



Contents

- 489 Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2014

Sommaire

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

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

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

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

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

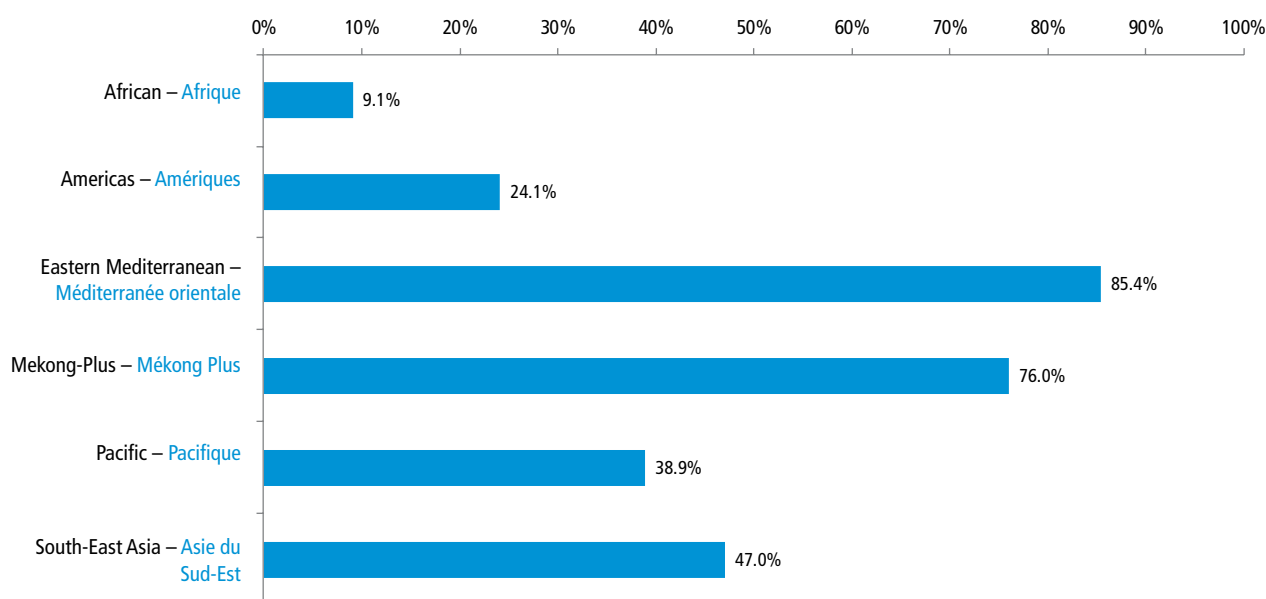
Les enquêtes d'évaluation de la transmission (TAS) constituent un outil décisionnel normalisé dont l'utilisation est recommandée avant l'arrêt d'une AMM (TAS1) et après l'arrêt d'une AMM pour confirmer que la prévalence de l'infection est demeurée inférieure aux seuils d'élimination (TAS2 et TAS3). Avant 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/lfi/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/lfi/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**

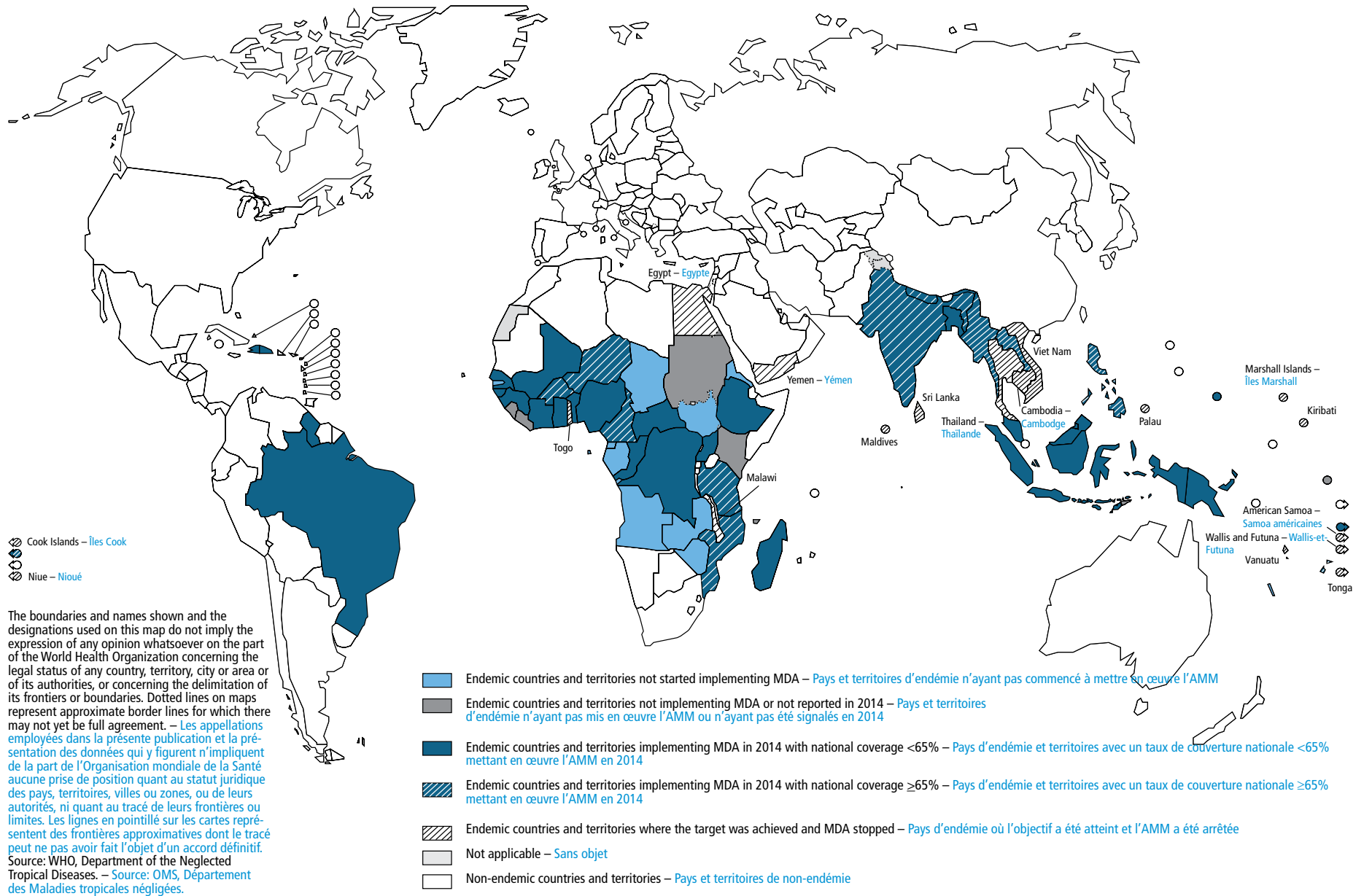


Table 1 Mass drug administration (MDA) for lymphatic filariasis by WHO region or regional programme review group, 2014

