

Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2014

Introduction

Lymphatic filariasis (LF) is targeted for global elimination as a public health problem by 2020.¹ This disease is caused by infection with 3 species of filarial parasites, *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* and *B. timori*, which are transmitted from person to person by mosquitoes. Hydrocoele, lymphoedema and elephantiasis are the overt, chronic disabling consequences observed in patients with these damaging parasitic infections of the lymphatic vessels.

The Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (GPELF) was launched in 2000, aiming to stop the spread of infection and alleviate suffering. Mass drug administration (MDA) is the recommended preventive chemotherapy (PC) strategy of delivering safe, anthelmintic drugs to populations at risk of LF to prevent morbidity due to infection and interrupt transmission. MDA for LF generally involves annual provision of a combined dose of medications to all eligible persons living in all endemic areas for at least 5 years. Treatments delivered during MDA reduce the density of parasites circulating in the blood of infected persons and the prevalence of infection in the community to such low levels that transmission cannot be sustained and new infections eventually cease. When the level of infection has been reduced to below target thresholds, MDA is considered no longer required.²

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION**
Geneva

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ**
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 346.–

09.2015
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2014

Introduction

Le monde s'est fixé l'objectif d'éliminer la filariose lymphatique (FL) en tant que problème de santé publique à l'échelle mondiale à l'horizon 2020.¹ Cette maladie résulte de l'infestation par 3 espèces de filaires parasites, *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* et *B. timori*, transmises d'une personne à l'autre par les moustiques. L'hydrocèle, le lymphœdème et l'éléphantiasis sont les conséquences manifestes, chroniques et incapacitantes qui ont été observées chez les patients atteints de ces infestations parasitaires des vaisseaux lymphatiques.

Le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (GPELF), qui vise à mettre un terme à la propagation de la maladie et à la souffrance qu'elle engendre, a vu le jour en 2000. La stratégie de chimioprévention préconisée est l'administration massive de médicaments (AMM) antihelminthiques sûrs aux populations exposées au risque onchocercarien et dont l'objectif est de réduire la morbidité due à l'infection pour interrompre la transmission. L'AMM contre la FL consiste généralement à administrer chaque année, pendant au moins 5 ans, une association de médicaments en dose unique à toutes les personnes remplissant les conditions fixées et vivant dans les zones d'endémie. Les traitements dispensés lors d'une AMM préviennent les nouvelles infections, réduisent la densité de parasites circulant dans le sang des personnes infectées et abaissent la prévalence de la maladie dans la communauté à un niveau si faible que la transmission ne peut se poursuivre, se traduisant à terme par une absence de nouvelles infections. Lorsque la prévalence de l'infection tombe en dessous du seuil cible fixé, l'AMM n'est plus jugée nécessaire.²

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

² *Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration for eliminating lymphatic filariasis: a manual for national elimination programmes*. Geneva, World Health Organization, 2011. Available at <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44580>, accessed August 2015.

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

² *Suivi et évaluation épidémiologique du traitement médicamenteux de masse dans le cadre du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: manuel à l'intention des programmes nationaux d'élimination*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. Disponible sur <http://apps.who.int/iris/handle/10665/85616>, consulté en août 2015.

At GPELF inception, it was estimated that 120 million people were infected, of which 40 million suffered from overt disease. A recent estimation of the impact of MDA during the past 13 years suggests >96.71 million cases were prevented or cured, yet as many as 36 million cases of hydrocoele and lymphoedema remain.³ In these patients a basic package of recommended health-care services is required for morbidity management and disability prevention (MMDP) to alleviate suffering and prevent further progression of disease.⁴ LF has remained highly neglected due to perceived low burden of disease, lack of prioritisation and domestic investment despite estimated economic benefits exceeding US\$ 24 billion in the first 8 years of the programme.⁵ The annual investment target to support full implementation of MDA in all countries where required for the next 5 years is US\$ 154 million, falling rapidly as MDA is stopped.⁶

Status and achievements of MDA

In 2014, 73 countries were considered to be endemic, of which 18 countries have already progressed to the surveillance phase, with 55 countries continuing to require MDA. Eleven countries have not yet started MDA and have not reported epidemiological evidence indicating that MDA is not required. MDA has been implemented in only a fraction of the endemic implementation units (IUs, the administration unit at which the programme is implemented) in 23 countries, while 21 countries have been able to deliver at least one round of MDA in every endemic IU (100% geographical coverage). Those countries that have not yet achieved 100% geographical coverage with MDA are considered not to be on track to eliminate LF as a public health problem. In the 18 countries where surveillance is ongoing to assess whether the elimination targets have been achieved, targeted treatments may be delivered in response to surveillance data and will be reported as such.

