

Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2016

Introduction

Lymphatic filariasis (LF) is a vector-borne neglected tropical disease targeted for elimination as a public health problem.¹ 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.^{2,3} The Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (GPELF) established by WHO aims to stop the spread of infection and alleviate suffering among patients. WHO recommends mass drug administration (MDA) and morbidity management and disability prevention (MMDP) to achieve these goals. Scaling-up these strategies is a feasible and cost effective approach to put an end to one of the world's leading causes of avoidable disability.^{4,5}

MDA status and achievements in 2016

Scale-up of Mass Drug Administration

MDA is the WHO recommended preventive chemotherapy (PC) strategy to stop transmission of LF. MDA involves treatment of all eligible persons living in all endemic areas with one of the following 3 regimens of safe, anthelmintic medicines: diethylcarbamazine plus albendazole (DA); ivermectin plus albendazole (IA) in areas co-endemic for onchocerciasis; or albendazole preferably twice yearly in areas co-endemic for loiasis.^{6,7} The smallest administrative unit countries use as the basis for making decisions about implementing MDA is called the implementation unit (IU). MDA is no longer required when the prevalence of infection has been reduced to such low levels that transmission is no longer sustain-

Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2016

Introduction

La filariose lymphatique (FL), que le monde a résolu d'éliminer en tant que problème de santé publique, est une maladie tropicale négligée à transmission vectorielle.¹ 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 généralement acquises pendant l'enfance, provoquant 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.^{2,3} Le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (GPELF) créé par l'OMS vise à enrayer la propagation de l'infection et à soulager la souffrance des patients. À cette fin, l'OMS recommande de procéder à une administration massive de médicaments (AMM) et d'assurer des services de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités (PMPI). L'intensification de ces stratégies est un moyen viable, sur le plan pratique et économique, de mettre fin à l'une des principales causes évitables d'incapacité dans le monde.^{4,5}

Administration massive de médicaments: situation et réalisations en 2016

Intensification de l'administration massive de médicaments

L'administration massive de médicaments (AMM) est la stratégie de chimioprévention recommandée par l'OMS pour interrompre la transmission de FL. Elle consiste à traiter toutes les personnes justiciables d'un traitement, dans toutes les zones d'endémie, en leur administrant des médicaments antihelminthiques sûrs selon l'un des 3 schémas thérapeutiques suivants: association diéthylcarbamazine et albendazole (DA); association ivermectine et albendazole (IA) dans les zones de coendémicité de l'onchocercose; ou albendazole, de préférence 2 fois par an, dans les zones de coendémicité de la loase.^{6,7} Dans chaque pays, l'unité administrative la plus petite au sein de laquelle les décisions relatives à la mise en œuvre d'une AMM sont prises s'appelle l'unité de mise en œuvre (UMO).

¹ See http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_50.29_Eng.pdf.

² Ramaiah KD et al. The economic burden of lymphatic filariasis in India. *Parasitology Today*. 2000;16(6):251–253.

³ 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.

⁴ 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.

⁵ Stone CM et al. Modelling the health impact and cost-effectiveness of lymphatic filariasis eradication under varying levels of mass drug administration scale-up and geographic coverage. *BMJ Glob Health*. 2016;1(1).

⁶ Preventive chemotherapy in human helminthiasis. World Health Organization, Geneva, 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. World Health Organization, Geneva, 2012.

¹ Voir http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_50.29_Eng.pdf.

² Ramaiah KD et al. The economic burden of lymphatic filariasis in India. *Parasitology Today*. 2000;16(6):251–253.

³ 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.

⁴ 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.

⁵ Stone CM et al. Modelling the health impact and cost-effectiveness of lymphatic filariasis eradication under varying levels of mass drug administration scale-up and geographic coverage. *BMJ Glob Health*. 2016;1(1).

⁶ Preventive chemotherapy in human helminthiasis. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2006. Disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43545/1/9241547103_eng.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 mars 2012. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2012.

able, halting new infections.⁸ WHO recommends at least 5 years of annual MDA with effective coverage (more than 65% coverage of the total population consuming the medicines) prior to assessing impact on infection levels.

