



Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record

Relevé épidémiologique hebdomadaire

13 OCTOBER 2023, 98th YEAR / 13 OCTOBRE 2023, 98^e ANNÉE

No 41, 2023, 98, 489–502

<http://www.who.int/wer>

Contents

489 Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2022

Sommaire

489 Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2022

Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2022

Introduction

Lymphatic filariasis (LF) is a preventable mosquito-borne infectious disease targeted for global elimination as a public health problem. Infection with one of the filarial parasites, *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* and *B. timori*, impairs the lymph vessels, where the worms nest, later manifesting as hydrocoele, lymphoedema and elephantiasis, resulting in unnecessary physical and mental suffering. WHO established the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (GPELF) to stop transmission of infection by mass drug administration (MDA) of anthelmintics and to alleviate the suffering of people affected by the disease through morbidity management and disability prevention (MMDP).

Achievements in 2022

Scale-up of mass drug administration

Despite a 74% reduction in global infections since 1997, 51.4 million people were estimated to be infected in 2018.¹ Because infection and transmission in a community often go undetected, MDA is the recommended cost-effective strategy for treating all infected people living in endemic areas and for preventing further transmission.² Operationally, MDA is conducted in an implementation unit (IU), the smallest administrative unit of a country used for treatment campaigns. The population of an IU no longer requires MDA when the prevalence of infection has

Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2022

Introduction

La filariose lymphatique (FL) est une maladie infectieuse transmise par les moustiques qui peut être évitée et que l'on cherche à éliminer en tant que problème de santé publique à l'échelle mondiale. L'infection par l'un des filaires parasites, *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* ou *B. timori*, altère les vaisseaux lymphatiques où nichent les vers et provoque par la suite une hydrocèle, un lymphoedème ou un éléphantiasis, entraînant des souffrances physiques et mentales inutiles. Le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (GPELF), établi par l'OMS, a pour objectif de mettre fin à la transmission de l'infection grâce à l'administration de masse de médicaments (AMM) et d'alléger la souffrance des malades par la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités.

Réalisations en 2022

Intensification de l'administration de masse de médicaments

Malgré une réduction de 74% des infections à l'échelle mondiale depuis 1997, on estime que 51,4 millions de personnes étaient infectées en 2018.¹ Étant donné que l'infection et la transmission au sein d'une communauté passent souvent inaperçues, la stratégie coût-efficacité recommandée est l'AMM, car elle permet de traiter toutes les personnes infectées vivant dans des zones d'endémie et de prévenir la transmission ultérieure de la maladie.² Sur le plan opérationnel, l'AMM est menée à l'échelle d'une unité de mise en œuvre (UMO), qui correspond à la plus petite unité administrative d'un pays utilisée dans le cadre des

¹ Local Burden of Disease 2019 Neglected Tropical Diseases Collaborators. The global distribution of lymphatic filariasis, 2000–18: a geospatial analysis. Lancet Glob Health. 2020;8:e1186–e1194. doi:10.1016/S2214-109X(20)30286-2.

² Turner HC et al. Investment success in public health: an analysis of the cost-effectiveness and cost-benefit of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. Clin Infect Dis. 2017; 64:728–735 (doi:10.1093/cid/ciw835).

¹ Local Burden of Disease 2019 Neglected Tropical Diseases Collaborators. The global distribution of lymphatic filariasis, 2000–18: a geospatial analysis. Lancet Glob Health. 2020;8:e1186–e1194. doi:10.1016/S2214-109X(20)30286-2.

² Turner HC et al. Investment success in public health: an analysis of the cost-effectiveness and cost-benefit of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. Clin Infect Dis. 2017; 64:728–735 (doi:10.1093/cid/ciw835).

been reduced to such a low level that transmission is considered no longer sustainable.³ Multiple rounds of MDA with effective coverage ($\geq 65\%$ of the total population) are required. WHO recommends sentinel and spot-check community surveys, followed by a transmission assessment survey (TAS) to measure whether the prevalence of infection is below the target thresholds and MDA can be stopped. TAS is repeated twice during 4–6 years after cessation of MDA (TAS2 and TAS3) to ensure no recrudescence of LF infection to levels that require intervention.

The status of the 72 LF-endemic countries in delivery of MDA and in reducing the prevalence of LF to meet the validation criteria is presented in *Table 1*. In 2022, 44 countries were considered to require MDA. MDA had not started in 1 country (column I) and had been implemented in some but not all endemic IUs in 6 countries (column II). In 2022 or previously, 36 countries had delivered at least 1 round of MDA in all known endemic IUs (column III); and 10 countries had stopped MDA nationally but had not yet met the criteria for validation (column IV). Two new countries, Bangladesh and Lao People's Democratic Republic, met the criteria for elimination of LF as a public health problem, bringing the total number of countries that have now achieved this status to 19 (column V).

MDA results by country are reported in *Table 2*. Since 2000, more than 9.3 billion cumulative treatments have been delivered by MDA to more than 935.5 million people. In 2022, the population that required MDA was 794 million, and 32 countries reported having treated a total of 325.7 million people (41%). The total population in IUs where MDA was planned (targeted population) was 424.7 million. MDA was not implemented in 8 countries where it was warranted. A report is awaited from 1 country and will be posted once received on the Global Health Observatory PC data portal.⁴ Effective coverage was achieved in 86.8% of the 1168 IUs in which MDA was implemented. The MDA gap (the total population living in IUs where MDA was required but not delivered) was 369.2 million people in 620 unreach IUs. Excluding India, the population living in endemic IUs that required MDA was 348.6 million, and 31 countries delivered MDA to 173.4 million people, representing 49.7% coverage.

The medicines used during MDA for LF are also effective against soil-transmitted helminth infections. An estimated 11.4 million preschool-aged children

campagnes de traitement. Dans une UMO donnée, l'AMM n'est plus nécessaire dès lors que la prévalence de l'infection a baissé jusqu'à un niveau si faible que l'on considère que la transmission ne peut plus se poursuivre.³ Plusieurs tournées d'AMM avec une couverture efficace ($\geq 65\%$ de la population totale) sont nécessaires. L'OMS recommande d'effectuer des enquêtes sentinelles et des vérifications ponctuelles dans les communautés, suivies d'une enquête d'évaluation de la transmission (TAS) pour mesurer si la prévalence de l'infection se situe au-dessous des seuils cibles et si l'AMM peut être stoppée. L'enquête TAS est répétée à deux reprises au cours des 4-6 ans qui suivent l'arrêt de l'AMM (TAS2 et TAS3) pour s'assurer qu'il n'y est pas de recrudescence de la filariose lymphatique à des niveaux nécessitant une intervention.

Le *Tableau 1* présente la situation dans les 72 pays d'endémie de la FL au regard des progrès accomplis dans la mise en œuvre de l'AMM et dans la réduction de la prévalence de la maladie en vue d'atteindre les critères de validation. En 2022, une AMM était jugée nécessaire dans 44 pays, 1 pays n'avait pas encore commencé l'AMM (colonne I) et 8 pays avaient mis en œuvre une AMM dans certaines UMO d'endémie, mais pas dans toutes (colonne II). En 2022 ou dans les années précédentes, 36 pays avaient effectué au moins une tournée d'AMM dans toutes les UMO d'endémie connues (colonne III) et 9 pays avaient mis un terme aux campagnes d'AMM au niveau national, mais n'avaient pas encore satisfait aux critères de validation (colonne IV). Deux nouveaux pays, le Bangladesh et la République démocratique populaire lao, remplissaient les critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique, portant à 19 le nombre total de pays ayant atteint ce statut (colonne V).