Since 2000, a cumulative total of 5.62 billion treatments have been delivered to >1 billion people at least once. During the year 2014, national programmes planned to deliver medicines to 793.5 million people during MDA and according to the data reported to WHO by August 2015, treated 559.3 million for a reported coverage of 70.5%. An estimated 39.1 million preschool-aged children (2–4 years of age) and 138.8 million school-aged children (5–14 years of age) were treated. All of these children received 400 mg albendazole and 46 million school-aged children received ivermectin (150–200 mcg/kg), both medicines effective for the treatment of

Lorsque le Programme GPELF a été établi, on estimait que 120 millions de personnes étaient infectées, dont 40 millions souffrant d'une maladie manifeste. Selon une récente estimation, >96,71 millions de cas auraient été prévenus ou guéris grâce à l'AMM au cours des 13 dernières années. Cependant, près de 36 millions de cas d'hydrocèle et de lymphoedème persistent.³ Chez ces patients, il importe de recourir à un ensemble de soins de base recommandés pour la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités afin de soulager la souffrance des malades et d'éviter que la maladie ne progresse davantage.⁴ La FL reste en grande partie négligée car elle est perçue comme ne présentant qu'une faible charge de morbidité et souffre d'un manque d'attention et d'investissements nationaux malgré les avantages économiques estimés à >US\$ 24 milliards générés par les 8 premières années du programme.⁵ Au cours des 5 prochaines années, les investissements requis pour mettre pleinement en œuvre les campagnes d'AMM dans tous les pays concernés s'élèveront à US\$ 154 millions par an, ce chiffre chutant rapidement à mesure que ces AMM prendront fin.⁶

Situation et réalisations des campagnes d'AMM

En 2014, parmi les 73 pays où la FL était considérée comme endémique, 18 avaient déjà progressé jusqu'à la phase de surveillance et 55 exigeaient encore une AMM. Onze pays n'avaient pas encore lancé de campagne d'AMM, sans pour autant communiquer de données épidémiologiques montrant que l'AMM n'était pas requise. Dans 23 pays, l'AMM n'a été assurée que dans certaines unités de mise en œuvre (unités administratives au niveau desquelles le programme est mis en œuvre) où la FL était endémique, tandis que 21 autres pays sont parvenus à mener au moins une campagne d'AMM dans chaque unité de mise en œuvre touchée par l'endémie (couverture géographique de 100%). Les pays où la couverture géographique de l'AMM n'est pas encore de 100% sont considérés comme ayant pris du retard par rapport à la progression prévue dans le programme d'élimination de la FL. Dans les 18 pays ayant entamé une surveillance pour déterminer si les cibles d'élimination sont atteintes, des traitements ciblés pourraient être dispensés au vu des données de surveillance: ils seraient alors notifiés comme tels.

Depuis 2000, un total cumulé de 5,62 milliards de traitements ont été administrés à >1 milliard de personnes. Pour l'année 2014, les programmes nationaux avaient prévu d'administrer des médicaments à 793,8 millions de personnes dans le cadre de l'AMM: selon les données communiquées à l'OMS en août 2015, 559,3 millions de personnes ont été traitées, moyennant une couverture de 70,5%. Selon les estimations, 25,2 millions d'enfants d'âge préscolaire (2-4 ans) et 129,9 millions d'enfants d'âge scolaire (5-14 ans) ont été traités. Ces enfants ont tous reçu 400 mg d'albendazole, avec 46 millions d'enfants d'âge scolaire recevant en outre de l'ivermectine (150-200 µg/kg): il s'agit de 2 médicaments efficaces dans le traitement des helmin-

³ Ramaiah KD, Ottesen EA. 2014 Progress and impact of 13 years of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis on reducing the burden of filarial disease. *PLoS Negl Trop Dis* 8(11): e3319.

⁴ WHO position statement: Managing morbidity and preventing disability in the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis WHO/HTM/NTD/PCT/2011.8

⁵ Chu BK et al. The economic benefits resulting from the first 8 years of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (2000-2007). *PLoS Negl Trop Dis* 2010;4:e708, doi:10.1371/journal.pntd.0000708.

⁶ Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases: third WHO report on neglected diseases. Geneva, World Health Organization, 2015.