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							

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 (%)
Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis – Programme d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique		6 180 704			23	8	584 078	417 718	34.8	71.5	6.8
	American Samoa – Samoa américaines		Surveillance	DA							
	Cook Islands – Îles Cook		Surveillance	DA							
	Fiji – Fidji	56 880	Ongoing – En cours	DA	2	2	56 880	42 112	100.0	74.0	74.0
	French Polynesia – Polynésie française	264 625	Ongoing – En cours	DA	1	1	258 115	195 023	100.0	75.6	73.7
	Kiribati		Surveillance	DA							
	Marshall Islands – Îles Marshall		Surveillance	DA							
	Micronesia (Federated States of) – Micronésie (États fédérés de)	51 744	Ongoing – En cours	DA	1	1	51 744	14 695	100.0	28.4	28.4
	New Caledonia – Nouvelle Calédonie	12 378	Not started – Pas commencée	DA	1						
	Niue – Nioué		Surveillance	DA							
	Palau		Surveillance	DA							
	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	5 602 188	Ongoing – En cours	DA	16	2	156 014	121 734	12.5	78.0	2.2
	Samoa	182 052	Ongoing – En cours	DA	1	1	61 325	44 154	100.0	72.0	24.3
	Tonga		Surveillance	DA							
	Tuvalu	10 837	Data awaited – Données en attente	DA	1	1					
	Vanuatu		Surveillance	DA							
	Wallis and Futuna – Wallis-et-Futuna		Surveillance	DA							
South-East Asia – Asie du Sud-Est		632 187 405			498	327	587 991 934	389 246 582	65.7	66.2	61.6
	Bangladesh	4 442 439	Ongoing – En cours	DA	2	1	2 970 610	2 791 478	50.0	94.0	62.8
	India – Inde	480 854 101	Ongoing – En cours	DA	184	159	484 822 186	322 802 861	86.4	66.6	67.1
	Indonesia – Indonésie	92 760 478	Ongoing – En cours	DA	216	87	49 664 550	21 666 387	40.3	43.6	23.4
	Maldives		Surveillance	DA							
	Myanmar	37 189 736	Ongoing – En cours	DA	42	39	35 215 863	31 052 260	92.9	88.2	83.5
	Nepal – Népal	15 874 069	Ongoing – En cours	DA	41	41	15 589 924	10 933 596	100.0	70.1	68.9
	Sri Lanka		Surveillance	DA							
	Thailand – Thaïlande		Surveillance	DA							
	Timor-Leste	1 066 582	No MDA – Pas d'AMM	DA	13	0					
Total		1 103 282 454			2 770	1 637	793 521 736	559 339 723	59.1	70.5	50.7

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

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

Reported coverage: this coverage was calculated based on the proportion (%) 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 toute la population couverte par les unités de mise en œuvre.

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

Table 2 **Mass drug administration (MDA) implemented for lymphatic filariasis (LF) by WHO region or regional programme review group, 2014**

Tableau 2 **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	No. of LF endemic countries – Nbre de pays d'endémie	Estimated population requiring MDA – Estimations de la population nécessitant l'AMM	No. of countries initiated MDA – Nbre de pays ayant commencé l'AMM	No. of countries implemented MDA in 2014 – Nbre de pays ayant mis en œuvre l'AMM en 2014	No. of countries stopped MDA nationwide – Nbre de pays ayant arrêté l'AMM au niveau national	Total population estimated to be covered by MDA – Estimations de la population totale couverte par l'AMM	Total population reported to have ingested drugs as part of MDA – Population totale ayant ingéré les médicaments dans le cadre de l'AMM	Reported coverage (%) – Couverture notifiée (%)	Regional coverage (%) – Couverture régionale (%)
African – Afrique	35	409 730 326	25	20	2	176 465 257	148 779 904	84.31	36.31
Americas – Amériques	4	12 603 867	4	4	0	7 939 204	5 771 615	72.70	45.79
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	3	19 893 779	3	0	2	0	0		
Mekong-Plus – Mékong Plus	6	22 686 373	6	4	2	20 541 263	15 123 904	73.63	66.67
Pacific – Pacifique	16	6 180 704	15	6	9	584 078	417 718	71.52	6.76
South-East Asia – Asie du Sud-Est	9	632 187 405	9	5	3	587 991 934	389 246 582	66.17	61.57
Total	73	1 103 282 454	62	39	18	793 521 736	559 339 723	70.46	50.70

scale-up of MDA. Malawi became the second country in the region to stop MDA nationwide after implementing TAS1 in all endemic IUs and joins the status of Togo in the phase of post-MDA surveillance necessary to monitor whether elimination targets have been achieved. Seven other countries, (Benin, Burkina Faso, Comoros, Ghana, Mali, Niger, and Sierra Leone) that have achieved 100% geographical coverage are on track to stop MDA nationwide before 2020. TAS1 is being implemented and MDA stopped in multiple IUs in the 7 countries noted above plus Cameroon, Madagascar, Nigeria, Uganda and the United Republic of Tanzania. Nigeria treated 42.7 million persons during MDA in 2014, achieving a 93% increase in implementation compared to the previous year.

Central African Republic has now re-started MDA successfully, marking the first MDA since 2010. Zambia and Angola received their requested medicines for MDA in 2014 but did not implement. Among the remaining 10 countries where MDA was not started by 2014, Eritrea and Gabon completed mapping and have developed implementation plans. Eritrea and Zimbabwe received requested medicines for MDA in 2015. Epidemiological data from research studies in the Gambia indicate that MDA may not be required and reports from the country are awaited.⁸ Implementation of MDA in Liberia and Sierra Leone was delayed due to the

personnes. Selon les données communiquées par 19 pays, 148,8 millions de personnes ont été traitées sur les 176,5 millions de personnes ciblées, signe d'une intensification progressive de l'AMM. Le Malawi est devenu le deuxième pays de la région à mettre un terme à l'AMM à l'échelle nationale après avoir mené des enquêtes TAS1 dans toutes les unités de mise en œuvre où la FL était endémique, rejoignant ainsi le Togo pour entrer en phase de surveillance post-AMM, étape visant à vérifier que les cibles relatives à l'élimination ont été atteintes. Sept autres pays (Bénin, Burkina Faso, Comores, Ghana, Mali, Niger et Sierra Leone) ont atteint une couverture géographique de 100% et sont en bonne voie pour parvenir à l'arrêt de l'AMM à l'échelle nationale d'ici 2020. Dans les 7 pays mentionnés ci-dessus, de même qu'au Cameroun, à Madagascar, au Nigéria, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie, plusieurs unités de mise en œuvre ont fait l'objet d'enquêtes TAS1, avec arrêt de l'AMM. Au Nigéria, l'AMM a permis de traiter 42,7 millions de personnes en 2014, soit une augmentation de 93% par rapport à l'année précédente.