Le *Tableau 2* indique les résultats des AMM effectuées dans chaque pays. Depuis 2000, plus de 9,3 milliards de traitements ont été administrés à plus de 935,5 millions de personnes dans le cadre des campagnes d'AMM. En 2022, 794 millions de personnes nécessitaient une AMM et 32 pays ont déclaré avoir traité au total 325,7 millions de personnes (41%). La population totale des UMO dans lesquelles l'AMM était prévue (population cible) s'élevait à 424,7 millions de personnes. Huit pays n'ont pas mené de campagnes d'AMM là où elles étaient justifiées. Un pays doit encore soumettre son rapport, qui sera publié une fois reçu sur le portail de données sur la chimioprévention de l'Observatoire mondial de la santé.⁴ Une couverture efficace a été atteinte dans 86,8% des 1168 UMO dans lesquelles l'AMM a été mise en œuvre. Au total, 369,2 millions de personnes vivant dans 620 UMO où l'AMM était nécessaire mais n'a pas été mise en œuvre n'ont pas été traitées. Si l'on exclut l'Inde, la population vivant dans les UMO d'endémie nécessitant une AMM s'élevait à 348,6 millions de personnes, et 31 pays ont mené des campagnes d'AMM qui ont bénéficié à 173,4 millions de personnes, ce qui représente une couverture de 49,7%.

Les médicaments utilisés dans les campagnes d'AMM pour la filariose lymphatique sont également efficaces contre les géohelminthiases. On estime que 11,4 millions d'enfants d'âge préscolaire

³ Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration for eliminating lymphatic filariasis: a manual for national elimination programmes. Geneva: World Health Organization, 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44580>, accessed September 2023).

⁴ Preventive chemotherapy data portal. Geneva: World Health Organization, 2017 (<http://apps.who.int/gho/cabinet/pc.jsp>, accessed September 2023).

³ 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 (<https://iris.who.int/handle/10665/85616>, consulté en septembre 2023).

⁴ Preventive chemotherapy data portal. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<http://apps.who.int/gho/cabinet/pc.jsp>, consulté en septembre 2023).

Table 1 Country status in implementing mass drug administration (MDA) for lymphatic filariasis (LF) elimination as of 2022

Tableau 1 Situation des pays au regard de la mise en œuvre de l'administration de masse de médicaments (AMM) en vue de l'élimination de la filariose lymphatique (FL), 2022

WHO region – Région OMS	I. MDA not started – I. AMM non commencée	II. MDA started and not scaled to all endemic districts – II. AMM commencée mais non étendue à tous les districts d'endémie	III. MDA scaled to all endemic districts – III. AMM étendue à tous les districts d'endémie	IV. MDA stopped in all endemic districts and under surveillance – IV. AMM arrêtée dans tous les districts d'endémie sous surveillance	V. Validated as having eliminated LF as a public health problem and under surveillance – V. Elimination de la FL en tant que problème de santé publique validée – sous surveillance
African – Afrique	Gabon – Gabon	Angola, Central African Republic, Madagascar, Nigeria – Angola , Madagascar , Nigéria , République centrafricaine	Burkina Faso, Chad, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Ethiopia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mozambique, Niger, Senegal, Sierra Leone, South Sudan, United Republic of Tanzania, Zambia ^a , Zimbabwe – Burkina Faso , Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Mali, Mozambique, Niger, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Zambie ^a , Zimbabwe	Benin, Cameroon, Eritrea ^b , Mali, Sao Tome and Principe, Uganda – Bénin , Cameroun , Érythrée^b , Mali , Ouganda , Sao Tomé-et-Principe	Malawi, Togo
Americas – Amériques			Guyana ^a , Haiti – Guyana^a , Haïti	Brazil, Dominican Republic – Brésil , République dominicaine	
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	Sudan – Soudan				Egypt, Yemen – Égypte , Yémen
South-East Asia – Asie du Sud-Est			India, Indonesia, Myanmar, Nepal – Inde , Indonésie , Myanmar , Népal	Timor-Leste	Bangladesh ^c , Maldives, Sri Lanka, Thailand – Bangladesh^c , Maldives , Sri Lanka , Thaïlande
Western Pacific – Pacifique occidental	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	American Samoa, Fiji, French Polynesia, Federated States of Micronesia ^a , Malaysia, New Caledonia, Philippines, Samoa, Tuvalu – Fidji , États fédérés de Micronésie ^a , Malaisie, Nouvelle-Calédonie, Philippines, Polynésie française, Samoa américaines, Tuvalu	Brunei Darussalam – Brunéi Darussalam	Cambodia, Cook Islands, Kiribati, Lao People's Democratic Republic ^c , Marshall Islands, Niue, Palau, Tonga, Vanuatu, Vietnam, Wallis and Futuna – Cambodge , îles Cook, îles Marshall, Kiribati, Nioué, Palaos, République démocratique populaire Lao ^c , Tonga, Vanuatu, Viet Nam, Wallis-et-Futuna	
Total	1	6	36	10	19

^a Countries pending impact survey – Pays en attente de l'enquête d'impact^b Countries also implemented MDA in 2022 – Pays ayant mis en œuvre une AMM en 2022^c Countries eliminating LF as a public health problem in 2023 – Pays ayant éliminé la FL en tant que problème de santé publique en 2023

Table 2 Mass drug administration (MDA) coverage for lymphatic filariasis elimination as reported by country, 2022
 Tableau 2 Couverture de l'administration de masse de médicaments (AMM) en vue d'éliminer la filariose lymphatique, par pays, 2022

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2022 – Population totale nécessitant une AMM en 2022	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementation units implementing MDA in 2022 – Nbre d'unités de mise en œuvre ayant effectué une AMM en 2022	Proportion of implementation units achieving effective coverage (%) – Proportion d'unités de mise en œuvre parvenues à une couverture efficace (%)	Total population of implementation units targeted by MDA in 2022 – Population totale des unités de mise en œuvre ciblée par l'AMM en 2022	Reported no. of people treated in 2022 – Nbre notifié de personnes traitées en 2022	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) – Couverture programmatique (%) ^a	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
Africain – Afrique		288 147 760		1 401	984	87.0	215 258 862	159 213 513	70.2	74.0	55.13
Angola		4 105 407	IA	38	No MDA – Pas d'AMM						
Burkina Faso		2 043 809	IA	8	8	100	2 043 809	1 651 955	100	80.8	80.8
Central African Republic – République centrafricaine		6 389 657	IA	32	No MDA – Pas d'AMM						
Chad – Tchad		5 564 295	IA	36	12	100	1 630 388	1 285 239	33.3	78.8	23.1
Comoros – Comores		407 669	DA, IDA	7	No MDA – Pas d'AMM						
Congo		1 114 335	IA, 2 ^{*A}	13	13	30.8	1 114 335	617 528	100	55.4	55.4
Côte d'Ivoire		1 679 019	IA	11	10	90.0	1 554 323	1 177 785	90.9	75.8	70.1
Democratic Republic of Congo – République démocratique du Congo		45 243 848	IA, 1 ^{*A} , 2 ^{*A}	218	218	98.2	45 243 848	36 593 998	100	80.9	80.9
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale		948 512	1 ^{*A}	15	No MDA – Pas d'AMM						
Eritrea – Érythrée		30 358	DA	1	1	100	30 358	26 688	100	87.9	87.9
Ethiopia – Éthiopie		3 708 905	IA	47	33	75.8	2 554 711	1 843 701	70.2	72.2	49.7
Gabon		358 437	IA	18	No MDA – Pas d'AMM						
Ghana		781 981	IA	8	8	75.0	781 981	551 739	100	70.6	70.6
Guinea – Guinée		8 637 776	IA	24	13	100	4 605 867	3 483 940	54.2	75.6	40.3
Guinea-Bissau – Guinée-Bissau		1 992 894	IA	109	54	53.7	733 463	562 458	49.5	76.7	28.2
Kenya		4 214 924	DA	20	20	100	4 214 924	4 077 735	100	96.8	96.8
Liberia – Libéria		3 415 587	IA	13	13	53.9	3 415 587	2 490 903	100	72.9	72.9

Table 2 (continued) – Tableau 2 (suite)