³ Ramaiah KD, Ottesen EA. 2014 Progress and impact of 13 years of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis on reducing the burden of filarial disease. *PLoS Negl Trop Dis* 8(11): e3319.

⁴ WHO position statement: Managing morbidity and preventing disability in the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis WHO/HTM/NTD/PCT/2011.8.

⁵ Chu BK et al. The economic benefits resulting from the first 8 years of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (2000-2007). *PLoS Negl Trop Dis* 2010;4:e708, doi:10.1371/journal.pntd.0000708.

⁶ Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases: third WHO report on neglected diseases. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

common intestinal helminth infections. A report from one country (Tuvalu) is still awaited. Latest updates are available in the PCT databank.⁷ Looking ahead, 39 countries requested medicines for treating about 650 million people in 2015.

Reduced population requiring preventive chemotherapy

The population considered at risk and requiring PC, to eliminate LF in a country is estimated as the total population in all IUs in the given country with evidence of LF endemicity where MDA has not been initiated or is ongoing, and that have not carried out transmission assessment surveys (TAS) to indicate whether MDA can be stopped. With completion of recent surveys to assess endemicity in Bangladesh, the Democratic Republic of the Congo, Ethiopia, Eritrea and United Republic of Tanzania, the endemicity classification of districts has been refined, resulting in a reduction of 93.2 million in the population considered to require MDA. Once a national programme officially reports to WHO that MDA has been discontinued in a district after completion of the TAS, indicating infection levels below target thresholds, the population of the district is no longer considered to require MDA. By 2014 the population requiring MDA has reduced by 314.7 million where MDA is no longer required. As a consequence of both mapping and TAS, the number of people considered to require MDA has decreased from the highest estimate of 1.410 billion in 2011 to 1.103 billion in 2014.

Progress with TAS implementation

TAS is a standardized decision-making tool recommended prior to stopping MDA (TAS1) and after stopping MDA to confirm whether infection has been sustained below elimination thresholds (TAS2 and TAS3). Before implementing TAS1 in any evaluation unit, a programme must achieve $\geq 65\%$ coverage in ≥ 5 MDA rounds and demonstrate $<1\%$ microfilaraemia or $<2\%$ antigenaemia in each sentinel and spot-check site evaluated. Efficacy of MDA in stopping the spread of infection is evidenced by the continued progress of countries in demonstrating eligibility and in implementing TAS1 successfully prior to stopping MDA. There are 46 countries that have completed 5 or more MDA rounds and implemented surveys to allow cessation of MDA in at least one IU. In 2014 TAS1 has been implemented in 168 IUs. *Figure 1* shows the proportion of known endemic IUs by regional programme that have completed TAS1 and no longer require MDA. Any IU that stopped MDA based on impact evaluation surveys in accordance with previous WHO global or regional guidelines prior to the development of TAS are recognised.

thiases intestinales courantes. Un pays (Tuvalu) n'a pas encore transmis son rapport. Les dernières données mises à jour sont disponibles dans la banque de données PCT.⁷ Pour l'avenir immédiat, 39 pays ont demandé des médicaments pour traiter environ 650 millions personnes en 2015.

Baisse du nombre de personnes ayant besoin d'une chimioprévention

Dans un pays donné, la population considérée comme à risque et nécessitant une chimioprévention pour éliminer la FL, est calculée comme étant la population totale de toutes les unités de mise en œuvre du pays dans lesquelles l'endémicité de la FL a été démontrée, où l'AMM est en cours ou n'a pas encore commencé, et où aucune enquête d'évaluation de la transmission n'a été menée pour déterminer si l'AMM peut être arrêtée. Les enquêtes menées récemment pour évaluer l'endémicité de la FL au Bangladesh, en Éthiopie, en Érythrée, en République démocratique du Congo et en République-Unie de Tanzanie ont permis d'affiner la classification des districts en termes d'endémicité, entraînant une baisse de 118 millions du nombre de personnes considérées comme nécessitant une AMM. Lorsqu'un programme national déclare officiellement à l'OMS que l'AMM a cessé dans un district donné, suite à une enquête d'évaluation de la transmission ayant montré que la prévalence de l'infection est inférieure au seuil ciblé, ce district n'est plus pris en compte dans l'estimation de la population ayant besoin d'une AMM. En 2014, la population nécessitant l'AMM a diminué de 314,7 millions là où elle n'est plus requise. Grâce aux enquêtes de cartographie et d'évaluation de la transmission, le nombre de personnes pour lesquelles une AMM est requise a diminué, passant de son niveau le plus élevé, estimé à 1,41 milliard de personnes en 2011, à 1,11 milliard de personnes en 2014.