La République centrafricaine a repris avec succès ses initiatives d'AMM, menant sa première campagne depuis 2010. La Zambie et l'Angola ont reçu les médicaments qu'ils avaient demandés pour l'AMM à réaliser en 2014, mais n'ont pas mené de campagne. Parmi les 10 autres pays dans lesquels l'AMM n'a pas commencé en 2014 figurent l'Érythrée et le Gabon, qui ont toutefois terminé leur travail de cartographie et élaboré un plan de mise en œuvre. L'Érythrée et le Zimbabwe ont reçu les médicaments qu'ils avaient demandés pour l'AMM à réaliser en 2015. En Gambie, les données issues des études épidémiologiques indiquent qu'une AMM n'est peut-être pas nécessaire, les rapports provenant de ce pays étant toutefois encore attendus.⁸

⁸ Rebollo MP et al. Elimination of lymphatic filariasis in the Gambia. PLoS Negl Trop Dis 2015 Mar 18; 9(3):e0003642.

⁸ Rebollo MP et al. Elimination of lymphatic filariasis in the Gambia. PLoS Negl Trop Dis 2015 Mar 18; 9(3):e0003642.

Ebola virus outbreak. Guinea was able to implement MDA, achieving 17% geographical coverage. MDA was not implemented in known endemic districts of Angola, Chad, Equatorial Guinea, Sao Tome and Principe, and Republic of South Sudan. Mapping surveys are needed to determine LF endemicity in some remaining districts of Angola, Chad, Congo, Democratic Republic of the Congo, Nigeria and Republic of South Sudan. A total of 60.8 million treatments were delivered in IUs co-endemic for LF and onchocerciasis in this region. However, countries are still missing opportunities to extend the impact of ivermectin treatments for onchocerciasis to LF and STH infections when albendazole is not added to such distributions in co-endemic districts.⁹ The new strategy of coordinated vector control and albendazole monotherapy MDA for eliminating LF in loasis-endemic areas had not yet been applied in any national LF programme.¹⁰

Region of the Americas

In 2014, MDA was implemented in all 4 endemic countries in the Region. Guyana implemented MDA in 2 of 10 endemic regions treating 0.24 million people representing 70.7% coverage of the population targeted. Brazil conducted TAS1 in 7 evaluation units confirming that MDA was no longer required in 25 IUs. MDA was implemented in the last remaining endemic IUs in Brazil. Dominican Republic implemented a post-MDA surveillance TAS, finding no infected children, and carried out MDA in the last remaining endemic focus. Haiti treated 5.47 million persons during MDA out of a total population of 7.67 million (71.9% coverage) in 77 IUs targeted. Haiti has started scaling down MDA and reports of TAS1 implemented in 2014 are awaited.

Eastern Mediterranean Region

Egypt, Sudan and Yemen are considered endemic for LF. Results of recent mapping data from Sudan are awaited and will enable the population requiring MDA to be refined. Sudan did not implement MDA in 2014 in known endemic IUs. Egypt and Yemen have scaled down MDA successfully and are currently implementing surveillance to confirm that elimination targets have been achieved. Egypt conducted TAS1 in 2 evaluation units, finding no infected children. Likewise, no infected children were found during TAS3 in an additional 7 evaluation units covering all IUs that stopped MDA in 2005.

La mise en œuvre de l'AMM au Libéria et en Sierra Leone a été retardée en raison de la flambée de maladie à virus Ebola. La Guinée a quant à elle réussi à procéder à l'AMM, avec une couverture géographique de 17%. Aucune AMM n'a été mise en œuvre dans les districts d'endémie en Angola, en Guinée équatoriale, en République du Soudan du Sud, à Sao Tomé-et-Principe et au Tchad. Des enquêtes de cartographie sont nécessaires pour déterminer l'endémicité de la FL dans certains districts de l'Angola, du Congo, de la République démocratique du Congo, du Nigéria, de la République du Soudan du Sud et du Tchad. Au total, 60,8 millions de doses ont été administrées dans les unités de coendémie de la FL et de l'onchocercose dans cette région. Toutefois, certains pays qui traitent depuis longtemps l'onchocercose par l'ivermectine n'ont pas encore saisi l'occasion qui leur était donnée de traiter la FL et les géohelminthiases en ajoutant l'albendazole aux médicaments distribués dans les districts de coendémie.⁹ La nouvelle stratégie reposant sur une lutte antivectorielle coordonnée et une AMM de monothérapie par l'albendazole pour éliminer la FL dans les zones d'endémie de la loase n'a pour l'instant été appliquée dans aucun programme national de lutte contre la FL.¹⁰

Région des Amériques

En 2014, les 4 pays d'endémie de la région ont tous mis en œuvre une AMM. La Guyane a mené des campagnes d'AMM dans 2 des 10 zones d'endémie du pays, traitant 0,24 million de personnes, soit une couverture de 70,7% de la population ciblée. Au Brésil, les enquêtes TAS1 effectuées dans 7 unités d'évaluation ont confirmé que l'AMM n'était plus nécessaire dans 25 unités de mise en œuvre. Des campagnes d'AMM ont été menées dans les dernières unités de mise en œuvre brésiliennes où la FL est endémique, permettant le traitement de 15468 personnes. La République dominicaine a effectué une enquête TAS de surveillance post-AMM, dans laquelle aucun enfant infecté n'a été identifié, et entrepris une AMM dans les derniers foyers d'endémie restants. En Haïti, une AMM a permis le traitement de 5,47 millions de personnes sur une population totale de 7,67 millions de personnes (couverture de 71,9%) dans les 77 unités de mise en œuvre ciblées. Haïti a commencé à réduire ses activités d'AMM et les résultats de l'enquête TAS1 entamée en 2014 sont attendus.

Région de la Méditerranée orientale

Dans cette région, la FL est considérée comme endémique en Égypte, au Soudan et au Yémen. Les données d'une récente enquête de cartographie de la FL au Soudan sont attendues et permettront d'identifier plus précisément la population pour laquelle une AMM est requise. En 2014, le Soudan n'a pas mis en œuvre d'AMM dans les unités de mise en œuvre situées dans des zones d'endémie. L'Égypte et le Yémen ont réussi à réduire leurs activités d'AMM et procèdent actuellement à une surveillance visant à confirmer que les cibles relatives à l'élimination de la maladie ont été atteintes. En Égypte, des enquêtes TAS1 menées dans 2 unités d'évaluation n'ont identifié aucun enfant infecté. De même, aucun enfant infecté n'a été découvert lors de l'enquête TAS1 réalisée dans 7 autres unités d'évaluation couvrant toutes les unités de mise en œuvre où l'AMM avait été arrêtée en 2005.

