



Contents

- 513 Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2021

Sommaire

- 513 Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2021

Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2021

Introduction

Lymphatic filariasis (LF) is a preventable neglected tropical disease (NTD) caused by infection with the filarial parasites *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* or *B. timori*. Mosquitos in the genera *Culex*, *Anopheles*, *Mansonia* and *Aedes* transmit the parasites from person to person. Lymphoedema and hydrocoele are the visible, chronic clinical consequences of the impairment of lymphatic vessels caused by infection with these parasites. 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). Since the start of GPELF, the number of infections has been reduced by 74% globally. The latest estimate is that 51.4 million people are infected.¹

Achievements in 2021

Scale-up of mass drug administration

WHO recommends MDA for cost-effective treatment of all eligible people living in endemic areas.² Operationally, a decision to start MDA in an endemic area is taken in an implementation unit (IU), the smallest administrative unit used in a country for treatment campaigns. The population of an IU no longer requires MDA when the prevalence of infection has been reduced to such a low level that transmission is

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.

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).

Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2021

Introduction

La filariose lymphatique (FL) est une maladie tropicale négligée (MTN) qui peut être évitée et qui résulte d'une infestation par des filaires parasites des espèces *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* ou *B. timori*. Ces derniers se transmettent d'une personne à l'autre par l'intermédiaire de moustiques des genres *Culex*, *Anopheles*, *Mansonia* et *Aedes*. Le lymphoedème et l'hydrocèle sont les conséquences cliniques chroniques visibles de l'altération des vaisseaux lymphatiques causée par la présence de ces parasites dans l'organisme. 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. Depuis le lancement du GPELF, le nombre d'infections a reculé de 74% à l'échelle mondiale. Selon les dernières estimations, le nombre de personnes infectées s'établit à 51,4 millions.¹

Réalizations en 2021

Intensification de l'administration de masse de médicaments

L'OMS recommande l'administration de masse de médicaments (AMM) à toutes les personnes répondant aux critères fixés pour recevoir le traitement et vivant dans des zones d'endémie, une stratégie dont le bon rapport coût-efficacité a été démontré.² Sur le plan opérationnel, la décision de démarrer une AMM dans une zone d'endémie est prise au niveau de l'unité de mise en œuvre (UMO), qui correspond à la plus petite unité administrative utilisée dans un pays dans le

¹ Local Burden of Disease 2019 Neglected Tropical Diseases Collaborators. The global distribution of lymphatic filariasis, 2000–18: a geospatial analysis. *The Lancet Global Health*. 2020;8:e1186–e1194.

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).

considered no longer sustainable.³ Multiple rounds of MDA with effective coverage ($\geq 65\%$ of the total population) are required to achieve the desired effect. WHO recommends sentinel and spot-check community surveys, followed by a transmission assessment survey (TAS) to measure the impact of MDA and to determine whether the level of infection has decreased below the target threshold. TAS is repeated twice during 4–6 years after cessation of MDA (TAS2 and TAS3) to ensure no recrudescence of LF infection.

The status of the 72 LF-endemic countries in delivering MDA and reducing the prevalence of LF to meet the validation criteria is presented in *Table 1*. In 2021, 45 countries were considered to require MDA, MDA had not started in 2 countries (column I), and MDA had been implemented in some but not all endemic IUs in 7 countries (column II). In 2021 or before, 35 countries had delivered at least 1 round of MDA in all known endemic IUs (column III); and 11 countries had stopped MDA nationally but had not yet met the criteria for validation (column IV). No new countries met the criteria for elimination of LF as a public health problem in 2021, and the number of countries that had achieved this status but still require surveillance and clinical care was 17 (column V).

MDA results by country are reported in *Table 2*. Since 2000, more than 9 billion cumulative treatments have been delivered by MDA to more than 935 million people. In 2021, the population that required MDA was 884.9 million, and 28 countries reported having treated a total of 364.9 million people (41.2%). MDA was not implemented in 15 countries. Updates from any late reports from countries will be posted on the Global Health Observatory PC data portal.⁴ The total population of the 894 IUs in which MDA was implemented in national programmes (targeted population) was 456.1 million, of which 88.5% achieved effective coverage. A total of 428.8 million people were living in IUs in which MDA was required but not provided.

An estimated 25.2 million preschool-aged children (2–4 years of age) and 92.4 million school-aged children (5–14 years of age) were treated in MDA. WHO encourages NTD programmes to integrate assessment of the prevalence of soil-transmitted helminthiasis (STH) during TAS to rationalize use of resources for NTD programmes and to provide data for determining the frequency of deworming to be recommended when LF MDA is no longer required.

cadre des 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 Pour produire l'effet voulu, 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) afin de mesurer l'impact de l'AMM et de déterminer si les taux d'infection sont passés en dessous du seuil cible. 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 vérifier l'absence de toute recrudescence de la filariose lymphatique.

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 en vue d'atteindre les critères de validation. En 2021, une AMM était jugée nécessaire dans 45 pays, 2 pays n'avaient pas encore commencé l'AMM (colonne I) et 7 pays avaient mis en œuvre une AMM dans certaines UMO d'endémie, mais pas dans toutes (colonne II). En 2021 ou dans les années précédentes, 35 pays avaient effectué au moins une tournée d'AMM dans toutes les UMO d'endémie connues (colonne III) et 11 pays avaient mis un terme aux campagnes d'AMM au niveau national, mais n'avaient pas encore satisfait aux critères de validation (colonne IV). Aucun nouveau pays n'a satisfait aux critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique en 2021, et le nombre de pays ayant atteint ce statut mais dans lesquels une surveillance et une prise en charge clinique restent nécessaires s'établissait à 17 (colonne V).

Le *Tableau 2* indique les résultats des AMM effectuées dans chaque pays. Depuis 2000, plus de 9 milliards de traitements ont été administrés à plus de 935 millions de personnes dans le cadre des campagnes d'AMM. En 2021, 884,9 millions de personnes nécessitaient une AMM et 28 pays ont déclaré avoir traité au total 364,9 millions de personnes (41,2%). Quinze pays n'ont pas mené de campagnes d'AMM. Des informations actualisées provenant des rapports soumis en retard par les pays seront publiées sur le portail de données sur la chimioprévention de l'Observatoire mondial de la santé.⁴ La population totale des 894 UMO dans lesquelles l'AMM a été mise en œuvre par les programmes nationaux (population ciblée) s'élevait à 456,1 millions de personnes et une couverture efficace a été atteinte par 88,5% de ces UMO. Au total, 428,8 millions de personnes vivaient dans des UMO où l'AMM est nécessaire mais n'a pas été mise en œuvre.

