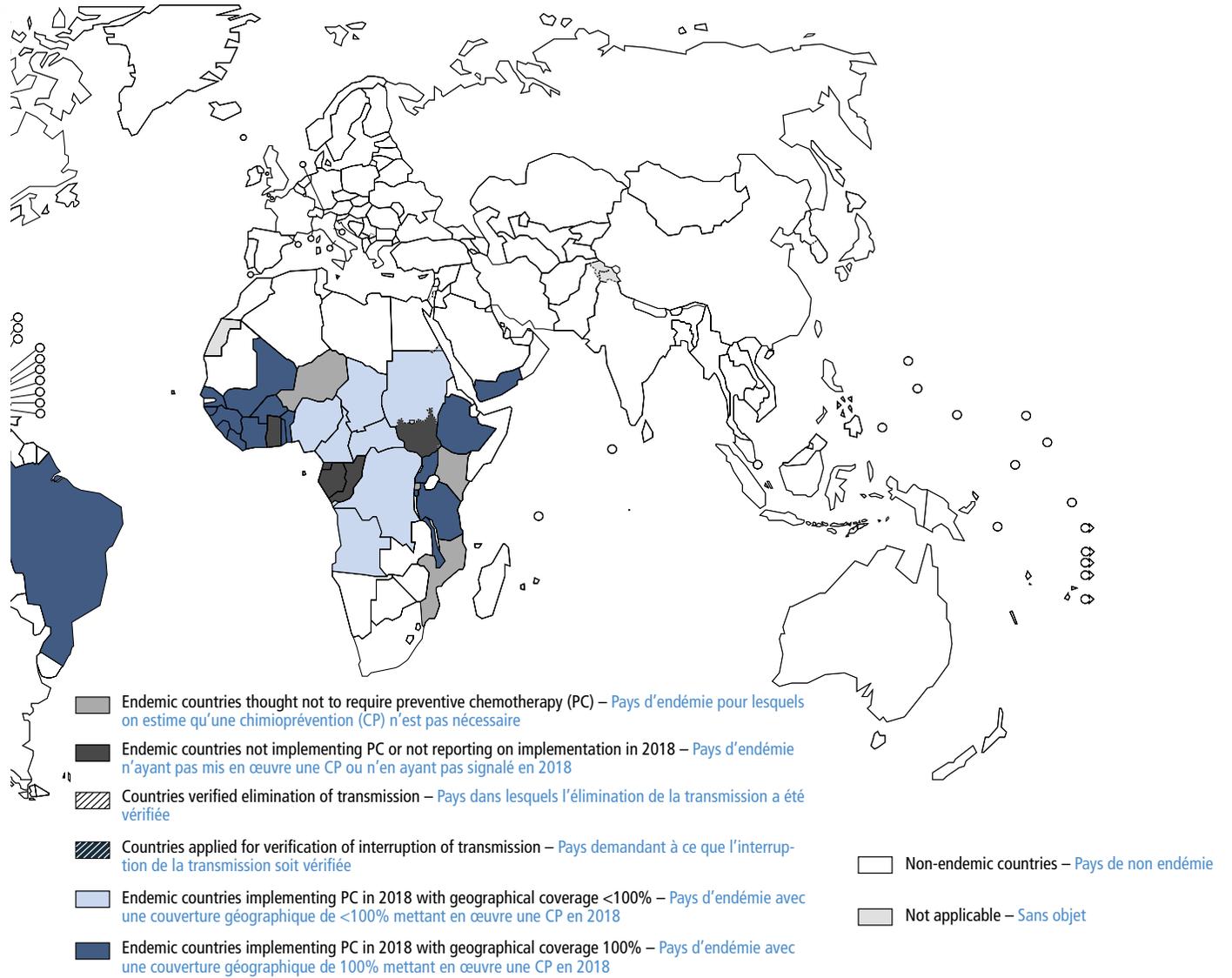
⁷ Despite civil unrest, almost half a million Yemenis treated for onchocerciasis. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019 (https://www.who.int/neglected_diseases/news/half-million-Yemenis-treated-for-onchocerciasis/en/, consulté en octobre 2019).

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_24969

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：



Prevalence and status of mass drug administration in those countries, 2018 situation de l'administration massive de médicaments dans ces pays, 2018



This map does not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – Les limites et appellations figurant sur cette carte ou les désignations employées n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé n'a pas encore été définitivement établi.