⁹ See No. 15, 2014, pp. 153–160.

¹⁰ Report of the sixth meeting of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases. 29–30 April 2013, Geneva. Geneva, World Health Organization, 2013. Available at http://www.who.int/neglected_diseases/NTD_STAG_Report_2013.pdf, accessed August 2015.

⁹ Voir N° 15, 2014, pp. 153-160.

¹⁰ Report of the sixth meeting of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases. 29–30 April 2013, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. Disponible sur http://www.who.int/neglected_diseases/NTD_STAG_Report_2013.pdf, consulté en août 2015.

South-East Asia Region

LF is endemic in 9 countries in the Region with 6 requiring MDA, accounting for 58.7% of the global population requiring MDA in 2014. In 2014, overall 588 million people in the Region were targeted for MDA, and 389.2 million (66.2%) were treated. Maldives, Thailand and Sri Lanka continued surveillance to monitor levels of LF infection. Timor-Leste did not implement MDA in 2014, but developed a plan for national MDA in 2015. Bangladesh has stopped MDA in 18 of 19 districts the programme had initially targeted. MDA was continued in the one district which failed the TAS1, treating 2.8 million people out of a targeted 3 million population. Epidemiological data from the country were reported from surveys indicating that MDA is not required in 14 of 15 districts considered endemic at the start of the programme but where MDA was not implemented. Nepal continued to implement MDA in all districts where required. Myanmar implemented MDA in 93% of areas requiring it.

Indonesia conducted mapping surveys in districts with uncertain endemicity and 26 districts were found to require MDA. Of 36 districts that stopped MDA after TAS1, 11 were re-classified as requiring MDA after failing TAS2 or TAS3. The programme implemented MDA with 40.3% geographical coverage, treating 21.7 million persons out of a total population in targeted areas of 49.4 million. A national MDA campaign is planned in 2015 which will serve as the foundation for reaching 100% geographical coverage by 2016.

Of the 5.62 billion global MDA treatments delivered since the inception of GPELF, 62.3% were delivered in India which accounts for 70.3% of the total population requiring MDA in this Region. Of the 255 endemic IUs in India, TAS1 has been conducted in 49 IUs and MDA stopped. The programme continues to scale down successfully and an additional 65 IUs are awaiting TAS1 to determine whether MDA can be discontinued. Efforts are underway to address challenges faced by the programme, particularly areas where microfilaraemia rate remains at >1%. The 2014 report, including all except 25 districts, indicates that 322.8 million people were treated in 159 of 184 IUs targeted for MDA.

Western Pacific Region

Countries in the Western Pacific Region have made significant progress towards eliminating LF and represent the majority (11/18) of those progressing successfully from MDA to surveillance. The population in the remaining 11 endemic countries makes up 2.5% of the global population where MDA is still required.

Mekong-Plus

The Mekong-Plus area includes the following endemic countries: Brunei Darussalam, Cambodia, the Lao People's

Région de l'Asie du Sud-Est

Dans cette région, la FL est endémique dans 9 pays, dont 6 nécessitent une AMM, représentant 58,7% de la population mondiale pour laquelle une AMM était requise en 2014. Sur l'ensemble de la région, les campagnes d'AMM menées en 2014 ont permis de traiter 389,3 millions de personnes sur les 588,3 millions qui étaient ciblées (couverture de 66,2%). Aux Maldives, au Sri Lanka et en Thaïlande, la surveillance s'est poursuivie pour contrôler les taux de prévalence de la FL. Le Timor-Leste n'a pas mis en œuvre d'AMM en 2014, mais a planifié une campagne nationale d'AMM à mener en 2015. Au Bangladesh, l'AMM a cessé dans 18 des 19 districts initialement ciblés par le programme. Elle s'est poursuivie dans un district qui n'avait pas obtenu les résultats requis dans l'enquête TAS1, permettant le traitement de 2,8 millions de personnes sur une population cible de 3 millions. Les données notifiées par le pays, issues d'enquêtes épidémiologiques, indiquent qu'aucune AMM n'est nécessaire dans 14 des 15 districts où la FL était considérée comme endémique au début du programme, mais où aucune AMM n'a été effectuée. Le Népal a poursuivi l'AMM dans tous les districts où elle était nécessaire. Au Myanmar, l'AMM a été mise en œuvre dans 93% des zones où elle était requise.

En Indonésie, des enquêtes de cartographie ont été menées dans les 45 districts d'endémicité incertaine, concluant que qu'une AMM y était nécessaire dans 26 d'entre eux. Sur les 36 districts ayant arrêté l'AMM après dans l'enquête TAS1, 11 n'ont pas répondu aux critères des enquêtes TSA2 et TAS3 et ont été re-classifiés comme nécessitant une AMM. Une AMM a été mise en œuvre avec une couverture géographique de 40,3%, permettant de traiter 21,7 millions de personnes sur une population totale de 49,7 millions de personnes dans les zones cibles. Le pays prévoit de mener une campagne nationale d'AMM en 2015, premier pas en vue de parvenir à une couverture géographique de 100% d'ici 2016.

Sur les 5,62 milliards de traitements administrés à l'échelle mondiale par le biais des campagnes d'AMM depuis la création du GPELF, 62,3% ont été distribués en Inde, pays qui représente 70,3% de la population totale nécessitant une AMM dans cette région. Sur les 255 unités de mise en œuvre touchées par l'endémie dans ce pays, 49 ont mené une enquête TAS1 et ont arrêté l'AMM. La réduction des activités se poursuit avec succès et 65 autres unités de mise en œuvre attendent que des enquêtes TAS1 soient menées pour déterminer si l'AMM peut y être arrêtée. Des efforts sont actuellement déployés pour remédier aux difficultés rencontrées par le programme, en particulier dans les zones où le taux de microfilarémie demeure >1%. Le rapport de 2014, qui couvre tous les districts sauf 25, indique que 322,8 millions de personnes ont été traitées dans 159 des 184 unités de mise en œuvre ciblées par l'AMM.

Région du Pacifique occidental

Les pays de la Région du Pacifique occidental ont accompli des progrès considérables en vue d'éliminer la FL. Parmi tous les pays du monde qui ont réussi à passer de la phase de l'AMM à celle de la surveillance, la majorité (11/18) appartiennent à cette région. La population des 11 pays d'endémie restants représente 2,5% de la population mondiale pour laquelle une AMM est encore nécessaire.

Mékong-Plus

La zone du Mékong-Plus comprend les pays d'endémie suivants: Brunéi Darussalam, Cambodge, Malaisie, Philippines, Répu-

Democratic Republic, Malaysia, the Philippines and Viet Nam. Of the 20.5 million people targeted for MDA in this subregion in 2014, 15.1 million (73.6%) were treated.