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2022 – Population totale nécessitant une AMM en 2022	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementation units implementing MDA in 2022 – Nbre d'unités de mise en œuvre ayant effectué une AMM en 2022	Proportion of implementation units achieving effective coverage (%) – Proportion d'unités de mise en œuvre parvenues à une couverture efficace (%)	Total population of implementation units targeted by MDA in 2022 – Population totale des unités de mise en œuvre ciblée par l'AMM en 2022	Reported no. of people treated in 2022 – Nbre notifié de personnes traitées en 2022	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture programmatique (%) ^a	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
Madagascar		22 923 380	DA, IDA	94	50	72.0	10 669 860	7 909 348	53.2	74.1	34.5
Mozambique		9 998 619	IA	48	No MDA – Pas d'AMM						
Niger		352 248	IA	1	1	100	352 248	266 216	100	75.6	75.6
Nigeria – Nigéria		138 928 998	IA	526	455	95.2	119 375 412	84 598 467	86.5	70.9	60.9
Senegal – Sénégal		497 754	IA	3	3	100	497 754	367 013	100	73.7	73.7
Sierra Leone		567 069	IA	1	1	100	567 069	453 654	100	80.0	80.0
South Sudan – Soudan du Sud		9 198 157	IA	51	51	47.1	9 198 157	5 645 517	100	61.4	61.4
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie		6 674 768	IA	20	20	50.0	6 674 768	5 609 629	100	84.0	84.0
Zambia – Zambie	Pending impact survey – En attente de l'enquête d'impact										
Zimbabwe		8 352 700	DA	39	No MDA – Pas d'AMM						
Americas – Amériques		4 417 214		19	0	0	0	0	0	0	0
Guyana – Guyana	Pending impact survey – En attente de l'enquête d'impact										
Haiti – Haïti		4 417 214	DA	19	No data – Aucune donnée						
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	11 301 474		65	30	73.3	4 851 699	4 065 279	46.2	83.8	36.0	
Sudan – Soudan		11 301 474		65	30	73.3	4 851 699	4 065 279	46.2	83.8	36.0

Table 2 (continued) – Tableau 2 (suite)

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2022 – Population totale nécessitant une AMM en 2022	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementation units implementing MDA in 2022 – Nbre d'unités de mise en œuvre ayant effectué une AMM en 2022	Proportion of implementation units achieving effective coverage (%) – Proportion d'unités de mise en œuvre parvenues à une couverture efficace (%)	Total population of implementation units targeted by MDA in 2022 – Population totale des unités de mise en œuvre ciblée par l'AMM en 2022	Reported no. of people treated in 2022 – Nbre notifié de personnes traitées en 2022	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture programmatique (%) ^b	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
South-East Asia – Asie du Sud-Est		479 286 302		263	135	89.6	199 947 621	160 357 779	51.3	80.2	33.5
India – Inde		445 392 115	DA, IDA	192	100	98.0	189 198 725	152 294 261	52.1	80.5	34.2
Indonesia – Indonésie		10 066 748	DA, IDA	43	24	50.0	2 827 743	1 624 227	55.8	57.4	16.1
Myanmar		14 104 615	IDA	13	1	100	1 657 496	1 446 354	7.7	87.3	10.3
Nepal – Népal		9 722 824	DA, IDA	15	10	100	6 263 657	4 992 937	66.7	79.7	51.4
Western Pacific – Pacifique occidental		10 818 576		40	19	79.0	4 620 866	2 032 075	47.5	44.0	18.8
American Samoa – Samoa américaines		49 710	IDA	1	1	0	49 710	16 859	100	33.9	33.9
Fiji – Fidji		193 159	IDA	4	1	100	1 108	735	25.0	66.3	0.4
French Polynesia –		7 504	IDA	2	2	100	7 504	5 762	100	76.8	76.8
Malaysia – Malaisie		3 057	IDA	8	8	100	3 057	2 799	100	91.6	91.6
Micronesia (Federated States of) – Micronésie (États fédérés de)	Pending impact survey – En attente de l'enquête d'impact										
New Caledonia – Nouvelle Calédonie		3 401	IDA	1	1	0	3 401	648	100	19.1	19.1
Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée		6 209 407	IDA	15	1	100	394 967	265 418	6.7	67.2	4.3
Philippines		4 149 619	DA, IDA	4	4	50.0	4 149 619	1 732 353	100	41.8	41.8
Samoa		191 219	IDA	4	No MDA – Pas d'AMM						
Tuvalu		11 500	IDA	1	1	100	11 500	7 501	100	65.2	65.2
Global – Monde		793 971 326		1 788	1 168	86.8	424 679 048	325 668 646	65.3	76.7	41.0

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

(2–4 years of age) and 98.9 million school-aged children (5–14 years of age) were treated by MDA, which also contributed to deworming in 32 countries. WHO recommends that NTD programmes assess the prevalence of soil-transmitted helminthiasis (STH) after 5 years of preventive chemotherapy and use the platform of the TAS to integrate testing for STH and determine the deworming frequency necessary once LF MDA is no longer required.⁵

Progress towards achieving Sustainable Development Goal (SDG) 3.3

One goal of the NTD road map towards achievement of SDG 3.3.5 is a 90% reduction in the population that requires interventions for NTDs by 2030.^{6,7} For LF, this is measured as the population of endemic IUs that no longer require MDA, which, in 2022, was 760 million people, representing a 53.3% reduction. MDA was not implemented in 254 IUs in 12 countries that were awaiting impact surveys. The results of those surveys will determine whether the 46.4 million people living in the IUs no longer require MDA. Figure 1 shows the cumulative proportion of known endemic IUs by region that have completed TAS and no longer require MDA. In 2022, TAS was conducted in 14 countries, covering 343 IUs (243 in TAS1, 26 in TAS2 and 74 in TAS3). To date, 5254 TAS have been conducted. According to reports of surveys completed in 2022, in 99% of evaluation units (EUs) that underwent a TAS, the proportion of children who tested positive for LF infection was lower than the target threshold.

Care for people affected by LF-related chronic diseases

WHO recommends an essential package of care for people affected by LF: anthelminthics for infection, surgery for hydrocoele, treatment for episodes of adenolymphangitis and management of lymphoedema.⁸ GPELF refers to the provision of these basic primary care services as MMDP. MMDP should be integrated and delivered in primary health care to address both the physical and the mental well-being of affected people.⁹ For a country to be validated by WHO as having achieved elimination of LF as a public health problem, it must document the number of people with lymphoedema and hydrocoele by IU, the availability of the essential package of care in all IUs with affected people and an assessment of the quality of care

(2-4 ans) et 98,9 millions d'enfants d'âge scolaire (5-14 ans) ont été traités dans le cadre des campagnes d'AMM, ce qui a également contribué à la vermifugation dans 32 pays. L'OMS recommande aux programmes de lutte contre les MTN d'évaluer la prévalence des géohelminthiasis après 5 ans de chimioprévention et d'utiliser la plateforme des enquêtes TAS pour intégrer les tests de diagnostic des géohelminthiasis et déterminer la fréquence de vermifugation nécessaire une fois que l'AMM contre la LF n'est plus nécessaire.⁵

Progrès vers la réalisation de la cible 3.3 des objectifs de développement durable (ODD)

L'un des objectifs de la feuille de route pour les MTN en vue de la réalisation de l'ODD 3.3.5 est de réduire de 90% la population qui nécessite des interventions contre les MTN d'ici à 2030.^{6,7} Pour la FL, les progrès en la matière sont mesurés par la population des UMO d'endémie qui n'a plus besoin d'AMM; en 2022, elle était de 760 millions de personnes, ce qui représente une réduction de 53,3%. L'AMM n'a pas été mise en œuvre dans 254 UMO dans 12 pays qui attendaient des enquêtes d'impact. Les résultats de ces enquêtes détermineront si les 46,4 millions de personnes vivant dans ces UMO n'ont plus besoin d'AMM. La Figure 1 illustre la proportion cumulée d'UMO d'endémicité connues dans lesquelles les enquêtes TAS ont été achevées et l'AMM n'est plus nécessaire, par Région. En 2022, des enquêtes TAS ont été menées dans 14 pays, couvrant 343 UMO (243 UMO pour la TAS1, 26 pour la TAS2 et 74 pour la TAS3). À ce jour, 5254 enquêtes TAS ont été menées. Selon les rapports des enquêtes réalisées en 2022, dans 99% des unités d'évaluation (UE) ayant fait l'objet d'une enquête TAS, la proportion d'enfants positifs au test de diagnostic de la FL était inférieure au seuil cible.

Prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques liées à la FL

L'OMS recommande un ensemble de soins essentiels pour les personnes atteintes de FL: anthelminthiques pour traiter l'infection, chirurgie de l'hydrocèle, traitement des épisodes d'adénolymphangite et prise en charge du lymphoédème.⁸ La prestation de ces services de soins de santé primaires est désignée par le GPELF sous le terme de «prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités» (PMPI). La PMPI doit être intégrée et dispensée dans le cadre des soins de santé primaires afin d'assurer le bien-être physique et mental des personnes touchées.⁹ Pour qu'un pays obtienne la validation par l'OMS de l'élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique, il doit documenter le nombre de cas de lymphoédème et d'hydrocèle dans chaque UMO, la disponibilité de l'ensemble de soins essentiels dans toutes les UMO

⁵ Assessing the epidemiology of soil-transmitted helminths during a transmission assessment survey (TAS). Geneva: World Health Organisation, 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241508384>, accessed September 2023).

⁶ Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations (A/RES/71/313) (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list>).

⁷ Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030. Geneva: World Health Organization, 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>, accessed September 2023).

⁸ Lymphatic filariasis: managing morbidity and prevention disability: an aide-mémoire for national programme managers, 2nd edition. Geneva: World Health Organization, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339931> accessed September 2023).

⁹ Mental health of people with neglected tropical diseases. Towards a person-centred approach. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240004528>, accessed September 2023).

⁵ Évaluer l'épidémiologie des géohelminthes pendant une enquête d'évaluation de la transmission (TAS). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/188870>, consulté en septembre 2023).

⁶ Cadre mondial d'indicateurs relatifs aux objectifs et aux cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030. New York, Organisation des Nations Unies (A/RES/71/313) (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list>).

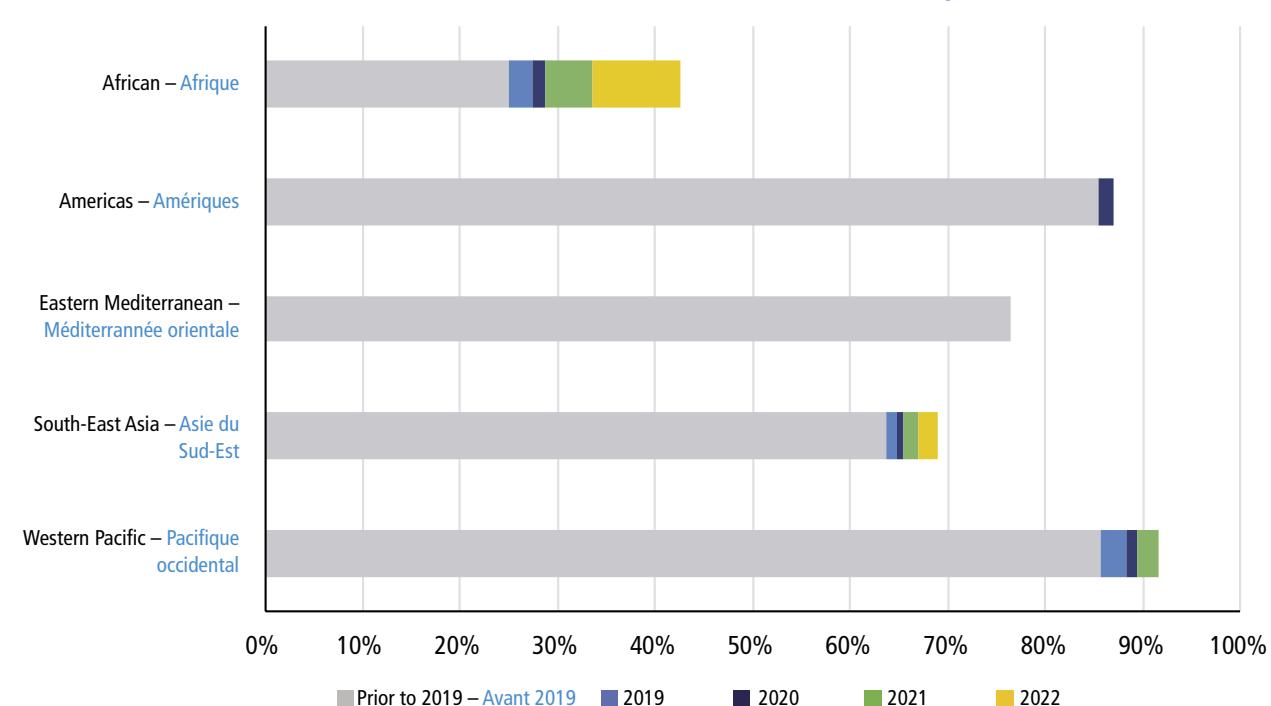
⁷ Lutter contre les maladies tropicales négligées pour atteindre les objectifs de développement durable: feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021–2030. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2020 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240010352>, consulté en septembre 2023).

⁸ Lymphatic filariasis: managing morbidity and prevention disability: an aide-mémoire for national programme managers, 2nd edition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/339931>, consulté en septembre 2023).

⁹ Mental health of people with neglected tropical diseases. Towards a person-centred approach. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240004528>, consulté en septembre 2023).

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

Figure 1 Proportion cumulée d'unités de mise en œuvre (UMO) d'endémicité avérée dans lesquelles des enquêtes d'évaluation de la transmission (TAS) ont été réalisées et l'administration de masse de médicaments (AMM) n'est plus nécessaire*



* Percent of all known endemic IUs in countries by region that have completed TAS1 or previous stop-MDA surveys and reported meeting criteria for stopping MDA. IUs where endemicity is unknown have not been included. – Pourcentage de l'ensemble des UMO connues comme étant d'endémie et ayant effectué une première TAS (TAS1) ou une enquête préliminaire à l'arrêt de l'AMM et indiquant la satisfaction des critères d'interruption de l'AMM, par Région. Les UMO dont l'endémicité est inconnue ne sont pas prises en compte.

provided.¹⁰ Since the launch of GPELF, 66 countries have reported at least some data on MMDP. Based on new reports from countries, 14 066 more people with lymphoedema and 12 126 more men with hydrocoele were identified in 2022. Of the 21 countries from which updated data on morbidity were received, 15 reported provision of care to 280 945 people with lymphoedema, and 9 countries reported care (surgery) for 44 665 men with hydrocoele. Only 3 of the 19 countries that have achieved elimination of LF as a public health problem have reported on MMDP after validation. Cumulative data on MMDP reported to WHO between 2007 and 2022 are summarized in Table 3.

où des personnes sont touchées et une évaluation de la qualité des soins fournis.¹⁰ Depuis le lancement du GPELF, 66 pays ont communiqué au moins partiellement des données sur la PMPI. Selon de nouveaux rapports soumis par les pays, 14 066 personnes de plus présentant un lymphœdème et 12 126 hommes de plus présentant une hydrocèle ont été signalés en 2022. Sur les 21 pays qui ont transmis des données actualisées sur la morbidité, 15 ont déclaré avoir dispensé des soins à 280 945 personnes présentant un lymphœdème et 9 ont indiqué avoir assuré la prise en charge chirurgicale de 44 665 hommes présentant une hydrocèle. Seuls 3 des 19 pays qui sont parvenus à éliminer la LF en tant que problème de santé publique ont communiqué des données sur la PMPI après la validation. Les données cumulées concernant la PMPI transmises à l'OMS entre 2007 et 2022 sont résumées dans le Tableau 3.