On estime que 25,2 millions d'enfants d'âge préscolaire (2-4 ans) et 92,4 millions d'enfants d'âge scolaire (5-14 ans) ont été traités dans le cadre des campagnes d'AMM. L'OMS encourage les programmes de lutte contre les MTN à inclure une évaluation de la prévalence des géohelminthiases dans l'enquête TAS afin de rationaliser l'utilisation de leurs ressources et de recueillir des données permettant de déterminer à quelle fréquence il convient de mener des campagnes de vermifugation une fois que l'AMM contre la FL n'est plus nécessaire.

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>).

⁴ Preventive chemotherapy data portal. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/data/preventive-chemotherapy/>).

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://apps.who.int/iris/handle/10665/85616>).

⁴ Preventive chemotherapy data portal. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 (<https://www.who.int/data/preventive-chemotherapy/>).

Table 1 **Country status in implementing mass drug administration (MDA) for lymphatic filariasis (LF) elimination as of 2021**Tableau 1 **Situation des pays concernant l'AMM (mise en œuvre d'une administration massive de médicaments) dans le cadre de l'élimination de la filariose lymphatique (FL), 2021**

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 et qui n'a pas été étendue à tous les districts d'endémie	III. MDA scaled to all endemic districts – III. AMM étendue à tous les districts d'endémie	IV. MDA stopped in all endemic districts and under surveillance – IV. AMM arrêtée dans tous les districts d'endémie et sous surveillance	V. Validated as having eliminated LF as a public health problem and under surveillance – V. Pays ayant obtenu la validation de leur conformité aux critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique et restant en phase de surveillance
African – Afrique	Gabon – Gabon	Angola, Central African Republic, Madagascar, Nigeria, South Sudan – Angola, Madagascar, Nigéria, République centrafricaine, Soudan du Sud	Burkina Faso, Chad, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mozambique, Niger, Senegal, Sierra Leone, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe – Burkina Faso, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mali, Mozambique, Niger, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Zambie, Zimbabwe	Benin, Cameroon ^a , Mali, Sao Tome and Principe, Uganda – Bénin, Cameroun ^a , Mali, Ouganda, Sao Tomé-et-Principe	Malawi, Togo – Malawi, Togo
Americas – Amériques			Guyana, Haiti – Guyane, 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	Bangladesh, Timor-Leste – Bangladesh, Timor-Leste	Maldives, Sri Lanka, Thailand – Maldives, Sri Lanka, Thaïlande
Western Pacific – Pacifique occidental	New Caledonia – Nouvelle-Calédonie	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	American Samoa, Fiji, French Polynesia, Federated States of Micronesia, Malaysia, Philippines, Samoa, Tuvalu – Fidji, États fédérés de Micronésie, Malaisie, Philippines, Polynésie française, Samoa américaines, Tuvalu	Brunei Darussalam, Lao People's Democratic Republic – Brunei Darussalam, République démocratique populaire Lao	Cambodia, Cook Islands, Kiribati, Marshall Islands, Niue, Palau, Tonga, Vanuatu, Vietnam, Wallis and Futuna – Cambodge, Îles Cook, Îles Marshall, Kiribati, Nioué, Palaos, Tonga, Vanuatu, Viet Nam, Wallis et Futuna
Total	2	7	35	11	17

^a Also implemented MDA in 2021. – Pays ayant mis en œuvre une AMM en 2021.

Table 2 **Mass drug administration (MDA) coverage for lymphatic filariasis elimination as reported by country, 2021**Tableau 2 **Administration massive de médicaments (AMM) afin d'éliminer la filiarose lymphatique, par pays, 2021**

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2021 – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM en 2021	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of imple- mentation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementation units implementing MDA in 2021 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2021	Proportion of implementation units achieving effective cove- rage (%) – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parve- nant à obtenir une couverture efficace (%)	Total population of implemen- tation units targeted by MDA in 2021 – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2021	Reported no. of people treated in 2021 – Nbre notifié de personnes traitées en 2021	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
African – Afrique		342 352 706		1 722	696	87.1	119 363 159	101 295 340	40.4	84.9	29.6
	Angola	3 979 650	IA	38	No MDA – Pas d'AMM						
	Burkina Faso	2 103 341	IA	8	No MDA – Pas d'AMM						
	Cameroon – Cameroun	59 799	IA	1	1	0	59 799	20 189	100	33.8	33.8
	Central African Republic – République centrafricaine	6 389 657	IA, 1*A	32	22	95.5	5 814 807	4 917 645	68.8	84.6	77.0
	Chad – Tchad	5 394 895	IA	36	36	100	5 394 895	4 190 702	100	77.7	77.7
	Comoros – Comores	407 669	DA, IDA	7	7	0	407 669	160 391	100	39.3	39.3
	Congo	1 089 390	IA, 1*A, 2*A	13	13	15.4	664 077	548 996	100	82.7	50.4
	Côte d'Ivoire	14 349 734	IA	62	29	100	3 865 509	3 558 275	46.8	92.1	24.8
	Democratic Republic of Congo – République démocratique du Congo	48 650 774	IA, 2*A	245	244	97.5	48 351 031	39 237 505	99.6	81.2	80.7
	Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	948 512	1*A	15	15	0	948 512	191 498	100	20.2	20.2
	Eritrea – Érythrée	73 338	DA	2	2	100	73 338	62 548	100	85.3	85.3
	Ethiopia – Éthiopie	6 663 625	IA	81	29	72.4	2 126 082	1 761 920	35.8	82.9	26.4
	Gabon	358 437	IA	18	No MDA – Pas d'AMM						
	Ghana	1 116 519	IA	11	11	63.6	1 116 519	778 905	100	69.8	69.8
	Guinea – Guinée	8 407 131	IA	24	23	87.0	6 367 943	5 841 495	95.8	91.7	69.5
	Guinea-Bissau – Guinée Bissau	1 941 909	IA	109	27	74.1	277 243	232 561	24.8	83.9	12.0