Brunei Darussalam implemented another round of MDA and is planning to monitor its impact. Cambodia has implemented surveillance since stopping MDA in 2010. In 2014, TAS was implemented in all endemic IUs, finding no infected children, and has begun preparing the dossier to document the programme's achievements. Over 6 years since MDA stopped, Viet Nam has also completed TAS1 in all endemic implementation units without identifying a single infected child. The Lao People's Democratic Republic continued MDA covering all the endemic provinces. All endemic IUs in Malaysia completed 5 rounds of MDA in 2008 and the majority of IUs stopped MDA, except for a few where microfilariemia remains >1% in sentinel sites, indicating persistent transmission of *Brugia malayi*. MDA with vector control activities continue to be implemented in these areas.

The Philippines is the largest LF endemic country in the Region and is on track for stopping MDA in all endemic areas by 2020. The programme is scaling down successfully and in 2014 implemented TAS1 in 13 IUs and found lower than the target threshold of infections in all surveys. Among these surveys, TAS1 was carried out in 7 IUs which then stopped MDA, bringing the total number of IUs no longer requiring MDA to 27 out of 44 endemic provinces.

Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis

Countries in the Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (PacELF) were among the first to implement MDA in the GPELF. To date, 8 of 16 endemic countries have reduced prevalence below target thresholds and stopped MDA. These countries (American Samoa, the Cook Islands, Kiribati, Marshall Islands, Niue, Tonga, Vanuatu, and Wallis and Futuna) are implementing post-MDA surveillance. Palau continues surveillance after previous epidemiological surveys determined that MDA was not required. Three countries (Niue, Palau, Vanuatu) have submitted the request to WHO to be acknowledged as having eliminated LF as a public health problem. In addition, the Marshall Islands and the Cook Islands also initiated preparation of the dossiers in 2014. In 2014, all the endemic IUs in Kiribati passed TAS1 and moved into the surveillance phase nationwide. One area in French Polynesia also passed TAS1 and stopped MDA.

Six countries (Fiji, French Polynesia, Federal States of Micronesia, Papua New Guinea, Samoa and Tuvalu) reported data on implementation of MDA in 2014. Of the 584 078 people targeted for MDA in PacELF in 2014, 417 718 (71.5%) were treated. New Caledonia did not implement MDA but implemented a health facility-based survey to assess LF infection. An additional

blique démocratique populaire lao et Viet Nam. Sur les 20,5 millions de personnes ciblées par l'AMM dans cette sous-région en 2014, 15,1 millions (73,6%) ont été traitées.

Le Brunéi Darussalam a mené une nouvelle campagne d'AMM et se prépare à en évaluer les effets. Au Cambodge, une surveillance est en place depuis l'arrêt de l'AMM en 2010. En 2014, une enquête d'évaluation de la transmission a été réalisée dans toutes les unités de mise en œuvre où la FL était endémique et aucun enfant infecté n'a été identifié: le pays a commencé à préparer le dossier rendant compte des réalisations du programme. Au Viet Nam, depuis l'arrêt de l'AMM il y a 6 ans, une enquête TAS1 a été réalisée dans toutes les unités de mise en œuvre où la FL était endémique et aucun enfant infecté n'a été découvert. La République démocratique populaire lao a poursuivi l'AMM dans toutes les provinces d'endémie. En Malaisie, toutes les unités de mise en œuvre touchées par l'endémie ont achevé 5 campagnes d'AMM en 2008 et la majorité d'entre elles ont pu arrêter l'AMM, à l'exception de certaines d'entre elles où perdure un taux >1% de microfilarémie sur les sites sentinelles, signe d'une transmission persistante de *Brugia malayi*. Ces zones continuent de faire l'objet d'une AMM, associée à des activités de lutte antivectorielle.

Les Philippines, le plus grand pays d'endémie de la région, progresse comme prévu dans la perspective d'un arrêt de l'AMM dans toutes les zones d'endémie d'ici 2020. Une réduction des activités a été engagée avec succès et les enquêtes TAS1 menées dans 13 unités de mise en œuvre en 2014 ont toutes conclu à une prévalence de l'infection inférieure au seuil cible. Sept de ces unités ont ensuite arrêté l'AMM, portant à 27 le nombre total d'unités de mise en œuvre ne nécessitant plus d'AMM, sur 44 provinces d'endémie.

Programme d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique

Les pays participant au Programme d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique (PacELF) ont été parmi les premiers à mettre en œuvre une AMM dans le cadre du GPELF. À ce jour, 8 des 16 pays d'endémie sont parvenus à faire baisser les taux de prévalence en dessous des seuils cibles et ont pu cesser l'AMM. Ces pays (Îles Cook, Îles Marshall, Kiribati, Nioué, Samoa américaines, Tonga, Vanuatu et Wallis et-Futuna) sont désormais en phase de surveillance post-AMM. La République des Palaos poursuit ses activités de surveillance, les enquêtes épidémiologiques préalables ayant conclu que l'AMM n'était plus nécessaire. Trois pays (Nioué, Palaos, Vanuatu) ont demandé à être reconnues par l'OMS comme ayant éliminé la FL en tant que problème de santé publique. En outre, les Îles Cook et les Îles Marshall ont commencé à préparer leurs dossiers de demande en 2014. À Kiribati, toutes les unités de mise en œuvre où la FL était endémique ont donné des résultats favorables lors de l'enquête d'évaluation de la transmission, et le pays tout entier est donc entré en phase de surveillance. En Polynésie française, une zone a également satisfait à l'enquête TAS1 et mis fin à l'AMM.

Six pays (Fidji, États fédérés de Micronésie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa et Tuvalu) ont notifié des données sur la mise en œuvre de l'AMM en 2014. Sur les 584 000 personnes ciblées par l'AMM en 2014 dans le cadre du PacELF, 417 700 (71,5%) ont été traitées. La Nouvelle-Calédonie n'a pas mis en œuvre d'AMM, mais a mené une enquête sanitaire au niveau des établissements de santé pour évaluer la situation

survey is being planned in a focus area of historical prevalence to clarify the possible need for MDA.

Papua New Guinea is a priority country in this sub-region and accounts for 90% of the population requiring MDA in PacELF. Several important research and MDA demonstration projects have been conducted in Papua New Guinea since the launch of GPELF. Outside these projects, there has been no scale up of MDA and no MDA was implemented in any area for the period 2011–2013. However, with strong local commitment, New Ireland Province implemented MDA in 2014, achieving coverage of 78%; this province has continued the second round of MDA in 2015. This example of success and local prioritisation of LF elimination should stimulate renewed commitment for expansion of MDA in the remaining endemic areas.

Care for patients with LF-related chronic diseases

As one of the leading causes of global disability, LF accounts for at least 2.8 million DALYs; this does not include significant co-morbidity of mental illness commonly experienced by patients and their caregivers.^{11, 12} For GPELF to succeed in eliminating LF as a public health problem, achieving 100% geographical coverage of both MDA and patient care is necessary.

de la FL. Elle prévoit de réaliser une autre enquête dans une zone qui constitue historiquement un foyer de prévalence de la maladie pour déterminer si une AMM pourrait y être nécessaire.