Table 1 lists the status of each LF endemic country according to MDA status and accomplishment towards validation. The 52 countries categorised in the first 3 columns were considered to require MDA. Six of these had not started MDA. Sixteen countries have implemented MDA but not in all endemic IUs. Until MDA is at scale, these countries are not aligned for achieving elimination targets. Thirty countries requiring MDA have, either in 2016 or previously, reached all endemic IUs with at least one MDA round. MDA must be implemented consistently with effective coverage to enable these countries to stay on-track for achieving elimination. As of 2016, 20 countries no longer required MDA, including those under surveillance to ensure infection levels remain below elimination thresholds (column IV) and those validated for achieving criteria for elimination as a public health problem (column V).

Since 2000, a cumulative total of 6.7 billion treatments have been delivered to >850 million people at least once. In 2016, coverage of the total population requiring MDA was 57.9% with 495.6 million persons treated in 40 reporting countries. Reports from 2 countries are still awaited. Updates will be posted in the Global Health Observatory PC portal.⁹ National programmes targeted 669.4 million people for treatment during MDA and achieved programme coverage of 74%. In 2016, an estimated 28.2 million preschool-aged children (2–4 years of age) and 135.1 million school-aged children (5–14 years of age) were treated during LF MDA.

MDA data by country is reported in Table 2. The proportion of IUs achieving effective coverage is an indirect measure of MDA programme quality. Low coverage will reduce the impact of MDA on transmission, require more resources and additional years to reach elimination targets. National programmes should strive to achieve effective coverage in 100% of IUs. Globally in 2016, 78% of IUs conducting MDA achieved effective coverage.

L'AMM n'est plus nécessaire une fois que la prévalence a baissé jusqu'à atteindre un niveau si faible que la transmission ne peut se poursuivre, mettant ainsi un terme aux nouvelles infections.⁸ L'OMS préconise qu'une campagne d'AMM soit réalisée chaque année pendant au moins 5 ans, avec un taux de couverture efficace (administration de médicaments à >65% de la population totale), avant d'évaluer l'impact de l'intervention sur le niveau d'infection.

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. Les 52 pays figurant dans les 3 premières colonnes sont ceux pour lesquels une AMM était considérée comme nécessaire. Parmi ces pays, 6 n'ont pas encore lancé d'AMM, tandis que 16 ont mis en œuvre des campagnes d'AMM, mais pas dans toutes les UMO d'endémie. Tant que l'AMM ne sera pas menée à grande échelle, ces pays ne seront pas en mesure d'atteindre les cibles d'élimination. Parmi les pays nécessitant une AMM, 30 sont parvenus, en 2016 ou auparavant, à mener au moins une tournée d'AMM dans toutes les UMO d'endémie. Ces pays devront effectuer des campagnes d'AMM régulières, avec un taux de couverture efficace, afin de rester en bonne voie pour éliminer la maladie. En 2016, 20 pays n'avaient plus besoin d'AMM, qu'il s'agisse de pays ayant atteint le stade de la surveillance, visant à vérifier que les taux d'infection demeurent inférieurs aux seuils d'élimination (colonne IV), ou de pays ayant obtenu la validation de leur conformité aux critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique (colonne V).

Depuis 2000, un total cumulé de 6,7 milliards de traitements ont été administrés à >850 millions de personnes. En 2016, la couverture des AMM était de 57,9% parmi les populations qui en avaient besoin, avec 495,6 millions de personnes traitées dans 40 pays ayant notifié des données à cet égard. Les rapports de 2 pays sont encore attendus. Les mises à jour éventuelles seront publiées dans le portail de données sur la chimioprévention de l'Observatoire mondial de la santé.⁹ Les programmes nationaux ont ciblé 669,4 millions de personnes à traiter dans le cadre des campagnes d'AMM et ont atteint un taux de couverture programmatique de 74%. On estime qu'en 2016, 28,2 millions d'enfants d'âge préscolaire (2 à 4 ans) et 135,1 millions d'enfants d'âge scolaire (5 à 14 ans) ont été traités dans le cadre d'AMM contre la FL.

Les données relatives à l'AMM sont présentées par pays dans le Tableau 2. La proportion d'UMO atteignant un taux de couverture efficace est une mesure indirecte de la qualité des programmes d'AMM. Une faible couverture réduit l'incidence de l'AMM sur la transmission et accroît les ressources et le nombre d'années nécessaires pour atteindre les cibles d'élimination. Il importe que les programmes nationaux s'efforcent d'obtenir une couverture efficace dans 100% des UMO. À l'échelle mondiale, 78% des UMO ayant effectué des campagnes d'AMM ont atteint une couverture efficace en 2016.