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2021 – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM en 2021	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of imple- mentation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementation units implementing MDA in 2021 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2021	Proportion of implementation units achieving effective cover- age (%) – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parve- nant à obtenir une couverture efficace (%)	Total population of implemen- tation units targeted by MDA in 2021 – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2021	Reported no. of people treated in 2021 – Nbre notifié de personnes traitées en 2021	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
	Kenya	4 323 890	DA	23	No MDA – Pas d'AMM						
	Liberia – Libéria	3 021 540	IA	13	13	61.5	3 021 540	2 162 942	100	71.6	71.6
	Madagascar	21 390 404	DA, IDA	94	Awaited – Attendu						
	Mozambique	19 580 369	IA	95	4	75.0	638 099	494 085	4.2	77.4	2.5
	Niger	4 306 318	IA	11	No MDA – Pas d'AMM						
	Nigeria – Nigéria	139 910 337	IA	547	118	94.9	20 887 810	19 121 169	21.6	91.5	13.7
	Senegal – Sénégal	5 764 573	IA	34	10	100	1 241 032	1 123 495	29.4	90.5	19.5
	Sierra Leone	1 693 098	IA	4	4	100	1 693 098	1 255 575	100	74.2	74.2
	South Sudan – Soudan du Sud	8 758 494	IA	50	34	73.5	5 090 603	4 628 519	68.0	90.9	52.8
	United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	10 336 551	IA	25	19	73.7	6 680 234	6 130 377	76.0	91.8	59.3
	Zambia – Zambie	13 185 586	DA	85	35	97.1	4 643 319	4 876 548	41.2	105.0	37.0
	Zimbabwe	8 147 166	DA	39	No MDA – Pas d'AMM						
Americas – Amériques		5 095 296		27	8	100	678 082	486 332	29.6	71.7	9.5
	Guyana – Guyane	678 082	IDA	8	8	100	678 082	486 332	100	71.7	71.7
	Haiti – Haïti	4 417 214	DA	19	No MDA – Pas d'AMM						
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		11 138 868		61		0	0	0	0	0	0
	Sudan – Soudan	11 138 868	IA	61	No MDA – Pas d'AMM						
South-East Asia – Asie du Sud-Est		519 047 204		257	178	92.7	334 981 393	262 113 122	69.3	78.2	50.5
	India – Inde	487 714 208	DA, IDA	195	134	98.5	318 796 558	250 216 213	68.7	78.5	51.3

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2021 – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM en 2021	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of imple- mentation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementation units implementing MDA in 2021 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2021	Proportion of implementation units achieving effective cover- age (%) – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parve- nant à obtenir une couverture efficace (%)	Total population of implemen- tation units targeted by MDA in 2021 – Population totale ciblée par les unités de mise en œuvre en 2021	Reported no. of people treated in 2021 – Nbre notifié de personnes traitées en 2021	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) ^a – Couverture pour le programme (%) ^a	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
	Indonesia – Indonésie	9 236 691	DA, IDA	34	32	65.6	9 139 845	6 539 864	94.1	71.6	70.8
	Myanmar	15 006 183	DA	15	No MDA – Pas d'AMM						
	Nepal – Népal	7 090 122	DA	13	12	100	7 044 990	5 357 045	92.3	76.0	75.6
Western Pacific – Pacifique occidental		7 270 039		43	12	100	1 069 010	973 494	27.9	91.1	13.4
	American Samoa – Samoa américaine	60 300	IDA	1	No MDA – Pas d'AMM						
	Fiji – Fidji	193 159	IDA	4	No MDA – Pas d'AMM						
	French Polynesia – Polynésie française	9 583	DA	2	2	100	9 583	8 072	100	84.2	84.2
	Malaysia – Malaisie	5 886	IDA	9	9	100	5 886	5 720	100	97.2	97.2
	Micronesia (Federated States of) – Micronésie (États fédérés de)	51 744	DA	1	No MDA – Pas d'AMM						
	New Caledonia – Nouvelle Calédonie	12 378	DA	1	No MDA – Pas d'AMM						
	Papua New Guinea – Papouasie- Nouvelle-Guinée	5 680 729	IDA	19	No MDA – Pas d'AMM						
	Philippines	1 053 541	DA	1	1	100	1 053 541	959 702	100	91.1	91.1
	Samoa	191 219	IDA	4	No MDA – Pas d'AMM						
	Tuvalu	11 500	IDA	1	No MDA – Pas d'AMM						
Global – Monde		884 904 113		2 110	894	88.5	456 091 644	364 868 288	42.4	80.0	41.2

IA, ivermectin plus albendazole; DA, diethylcarbamazine citrate (DEC) plus albendazole; IDA, ivermectin plus DEC plus albendazole. – IA: ivermectine plus albendazole; DA: diethylcarbamazine citrate (DEC) plus albendazole; IDA, ivermectine plus DEC plus albendazole.
Proportion of implementation units achieving effective coverage: number of implementation units reporting at least 65% coverage out of total number of implementation units conducting MDA. – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parvenant à obtenir une couverture efficace: nombre d'unités de mise en œuvre signalant une couverture d'au moins 65% par rapport au nombre total d'unités de mise en œuvre conduisant une AMM.

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

Programme coverage - proportion (%) of individuals treated as per programme target (total population of implementation units targeted by MDA). – Couverture par le programme: proportion (%) de sujets traités selon l'objectif fixé par le programme (total de la population ciblée par l'AMM dans les unités de mise en œuvre).