La Papouasie-Nouvelle-Guinée est un pays prioritaire dans cette sous-région, représentant 90% de la population ayant besoin d'une AMM au titre du PacELF. D'importants travaux de recherche et projets pilotes d'AMM y ont été réalisés depuis le lancement du programme GPELF. Cependant, au-delà de ces initiatives, le pays n'a pas réussi à intensifier ses efforts en matière d'AMM et aucune AMM n'ayant été mise en œuvre dans la période 2011-2013. Toutefois, s'appuyant sur un engagement local fort, la province de Nouvelle-Irlande a entrepris une AMM en 2014, parvenant à une couverture de 78%, et a persisté en menant une deuxième campagne en 2015. Cet exemple de réussite et d'initiative locale devrait faire figure de modèle et susciter un engagement renouvelé en faveur d'une extension de l'AMM aux zones d'endémie restantes.

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

La filariose lymphatique est l'une des principales causes d'incapacité dans le monde, représentant au moins 2,8 millions de DALY: ce chiffre ne tient pas compte de la comorbidité significative résultant des maladies mentales dont souffrent souvent les patients et leurs familles.^{11,12} Pour que le programme GPELF parvienne à éliminer la FL en tant que problème de santé publique, il est essentiel d'arriver à une couverture géogra-

Table 3 Summary of morbidity management and disability prevention data ever reported to WHO

Tableau 3 Synthèse des données relatives à la prise en charge de la morbidité et à la prévention des incapacités notifiées à l'OMS, toutes périodes confondues

WHO region or regional programme review group – Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme	No. of LF endemic countries – Nbre de pays d'endémie de la FL	No. of countries reporting lymphedema patients – Nbre de pays notifiant des cas de lymphœdème	No. of lymphoedema patients reported – Nbre de cas de lymphœdème notifiés	No. of countries reporting hydrocoele patients – Nbre de pays notifiant des cas d'hydrocèle	No. of hydrocoele patients reported – Nbre de cas d'hydrocèle notifiés	No. of countries reported MMDP services – Nbre de pays déclarant des services de prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités	No. of countries monitoring MMDP by implementation unit* – Nbre de pays surveillant les services de prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités au niveau des unités de mise en œuvre*
African – Afrique	35	8	25 857	8	16 243	11	1
Americas – Amériques	4	4	8 482	3	3 181	3	–
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	3	1	484	0	–	0	–
Mekong-Plus – Mékong Plus	6	6	1 109	6	598	1	3
Pacific – Pacifique	16	3	227	2	163	4	1
South-East Asia – Asie du Sud-Est	9	8	937 373	7	430 401	5	5
Total	73	30	973 532	26	450 586	24	10

* Considered if reported data indicates number of implementation units with known cases or where service was provided. – Pris en compte si les données notifiées indiquent le nombre d'unités de mise en œuvre où des cas ont été identifiés ou des services ont été dispensés

¹¹ WHO global burden of disease estimates for 2000–2012 [web page]. Geneva, World Health Organization. Available at http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html; accessed August 2015.

¹² Ton GNT, Mackenzie C, Molyneux DH. The burden of mental health in lymphatic filariasis. *Inf Dis Pov.* 2015;4:34.

¹¹ WHO global burden of disease estimates for 2000–2012 [page web]. Genève Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html; consulté en août 2015.

¹² Ton GNT, Mackenzie C, Molyneux DH. The burden of mental health in lymphatic filariasis. *Inf Dis Pov.* 2015;4:34.

While considerable progress has been made with MDA, much less information is available to monitor availability of care for patients. Until the transition from disease-specific annual reporting to integrated PC reporting forms in 2012, more detailed programmatic information concerning MMDP components was sought. Data reported to WHO concerning MMDP are summarised in Table 3. The number of patients reported here should not be interpreted as total burden, as data from 43 countries are not available in reports to WHO. Additionally, reports received may include data from only a subset of IUs and may be subject to inadequate case detection.¹³

The following basic package of recommended services must be available to care for LF patients: (i) MDA or individual treatment to destroy any remaining adult parasites and microfilaria; (ii) surgery for hydrocoele (in *W. bancrofti* endemic areas); (iii) treatment for episodes of adenolymphangitis (ADL); (iv) management of lymphoedema to prevent both progression of disease and episodes of ADL.¹⁴ The basic management of lymphoedema involves simple, self-care hygiene and exercise measures. However, care must be continued throughout patients' lives and accessible in primary health care systems. Achievement of this "second pillar" of the GPELF is being measured by the extent to which the basic package of care is available for patients. The ultimate goal is 100% geographical coverage in all endemic countries, defined as the availability of the recommended basic package of care for all known patients. Only 24 countries have reported MMDP services and in only 10 countries is it evident that coverage is being monitored by the implementation unit.

Countries claiming to have eliminated LF as a public health problem should clearly document the following information concerning care for LF patients: (i) the number of patients estimated by the implementation unit; (ii) the number of facilities designated to provide recommended care serving implementation units with known cases; (iii) an assessment of the readiness and quality of services provided in designated facilities. Guidelines are available to direct national LF programmes¹⁴ and a LF morbidity management and disability prevention toolkit is being developed to support recommended planning, implementation, evaluation and documentation of services to care for patients. Countries are encouraged to report progress with patient care in the PC epidemiological data reporting form which has been updated with indica-

phique de 100%, tant en ce qui concerne l'AMM que les soins aux patients. Des progrès substantiels ont été accomplis en termes d'AMM, mais pour ce qui est de la disponibilité des soins aux patients, on dispose de beaucoup moins d'informations. Jusqu'à la transition opérée en 2012, lorsque les rapports annuels portant sur des maladies spécifiques ont été remplacés par des formulaires intégrés sur la chimioprévention, des informations programmatiques plus détaillées étaient demandées sur la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités. Les données communiquées à l'OMS concernant la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités sont présentées dans le Tableau 3. Le nombre de patients indiqué dans ce tableau ne constitue pas la charge totale de la maladie car les données de 43 pays sont absentes des rapports soumis à l'OMS. De plus, il est possible que les rapports reçus par l'OMS ne portent que sur un sous-ensemble des unités de mise en œuvre ou reposent sur une détection inadéquate des cas.¹³

La prise en charge des patients atteints de FL doit pouvoir s'appuyer sur les services de base suivants: i) AMM ou traitement individuel pour détruire tous les parasites adultes et microfilaries restants; ii) traitement chirurgical de l'hydrocèle (dans les zones d'endémie de *W. bancrofti*); iii) traitement des épisodes d'adénolymphangite (ADL); iv) prise en charge du lymphœdème pour prévenir la progression de la maladie et la survenue d'épisodes d'ADL.¹⁴ La prise en charge de base du lymphœdème repose sur l'application, par le patient lui-même, de mesures simples d'hygiène et d'activité physique. Cependant, le patient doit être suivi tout au cours de sa vie et pouvoir accéder aux soins nécessaires dans les systèmes de santé primaires. La réussite de ce «second pilier» du GPELF est évaluée en fonction de la disponibilité de tous ces soins de base pour les patients. L'objectif ultime est de parvenir à une couverture géographique de 100% dans tous les pays d'endémie, c'est-à-dire à la disponibilité complète des soins de base recommandés pour tous les patients identifiés. Seuls 24 pays ont déclaré disposer de services de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités et seuls 10 pays ont un système manifeste de surveillance de la couverture au niveau des unités de mise en œuvre.