Progress in implementing triple-therapy MDA

WHO recommends the triple therapy combination of ivermectin (I), diethylcarbamazine (D) and albendazole (A), for MDA against LF in certain settings.¹¹ In 2022, IDA was used to treat 34.3 million people in 13 countries. A cumulative 149 million IDA treatments were delivered between 2018 and 2022 in 20 countries, covering all LF-endemic regions. TAS or confirmatory

Progrès dans la mise en œuvre des AMM de trithérapie

L'OMS recommande l'administration de la trithérapie IDA — association d'ivermectine (I), de diéthylcarbamazine (D) et d'albendazole (A) — dans le cadre des AMM contre la filariose lymphatique dans certains contextes.¹¹ En 2022, cette trithérapie a été employée pour traiter 34,3 millions de personnes dans 13 pays. Entre 2018 et 2022, 149 millions de traitements IDA ont été administrés dans 20 pays, couvrant toutes les régions

¹⁰ Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem. Geneva: World Health Organization, 2017 (<https://www.who.int/publications/item/9789241511957>, accessed September 2023).

¹⁰ Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://www.who.int/publications/item/9789241511957>, consulté en septembre 2023).

¹¹ Guideline: Alternative mass drug administration regimens to eliminate lymphatic filariasis. Geneva: World Health Organization, 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259381/9789241550161-eng.pdf?sequence=1>, accessed September 2023).

¹¹ Guideline: Alternative mass drug administration regimens to eliminate lymphatic filariasis. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259381/9789241550161-eng.pdf?sequence=1>, consulté en septembre 2023).

Table 3 **Summary of morbidity management and disability prevention data reported to WHO***
 Tableau 3 **Synthèse des données relatives à la prise en charge de la morbidité et à la prévention des incapacités communiquées à l'OMS***

WHO region – Région	No. of LF endemic countries – Nbre de pays d'endémie de la FL	No. of countries reporting on lymphedema patients – Nbre de pays ayant notifié des cas de lymphœdème	No. of lymphedema patients reported – Nbre de cas de lymphœdème	No. of countries reporting on hydrocele patients – Nbre de pays ayant notifié des cas d'hydrocèle	No. of hydrocele patients reported – Nbre de cas d'hydrocèle notifiés	No. of countries reported persons receiving care in 2022 – Nbre de pays ayant déclaré dispenser des soins aux malades en 2022
African – Afrique	34	29	161 403	30	147 507	10
Americas – Amériques	4	4	10 485	4	3 254	1
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	3	3	1 012	2	21	0
South-East Asia – Asie du Sud-Est	9	9	985 764	8	443 464	2
Western Pacific – Pacifique occidental	22	21	4 898	18	1 334	3
Total	72	66	1 163 562	62	595 580	16

LF: lymphatic filariasis. – FL: filariose lymphatique.

* Reported numbers of persons represent only partial estimates for most countries, including data from a subset of implementation units derived by various methods. These estimates are not equivalent to the global burden. – Pour la plupart des pays, le nombre de cas notifié ne représente qu'une estimation partielle, dérivée de données issues d'un sous-ensemble d'unités de mise en œuvre et obtenue par différentes méthodes. Ces estimations ne correspondent pas à la charge de morbidité mondiale.

mapping had not been completed in Dominican Republic, Federated States of Micronesia and Zambia to determine whether IDA was required. Indonesia extended IDA from 4 to 11 IUs. According to plans submitted to WHO, 11 countries are planning IDA in 2023 in 89 IUs with a total target population of 69.4 million people.

WHO recommends evaluation of the impact of IDA after 2 effective rounds in most settings.¹¹ Impact surveys conducted in Egypt, Papua New Guinea, São Tome and Príncipe and Timor Leste indicated that IDA was successful and MDA was no longer required. The results suggest that fewer than 3 rounds of IDA can reduce microfilaraemia below the target threshold in settings where endemicity was low at the start of IDA, fewer than 4 2-drug MDA rounds had been delivered previously, and >65% of the total population received IDA.

Regional highlights

In the African Region, South Sudan reached the milestone of 100% geographical coverage by delivering MDA to all 51 endemic districts. Côte d'Ivoire implemented and passed a TAS in 27 EU and a pre-TAS in 20 EU, and the total population that requires MDA has been reduced by 17.5 million (76% reduction). In Senegal, the total population that requires MDA has been reduced by 8.75 million (85% reduction). The Democratic Republic of Congo (DRC) reported that a TAS had been passed in an additional 37 EU covering 39 IUs. Nigeria regained ground in 2022, with MDA implementation reaching 86.5% geographical coverage and effective coverage in 95% of local government areas. Nigeria

d'endémicité de la FL. Les enquêtes TAS prévues ou les cartographies de confirmation pour déterminer la nécessité de mettre en œuvre la trithérapie n'étaient pas encore terminées en République dominicaine, dans les États fédérés de Micronésie et en Zambie. L'Indonésie a étendu la trithérapie IDA à 11 UMO, contre 4 auparavant. Selon les informations communiquées à l'OMS, 11 pays prévoient l'administration de la trithérapie IDA en 2023, couvrant au total 89 UMO, soit une population cible de 69,4 millions de personnes.

L'OMS recommande d'évaluer l'impact de la trithérapie IDA après 2 tournées efficaces dans la plupart des contextes.¹¹ Les enquêtes d'impact menées en Égypte, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, à Sao Tomé-et-Príncipe et au Timor-Leste ont indiqué que la trithérapie avait été un succès et que l'AMM n'était plus nécessaire. Les résultats semblent indiquer que moins de 3 tournées de trithérapie IDA peuvent réduire la microfilarémie en dessous du seuil cible dans les contextes où l'endémicité était faible au début de l'administration de la trithérapie, moins de 4 tournées d'AMM de bithérapie avaient été menées auparavant et >65% de la population totale avaient reçu la trithérapie.

Faits marquants au niveau régional

Dans la Région africaine, le Soudan du Sud a atteint couverture géographique de 100% en menant des AMM dans les 51 districts d'endémie. La Côte d'Ivoire a obtenu des résultats satisfaisants aux TAS menées dans 27 UE et aux pré-TAS effectuées dans 20 UE; la population totale nécessitant une AMM a été réduite de 17,5 millions de personnes (soit une réduction de 76%). Au Sénégal, le nombre de personnes qui ont besoin d'une AMM a été réduit de 8,75 millions (soit une réduction de 85%). La République démocratique du Congo (RDC) a rapporté des résultats satisfaisants aux TAS dans 37 UE supplémentaires, couvrant 39 UMO. Le Nigéria a regagné du terrain en 2022: la couverture géographique des AMM a atteint 86,5% et une couverture efficace a été assurée dans 95% des zones administratives locales.

reported passing a TAS in 42 EUs and a pre-TAS in 23 EUs. In Kenya, 7 sub-counties of Kilifi and 4 sub-counties of Kwale that received MDA in 2022 then also passed a TAS indicating that in these sub-counties, MDA can stop. Impact surveys in endemic districts of Eritrea indicated that MDA is no longer required.

In the 17 countries co-endemic for LF and onchocerciasis, 140.1 million people were treated with ivermectin plus albendazole, including 50 million treatments in co-endemic IUs. In areas where LF is co-endemic with loiasis, WHO recommends MDA with albendazole only, twice a year, and integrated vector control. In 2022, albendazole monotherapy was delivered in Congo, DRC and South Sudan to 11.2 million people. Gabon, which is also endemic for loiasis, remains the last country in the Region that is yet to start MDA. Collaboration is necessary for Gabon to determine the endemicity of LF and the need for MDA.

In the Region of the Americas, Guyana used model-based geostatistical sampling in an IDA impact survey in adults in 2023; the results will be reported in the next global update. Haiti planned to implement MDA in 7 IUs in the North, West and Northwest departments and also conducted and passed two TAS2 and one TAS3. Haiti was unable to implement IDA in targeted districts but retains plans to implement IDA in 12 IUs in 2023 and 2024. In 2022, the Dominican Republic initiated a nationwide survey to reconfirm endemicity and potential requirements for MDA beyond the previously treated IUs and to estimate the numbers of people with lymphoedema and hydrocoele. Brazil completed TAS3, and the Ministry of Health is finalizing the dossier for submission in 2023.