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

Progress towards achieving Sustainable Development Goal (SDG) 3.3

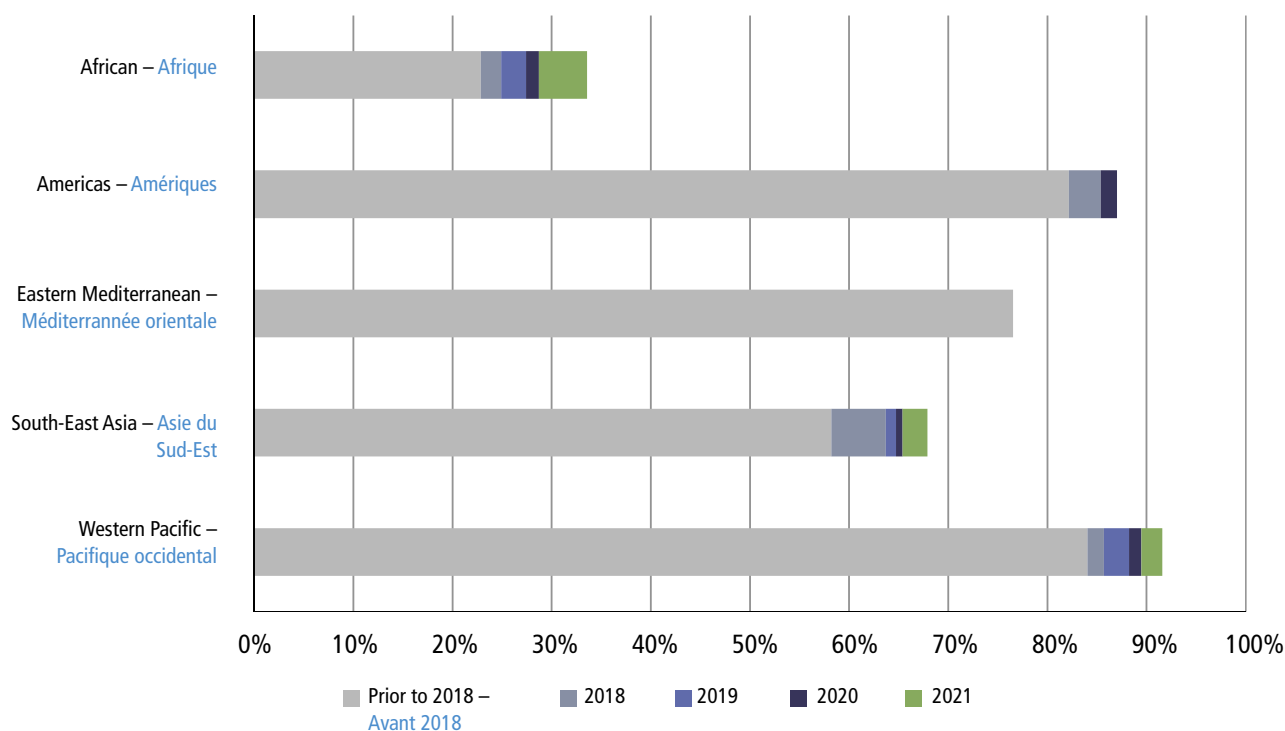
The indicator for achievement of SDG 3.3.5 is the number of people who require interventions for NTDs, and the linked goal of the NTD road map is to achieve a 90% reduction in this indicator by 2030.^{5,6} For LF, this is measured as the population of endemic IUs that no longer require MDA, defined as IUs that have successfully met the criteria in preTAS and TAS. In 2021, the total population that no longer required MDA increased to 740 million people. For LF alone, this represents a 52% reduction in the total population that required interventions. *Figure 1* shows the cumulative proportion of known endemic IUs by region that have completed TAS and no longer require MDA, for a total of 4120 endemic IUs. In 2021, TAS was conducted in 26 countries, covering 429 IUs (156 IUs in TAS1, 66 IUs in TAS2 and 207 IUs in TAS3). To date, 4911 TAS have been conducted in evaluation units (EUs), which may be larger or smaller than an IU. According to reports of surveys completed in 2021, 95% of EUs that underwent

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

Le nombre de personnes pour lesquelles des interventions contre les MTN sont nécessaires est l'indicateur utilisé pour évaluer la réalisation de la cible 3.3.5 des ODD; dans la feuille de route pour les MTN, l'objectif correspondant est de parvenir à une baisse de 90% de cet indicateur à l'horizon 2030.^{5,6} Pour la FL, les progrès en la matière sont mesurés par la population des UMO d'endémie ne nécessitant plus d'AMM, c'est-à-dire les UMO qui ont satisfait aux critères des enquêtes pré-TAS et TAS. En 2021, la population totale n'ayant plus besoin d'une AMM a augmenté pour atteindre 740 millions de personnes. Cela représente, pour la seule FL, un recul de 52% de la population totale nécessitant des interventions. La *Figure 1* illustre la proportion cumulée d'UMO d'endémie connues dans lesquelles les enquêtes TAS ont été achevées et l'AMM n'est plus nécessaire, par Région, pour un total de 4120 UMO d'endémie. En 2021, des enquêtes TAS ont été menées dans 26 pays, couvrant 429 UMO (156 UMO pour la TAS1, 66 pour la TAS2 et 207 pour la TAS3). À ce jour, 4911 enquêtes TAS ont été menées dans des unités d'évaluation, lesquelles peuvent être plus grandes ou plus petites que les UMO. Selon les rapports des enquêtes réalisées

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.

⁵ Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 agenda for sustainable development. New York City (NY): United Nations (A/RES/71/313) (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list>).

⁶ 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>).

⁵ Cadre mondial d'indicateurs relatifs aux objectifs et aux cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030. New York City (NY): Organisation des Nations Unies (A/RES/71/313) (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list>).

⁶ 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>).

TAS passed (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: anthelmintics for infection, surgery for hydrocoele, treatment for episodes of adenolymphangitis and management of lymphoedema.⁷ GPELF refers to the provision of these basic primary care services as MMDP. The number of people affected by IU and the availability and quality of care are required indicators in countries claiming to have achieved the criteria for elimination of LF as a public health problem.⁸ Cumulative data on MMDP reported to WHO between 2007 and 2021 are summarized in Table 3, showing that 64 countries have reported at least some data on MMDP. Updated data on morbidity were received from 16 countries, 10 countries reported provision of care to 684 367 people with lymphoedema, and 9 countries reported care (surgery) for 183 930 men with hydrocoele.

en 2021, 95% des unités d'évaluation ayant fait l'objet d'une enquête TAS ont obtenu des résultats favorables, indiquant que la proportion d'enfants dépistés positifs pour la FL était inférieure au seuil en dessous duquel la transmission ne peut plus se poursuivre.

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 lymphœdème.⁷ 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). Le nombre de malades par UMO et la disponibilité et la qualité des soins sont des indicateurs dont les pays doivent rendre compte lorsqu'ils déclarent avoir satisfait aux critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique.⁸ Les données cumulées communiquées à l'OMS entre 2007 et 2021 concernant la PMPI sont résumées dans le Tableau 3. Elles montrent que 64 pays ont transmis au moins partiellement des données sur la PMPI. Des données actualisées sur la morbidité ont été communiquées par 16 pays, 10 pays ont déclaré avoir prodigué des soins à 684 367 personnes atteintes de lymphœdème et 9 pays ont fait état d'une prise en charge (chirurgie) de 183 930 hommes atteints d'hydrocèle.

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 notifiées à l'OMS*

WHO region – Région	No. of LF endemic countries – Nbre de pays d'endémie de la FL	No. of countries ever reporting on lymphedema patients – Nbre de pays ayant jamais notifié des cas de lymphœdème	No. of lymphedema patients reported – Nbre de cas de lymphœdème	No. of countries ever reporting on hydrocoele patients – Nbre de pays ayant jamais notifié des cas d'hydrocèle	No. of hydrocoele patients reported – Nbre de cas d'hydrocèle notifiés	No. of countries reported persons receiving care in 2021 – Nbre de pays signalant des personnes recevant des soins en 2021
African – Afrique	34	27	149 716	27	139 043	7
Americas – Amériques	4	4	10 339	4	3 254	2
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	3	3	1 102	2	21	1
South-East Asia – Asie du Sud-Est	9	9	983 571	8	440 113	2
Western Pacific – Pacifique occidental	22	21	4 858	18	1 023	0
Total	72	64	1 149 496	59	583 454	12

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 personnes signalé ne représente qu'une estimation partielle, qui comprend les données relatives à un sous-ensemble d'unités de mise en œuvre, obtenues par différentes méthodes. Ces estimations ne correspondent pas à la charge de morbidité globale.

⁷ 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>).