⁸ Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration for eliminating lymphatic filariasis: a manual for national elimination programmes. World Health Organization, Geneva, 2011. Available at <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44580>, accessed August 2017.

⁹ Preventive chemotherapy data portal. World Health Organization, Geneva, 2017. Available at <http://apps.who.int/gho/cabinet/pc.jsp>, accessed August 2017.

⁸ Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration for eliminating lymphatic filariasis: a manual for national elimination programmes. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2011. Disponible sur <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44580>, consulté en août 2017.

⁹ Preventive chemotherapy data portal. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2017. Disponible sur <http://apps.who.int/gho/cabinet/pc.jsp>, consulté en août 2017.

Table 1 **Country status in implementing mass drug administration (MDA) for lymphatic filariasis (LF) elimination as of 2016**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) à compter de 2016**

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 sous surveillance
African – Afrique	Eritrea, Equatorial Guinea, Gabon, Sao Tome and Principe, South Sudan – Érythrée, Gabon, Guinée équatoriale, Sao Tomé-et- Principe, Soudan du Sud	Angola, Cameroon, Chad, Central African Republic, Comoros, Congo, Democratic Republic of Congo, Ethiopia, Guinea, Guinea-Bissau, Madagascar, Nigeria – Angola, Cameroun, Comores, Congo, Éthiopie, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad	Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Liberia, Mali, Mozambique, Niger, Senegal, Sierra Leone, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimba- bwe – Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Libéria, Mali, Mozambique, Niger, Ouganda, République- Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone,	Malawi	Togo
Americas – Amériques		Guyana – Guyane	Dominican Republic, Haiti – Haïti, République dominicaine	Brazil ^a – Brésil ^a	
Eastern Mediterra- nean – Méditerranée orientale		Sudan – Soudan		Egypt, Yemen – Égypte, Yémen	
South-East Asia – Asie du Sud-Est		Indonesia – Indonésie	India, Myanmar, Nepal, Timor-Leste – Inde, Myanmar, Népal, Timor-Leste	Bangladesh, Thailand – Bangladesh, Thaïlande	Maldives, Sri Lanka
Western Pacific – Pacifique occidental	New Caledonia – Nouvelle- Calédonie	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	Brunei Darussalam, Fiji, French Polynesia, Federated States of Micronesia, Lao Peoples Democratic Republic, Malaysia, Philippines, Samoa, Tuvalu – Brunei Darussalam, Fidji, États fédérés de Micronésie, Malaisie, Polynésie française, Philippines, République démocratique populaire Lao, Samoa, Tuvalu	American Samoa, Kiribati, Palau, Vietnam, Wallis and Futuna – Kiribati, Palaos, Samoa américaines, Vietnam, Wallis-et-Futuna	Cambodia, Cook Islands, Marshall Islands, Niue, Tonga, Vanuatu – Cambodge, Îles Cook, Îles Marshall, Nioué, Tonga, Vanuatu
Total	6	16	30	11	9

^a Brazil implemented MDA in 2016 then moved to post-MDA surveillance after conducting transmission assessments surveys. – Le Brésil a mis l'AMM en œuvre en 2016, pour passer ensuite à une surveillance post-AMM, après avoir mené des enquêtes d'évaluation de la transmission.

Reduced population requiring MDA and transmission assessment surveys

The total population in all IUs in a given country with evidence of LF endemicity is considered the population at risk and requiring MDA. The reduction in population requiring MDA is used as a tracer indicator for achieving the target 3.3 of the Sustainable Development Goals.¹⁰ According to country reports in 2016, the

Baisse du nombre de personnes nécessitant une AMM et enquêtes d'évaluation de la transmission

Dans un pays donné, la population considérée comme à risque et nécessitant une AMM est définie comme étant la population totale de toutes les UMO où l'endémicité de la FL a été démontrée. La baisse du nombre de personnes nécessitant une AMM sert d'indicateur de suivi de la réalisation de la cible 3.3 des objectifs de développement durable.¹⁰ Selon les rapports trans-

¹⁰ Sustainable development goals. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [web page]. United Nations (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>).

¹⁰ Sustainable development goals. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [web page]. United Nations (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>).