In the Eastern Mediterranean Region, Sudan recommenced and extended MDA to treat more than 4 million people in 30 IUs and integrated lymphoedema and hydrocele case-finding with the MDA. In 2022, Egypt conducted an epidemiological survey based on the provisional IDA survey protocol to evaluate the impact of 2 IDA rounds in two hotspot villages in Giza governorate. Of the people who tested positive for circulating filarial antigen (3.2%), none tested positive for microfilaraemia by microscopy of night blood films. The survey showed that the criterion for stopping IDA (<1% microfilariae in adults) had been met. Egypt also reported routine surveillance through targeted surveys, in which 100 people per endemic governorate per month were tested for microfilariae in night blood films. Egypt provides health-facility based and home-based care for nearly 950 people with lymphoedema. Yemen is planning surveillance in areas previously under MDA and continues to provide MMDP through leprosy clinics.

Le Nigéria a rapporté des résultats satisfaisants aux enquêtes TAS dans 42 UE et aux enquêtes pré-TAS dans 23 UE. Au Kenya, 7 sous-comtés de Kilifi et 4 sous-comtés de Kwale — dans lesquels une AMM a été effectuée en 2022 — ont également satisfait aux critères de réussite de l'enquête TAS, indiquant ainsi que l'AMM peut être arrêtée. Les enquêtes d'impact menées en Érythrée ont montré que l'AMM n'était plus nécessaire.

Dans les 17 pays de co-endémicité de la filariose lymphatique et de l'onchocercose, 140,1 millions de personnes ont été traitées avec une association d'ivermectine et d'albendazole; 50 millions de traitements ont été administrés dans les UMO où ces deux maladies sont endémiques. Dans les zones où la FL et la loose sont co-endémiques, l'OMS recommande procéder deux fois par an à une AMM avec l'albendazole seul et de prendre des mesures de lutte antivectorielle intégrée. En 2022, la monothérapie d'albendazole a été mise en œuvre au Congo, en RDC et au Soudan du Sud, couvrant 11,2 millions de personnes. Dans la Région, seul le Gabon, lui aussi concerné par la co-endémicité de la FL et de la loose, n'a pas encore commencé l'AMM. Une collaboration est nécessaire pour que le Gabon détermine l'endémicité de la FL et la nécessité ou non de mener des campagnes d'AMM.

Dans la Région des Amériques, le Guyana a procédé à un échantillonnage géostatistique basé sur un modèle dans le cadre d'une enquête d'impact de la trithérapie IDA menée auprès d'adultes en 2023; les résultats seront présentés dans le prochain rapport de situation. Haïti a prévu de mettre en œuvre une AMM dans 7 UMO dans les départements du nord, de l'ouest et du nord-ouest, et a également mené et réussi deux enquêtes TAS2 et une enquête TAS3. Le pays n'a pas été en mesure d'administrer la trithérapie IDA dans les districts cibles, mais prévoit de le faire dans 12 UMO en 2023 et 2024. En 2022, la République dominicaine a lancé une enquête nationale visant à reconfirmer l'endémicité et les besoins potentiels d'AMM au-delà des UMO précédemment traitées et à estimer le nombre de cas de lymphœdème et d'hydrocèle. Le Brésil a achevé l'enquête TAS3 et le Ministère de la Santé est en train de finaliser le dossier de demande de validation de l'élimination qu'il soumettra en 2023.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, le Soudan a repris et étendu l'AMM, ce qui a permis de traiter plus de 4 millions de personnes dans 30 UMO et d'intégrer la recherche de cas de lymphœdème et d'hydrocèle en utilisant l'AMM. En 2022, l'Égypte a mené une enquête épidémiologique basée sur le protocole provisoire d'enquête sur la trithérapie IDA pour évaluer l'impact de 2 tournées de traitement IDA dans deux villages du gouvernorat de Gizeh qui constituent des points chauds. Chez toutes les personnes testées positives pour l'antigène filarien circulant (3,2%), aucune microfilarémie n'a été détectée à l'examen microscopique des frottis sanguins réalisés à partir de prélèvements nocturnes. L'enquête a montré que le critère justifiant l'arrêt de la trithérapie IDA (<1% de microfilaires chez les adultes) avait été rempli. L'Égypte a également fait état d'une surveillance systématique au moyen d'enquêtes ciblées, au cours desquelles des prélèvements nocturnes étaient effectués chez 100 personnes chaque mois et dans chaque gouvernorat d'endémie afin de préparer des frottis sanguins et d'y rechercher la présence de microfilaires. L'Égypte met à disposition des établissements de santé et des soins à domicile pour 950 personnes présentant un lymphœdème. Le Yémen prévoit une surveillance dans les zones précédemment couvertes par l'AMM et continue d'offrir la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités par le biais des cliniques de traitement de la lèpre.

In the South-East Asia Region, Bangladesh submitted a dossier to WHO documenting achievement of the criteria for eliminating LF as a public health problem, and WHO officially acknowledged its claim in 2023. Myanmar was able to restart MDA and introduced IDA in one IU, achieving >65% coverage. Nepal reported effective MDA coverage in all 5 IDA IUs and also in 5 IUs that received the 2-drug regimen. Nepal implemented and passed TAS3 in 10 EUs. TAS have been delayed in IUs endemic for *Brugia* spp. in Indonesia and Timor Leste due to a lack of reliable rapid diagnostic tests. The total population in Indonesia that requires MDA has been reduced by 76 million (76.5% reduction), and an additional 59 IUs are pending pre-TAS or TAS.

Of the 328 endemic districts in India, MDA is no longer required in 133, and pre-TAS or TAS1 is pending in 62. India treated 110 million fewer people by MDA in 2022 than in 2021, and no MDA was conducted in 62 IUs that qualified for impact assessment. MDA campaigns in IUs scheduled in the fourth quarter of 2022 were postponed due to a change in the national strategy to align all MDAs to either February or August. In November 2022, the Government of India and WHO conducted a Joint Monitoring Mission for independent evaluation of the LF elimination programme. Urgent strategic shifts were recommended to accelerate elimination, such as operationalizing the block level strategy, rapidly expanding confirmatory mapping, sustaining access to diagnostics, establishing vector surveillance to supplement impact assessment, integrating MMDP into health and wellness centres, and moving monitoring of LF elimination to the Prime Minister's Office. In response, a National Symposium on India's Roadmap to Eliminate Lymphatic Filariasis was convened on 14 January 2023, at which the Union Health Minister committed himself to elimination of LF by 2027, before the WHO target.¹² The Government of India and WHO also conducted 2 national courses to train trainers in MMDP and in IDA impact surveys.

In the Western Pacific Region, American Samoa, French Polynesia, Malaysia, New Caledonia, the Philippines and Tuvalu completed MDA in all areas where warranted. New Caledonia introduced IDA in the endemic IU of Ouvéa in the first MDA conducted in the territory. In the Philippines, the total population that requires MDA has been reduced by 46.8 million (88.5% reduction). The country conducted and passed TAS3 in 2 EUs and reported sentinel site surveillance data for 5 other EUs. Fiji implemented the second round of IDA in Malolo Island. Plans to re-start IDA in Samoa were made in 2022, with September 2023 targeted for completion. Papua New Guinea conducted a second round of IDA

Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, le Bangladesh a soumis à l'OMS un dossier documentant la réalisation des critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique, et l'OMS a officiellement accédé à sa demande en 2023. Le Myanmar a été en mesure de relancer l'AMM et a introduit la trithérapie IDA dans une UMO, atteignant une couverture >65%. Le Népal a rapporté une couverture efficace de l'AMM dans les 5 UMO utilisant la trithérapie IDA ainsi que dans 5 UMO où la bithérapie a été administrée. Le Népal a réalisé avec succès la TAS3 dans 10 UE. Les enquêtes TAS ont été retardées dans les UMO d'endémie de *Brugia* spp. en Indonésie et au Timor-Leste en raison d'un manque de tests de diagnostic rapides fiables. En Indonésie, la population totale nécessitant une AMM a été réduite de 76 millions (soit une réduction de 76,5%), et 59 UMO supplémentaires sont en attente des enquêtes pré-TAS ou TAS.