⁸ Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/item/9789241511957>).

⁷ Lymphatic filariasis: managing morbidity and prevention disability: an aide-mémoire for national programme managers, 2nd edition. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339931>).

⁸ Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511957>).

Progress in implementing triple-therapy MDA

Triple therapy, the combination of ivermectin (I), diethylcarbamazine (D) and albendazole (A), is the latest MDA regimen recommended by WHO and is the preferred alternative to 2-drug combinations against LF in certain settings.⁹ A cumulative 114.7 million IDA treatments were delivered between 2018 and 2021 in 15 countries. In 2021, IDA was used to treat 50 million people in 5 countries, representing a rapid acceleration in use of this regimen. IDA MDA was planned in another 10 countries (American Samoa, Fiji, Haiti, Madagascar, Nepal, New Caledonia, Papua New Guinea, Philippines, Samoa, Tuvalu) but was not delivered because of interrupted or delayed programme activities. The need for IDA was still undetermined and awaiting the results of planned surveys in Dominican Republic, Eritrea, Zambia and Zimbabwe, which were also delayed because of COVID 19-related interventions. Comoros implemented IDA MDA for the first time in 7 IUs that had previously failed pre-TAS. Guyana implemented a second round of IDA MDA in 2021 and achieved effective coverage in all IUs. India implemented IDA MDA in 21 districts, and has delivered at least one round of IDA to 36 districts. Indonesia implemented IDA MDA in 4 IUs and targeted 11 IUs for IDA MDA in 2022. Joint Application Package forms submitted to WHO indicate that 10 countries are planning IDA MDA in 2022 for 91 IUs, with a total target population of 61.4 million people.

Planned impact surveys in São Tomé and Príncipe were delayed until April 2022, more than 12 months after the last IDA MDA round. The country was the first to implement and pass the IDA impact survey for adults aged ≥ 20 years. Timor-Leste completed traditional TAS in all EUs, passing diagnostic tests for both *W. bancrofti* and *Brugia spp.*, indicating that MDA was no longer required in the country. Guyana, having achieved effective coverage in the second IDA MDA round and pre-TAS in all endemic IUs, met the criteria for proceeding to the IDA Impact Survey. The results of IDA impact surveys in Kenya are awaited.

Regional highlights

All 72 LF-endemic countries reported cases of COVID-19,¹⁰ and the pandemic and its mitigation delayed MDA implementation and survey completion in all regions. Nevertheless, some countries were able to make progress, as described below by WHO region.

In the African Region, Cameroon completed and passed TAS1 in the last remaining IU, moving the country to the post-MDA surveillance phase. The results of the IDA impact survey in São Tomé and Príncipe also moved the country into post-MDA surveillance, joining Benin,

⁹ 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>).

¹⁰ WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard-table view (<https://covid19.who.int/table>; accessed September 2022).

Progrès dans la mise en œuvre des AMM de trithérapie

La trithérapie IDA, consistant en l'administration d'une association d'ivermectine (I), de diéthylcarbamazine (D) et d'albendazole (A), est le schéma thérapeutique le plus récent recommandé par l'OOMS pour les AMM et est à privilégier en tant qu'alternative à la bithérapie contre la FL dans certains contextes.⁹ Entre 2018 et 2021, 114,7 millions de traitements IDA ont été administrés dans 15 pays. En 2021, la trithérapie IDA a été utilisée pour traiter 50 millions de personnes dans 5 pays, ce qui témoigne d'une accélération rapide du recours à ce schéma thérapeutique. Des AMM de trithérapie IDA étaient prévues dans 10 autres pays (Fidji, Haïti, Madagascar, Népal, Nouvelle-Calédonie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Samoa, Samoa américaines, Tuvalu), mais elles n'ont pas eu lieu en raison d'une interruption ou d'un report des activités programmatiques. En Érythrée, en République dominicaine, en Zambie et au Zimbabwe, la nécessité de mettre en œuvre la trithérapie IDA n'a pas encore été déterminée et dépendra des résultats des enquêtes qui étaient prévues mais qui ont été retardées en raison de la COVID-19. Aux Comores, une AMM de trithérapie a été mise en œuvre pour la première fois dans 7 UMO qui avaient auparavant obtenu des résultats insatisfaisants à l'enquête pré-TAS. Le Guyana a effectué une deuxième tournée d'AMM de trithérapie IDA en 2021, atteignant une couverture efficace dans toutes les UMO. L'Inde a mis en œuvre une AMM de trithérapie dans 21 districts et a effectué au moins une tournée de trithérapie IDA dans 36 districts. En Indonésie, l'AMM de trithérapie IDA a été mise en œuvre dans 4 UMO, et 11 UMO sont ciblées pour 2022. Les dossiers de demande commune reçus par l'OOMS indiquent que 10 pays prévoient de mener des AMM de trithérapie en 2022, couvrant au total 91 UMO, soit une population cible de 61,4 millions de personnes.

Les enquêtes d'impact prévues à Sao Tomé-et-Príncipe ont été reportées à avril 2022, soit plus de 12 mois après la dernière tournée d'AMM de trithérapie. Ce pays a été le premier à mener une enquête d'impact de la trithérapie IDA pour les adultes âgés de ≥ 20 ans et à obtenir des résultats favorables. Au Timor-Leste, l'enquête TAS traditionnelle a été menée à bien dans toutes les unités d'évaluation, des résultats satisfaisants ayant été obtenus aux tests de diagnostic à la fois pour *W. bancrofti* et *Brugia spp.*, ce qui signifie que l'AMM n'est plus requise dans le pays. Ayant atteint une couverture efficace lors de la deuxième tournée d'AMM de trithérapie IDA et ayant satisfait aux exigences de l'enquête pré-TAS dans toutes les UMO, le Guyana remplit désormais les critères pour procéder à l'enquête d'impact de la trithérapie. Les résultats des enquêtes d'impact de la trithérapie IDA menées au Kenya n'ont pas encore été communiqués.

Faits marquants au niveau régional

Les 72 pays d'endémie de la FL ont tous signalé des cas de COVID-19¹⁰ et, dans toutes les Régions, la pandémie et les mesures prises pour l'atténuer ont retardé la mise en œuvre des campagnes d'AMM et la réalisation des enquêtes. Des progrès ont toutefois été accomplis par certains pays, comme décrit ci-dessous pour chacune des Régions de l'OOMS.

Dans la Région africaine, le Cameroun a achevé avec succès les enquêtes TAS1 dans les dernières UMO restantes; le pays passe ainsi à la phase de surveillance post-AMM. Sur la base des résultats de l'enquête d'impact de la trithérapie IDA, Sao Tomé-et-Príncipe est également passé en phase de surveillance post-AMM, rejoignant

⁹ 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>).

