



World Health
Organization

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

14 SEPTEMBER 2012, 87th YEAR / 14 SEPTEMBRE 2012, 87^e ANNÉE

No. 37, 2012, 87, 345–356

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

Contents

345 Outbreak news

- Hantavirus pulmonary syndrome, Yosemite National Park, United States of America

346 Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2011

Sommaire

345 Le point sur les épidémies

- Syndrome pulmonaire à hantavirus dans le parc national de Yosemite, États-Unis d'Amérique

346 Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport 2011



OUTBREAK NEWS

Hantavirus pulmonary syndrome, Yosemite National Park, United States of America

As of 31 August 2012, the National park service office of public health (NPS) has reported 6 cases of hantavirus pulmonary syndrome (HPS) among visitors to Yosemite National Park in California. Two of the 6 cases were fatal.

Investigations carried out by the NPS revealed that the 6 cases contracted the disease in June and July of this year; 5 of the 6 cases stayed in the same "Signature" tent cabins in the Curry village area of the park. NPS is working with the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the California Department of public health to detect additional cases and to heighten public health awareness of Hantavirus and HPS, in order to rapidly identify potential new cases and provide early treatment.

HPS is a rare but serious disease caused by a virus which human acquire through contact with the urine, droppings, or saliva of infected rodents. The deer mouse is the primary host of the virus. The disease begins with fever, chills, muscle aches, and/or gastrointestinal symptoms, but can progress rapidly to life-threatening illness. Symptoms of HPS typically occur from 2 to 4 weeks after initial exposure to the virus. However, symptoms can appear as early as one week and as late as 6 weeks following exposure. Person-to-person transmission of hantavirus has not been reported in the United States.

There is no specific treatment, cure or vaccine for hantavirus infection. Early recognition and treatment of infected individuals can reduce disease progression.

The park authorities are undertaking all measures including intensified building



LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Syndrome pulmonaire à hantavirus dans le parc national de Yosemite, États-Unis d'Amérique

Au 31 août 2012, le Bureau de la santé publique du service des parcs nationaux (NPS) avait notifié 6 cas de syndrome pulmonaire à hantavirus (SPH) chez les visiteurs du Parc National de Yosemite en Californie. Deux d'entre eux sont morts.

Les enquêtes menées par le NPS ont révélé que les 6 cas ont contracté la maladie en juin et en juillet de cette année. Cinq d'entre eux sont restés dans des chalets en toile « Signature » de la zone de Curry village dans le parc. Le NPS collabore avec les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) et le Département de la Santé publique de Californie pour détecter des cas supplémentaires et sensibiliser la santé publique au hantavirus et au SPH, afin d'identifier rapidement de nouveaux cas potentiels et de leur administrer un traitement précoce.

Le SPH est une maladie rare mais grave provoquée par un virus qui se transmet par contact avec les urines, les déjections ou la salive de rongeurs infectés. Les souris du genre *Peromyscus* sont l'hôte primaire de ce virus. La maladie commence par une fièvre, des frissons, des myalgies et/ou des symptômes digestifs, mais elle peut rapidement évoluer et engager le pronostic vital. Les symptômes surviennent généralement 2 à 4 semaines après l'exposition initiale au virus, mais ils peuvent apparaître au minimum 1 semaine et au maximum 6 semaines après l'exposition. On n'a pas signalé de transmission interhumaine du hantavirus aux États-Unis.

Il n'y a pas de traitement, de médicaments ou de vaccins spécifiques pour l'infection à hantavirus. La reconnaissance précoce et le traitement des sujets infectés peuvent limiter l'évolution de la maladie.

Les autorités du parc ont pris toutes les mesures nécessaires, dont des inspections

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 346.–

09.2012
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

inspections, cleanings throughout the park, monitoring of the rodents population, as well as distribution of Hantavirus information to every visitor and throughout the park. The "Signature" tent cabins are now closed.