Progrès accomplis dans la réalisation des enquêtes d'évaluation de la transmission

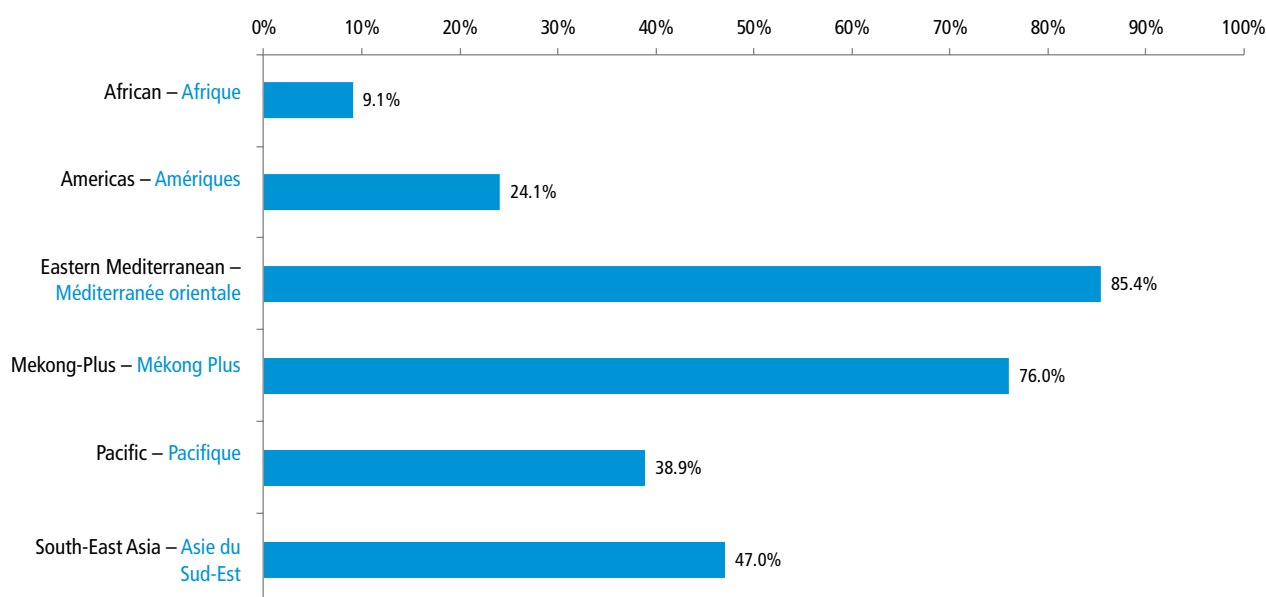
Les enquêtes d'évaluation de la transmission (TAS) constituent un outil décisionnel normalisé dont l'utilisation est recommandée avant l'arrêt d'une AMM (TAS1) et après l'arrêt d'une AMM pour confirmer que la prévalence de l'infection est demeurée inférieure aux seuils d'élimination (TAS2 et TAS3). Avant qu'une enquête TAS1 ne soit menée dans une unité d'évaluation, le programme doit parvenir à une couverture $\geq 65\%$ dans le cadre de ≥ 5 campagnes d'AMM, avec une prévalence $<1\%$ de la microfilarémie ou $<2\%$ de l'antigénémie dans tous les sites sentinelles ou sites de vérification ponctuelle évalués. Les progrès enregistrés dans de nombreux pays, qui sont parvenus à remplir les conditions fixées et à mener à bon terme les enquêtes TAS1 avant d'arrêter l'AMM, témoignent de l'efficacité de l'AMM pour interrompre la propagation de l'infection. En tout, 46 pays ont réussi à mener au moins 5 campagnes d'AMM, ainsi qu'à réaliser des enquêtes menant à l'arrêt de l'AMM dans au moins une unité de mise en œuvre. En 2014, 168 unités de mise en œuvre ont fait l'objet d'enquêtes TAS1. La *Figure 1* illustre la proportion d'unités de mise en œuvre, par programme régional, ayant complété l'enquête TAS1 et n'ayant plus besoin d'une AMM. Elle tient compte des unités de mise en œuvre qui ont cessé l'AMM suite à des enquêtes d'évaluation de l'impact menées conformément aux lignes directrices mondiales ou régionales de l'OMS qui prévalaient avant la mise au point des enquêtes TAS.