¹⁰ WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard-Table View (<https://covid19.who.int/table> (consulté en septembre 2022)).

Cameroon, Mali and Uganda. Côte d'Ivoire completed and passed TAS in 25 EUs covering 37 IUs, so that 8.1 million people no longer require MDA. The largest LF-endemic countries in the Region, the Democratic Republic of Congo (DRC) and Nigeria, are rapidly scaling down MDA as IUs become eligible for pre-TAS and TAS. DRC implemented MDA in 99% of endemic IUs and completed pre-TAS and TAS in 34 and 32 IUs, respectively. The geographical coverage of MDA in Nigeria in 2021 dropped from 80% to 22%, and pre-TAS were implemented in 113 and TAS1 in 18 local government areas.

A total of 82.5 million people received ivermectin plus albendazole in 17 countries co-endemic for LF and onchocerciasis. WHO recommends MDA with albendazole only, twice a year and integrated vector control in areas where LF overlaps with loiasis. Equatorial Guinea delivered the first round of MDA with the albendazole-only regimen and achieved 100% geographical coverage. Albendazole monotherapy was also implemented in the Central African Republic, Congo and DRC for a total number of 14.1 million people in the 4 countries treated with this regimen. Gabon, which is also endemic for loiasis, is the last country in the Region that is yet to start MDA.

In the Region of the Americas, Guyana made substantial progress, completing the 2nd IDA round with effective coverage and implementing pre-TAS in all endemic IUs, despite the COVID-19 pandemic. MDA activities planned in Haiti during 2021 were disrupted and postponed. In 2022, Haiti plans IDA in 18 IUs with a total population of 3.7 million. Community-based TAS were conducted in 7 EUs, of which 4 passed, treatment is required in 1, and the remaining 2 must be surveyed again because community sampling did not provide the required target sample size. Another EU, Leogane, was divided for population-based surveys, and 1 sub-EU stopped MDA. The disruptions due to the COVID-19 pandemic and insecurity in Haiti have interrupted national programme activities. In the Dominican Republic, results are awaited from TAS and other post-MDA surveys conducted in 2021. Brazil has yet to conduct a TAS3 in the last district to have stopped MDA more than 4 years ago. This survey is necessary to determine whether the criteria for elimination of LF as a public health problem have been met, with the required documentation of care for people with lymphoedema and hydrocoele.

In the Eastern Mediterranean Region, Sudan was unable to implement MDA for the 2nd consecutive year in 2021, although MDA recommenced in 2022. To report on MMDP, Sudan is integrating registration of people with lymphoedema during MDA and referral for care. Egypt was unable to implement an impact survey after the 2nd IDA round in 2020. Reports from post-validation surveillance are awaited from both Egypt and Yemen. Yemen continued to improve the availability of services for people with lymphoedema by integrating the services into leprosy clinics. The activities included

ainsi le Bénin, le Cameroun, le Mali et l'Ouganda. La Côte d'Ivoire a terminé l'enquête TAS et obtenu des résultats favorables dans 25 unités d'évaluation couvrant 37 UMO, ce qui signifie que 8,1 millions de personnes n'ont plus besoin d'AMM. Le Nigéria et la République démocratique du Congo (RDC), qui sont les plus grands pays d'endémie de la FL dans la Région, procèdent à une réduction rapide des activités d'AMM à mesure que les UMO atteignent le stade requis pour la réalisation des enquêtes pré-TAS et TAS. En RDC, l'AMM a été mise en œuvre dans 99% des UMO d'endémie et les enquêtes pré-TAS et TAS ont été menées à bien dans 34 et 32 UMO, respectivement. Au Nigéria, la couverture géographique de l'AMM est passée de 80% à 22% en 2021, et des enquêtes pré-TAS ont été effectuées dans 105 zones administratives locales.

En tout, 82,5 millions de personnes ont reçu de l'ivermectine plus de l'albendazole dans 17 pays de coendémicité de la FL et de l'onchocercose. Dans les zones de coendémicité de la FL et de la loase, l'OMS recommande de procéder deux fois par an à une AMM avec l'albendazole seul et de prendre des mesures intégrées de lutte antivectorielle. La Guinée équatoriale a effectué une première tournée d'AMM avec l'albendazole seul et a atteint une couverture géographique de 100%. La monothérapie par l'albendazole a également été mise en œuvre au Congo, en RDC et en République centrafricaine. Au total, 14,1 millions de personnes ont bénéficié de ce traitement dans ces 4 pays. Le Gabon, lui aussi concerné par la coendémicité de la FL et de la loase, est le dernier pays de la Région à n'avoir pas encore commencé l'AMM.

Dans la Région des Amériques, le Guyana a réalisé des progrès considérables, parvenant à terminer la 2^e tournée d'AMM de trithérapie IDA avec une couverture efficace et à mener des enquêtes pré-TAS dans toutes les UMO d'endémie malgré la pandémie de COVID-19. En Haïti, les activités d'AMM prévues en 2021 ont été perturbées et ont dû être reportées. En 2022, Haïti prévoit d'administrer la trithérapie IDA dans 18 UMO représentant une population totale de 3,7 millions de personnes. Des enquêtes TAS communautaires ont été menées dans 7 unités d'évaluation: parmi elles, 4 ont obtenu des résultats satisfaisants, 1 nécessite encore des traitements, et les 2 autres doivent faire l'objet d'une nouvelle enquête car l'échantillonnage communautaire effectué n'a pas donné un échantillon de taille suffisante. Une autre unité d'évaluation, Leogane, a été subdivisée aux fins des enquêtes en population, et l'AMM a été arrêtée dans 1 des sous-unités d'évaluation. Les perturbations liées à la pandémie de COVID-19 et à l'insécurité dans le pays ont interrompu les activités du programme national de Haïti. En République dominicaine, les résultats des enquêtes TAS et d'autres enquêtes post-AMM menées en 2021 sont attendus. Le Brésil n'a pas encore mené l'enquête TAS3 dans le dernier district à avoir arrêté l'AMM il y a plus de 4 ans. Cette enquête est essentielle pour déterminer si les critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique sont satisfaits et si l'on dispose de la documentation requise pour rendre compte de la prise en charge des personnes atteintes de lymphoedème et d'hydrocoele.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, le Soudan n'a pu mettre en œuvre aucune campagne d'AMM pour la 2^e année consécutive en 2021, mais l'AMM a repris en 2022. Pour rendre compte de la PMPI, les AMM menées au Soudan intègrent l'enregistrement des personnes atteintes de lymphoedème et leur orientation vers des soins adaptés. L'Égypte n'a pas été en mesure de réaliser une enquête d'impact après la 2^e tournée de trithérapie IDA effectuée en 2020. Les rapports de surveillance post-validation de l'Égypte et du Yémen n'ont pas encore été communiqués. Le Yémen a continué d'améliorer la disponibilité des services destinés aux personnes atteintes de lymphoedème en les intégrant aux services dispensés

integrated orientation and training for primary health care workers in 7 districts of 3 governorates.