Table 2 **Mass drug administration (MDA) coverage for lymphatic filariasis elimination, by country, 2016**
 Tableau 2 **Administration massive de médicaments (AMM) afin d'éliminer la filiarose lymphatique, par pays, 2016**

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2016 – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM en 2016	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 2016 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2016	Proportion of implementation units achie- ving effective coverage (%) – 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 2016 – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2016	Reported no. of people treated in 2016 – Nbre notifié de personnes traitées en 2016	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National cove- rage (%) – Couverture nationale (%)
African – Afrique		371 249 222		1 987	1 450	77.5	290 524 987	211 126 258	73.0	72.7	56.9
	Angola	5 396 337	IA	44	3	0.0	117 656	46 196	6.8	39.3	0.9
	Benin – Bénin	2 990 390	IA	25	25	28.0	2 990 390	1 686 564	100.0	56.4	56.4
	Burkina Faso	8 582 194	IA	31	31	87.1	8 582 194	5 485 410	100.0	63.9	63.9
	Cameroon – Cameroun	16 968 062	IA	159	135	80.7	14 861 904	11 999 954	84.9	80.7	70.7
	Central African Republic – République centrafricaine	3 300 000	IA	8	4	0.0	1 056 617	517 336	50.0	49.0	15.7
	Chad – Tchad	3 181 835	IA	22	13	76.9	2 217 581	1 636 687	59.1	73.8	51.4
	Comoros – Comores	514 110	DA	3							
	Congo	962 668	IA	12	6	0.0	551 879	111 748	50.0	20.2	11.6
	Côte d'Ivoire	16 756 532	IA	61	61	100.0	16 756 532	12 245 009	100.0	73.1	73.1
	Democratic Republic of Congo – République démocratique du Congo	38 738 084	IA	242	113	93.8	19 945 451	15 779 496	46.7	79.1	40.7
	Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	420 000		15							
	Eritrea – Érythrée	69 634		2							
	Ethiopia – Éthiopie	5 752 504	IA	70	47	85.1	3 415 849	2 597 923	67.1	76.1	45.2
	Gabon	346 189		18	No MDA – Pas d'AMM						
	Ghana	1,790,480	IA	22	22	72.73	1,790,480	1,319,165	100.0	73.7	73.7
	Guinea – Guinée	7 161 619	IA	24	22	100.0	6 610 809	5 208 237	91.7	78.8	72.7
	Guinea-Bissau – Guinée Bissau	1 565 479	IA	109							
	Kenya	3 678 724	DA	23	23	47.8	3 678 724	2 209 274	100.0	60.1	60.1
	Liberia – Libéria	2 713 821	IA	13	13	53.9	2 713 821	2 005 547	100.0	73.9	73.9
	Madagascar	18 863 123	DA	98	61	52.5	12 432 961	8 299 638	62.2	66.8	44.0

Table 2 (continued) – Tableau 2 (suite)

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2016– Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM en 2016	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 2016 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2016	Proportion of implementation units achie- ving effective coverage (%) – 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 2016 – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2016	Reported no. of people treated in 2016 – Nbre notifié de personnes traitées en 2016	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National cove- rage (%) – Couverture nationale (%)
	Mali	18 343 000	IA	65	59	79.7	16 756 785	12 693 257	90.8	75.7	69.2
	Mozambique	20 180 229	IA	113	113	91.2	20 180 229	14 915 255	100.0	73.9	73.9
	Niger	10 886 864	IA	25	No MDA – Pas d'AMM						
	Nigeria – Nigéria	123 312 522	IA	516	443	64.6	98 937 995	66 581 876	85.9	67.3	54.0
	Sao Tome and Principe – Sao Tomé et Príncipe	188 134									
	Senegal – Sénégal	8 533 698	IA	50	50	82.0	8 533 698	6 089 986	100.0	71.4	71.4
	Sierra Leone	7 138 404	IA	14	14	100.0	7 138 404	5 592 547	100.0	78.3	78.3
	South Sudan – Soudan du Sud	1 659 558		11							
	Uganda – Ouganda	6 909 507	IA	21	21	95.2	6 909 507	4 991 601	100.0	72.2	72.2
	United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	15 369 614	IA	47	47	95.7	15 369 614	12 671 404	100.0	82.4	82.4
	Zambia – Zambie	11 298 337	DA	85	85	97.7	11 298 337	10 404 448	100.0	92.1	92.1
	Zimbabwe	7 677 570	DA	39	39	92.3	7 677 570	6 037 700	100.0	78.6	78.6
Americas – Amériques		7 819 845		43	37	48.6	7 582 921	4 110 553	86.0	54.2	52.6
	Brazil – Brésil	13 902	D	1	1	100.0	13 902	9 492	100.0	68.3	68.3
	Dominican Republic – République dominicaine	71 586	DA	5	5	100.0	71 586	55 733	100.0	77.9	77.9
	Guyana – Guyane	719 312	DA	9	4	25.0	509 160	277 227	44.4	54.4	38.5
	Haiti – Haïti	7 015 045	DA	28	27	40.7	6 988 273	3 768 101	96.4	53.9	53.7
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		13 393 890		96	12	0.0	2 982 383	921 947	12.5	30.9	6.9
	Sudan – Soudan	13 393 890	IA	96	12	0.0	2 982 383	921 947	12.5	30.9	6.9
South-East Asia – Asie du Sud-Est		449 267 583		402	365	88.9	359 353 788	272 901 567	90.8	75.9	60.7
	India – Inde	337 024 378	DA	130	100	90.0	253 138 418	187 492 171	76.9	74.1	55.6
	Indonesia – Indonésie	61 617 614	DA	187	181	90.6	56 220 879	43 783 064	96.8	77.9	71.1