⁷ Preventive chemotherapy and transmission control databank: lymphatic filariasis. Geneva, World Health Organization, 2013. Available at http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/lf/en/index.html, accessed August 2015.

⁷ Preventive chemotherapy and transmission control databank: lymphatic filariasis. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. Disponible sur http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/lf/en/index.html, consulté en août 2015.

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

Figure 1 **Proportion d'unités de mise en œuvre ayant complété l'enquête d'évaluation de la transmission et n'ayant plus besoin d'une administration massive de médicaments (AMM)***



* Percent of all known endemic IUs in countries within the regional programme 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 d'unités de mise en œuvre dans les pays faisant partie du programme régional ayant complété l'enquête TAS1 ou de précédentes enquêtes sur l'interruption de l'AMM et satisfaisant aux critères visant à interrompre l'AMM. Les unités de mise en œuvre situées dans des zones dont on ne connaît pas le taux d'endémicité ne sont pas incluses.

Map 1 shows the status of MDA in 2014 for all countries where lymphatic filariasis is considered endemic.

Table 1 provides details of the number of IUs included in MDA programmes, the population covered in IUs, and the number of people treated in different countries in 2014.

Table 2 summarizes MDA implemented for LF by WHO Region in 2014.

African Region

Notable progress is being made in the 35 endemic countries in this Region. MDA has been implemented at least partially in 25 countries, but urgent scale-up of MDA is required to meet elimination targets. A total of 467 surveys to map endemicity of LF were completed in 9 countries and endemicity data was reported from 4 of these countries. Survey results from the remaining 5 mapped countries are awaited. Mapping surveys completed in Ethiopia and Democratic Republic of the Congo have reduced significantly the population estimated to require MDA. After re-surveying endemic districts that never started MDA, United Republic of Tanzania re-classified 63 districts as non-endemic and the population requiring MDA was reduced by 13.4 million. The total population requiring MDA in this Region is 409.7 million. Based on data reported from 20 countries, 148.8 million people were treated out of 176.5 million targeted indicating a steady increase in

La Carte 1 illustre la situation des campagnes d'AMM en 2014 dans tous les pays où la filariose lymphatique est considérée comme endémique.

Le Tableau 1 présente le nombre d'unités de mise en œuvre incluses dans les programmes d'AMM, la population couverte dans ces unités et le nombre de personnes traitées dans les différents pays en 2014.

Le Tableau 2 fait le point sur les AMM mises en œuvre contre la FL en 2014, par région OMS.

Région africaine

Les 35 pays d'endémie de la région ont enregistré des progrès conséquents. Des campagnes d'AMM ont été menées, au moins en partie, dans 25 pays. Une intensification de ces campagnes est toutefois nécessaire de toute urgence pour atteindre les cibles fixées en vue de l'élimination de la FL. En tout, 467 enquêtes visant à cartographier l'endémicité de la FL ont été menées dans 9 pays. Les données d'endémicité issues de ces enquêtes ont été communiquées par 4 de ces pays et sont attendues pour les 5 autres. Les enquêtes de cartographie réalisées en Éthiopie et en République démocratique du Congo se sont traduites par une baisse considérable de la population considérée comme nécessitant une AMM. Après avoir effectué une nouvelle enquête dans les districts d'endémie où l'AMM n'avait jamais commencé, la République-Unie de Tanzanie a reclassé 63 districts, les faisant passer dans la catégorie des districts de non endémie, la population nécessitant une AMM se trouvant ainsi réduite de 13,4 millions de personnes. Dans l'ensemble de la région, la population totale ayant besoin d'une AMM s'élève à 419,3 millions de

Map 1 **Countries where lymphatic filariasis is endemic and status of mass drug administration (MDA) in those countries, 2014**
 Carte 1 **Pays où la filariose lymphatique est endémique et situation de l'administration massive de médicaments (AMM) en 2014**