Les pays qui affirment avoir éliminé la FL en tant que problème de santé publique doivent fournir les informations suivantes, de manière claire et bien documentée, sur la prise en charge des patients atteints de FL: i) l'estimation du nombre de patients par l'unité de mise en œuvre; ii) le nombre d'établissements désignés comme prestataires des soins recommandés desservant les unités de mise en œuvre où des cas ont été identifiés; iii) une évaluation de l'état de préparation des établissements désignés et de la qualité de leurs services. Des lignes directrices sont disponibles pour orienter le travail des programmes nationaux d'élimination de la FL¹⁴ et une panoplie d'outils sur la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités est en cours d'élaboration pour appuyer les activités recommandées de planification, de mise en œuvre, d'évaluation et de documentation des soins prodigués aux patients. Les pays sont invités à rendre compte de leurs progrès en matière de prise en charge en remplissant le

¹³ Becker et al. 2015 Assessing numbers and faces: a prerequisite for improving access to lymphatic filariasis morbidity care. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 109(6):357–359.

¹⁴ WHO 2013. Lymphatic filariasis: managing morbidity and prevention disability: an aide-mémoire for national programme managers. Geneva, World Health Organization, 2013. Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85347/1/9789241505291_eng.pdf, accessed August 2015.

¹³ Becker et al. 2015 Assessing numbers and faces: a prerequisite for improving access to lymphatic filariasis morbidity care. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 109(6):357–359.

¹⁴ WHO 2013. Lymphatic filariasis: managing morbidity and prevention disability: an aide-mémoire for national programme managers. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. Disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85347/1/9789241505291_eng.pdf, consulté en août 2015.

tors to align with information requested in the dossier.¹⁵

Updated programme guidance

One barrier to achieving 100% geographical coverage with MDA in some countries has been lack of epidemiological data to determine the endemicity in each IU. In 2014, surveys were conducted in 10 countries to map endemicity in unclassified IUs. Through intensified efforts in the African Region, mapping in 393 IUs remaining in 7 countries including Sudan are targeted for completion by the end of 2015. Districts identified as endemic during mapping surveys should start MDA. Yet in some areas MDA has not started due to the lack of resources or supportive data from baseline sentinel site surveys. Collecting baseline data in sentinel sites prior to MDA is recommended. Countries may, however, substitute baseline data with microfilariemia or antigenaemia data obtained from mapping surveys. A re-classification of endemicity in any IU from endemic to non-endemic should not be made based only on survey results in baseline sentinel site surveys. For such IUs where MDA is not planned, an additional survey using more robust sampling methods should be used to rule out endemicity and need for MDA.¹⁶ Re-surveying IUs originally classified as non-endemic is not required unless transmission of LF is suspected.

An improved version of the only point of care immunochromatographic test for assessment of *W. bancrofti* antigen has been recommended for use in GPELF. National programmes may use this new diagnostic tool, the Alere Filariasis Test Strip (FTS)[®], for mapping, evaluation, and TAS. Donors are making the new test available to countries for recommended use during TAS free of charge upon request through WHO up to 2020. This new investment complements important ongoing financial support by multiple partners within the Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis.¹⁷ The new WHO TAS Eligibility and Planning form should be completed and submitted to WHO to facilitate requests.¹⁸ In areas where LF is co-endemic with *Loa loa*, additional diagnostic assays may be needed to confirm LF infection.¹⁹ IUs endemic with *L. loa* that were classified endemic for LF in previous surveys are considered to require MDA with albendazole monotherapy.¹⁶ In such areas, all

formulaire de déclaration des données épidémiologiques de chimioprévention, qui a été actualisé pour inclure des indicateurs correspondant aux informations requises pour le dossier.¹⁵

Actualisation des orientations programmatiques

Dans certains pays, l'un des principaux obstacles à l'obtention d'une couverture géographique de 100% de l'AMM réside dans l'insuffisance des données épidémiologiques, nécessaires à la détermination de l'endémicité dans chaque unité de mise en œuvre. En 2014, des enquêtes ont été menées dans 10 pays afin d'établir une carte de l'endémicité dans les unités de mise en œuvre non classées. Grâce à une intensification des efforts déployés dans la Région africaine, la cartographie de l'endémicité des 393 unités de mise en œuvre restantes dans 7 pays, y compris le Soudan, devrait être terminée d'ici la fin 2015. Une AMM devrait être entreprise dans les districts identifiés comme zones d'endémie par ces enquêtes de cartographie. Cependant, dans certaines zones, l'AMM n'a pas pu commencer en raison d'un manque de ressources ou de données de référence relatives aux sites sentinelles. Il est en effet recommandé de recueillir des données de référence sur les sites sentinelles avant d'entamer une AMM. Toutefois, les pays peuvent décider, en lieu et place de ces données de référence, d'utiliser les données sur la microfilarémie ou l'antigénémie issues des enquêtes de cartographie. Le reclassement d'une unité de mise en œuvre du statut d'endémie au statut de non endémie ne doit pas être décidé sur la seule base des résultats des enquêtes de référence au niveau des sites sentinelles. Pour les unités de mise en œuvre où aucune AMM n'est prévue, une enquête supplémentaire, reposant sur des méthodes d'échantillonnage plus robustes, doit être menée pour exclure la présence d'une endémicité et le besoin d'une AMM.¹⁶ Les unités de mise en œuvre classées initialement comme zones de non endémie n'ont pas besoin d'être soumises à une nouvelle enquête, à moins qu'une transmission de FL soit soupçonnée.