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2016 – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM en 2016	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 2016 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2016	Proportion of implementation units achie- ving effective coverage (%) – 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 2016 – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2016	Reported no. of people treated in 2016 – Nbre notifié de personnes traitées en 2016	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
	Myanmar	36 023 429	DA	36	36	94.4	36 023 429	31 867 477	100.0	88.5	88.5
	Nepal – Népal	13 434 920	DA	36	35	80.0	12 803 820	8 980 509	97.2	70.1	66.8
	Timor-Leste	1 167 242	DA	13	13	69.2	1 167 242	778 346	100.0	66.7	66.7
Western Pacific – Pacifique occidental		14 668 919		87	33	84.8	8 928 449	6 493 267	37.9	72.7	44.3
	Brunei Darussalam – Brunéi Darussalam	9 239	DA								
	Fiji – Fidji	55 340	DA	3	No MDA – Pas d'AMM						
	French Polynesia – Polynésie française	136 690	DA	6	6	66.7	136 690	84 275	100.0	61.7	61.7
	Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	153 023	DA	1	1	100.0	153 023	135 079	100.0	88.3	88.3
	Malaysia – Malaisie	120 318	DA	14	14	100.0	120 318	108 695	100.0	90.3	90.3
	Micronesia (Federated States of) – Micronésie (États fédérés de)	51 744	DA	1	1	0.0	51 744	13 558	100.0	26.2	26.2
	New Caledonia – Nouvelle Calédonie	12 378		1							
	Papua New Guinea – Papouasie- Nouvelle-Guinée	5 602 188	DA	49							
	Philippines	8 455 892	DA	10	10	80.0	8 455 892	6 143 845	100.0	72.7	72.7
	Samoa	61 325	DA	1	No MDA – Pas d'AMM						
	Tuvalu	10 782	DA	1	1	100.0	10 782	7 815	100.0	72.5	72.5
Total		856 399 459		2 615	1 897	78.9	669 372 528	495 553 592	72.5	74.0	57.9

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

^a Countries where mapping is ongoing and number of implementation units requiring MDA includes units with uncertain status. – Les pays dans lesquels la cartographie des maladies est en cours et le nombre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM comportent des unités avec un statut incertain.

number of people requiring MDA has decreased from 1.410 billion in 2011 to 856.4 million. The population in an IU is considered no longer to require MDA once transmission assessment surveys (TAS) have passed, meaning the number of children testing positive for LF infection was less than the allowed critical cut-off value (a number reflecting the prevalence below which transmission cannot be sustained). A failed TAS indicates persistent transmission after MDA.