En Inde, sur les 328 districts d'endémie, 133 n'ont plus besoin d'AMM et 62 sont en attente des enquêtes pré-TAS ou TAS1. L'Inde a traité 110 millions de personnes de moins en 2022 par rapport à 2021, et aucune AMM n'a été effectuée dans 62 UMO qualifiées pour une évaluation d'impact. Les campagnes d'AMM dans les UMO prévues au 4e trimestre de 2022 ont été reportées à février ou août en raison d'un changement de stratégie nationale visant à aligner toutes les campagnes d'AMM. En novembre 2022, le gouvernement de l'Inde et l'OMS ont mené une mission conjointe de suivi pour réaliser une évaluation indépendante du programme d'élimination de la FL. Pour parvenir plus rapidement à l'élimination, il a été recommandé de procéder en urgence à des changements stratégiques, notamment en appliquant une stratégie au niveau des blocs; en étendant rapidement de la cartographie de confirmation; en assurant l'accès aux produits de diagnostic; en mettant en place une surveillance des vecteurs pour compléter l'évaluation de l'impact des AMM; en intégrant la PMPI dans les centres de santé et de bien-être; et en transférant la compétence en matière de suivi de l'élimination de la FL au Cabinet du Premier ministre. En réponse, un symposium national sur la feuille de route de l'Inde pour l'élimination de la filariose lymphatique a été organisé le 14 janvier 2023; à cette occasion, le ministre de la Santé de l'Union s'est engagé à éliminer la FL d'ici à 2027, avant la date fixée par l'OMS.¹² Le Gouvernement de l'Inde et l'OMS ont également organisé 2 cours à l'échelle nationale pour former les formateurs à la PMPI et aux enquêtes d'impact de la trithérapie IDA.

Dans la région du Pacifique occidental, la Malaisie, la Nouvelle-Calédonie, les Philippines, la Polynésie française, les Samoa américaines et Tuvalu ont achevé les campagnes d'AMM dans toutes les zones où elles étaient requises. La Nouvelle-Calédonie a introduit la trithérapie IDA dans l'UMO d'endémie d'Ouvéa lors de la première campagne d'AMM menée sur ce territoire. Aux Philippines, la population totale nécessitant une AMM a été réduite de 46,8 millions de personnes (soit une réduction de 88,5%). Le pays a mené et réussi la TAS3 dans 2 UE et a communiqué des données de surveillance des sites sentinelles pour 5 autres UE. Les Fidji ont effectué une 2e tournée de trithérapie IDA dans l'île de Malolo. Le Samoa a élaboré des plans visant à relancer la trithérapie IDA en 2022, dont l'achèvement

¹² Union Health Minister Dr Mansukh Mandaviya inaugurates the second phase of the annual Nationwide Mass Drug Administration initiative for lymphatic filariasis (<https://piib.gov.in/PressReleaselframePage.aspx?PRID=1947352#:~:text=%E2%80%9CIndia%20is%20committed%20to,of%20the%20Annual%20National%20Mass>, accessed September 2023).

¹² Union Health Minister Dr Mansukh Mandaviya inaugure la seconde phase de l'initiative annuelle de la piib pour la distribution massive de médicaments contre la filariose lymphatique (<https://piib.gov.in/PressReleaselframePage.aspx?PRID=1947352#:~:text=%E2%80%9CIndia%20is%20committed%20to,of%20the%20Annual%20Nationwide%20Mass>, accessed September 2023).

in East New Britain province as planned and achieved >65% coverage; extension of IDA to West New Britain is planned for 2023. In Malaysia, the total population that requires MDA has been reduced by 1.1 million (99.7% reduction). Malaysia continues to implement IDA in hot-spot communities identified in post-MDA surveillance, which are located in areas with documented *B. malayi* infections in both domestic and feral animals, suggesting a potential role of animals in the transmission of filariasis in this unique setting. Brunei Darussalam has integrated LF into routine disease surveillance and in response, is planning to implement targeted surveys to update an elimination dossier.

Post-validation surveillance

One of the WHO targets for LF by 2030 is for post-MDA or post-validation surveillance (PVS) being implemented in 100% of endemic countries. Countries that have stopped MDA but are not yet validated are conducting repeat TAS for post-MDA surveillance according to WHO recommendations. In December 2022, WHO held a meeting in Bangkok, Thailand, on *Post-validation surveillance for lymphatic filariasis in the context of an integrated NTD road map*, at which countries reported progress and the results of surveillance conducted since validation. Of the 19 countries validated for elimination of LF as a public health problem, only 8 have reported post-validation surveillance, although all 19 countries made commitments to do so in their dossiers. Surveillance should be conducted, not only in those countries but also in countries that have passed TAS3 in several IUs but have not yet stopped MDA nationally.

The surveillance data presented by Egypt and Sri Lanka during the meeting indicated the presence of hot spots of infection and ongoing transmission that required targeted treatment. Whereas, data presented by Maldives and Togo suggested that transmission of LF may be eliminated in some settings. Thailand continues multiple surveillance approaches including targeted interventions in areas of zoonotic *B. malayi*, a challenging setting also noted by Indonesia and Malaysia.

Examples of feasible PVS activities were shared by programmes, including integration of surveillance for LF into cross-sectional surveys for other diseases and routine specimen collection in health facilities. Barriers to PVS that were reported included: (i) resource constraints due to decreased domestic funding after validation, (ii) lack of specific WHO guidance on PVS, (iii) lack of capacity for integrated surveillance platforms such as multiplex bead assays and molecular xenomonitoring, and (iv) lack of access to rapid diagnostic tests. WHO has published a target product

établi pour septembre 2023. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a effectué une 2e tournée de trithérapie IDA dans la province de Nouvelle-Bretagne orientale comme prévu et a atteint une couverture >65%; l'extension de la trithérapie à la Nouvelle-Bretagne occidentale est programmée pour 2023. En Malaisie, la population totale nécessitant une AMM a été réduite de 1,1 million de personnes (soit une réduction de 99,7%). Le pays continue l'administration de la trithérapie IDA aux communautés des points chauds identifiés dans le cadre de la surveillance post-AMM, qui sont situés dans des zones où les infections à *B. malayi* sont avérées chez des animaux domestiques et sauvages, suggérant un rôle potentiel des animaux dans la transmission de la filariose dans ce contexte unique. Le Brunei Darussalam a intégré la FL dans la surveillance systématique des maladies et les activités de riposte; il prévoit la réalisation d'enquêtes ciblées et la mise à jour d'un dossier de demande de validation de l'élimination.

Surveillance post-validation

L'une des cibles de l'OMS pour la filariose lymphatique à l'horizon 2030 est la surveillance post-AMM ou post-validation en train d'être mise en œuvre dans tous les pays d'endémie. Les pays qui ont arrêté l'AMM mais qui n'ont pas encore obtenu la validation de l'élimination procèdent à des enquêtes TAS répétées dans le cadre de la surveillance post-AMM conformément aux recommandations de l'OMS. En décembre 2022, l'OMS a organisé une réunion à Bangkok (Thaïlande) sur le thème de la *Surveillance post-validation de la filariose lymphatique dans le contexte d'une feuille de route intégrée pour les MTN*, au cours de laquelle les pays ont rendu compte des progrès accomplis et des résultats de la surveillance menée depuis la validation. Sur les 19 pays dans lesquels l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique a été validée, seuls 8 ont déclaré effectuer une surveillance post-validation, alors que les 19 pays étaient engagés à le faire dans les dossiers de demande de validation de l'élimination. La surveillance est indispensable, non seulement dans ces pays, mais aussi dans les pays qui ont mené avec succès l'enquête TAS3 dans plusieurs UMO mais qui n'ont pas encore arrêté l'AMM à l'échelle nationale.