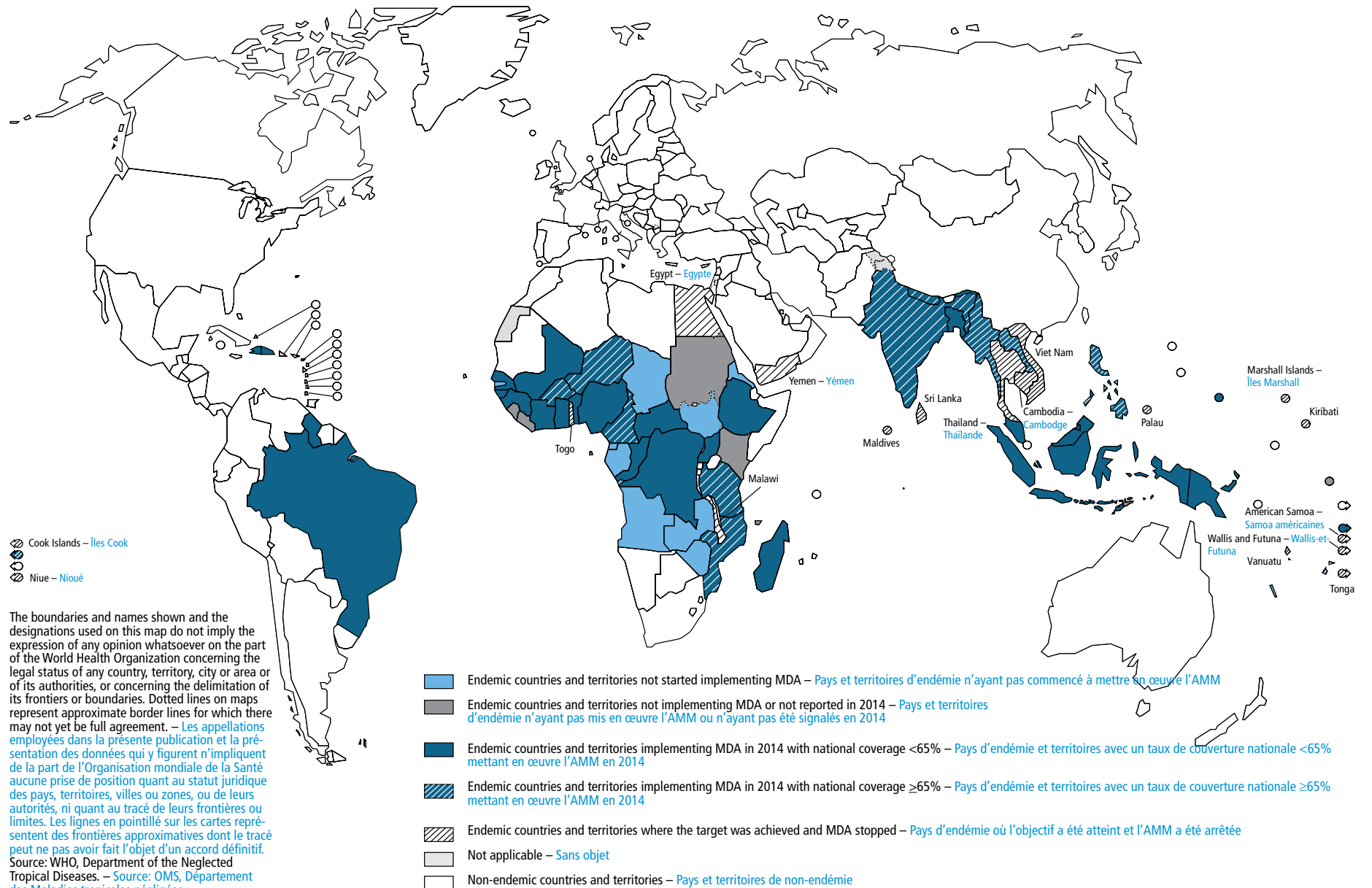


Table 1 Mass drug administration (MDA) for lymphatic filariasis by WHO region or regional programme review group, 2014

Tableau 1 Administration massive de médicaments (AMM) contre la filariose lymphatique par Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme, 2014

