



## 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.<sup>1</sup> WHO recommends feasible, cost-effective approaches to put an end to one of the world's leading causes of avoidable disability.<sup>2, 3</sup> 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.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2, 3</sup> 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.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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).

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

<sup>6</sup> 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/](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.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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).

<sup>5</sup> 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/](http://www.who.int/lymphatic_filariasis/resources/9789241550161/en/)).

<sup>6</sup> 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/](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
<b>African – Afrique</b>	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, <sup>a</sup> Malawi – Cameroun, <sup>a</sup> Malawi	Togo
<b>Americas – Amériques</b>		Guyana – Guyane	Haiti – Haïti	Brazil, Dominican Republic – Brésil, République dominicaine	
<b>Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale</b>		Sudan – Soudan		Yemen – Yémen	Egypt – Égypte
<b>South-East Asia – Asie du Sud-Est</b>			India, Indonesia, Myanmar, Nepal, Timor-Leste – Inde, Indonésie, Myanmar, Népal, Timor-Leste	Bangladesh	Maldives, Sri Lanka, Thailand – Maldives, Sri Lanka, Thaïlande
<b>Western Pacific – Pacifique occidental</b>	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
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>34</b>	<b>10</b>	<b>14</b>

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

<sup>a</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>8</sup> 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,

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

<sup>8</sup> 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).

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

<sup>8</sup> 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 (%) <sup>a</sup> – Couverture pour le programme (%) <sup>a</sup>	National coverage (%) Couverture nationale (%)
<b>African – Afrique</b>		<b>341 376 650</b>		<b>1 751</b>	<b>1 374</b>	<b>90.2</b>	<b>242 727 712</b>	<b>211 398 149</b>	<b>78.5</b>	<b>87.1</b>	<b>61.9</b>
	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 (%) <sup>a</sup> – Couverture pour le programme (%) <sup>a</sup>	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						
<b>Americas – Amériques</b>		<b>6 490 698</b>		<b>30</b>	<b>21</b>	<b>61.9</b>	<b>5 771 386</b>	<b>3 626 964</b>	<b>70.0</b>	<b>62.8</b>	<b>55.9</b>
	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 (%) <sup>a</sup> – Couverture pour le programme (%) <sup>a</sup>	National coverage (%) Couverture nationale (%)
<b>Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale</b>		<b>9 965 945</b>		<b>61</b>	<b>16</b>	<b>18.8</b>	<b>2 185 864</b>	<b>1 713 149</b>	<b>26.2</b>	<b>78.4</b>	<b>17.2</b>
	Sudan – Soudan	9 965 945	IA	61	16	18.8	2 185 864	1 713 149	26.2	78.4	17.2
<b>South-East Asia – Asie du Sud-Est</b>		<b>523 453 167</b>		<b>366</b>	<b>333</b>	<b>94.3</b>	<b>440 316 428</b>	<b>335 238 668</b>	<b>91.0</b>	<b>76.1</b>	<b>64.0</b>
	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
<b>Western Pacific – Pacifique occidental</b>		<b>11 620 227</b>		<b>38</b>	<b>20</b>	<b>85.0</b>	<b>5 939 787</b>	<b>4 600 699</b>	<b>52.6</b>	<b>77.5</b>	<b>39.6</b>
	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						
<b>Global</b>		<b>892 906 687</b>		<b>2 246</b>	<b>1 764</b>	<b>90.0</b>	<b>696 941 177</b>	<b>556 577 629</b>	<b>78.5</b>	<b>79.9</b>	<b>62.3</b>

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.

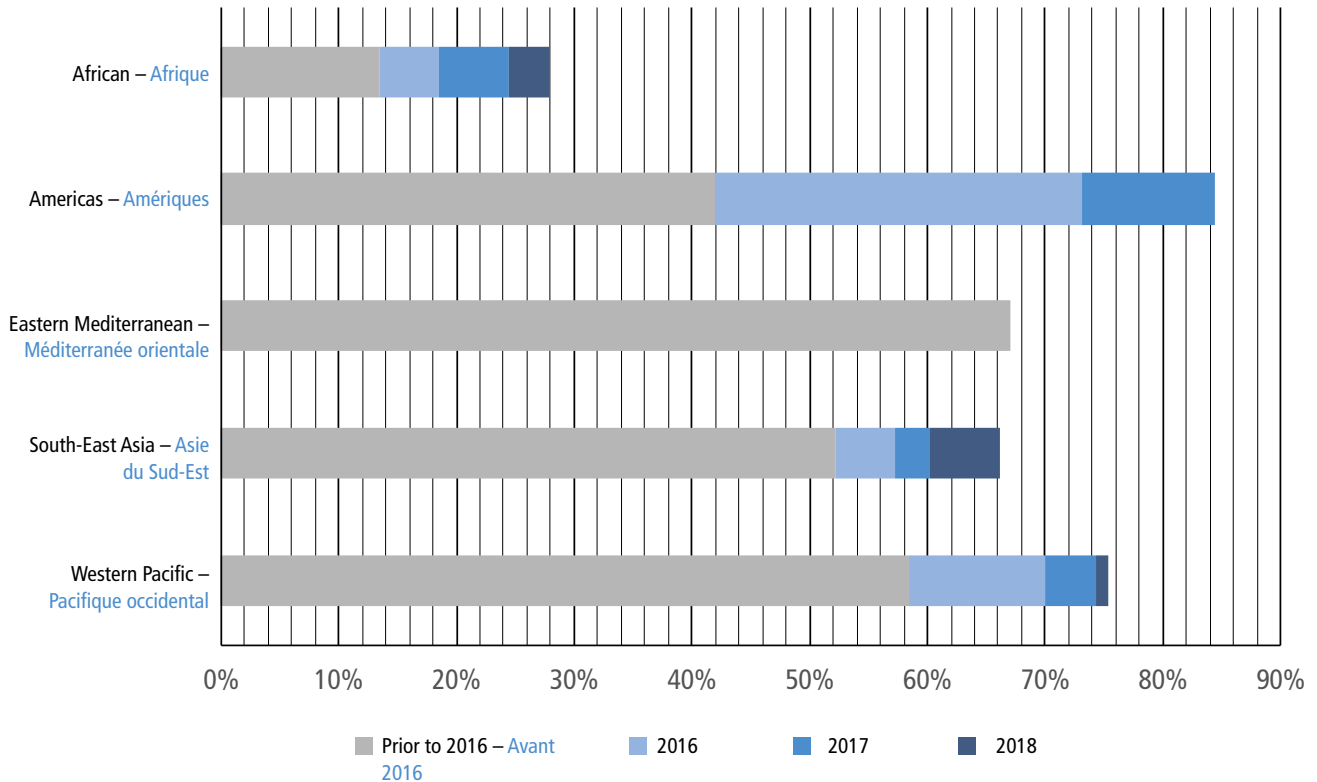
Geographical coverage - proportion (%) of endemic implementation units covered by MDA. – Couverture géographique: proportion (%) d'unités de mise en œuvre situées en zone d'endémie et couverte par l'AMM.

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.

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

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\\_25008](https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_25008)



云报告  
https://www.yunbaogao.cn

云报告  
https://www.yunbaogao.cn

云报告  
https://www.yunbaogao.cn