In the South-East Asia Region, India, Indonesia and Nepal implemented MDA in 2021. No MDAs or surveys were implemented in Myanmar. Bangladesh implemented TAS3 in the last district to have stopped MDA, fulfilling one of the criteria for validation. Timor-Leste used TAS as a platform to integrate assessment of STH, scabies and yaws and coverage of water, sanitation and hygiene. Nepal implemented and passed community-based TAS1 in 3 IUs and TAS2 in 15 IUs. The population that required MDA decreased by 10.4 million in Indonesia after TAS1 were passed in 12 IUs. Indonesia conducted pre-TAS in 73 IUs, of which 66 met the criteria to proceed to TAS1.

India has 55% of the global population that requires MDA. Of the 328 endemic districts in India, 195 still require MDA, and the population that requires MDA increased by 30.9 million between 2020 and 2021. In 2021, MDA was implemented in 134 districts, while 61 districts were awaiting pre-TAS or TAS and had not received MDA. TAS1 was passed in 3 of 8 eligible IUs, and TAS2 and TAS3 were completed and passed in 3 and 23 IUs, respectively. India implemented TAS in 45 of the 109 IUs in which they were planned.

In the Western Pacific Region, French Polynesia, Malaysia and the Philippines completed MDA and achieved effective coverage in all the remaining IUs in which it was required. In the Philippines, only 1 of 46 endemic provinces required MDA. In Malaysia, 93% of IUs no longer required MDA in 2021. Malaysia is implementing IDA MDA in hot-spot communities identified in post-MDA surveillance. New Caledonia was unable to launch its strategic plan for LF elimination, and IDA has been postponed for 2022. The Federated States of Micronesia were also unable to implement TAS in Chuuk, the last endemic area in the country to be surveyed after MDA. COVID-19 delayed the second IDA MDA round in East New Britain province in Papua New Guinea to 2022; New Ireland Province was the first province in the country to complete TAS and stop MDA.

New tools for improving MDA and MMDP

The theme of World Patient Safety Day on 17 September 2022 was medication safety, with the slogan “Medication without harm”.¹¹ By 2020, more than 1 billion treatments for NTDs had been delivered for 4 consecutive years, and more than 1.7 billion people live in areas where pharmacological interventions, such as MDA, are required to control or eliminate an NTD.⁶ While MDA and the medicines recommended by WHO are safe and effective, national NTD programmes must monitor and respond to any suspected adverse events and prevent unsafe administration of medication. In 2021, WHO

par les centres de traitement de la lèpre. À cette fin, des activités intégrées d'orientation et de formation des agents chargés des soins de santé primaires sont menées dans 7 districts de 3 gouvernorats.

Dans la région de l'Asie du Sud-Est, l'Inde, l'Indonésie et le Népal ont mené des campagnes d'AMM en 2021. Aucune AMM et aucune enquête n'ont été mises en œuvre au Myanmar. Le Bangladesh a réalisé une enquête TAS3 dans le dernier district ayant arrêté l'AMM, remplissant ainsi l'un des critères de validation. Au Timor-Leste, l'enquête TAS a servi de base à une évaluation intégrée incluant les géohelminthiases, la gale, le pian et la couverture des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Le Népal a mené avec succès des enquêtes communautaires TAS1 dans 3 UMO et TAS2 dans 15 UMO. En Indonésie, le nombre de personnes nécessitant une AMM a diminué de 10,4 millions après la réalisation d'enquêtes TAS1 concluantes dans 12 UMO. Le pays a effectué des enquêtes pré-TAS dans 73 UMO, dont 66 ont satisfait aux critères requis pour passer à l'étape de l'enquête TAS1.

L'Inde regroupe 55% des personnes ayant besoin d'une AMM à l'échelle mondiale. Sur les 328 districts d'endémie du pays, 195 nécessitent encore une AMM, et le nombre de personnes ayant besoin d'une AMM a augmenté de 30,9 millions entre 2020 et 2021. En 2021, des campagnes d'AMM ont été mises en œuvre dans 134 districts, tandis que 61 districts étaient en attente d'une enquête pré-TAS ou TAS et n'ont pas fait l'objet d'une AMM. Des résultats favorables à l'enquête TAS1 ont été obtenus dans 3 des 8 UMO éligibles, et des enquêtes TAS2 et TAS3 ont été réalisées avec succès dans 3 UMO et 23 UMO, respectivement. L'Inde a mené des enquêtes TAS dans 45 des 109 unités d'évaluation où elles étaient prévues.

Dans la Région du Pacifique occidental, la Malaisie, les Philippines et la Polynésie française ont achevé l'AMM avec une couverture efficace dans toutes les UMO où elle demeurait nécessaire. Aux Philippines, seule 1 des 46 provinces d'endémie nécessitait une AMM. En Malaisie, 93% des UMO n'avaient plus besoin d'AMM en 2021. La Malaisie mène des AMM de trithérapie IDA dans certaines communautés ayant été identifiées comme des « points chauds » dans le cadre de la surveillance post-AMM. La Nouvelle-Calédonie n'a pas pu lancer son plan stratégique pour l'élimination de la FL, et l'AMM de trithérapie IDA a été reportée à 2022. Les États fédérés de Micronésie n'ont pas non plus été en mesure de réaliser l'enquête TAS à Chuuk, la dernière zone d'endémie du pays devant encore faire l'objet d'une enquête après l'AMM. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, la 2^e tournée d'AMM de trithérapie dans la province de la Nouvelle-Bretagne orientale a été reportée à 2022 en raison de la COVID-19; la province de la Nouvelle-Irlande a été la première du pays à mener à bien l'enquête TAS et à arrêter l'AMM.