Les données de surveillance présentées par l'Egypte et le Sri Lanka au cours de la réunion ont indiqué la présence de points chauds d'infection et de transmission persistante qui nécessitent un traitement ciblé. Les données présentées par les Maldives et le Togo semblent quant à elles indiquer que la transmission de la FL pourrait être éliminée dans certains contextes. La Thaïlande poursuit ses interventions ciblées dans les zones d'infestation zoonotique à *B. malayi*, un contexte difficile également connu de l'Indonésie et de la Malaisie.

Les programmes ont partagé des exemples d'activités de surveillance post-validation réalisables, notamment l'intégration de la surveillance de la FL dans les enquêtes transversales effectuées pour d'autres maladies et le recueil systématique d'échantillons dans les établissements de santé. Certains obstacles à la surveillance post-validation ont également été signalés, notamment: i) le manque de ressources dû à la diminution du financement national après la validation, ii) l'absence d'orientations spécifiques de l'OMS sur la surveillance post-validation, iii) le manque de capacités pour les plateformes de surveillance intégrée telles que les dosages multiplex sur billes

profile for a specific diagnostic test for surveillance after treatment and validation as the current tools are inadequate for rapid detection of resurgence.¹³

Research priorities proposed to advance PVS for LF included developing and validating new diagnostic tools, application of geostatistical sampling in various settings and use cases, and evaluation of the methods being used in countries. Monitoring the presence of the filarial parasite in vectors could be integrated into surveillance for malaria and other vector-borne diseases. WHO was requested to develop minimum standards for LF molecular xenomonitoring and to establish guidance for a programmatic response. Identification of people with lymphoedema or hydrocoele should be incorporated into disease surveillance during PVS so that they can be provided with care. ■

et la xénosurveillance moléculaire, et iv) le manque d'accès aux tests de diagnostic rapides. L'OMS a publié un profil de produit cible pour un test de diagnostic spécifique pour la surveillance post-AMM et post-validation, car les outils actuels ne permettent pas de détecter rapidement une réurgence³

Les priorités de recherche proposées pour faire progresser la surveillance post-validation de la FL comprenaient le développement et la validation de nouveaux outils de diagnostic, l'application de l'échantillonnage géostatistique dans divers contextes et les scénarios d'utilisation, et l'évaluation des méthodes utilisées dans les pays. La surveillance de la présence de filaires chez les vecteurs pourrait être intégrée à la surveillance du paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle. Il a été demandé à l'OMS d'élaborer des normes minimales pour la xénosurveillance moléculaire de la FL et d'établir un guide pour une riposte programmatique. L'identification des personnes présentant un lymphœdème ou une hydrocèle doit être intégrée à la surveillance de la maladie post-validation afin qu'elles puissent recevoir des soins. ■

¹³ Diagnostic test for surveillance of lymphatic filariasis: target product profile. Genève: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/item/9789240018648>, accessed September 2023).

¹³ Diagnostic test for surveillance of lymphatic filariasis: target product profile. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/publications/item/9789240018648>, consulté en septembre 2023).

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW server: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the *Weekly Epidemiological Record* (WER). To subscribe, please go to the home page of the WER and click on "Subscribe to the WER mailing list" or go directly to <https://confirmsubscription.com/h/d/4759AAD079391CCC>. A request for confirmation will be sent in reply.

Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du *Relevé épidémiologique hebdomadaire* (REH). Pour vous abonner, merci de vous rendre sur la page d'accueil du REH et de cliquer sur «S'abonner à la liste de distribution du REH» ou directement à l'adresse suivante: <https://confirmsubscription.com/h/d/4759AAD079391CCC>. Une demande de confirmation vous sera envoyée en retour.

www.who.int/wer

Please subscribe at <https://confirmsubscription.com/h/d/4759AAD079391CCC>
Content management & production • wantz@who.int or werreh@who.int

www.who.int/wer

Merci de vous abonner à l'adresse suivante: <https://confirmsubscription.com/h/d/4759AAD079391CCC>
Gestion du contenu & production • wantz@who.int or werreh@who.int

WHO web sites on infectious diseases – Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

Adolescent health	https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1	Santé des adolescents
Avian influenza	https://www.who.int/health-topics/influenza-avian-and-other-zoonotic#tab=tab_1	Grippe aviaire
Buruli ulcer	https://www.who.int/health-topics/buruli-ulcer#tab=tab_1	Ulcère de Buruli
Child health	https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1	Santé des enfants
Cholera	https://www.who.int/health-topics/cholera#tab=tab_1	Choléra
COVID-19	https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1	Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)
Dengue	https://www.who.int/health-topics/dengue-and-severe-dengue#tab=tab_1	Dengue
Ebola virus disease	https://www.who.int/health-topics/ebola#tab=tab_1	Maladie à virus Ebola
Emergencies	https://www.who.int/emergencies/situations	Situations d'urgence sanitaire
Emergencies dashboard	https://extranet.who.int/publicemergency	Tableau de bord des urgences sanitaires
Foodborne diseases	https://www.who.int/health-topics/foodborne-diseases#tab=tab_1	Maladies d'origine alimentaire
Global Health Observatory (GHO) data	https://www.who.int/data/gho	Données de l'Observatoire de la santé mondiale
Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)	https://www.who.int/initiatives/global-influenza-surveillance-and-response-system	Système mondial de surveillance et d'intervention
Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)	https://extranet.who.int/goarn/	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)
Health topics	https://www.who.int/health-topics/	La santé de A à Z
Human African trypanosomiasis	https://www.who.int/health-topics/human-african-trypanosomiasis#tab=tab_1	Trypanosomiase humaine africaine
Immunization, Vaccines and Biologicals	https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1	Vaccination, Vaccins et Biologiques
Influenza	https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal#tab=tab_1	Grippe
International Health Regulations	https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1	Règlement sanitaire international
International travel and health	https://www.who.int/health-topics/travel-and-health#tab=tab_1	Voyages internationaux et santé
Leishmaniasis	https://www.who.int/health-topics/leishmaniasis#tab=tab_1	Leishmaniose
Leprosy	https://www.who.int/health-topics/leprosy#tab=tab_1	Lèpre
Lymphatic filariasis	https://www.who.int/health-topics/lymphatic-filariasis#tab=tab_1	Filiariose lymphatique
Malaria	https://www.who.int/health-topics/malaria#tab=tab_1	Paludisme
Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)	https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1	Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)
Neglected tropical diseases	https://www.who.int/health-topics/neglected-tropical-diseases#tab=tab_1	Maladies tropicales négligées
Onchocerciasis	https://www.who.int/health-topics/onchocerciasis#tab=tab_1	Onchocercose
OpenWHO	https://openwho.org/	OpenWHO
Outbreak news	https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	https://www.who.int/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1	Poliomyélite
Rabies	https://www.who.int/health-topics/rabies#tab=tab_1	Rage
Schistosomiasis	https://www.who.int/health-topics/schistosomiasis#tab=tab_1	Schistosomiase
Smallpox	https://www.who.int/health-topics/smallpox#tab=tab_1	Variole
Soil-transmitted helminthiases	https://www.who.int/health-topics/soil-transmitted-helminthiases#tab=tab_1	Géohelminthiases
Trachoma	https://www.who.int/health-topics/trachoma#tab=tab_1	Trachome
Tropical disease research	https://tdr.who.int/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1	Tuberculose
Weekly Epidemiological Record	http://www.who.int/wer	Relevé épidémiologique hebdomadaire
WHO Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response	https://www.who.int/about/structure/lyon-office	Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies
Yellow fever	https://www.who.int/health-topics/yellow-fever#tab=tab_1	Fièvre jaune
Zika virus disease	https://www.who.int/health-topics/zika-virus-disease#tab=tab_1	Maladie à virus Zika