L'utilisation d'une version améliorée du seul test immunochromatographique de mesure de l'antigène de *W. bancrofti* réalisable sur le lieu des soins a été recommandée dans le cadre du programme GPELF. Les programmes nationaux peuvent utiliser ce nouvel outil diagnostique, sous forme de bandelettes Alere Filariasis Test Strip (FTS)[®], à des fins de cartographie, d'évaluation et d'enquête TAS. Les donateurs fourniront gratuitement jusqu'en 2020 ce nouveau test aux pays qui en feront la demande auprès de l'OMS, souhaitant l'utiliser dans le cadre des enquêtes d'évaluation de la transmission. Ce nouvel investissement s'ajoute au soutien financier substantiel déjà consenti par de nombreux partenaires au sein de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique.¹⁷ Pour faciliter le traitement de ces demandes, il est recommandé de remplir et soumettre le nouveau formulaire OMS sur les critères d'éligibilité et la planification des TAS.¹⁸ Dans les zones qui présentent une coendémicité de la FL avec la loase, des tests diagnostiques supplémentaires pourraient être nécessaires pour confirmer la présence de FL.¹⁹ Dans les

¹⁵ See http://www.who.int/entity/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/reporting/WHO_EPIRF_PC.xls

¹⁶ WHO meeting report: Strengthening the assessment of lymphatic filariasis transmission and documenting the achievement of elimination, 2014.

¹⁷ See Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis. Available at <http://www.filaria.org/>

¹⁸ WHO TAS Eligibility and Planning Form http://www.who.int/entity/lymphatic_filariasis/resources/WHO_TAS_EPF.xlsm

¹⁹ Bakajika DK et al. Filial antigenemia and *Loa loa* night blood microfilaremia in an area without bancroftian filariasis in the Democratic Republic of Congo. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2014, 91:1142–1148.

¹⁵ Voir http://www.who.int/entity/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/reporting/WHO_EPIRF_PC.xls.

¹⁶ WHO meeting report: Strengthening the assessment of lymphatic filariasis transmission and documenting the achievement of elimination, 2014.

¹⁷ Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique. Site web: <http://www.filaria.org/>

¹⁸ WHO TAS Eligibility and Planning Form http://www.who.int/entity/lymphatic_filariasis/resources/WHO_TAS_EPF.xlsm

¹⁹ Bakajika DK et al. Filial antigenemia and *Loa loa* night blood microfilaremia in an area without bancroftian filariasis in the Democratic Republic of Congo. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2014, 91:1142–1148.

persons testing positive for *W. bancrofti* infection by immunochromatographic test in future surveys should be confirmed.

Validation of elimination as a public health problem

A framework for the control, elimination and eradication of neglected tropical diseases (NTDs) has been developed which outlines a standardized process for reviewing and confirming the achievement of NTD roadmap targets.^{20,21} A process of validation will be used for formal confirmation of elimination as a public health problem. Countries wishing to be recognized for their success can make a request to WHO for such acknowledgement with adequate evidence that elimination targets have been achieved. A template dossier has been developed to assist countries to present evidence needed to support the claim of elimination. The minimal information necessary for a dossier includes: (i) a description and supporting data of classification of endemicity for each IU; (ii) results of MDA and other interventions implemented; (iii) monitoring data on the interventions; (iv) epidemiological data from sentinel and spot-check sites; (v) results from TAS1 prior to stopping MDA and subsequent TAS during post-MDA surveillance; (vi) data supporting availability and provision of the basic recommended package of care for LF patients.

Data collection and archiving for dossier preparation should be ongoing as programmes progress and not deferred until interventions are complete in all IUs. The dossier should be submitted once all IUs have completed TAS3 and care is available for all known patients with LF-related disease. Post-validation surveillance will be needed to ensure elimination targets are sustained. Operational research is necessary to inform new guidelines on such surveillance strategies. Of the 18 countries implementing surveillance nationally where MDA is no longer required, 3 have already submitted dossiers which await validation of their claim and 7 more are positioned to submit dossiers before the end of 2015. These countries are encouraging examples of the feasibility and success of the GPELF strategies. ■

unités de mise en œuvre où *L. loa* est endémique et qui ont été classées comme unités d'endémie de la FL lors d'enquêtes précédentes, on considère qu'une AMM reposant sur la monothérapie par l'albendazole s'impose.¹⁶ Lors des prochaines enquêtes, toutes les personnes vivant dans ces zones et donnant un résultat positif au test immunochromatographique de détection de *W. bancrofti* devront être faire l'objet d'un test de confirmation.

Validation de l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique

Le cadre de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées récemment élaboré définit le processus normalisé à suivre pour examiner les progrès accomplis et confirmer que les cibles de la feuille de route sur les maladies tropicales négligées ont été atteintes.^{20,21} Un processus de validation devra être utilisé pour confirmer de manière formelle l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique. Les pays souhaitant obtenir une reconnaissance pour cet accomplissement peuvent soumettre un dossier à cet effet à l'OMS, accompagné de preuves adéquates que les cibles relatives à l'élimination ont été atteintes. Un modèle de dossier a été préparé pour aider les pays à présenter les données requises afin d'étayer leur déclaration d'élimination. Les dossiers devront au minimum contenir les informations suivantes: i) description de la classification de chaque unité de mise en œuvre en termes d'endémicité, avec données à l'appui; ii) résultats de l'AMM et des autres interventions; iii) surveillance des données relatives aux interventions; iv) les données provenant des sites sentinelles et des sites de vérification ponctuelle; v) résultats de l'enquête TAS1 préalable à l'arrêt de l'AMM et de l'enquête TAS menée ultérieurement, durant la surveillance post-AMM; vi) données relatives à la disponibilité et à la prestation des soins de base recommandés pour la prise en charge des patients atteints de FL.

La collecte et l'archivage des données nécessaires à la préparation du dossier devraient avoir lieu tout au long du programme, sans attendre que les interventions soient achevées dans toutes les unités de mise en œuvre. Le dossier est à soumettre une fois que l'enquête TAS3 a été menée à bien dans toutes les unités de mise en œuvre et que les soins nécessaires à la prise en charge de tous les patients atteints de maladies liées à la FL sont disponibles. Une surveillance post-validation sera requise pour vérifier que les cibles d'élimination demeurent satisfaites. Des travaux de recherche opérationnelle doivent être menés pour orienter les stratégies de surveillance et de nouvelles lignes directrices devront être élaborées pour les pays ayant atteint cette dernière étape. Parmi les 18 pays qui sont passés au stade de la surveillance au niveau national et qui ne nécessitent plus d'AMM, 3 ont déjà transmis leurs dossiers et sont en attente de validation et 7 autres prévoient de soumettre leurs dossiers avant la fin 2015. Ces pays fournissent une preuve encourageante de la faisabilité et du succès des stratégies du GPELF. ■

²⁰ Generic framework for control, elimination and eradication of neglected tropical diseases. *Report of the eighth meeting of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases*. 29-30 April 2015, Geneva. Geneva, World Health Organization, 2015.

²¹ Annex 3a and 4. Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical disease: second WHO report on neglected tropical diseases. Geneva, World Health Organization, 2013.

²⁰ Generic framework for control, elimination and eradication of neglected tropical diseases. *Report of the eighth meeting of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases*. 29-30 April 2015, Geneva. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

²¹ Annexes 3a et 4. Continuer à agir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées: deuxième rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.