WHO region or regional programme review group – Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme	Country – Pays	Total population requiring MDA – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM	Status of MDA – Etat de l'AMM	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre ayant besoin de l'AMM	No. of implementation units delivering MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM	Total population targeted by MDA – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre	Reported no. of people treated – Nbre notifié de personnes traitées	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Reported coverage (%) ^a – Couverture notifiée (%) ^a	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
African – Afrique		409 730 326			2 019	1 186	176 465 257	148 779 904	58.7	84.3	36.3
	Angola	12 090 000	Not started – Pas commencée	IA	12	0					
	Benin – Bénin	3 767 037	Ongoing – En cours	IA	27	25	2 182 998	1 273 314	92.6	58.3	33.8
	Burkina Faso	11 650 319	Ongoing – En cours	IA	41	41	8 104 933	8 202 072	100.0	101.2	70.4
	Cameroon – Cameroun	15 998 796	Ongoing – En cours	IA	159	132	11 431 502	10 579 526	83.0	92.5	66.1
	Central African Republic – République centrafricaine	3 300 000	Ongoing – En cours	IA	8	4	306 310	242 741	50.0	79.2	7.4
	Chad – Tchad	7 270 000	Not started – Pas commencée	IA							
	Comoros – Comores	514 110	No MDA – Pas d'AMM	DA	3	0					
	Congo	2 600 000	Ongoing – En cours	IA	10	5	126 363	104 152	50.0	82.4	4.0
	Cote d'Ivoire	17 385 022	Ongoing – En cours	IA	61	33	7 447 421	5 793 572	54.1	77.8	33.3
	Democratic Republic of Congo – République démocratique du Congo	37 012 273	Ongoing – En cours	IA	230	71	7 996 046	7 673 271	30.9	96.0	20.7
	Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	420 000	Not started – Pas commencée	IA	15	0					
	Eritrea – Erythrée	87 250	Not started – Pas commencée	DA	2	0					
	Ethiopia – Ethiopie	10 994 709	Ongoing – En cours	IA	113	33	1 697 049	1 475 387	29.2	86.9	13.4
	Gabon	1 290 600	Not started – Pas commencée	IA	7	0					
	Gambia – Gambie	1 200 000	Not started – Pas commencée	DA	8	0					
	Ghana	12 602 196	Ongoing – En cours	IA	93	93	10 081 748	8 126 475	100.0	80.6	64.5
	Guinea – Guinée	6 067 135	Ongoing – En cours	IA	24	4	1 145 792	956 726	16.7	83.5	15.8
	Guinea-Bissau – Guinée Bissau	1 668 680	Ongoing – En cours	IA	116	33	399 237	294 761	28.4	73.8	17.7
	Kenya	3 603 390	No MDA – Pas d'AMM	DA	12	0					
	Liberia – Libéria	2 938 370	No MDA – Pas d'AMM	IA	13	0					
	Madagascar	18 349 339	Ongoing – En cours	DA	98	61	11 964 434	8 784 209	62.2	73.4	47.9
	Malawi		Surveillance	IA							
	Mali	17 092 155	Ongoing – En cours	IA	61	13	1 541 568	1 445 937	21.3	93.8	8.5
	Mozambique	18 218 250	Ongoing – En cours	IA	104	104	14 392 416	13 976 842	100.0	97.1	76.7

Table 1 (continued) – Tableau 1 (suite)

WHO region or regional programme review group – Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme	Country – Pays	Total population requiring MDA – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM	Status of MDA – Etat de l'AMM	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre ayant besoin de l'AMM	No. of implementation units delivering MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM	Total population targeted by MDA – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre	Reported no. of people treated – Nbre notifié de personnes traitées	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Reported coverage (%) ^a – Couverture notifiée (%) ^a	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
	Niger	10 236 777	Ongoing – En cours	IA	28	28	8 189 428	7 165 277	100.0	87.5	70.0
	Nigeria – Nigéria	119 839 648	Ongoing – En cours	IA	547	354	56 438 928	42 725 649	64.7	75.7	35.7
	Sao Tome and Principe – Sao Tomé et Príncipe	194 850	Not started – Pas commencée	DA							
	Senegal – Sénégal	8 351 297	Ongoing – En cours	IA	50	6	944 057	662 895	12.0	70.2	7.9
	Sierra Leone	6 820 160	No MDA – Pas d'AMM	IA	14	0					
	South Sudan – Soudan du Sud	1 659 558	Not started – Pas commencée	IA	11	0					
	Togo		Surveillance	IA							
	Uganda – Ouganda	13 976 113	Ongoing – En cours	IA	54	48	11 184 941	7 633 180	88.9	68.2	54.6
	United Republic of Tanzania - Mainland – République-Unie de Tanzanie - Mainland	26 530 192	Ongoing – En cours	IA	97	97	19 667 986	20 648 354	100.0	105.0	77.8
	United Republic of Tanzania - Zanzibar – République-Unie de Tanzanie - Zanzibard	1 222 100	Ongoing – En cours	DA	1	1	1 222 100	1 015 564	100.0	83.1	83.1
	Zambia – Zambie	8 780 000	Not started – Pas commencée	DA							
	Zimbabwe	6 000 000	Not started – Pas commencée	DA							
Americas – Amériques		12 603 867			159	86	7 939 204	5 771 615	54.8	72.7	45.8
	Brazil – Brésil	311 451	Ongoing – En cours	D	4	2		15 468	50.0		5.0
	Dominican Republic – République dominicaine	217 756	Ongoing – En cours	DA	5	5		52 854	100.0		24.3
	Guyana – Guyane	715 939	Ongoing – En cours	DA	10	2	331 226	234 269	20.0	70.7	32.7
	Haiti – Haïti	11 358 721	Ongoing – En cours	DA	140	77	7 607 978	5 469 024	55.0	71.9	48.1
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		19 893 779		30	0						
	Egypt – Egypte		Surveillance	DA							
	Sudan – Soudan	19,893,779	No MDA – Pas d'AMM	IA	30	0					
	Yemen – Yémen		Surveillance	IA							
Mekong-Plus – Mékong Plus		22 686 373			43	30	20 541 263	15 123 904	69.8	73.6	66.7
	Brunei Darussalam	9 239	Ongoing – En cours	DA	3	3	7 862	5 626	100.0	71.6	60.9
	Cambodia – Cambodge		Surveillance	DA							
	Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	137 089	Ongoing – En cours	DA	1	1	137 089	121 019	100.0	88.3	88.3
	Malaysia – Malaisie	660 208	Ongoing – En cours	DA	17	4	52 438	47 644	23.5	90.9	7.2
	Philippines	21 879 837	Ongoing – En cours	DA	22	22	20 343 874	14 949 615	100.0	73.5	68.3
	Viet Nam		Surveillance	DA							