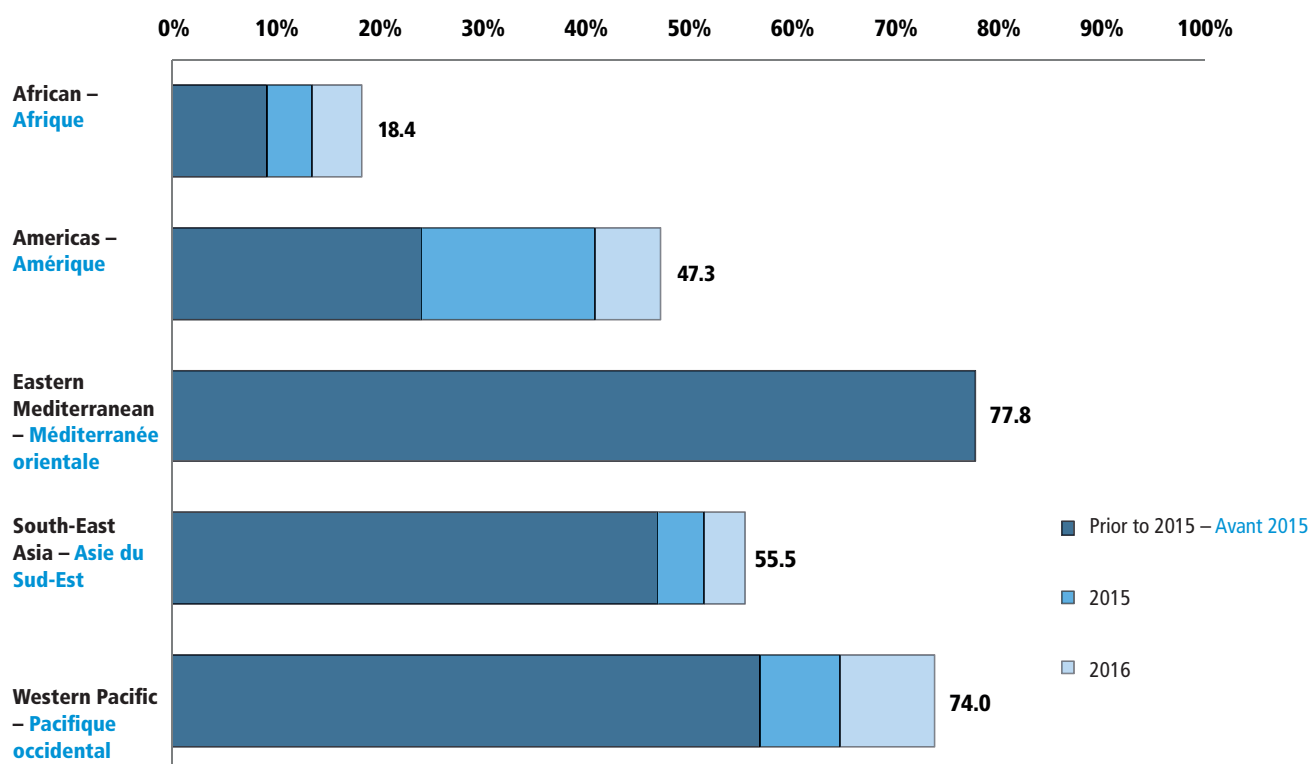
Based on reported TAS results to date, a total of 499.4 million persons no longer require treatment. In 2016 TAS were implemented in 23 countries covering 444 IUs (200 IUs in TAS1, 218 IUs in TAS2, and 26 IUs in TAS3). To date, 1 093 TAS have been implemented with an overall pass rate of 91.9%. In 2016, 89.5% (282 out of 315) of evaluation units passed TAS. American Samoa, India, Malaysia, Myanmar, Philippines and United Republic of Tanzania experienced failed TAS in 2016. *Figure 1* shows the cumulative proportion of known endemic IUs by region that have completed TAS and no longer require MDA. Some countries implemented both MDA and TAS in the same IUs in 2016. Such IUs were considered as no longer requiring MDA in *Figure 1*.

mis par les pays en 2016, le nombre de personnes nécessitant une AMM a régressé, passant de 1,410 milliard en 2011 à 856,4 millions. On considère que la population d'une UMO n'a plus besoin d'AMM lorsque les enquêtes d'évaluation de la transmission (TAS) donnent des résultats concluants, c'est-à-dire que le nombre d'enfants positifs pour la FL est inférieur au seuil critique établi (correspondant à une prévalence en deçà de laquelle la transmission ne peut plus se poursuivre). Une enquête TAS non concluante indique une persistance de la transmission après l'AMM.