Nouveaux outils pour améliorer l'AMM et la PMPI

La Journée mondiale de la sécurité des patients qui s'est tenue le 17 septembre 2022 était axée sur le thème de la sécurité des médicaments, avec pour slogan «Les médicaments sans les méfaits». ¹¹ En 2020, plus de 1 milliard de traitements contre les MTN avaient été administrés pendant 4 années consécutives, et plus de 1,7 milliard de personnes vivaient dans des zones où des interventions pharmacologiques, telles que l'AMM, sont nécessaires pour endiguer ou éliminer une MTN.⁶ Bien que l'AMM et les médicaments recommandés par l'OMS soient sûrs et efficaces, il est indispensable que les programmes nationaux de lutte contre les MTN assurent un suivi de tout événement indésirable suspect, prennent des

¹¹ World Patient Safety Day 2022. Geneva: WHO news release 17 September 2022: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>

¹¹ Journée mondiale de la sécurité des patients 2022. Genève, communiqué de presse de l'OMS du 17 septembre 2022: <https://www.who.int/fr/news-room/events/detail/2022/09/17/default-calendar/world-patient-safety-day-2022>

published *Safety in administering medicines for NTDs*, which summarizes issues related to the safety of NTD medicines and their administration and particularly the essential medicines used in MDA.¹² The manual is used by national and sub-national NTD managers to ensure safe management and administration of NTD medicines, collaborate with pharmacovigilance agencies and detect and respond to adverse events. The manual includes training modules and job aids for programme managers and community drug distributors, which are also accessible as OpenWHO online courses.¹³

The organization of MDA to deliver medicines to all eligible people in a community and to achieve effective coverage is daunting, regardless of the setting. Microplanning can be used to operationalize planning and delivery of MDA in a bottom-up approach, especially in areas with persistent transmission or low coverage, and the *Microplanning manual to guide implementation of preventive chemotherapy to control and eliminate NTDs*¹⁴ provides details to ensure access to medicines for all. The manual informs managers about applying microplanning to empower local stakeholders, define local approaches and plan in the smallest supervisory area according to the local context.

In 2021, WHO published the second edition of *Lymphatic filariasis – managing morbidity and preventing disability: an aide-memoire for national programme managers*.⁷ This manual provides guidance for establishing and monitoring an essential package of care. The second edition has 2 web annexes: a protocol for evaluating the minimum package of care for lymphoedema management in designated health facilities and a tool for situation analysis of MMDP. The first annex¹⁵ consists of a protocol, questionnaires and a scoring system to assess the readiness and quality of lymphoedema care in health facilities, including the knowledge of staff, the availability of medicines and supplies and facility infrastructure. It can be used to generate the necessary evidence for an elimination dossier and can be adapted for other NTDs. The second annex¹⁶ is an aide to conducting a situation analysis of MMDP, including the availability of data on lymphoedema and hydrocoele, the structure and platforms of current activities and opportunities for integration. Methods for estimating the numbers of people with lymphoedema and hydrocoele are also described, with the advantages and disadvantages of each method. National programmes are encouraged to integrate estimation of patient numbers with other programme activities. ■

mesures si nécessaire, et préviennent tout usage dangereux des médicaments. En 2021, l'OMS a publié un document intitulé *L'innocuité de l'administration des médicaments destinés au traitement des maladies tropicales négligées*, qui résume les principaux enjeux relatifs à la sécurité des médicaments contre les MTN et de leur administration, en particulier des médicaments essentiels administrés dans le cadre des AMM.¹² Ce manuel est utilisé par les administrateurs nationaux et infranationaux des programmes de lutte contre les MTN pour assurer une gestion et une administration sûres des médicaments contre les MTN, collaborer avec les organismes de pharmacovigilance et détecter les événements indésirables et y répondre. Il contient en outre des modules de formation et des aide-mémoires à l'intention des administrateurs de programme et des distributeurs communautaires de médicaments, également accessibles sous forme de cours en ligne sur OpenWHO.¹³

L'organisation d'une AMM, qui implique d'administrer des médicaments à toutes les personnes éligibles d'une communauté et d'obtenir une couverture efficace, constitue un défi de taille, quel que soit le contexte. On peut s'appuyer sur la microplanification pour faciliter l'exécution des activités de planification et de mise en œuvre de l'AMM selon une approche ascendante, en particulier dans les zones caractérisées par une transmission persistante ou un faible taux de couverture; le manuel intitulé *Microplanning manual to guide implementation of preventive chemotherapy to control and eliminate NTDs*¹⁴ fournit des informations détaillées à ce sujet afin de garantir l'accès de tous aux médicaments. Ce manuel explique aux administrateurs de programme comment utiliser la microplanification pour autonomiser les acteurs locaux, définir des approches locales et procéder à la planification au niveau de la plus petite zone de supervision en fonction du contexte local.

En 2021, l'OMS a publié la deuxième édition du document *Lymphatic filariasis – managing morbidity and preventing disability: an aide-memoire for national programme managers*.⁷ Ce manuel fournit des orientations sur la mise en place et le suivi d'un ensemble de soins essentiels. La deuxième édition comporte 2 annexes web: un protocole d'évaluation des activités minimales de PMPI pour la prise en charge du lymphoedème dans des établissements de santé désignés et un outil d'analyse de la situation de la PMPI. La première annexe¹⁵ contient un protocole, des questionnaires et un système de notation pour évaluer la capacité de réaction et la qualité de la prise en charge du lymphoedème dans les établissements de santé, y compris les connaissances du personnel, la disponibilité des médicaments et des fournitures et l'infrastructure des établissements. Elle peut être utilisée pour réunir les preuves nécessaires à la préparation d'un dossier de demande de validation de l'élimination et peut être adaptée à d'autres MTN. La deuxième annexe¹⁶ est un outil d'aide à la conduite d'une analyse de situation de la PMPI, portant notamment sur la disponibilité des données relatives au lymphoedème et à l'hydrocèle, la structure et les plateformes des activités actuelles et les possibilités d'intégration. Des méthodes d'estimation du nombre de personnes atteintes de lymphoedème et d'hydrocèle y sont également décrites, avec les avantages et les inconvénients de chaque méthode. Il est recommandé aux programmes nationaux d'intégrer l'estimation du nombre de patients aux autres activités programmatiques. ■

¹² Safety in administering medicines for neglected tropical diseases. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024144>, accessed September 2022).

¹³ See <https://openwho.org/courses/NTDs-drug-safety>

¹⁴ Microplanning manual to guide implementation of preventive chemotherapy to control and eliminate neglected tropical diseases. World Health Organization and Pan American Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362214/9789240049482-eng.pdf>, accessed September 2022).

¹⁵ See <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339870/9789240017085-eng.pdf>

¹⁶ See <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339871/9789240017092-eng.pdf>

¹² L'innocuité de l'administration des médicaments destinés au traitement des maladies tropicales négligées. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/344059>, consulté en septembre 2022).

¹³ Voir <https://openwho.org/courses/NTDs-drug-safety>

¹⁴ Microplanning manual to guide implementation of preventive chemotherapy to control and eliminate neglected tropical diseases. Organisation mondiale de la Santé et organisation panaméricaine de la Santé; 2022 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362214/9789240049482-eng.pdf>, consulté en septembre 2022).

¹⁵ Voir <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339870/9789240017085-eng.pdf>

¹⁶ Voir <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339871/9789240017092-eng.pdf>