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_27320

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：



	Total population requiring MDA – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM	Status of MDA – Etat de l'AMM	Medicine used during MDA – Médi- caments employés dans les campagnes d'AMM	No. of imple- mentation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre ayant besoin de l'AMM	No. of imple- mentation units delivering MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM	Total popula- tion targeted by MDA – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre	Reported no. of people treated – Nbre notifié de personnes traitées	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Reported coverage (%) ^a – Couverture notifiée (%) ^a	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
5 – je	6 180 704			23	8	584 078	417 718	34.8	71.5	6.8
es		Surveillance	DA							
		Surveillance	DA							
	56 880	Ongoing – En cours	DA	2	2	56 880	42 112	100.0	74.0	74.0
e	264 625	Ongoing – En cours	DA	1	1	258 115	195 023	100.0	75.6	73.7
		Surveillance	DA							
		Surveillance	DA							
	51 744	Ongoing – En cours	DA	1	1	51 744	14 695	100.0	28.4	28.4
	12 378	Not started – Pas commencée	DA	1						
		Surveillance	DA							
		Surveillance	DA							
velle-	5 602 188	Ongoing – En cours	DA	16	2	156 014	121 734	12.5	78.0	2.2
	182 052	Ongoing – En cours	DA	1	1	61 325	44 154	100.0	72.0	24.3
		Surveillance	DA							
	10 837	Data awaited – Données en attente	DA	1	1					
		Surveillance	DA							
		Surveillance	DA							
	632 187 405			498	327	587 991 934	389 246 582	65.7	66.2	61.6
	4 442 439	Ongoing – En cours	DA	2	1	2 970 610	2 791 478	50.0	94.0	62.8
	480 854 101	Ongoing – En cours	DA	184	159	484 822 186	322 802 861	86.4	66.6	67.1
	92 760 478	Ongoing – En cours	DA	216	87	49 664 550	21 666 387	40.3	43.6	23.4
		Surveillance	DA							
	37 189 736	Ongoing – En cours	DA	42	39	35 215 863	31 052 260	92.9	88.2	83.5
	15 874 069	Ongoing – En cours	DA	41	41	15 589 924	10 933 596	100.0	70.1	68.9
		Surveillance	DA							
		Surveillance	DA							
	1 066 582	No MDA – Pas d'AMM	DA	13	0					
	1 103 282 454			2 770	1 637	793 521 736	559 339 723	59.1	70.5	50.7

) plus albendazole. – IA: ivermectineplus albendazole; DA: diethylcarbamazine citrate (DEC) plus albendazole.

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

rtion (%) of people reported to have been treated out of the total population targeted by MDA. – Couverture notifiée: couverture calculée à partir de la proportion (%) rapportée de sujets traités dans

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