Selon les résultats des enquêtes TAS communiqués à ce jour, le nombre total de personnes ne nécessitant plus de traitement se chiffre à 499,4 millions. En 2016, des enquêtes TAS ont été réalisées dans 23 pays, couvrant 444 UMO (200 UMO pour la TAS1, 218 pour la TAS2 et 26 pour la TAS3). À ce jour, 1093 enquêtes TAS ont été mises en œuvre, avec un taux global de réussite de 91,9%. En 2016, les enquêtes TAS ont été concluantes dans 89,5% (282 sur 315) des unités évaluées. L'Inde, la Malaisie, le Myanmar, les Philippines, la République-Unie de Tanzanie et les Samoa américaines ont obtenu des résultats insatisfaisants aux TAS menées en 2016. La *Figure 1* illustre la proportion cumulée d'UMO d'endémie dans lesquelles une enquête TAS a été menée à bien et une AMM n'est plus requise, par Région. Certains pays ont mené à la fois des campagnes d'AMM et des enquêtes TAS dans les mêmes UMO en 2016. Dans la *Figure 1*, ces UMO sont considérées comme ne nécessitant plus d'AMM.

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

Figure 1 **Pourcentage cumulé des unités de mise en œuvre (UMO) connues comme étant d'endémie qui ont effectué des enquêtes d'évaluation de la transmission (TAS) et n'ont plus besoin d'AMM***



* Percent of all known endemic IUs 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.

Care for patients with LF-related chronic diseases

MDA delivered during the first 13 years of GPELF was estimated to have either cured or prevented up to 96 million new cases of LF.¹¹ However, as many as 36 million cases of hydrocoele and lymphoedema remain and in these patients, basic health-care services are required for MMDP to alleviate suffering and prevent further progression of disease. The following basic 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.¹² The ultimate goal is 100% geographical coverage of the basic package of care available in all IUs with known patients.

Data reported to WHO concerning MMDP are summarised in Table 3. Updated MMDP data was available for 10 countries. An additional 5 countries reported for the first time in 2016 increasing the number to 46 countries for which some MMDP data is available. Reported patient numbers are not considered global burden. Data are not available for 26 countries and data from reporting countries may include only a subset of IUs using methodology subject to inadequate case detection. Countries are encouraged to continue reporting progress with patient care in the PC Epidemiological Data Reporting Form nationally and by IU as requested in the dossier for validation.¹³

The lack of reporting on MMDP is concerning. LF is a reportable disease in most endemic countries and should be captured in a health information system. Either programmes are implementing the basic package of care while unaware that MMDP should be monitored or programmes are not implementing this second pillar of GPELF. Because manifestations associated with LF are chronic conditions, care must be continued throughout patients' lives. This care must be a sustainable

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

On estime que les campagnes d'AMM menées au cours des 13 premières années du programme GPELF ont permis de guérir ou de prévenir jusqu'à 96 millions de nouveaux cas de FL.¹¹ Toutefois, on compte toujours près de 36 millions de cas d'hydrocèle et de lymphœdème et, chez ces patients, des soins de base sont nécessaires pour la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités (PMPI) afin de soulager la souffrance des malades et d'empêcher la progression de la maladie. Les patients doivent avoir accès à un ensemble de base de soins recommandés: traitement chirurgical 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.¹² L'objectif ultime est de parvenir à une couverture géographique de 100% de cet ensemble de soins de base dans toutes les UMO où se trouvent des patients atteints de FL.

Les données communiquées à l'OMS concernant la PMPI sont résumées dans le Tableau 3. Des données actualisées étaient disponibles pour 10 pays. Cinq pays ont soumis des rapports pour la première fois en 2016, portant à 46 le nombre de pays pour lesquels des données sur la PMPI sont disponibles. Le nombre de patients signalé ne peut être considéré comme représentant la charge mondiale de la maladie, d'une part parce qu'il y a 26 pays pour lesquels on ne dispose pas de données, et d'autre part parce qu'il peut arriver que les données communiquées par les pays ne proviennent que d'un sous-ensemble d'UMO ou reposent sur une méthodologie sujette à une détection inadéquate des cas. Les pays sont invités à continuer de rendre compte de leurs progrès en matière de prise en charge en remplissant le formulaire de déclaration des données épidémiologiques de chimioprévention, au niveau national et au niveau des UMO, lequel est requis pour le dossier de validation.¹³

L'insuffisance des rapports sur la PMPI est préoccupante. Dans la plupart des pays d'endémie, la FL est une maladie à déclaration obligatoire et les données correspondantes devraient être saisies dans un système d'information sanitaire. Soit les programmes dispensent bien l'ensemble de soins de base requis, mais sans être conscients de la nécessité de surveiller les données relatives à la PMPI, soit ils n'ont pas procédé à la mise en œuvre de ce second pilier du GPELF. Comme les manifestations liées à la FL sont des affections chroniques, les patients

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_26215