Travellers are advised to avoid exposure to rodents and their excreta. Adventure travellers, backpackers, campers and travellers with occupational exposure to rodents in countries or areas at risk for Hantaviruses should take precautions to exclude rodents from tents or other accommodation and to protect all food from contamination by rodents.

An extensive national and international outreach effort is underway by Yosemite National Park and the park concessionaire to contact visitors who stayed in the "Signature tent cabins" at Yosemite's Curry village since mid-June. The NPS is asking individuals who stayed in «Signature series cabins» (which are numbered in the 900s) between 10 June 2012 and 24 August 2012 to seek immediate medical attention if they develop any symptoms of HPS.

A non-emergency phone line has been set up by NPS for questions and concerns related to Hantavirus in Yosemite +1 209 372-0822.

Additional information and updated information from NPS about HPS in Yosemite can be found at the following links:

Frequently asked questions on Hantavirus: <http://www.nps.gov/yose/planyourvisit/hantafaq.htm>

News releases from Yosemite National Park: <http://www.nps.gov/yose/parknews/newsreleases.htm>

Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/hantavirus/>

Hantavirus cardiopulmonary syndrome California Department of Health: <http://www.cdph.ca.gov/HealthInfo/discond/Pages/HantavirusPulmonarySyndrome.aspx>

International travel information on Hantavirus: <http://www.who.int/ith/diseases/hantavirus/en/index.html> ■

renforcées des bâtiments, des opérations de nettoyage dans tout le parc, le contrôle de la population de rongeurs, ainsi que la distribution d'information sur le hantavirus à chaque visiteur et dans tout le parc. Les chalets en toile «Signature» sont maintenant fermés.

Il est conseillé aux voyageurs d'éviter de s'exposer aux rongeurs et à leurs déjections. Les personnes voyageant à l'aventure, avec un sac à dos, les campeurs et ceux qui ont une exposition professionnelle aux rongeurs dans les pays ou les zones où les hantavirus sont un risque doivent prendre toutes les précautions nécessaires pour interdire l'accès des rongeurs dans les tentes ou toute autre forme d'hébergement et pour protéger les aliments.

Le Parc national de Yosemite et son exploitant font un effort au niveau national et international pour contacter les visiteurs ayant séjourné dans les chalets en toile «Signature» du Curry Village à Yosemite depuis la mi-juin. Le NPS demande à toutes les personnes ayant séjourné dans ce campement (entre 900 et 1000) entre le 10 juin et le 24 août 2012 d'aller consulter immédiatement un médecin si elles développent des symptômes de syndrome pulmonaire à hantavirus (SPH).

Une ligne téléphonique a été mise en place par le NPS pour répondre aux questions et inquiétudes concernant le hantavirus à Yosemite: +1 209 372-0822.

Des informations complémentaires et actualisées du NPS sur le syndrome pulmonaire à hantavirus à Yosemite sont disponibles (en anglais uniquement) sur les liens suivants:

Foire aux questions sur le hantavirus: <http://www.nps.gov/yose/planyourvisit/hantafaq.htm>

Communiqués de presse du Parc national Yosemite: <http://www.nps.gov/yose/parknews/newsreleases.htm>

Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/hantavirus/>

Syndrome cardiopulmonaire à hantavirus Département de la Santé de Californie: <http://www.cdph.ca.gov/HealthInfo/discond/Pages/HantavirusPulmonarySyndrome.aspx>

Informations pour les voyageurs internationaux sur le hantavirus: <http://www.who.int/ith/diseases/hantavirus/en/index.html> ■

Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2011

Lymphatic filariasis (LF) is one of the oldest and most debilitating of the neglected tropical diseases, caused by 3 species of filarial parasites and transmitted by mosquitoes. An estimated 120 million people in 73 countries are currently infected, and an estimated 1.393 billion live in areas where filariasis is endemic and mass drug administration (MDA) is required. LF is the second leading cause of chronic disability worldwide due to its stigmatizing and disabling clinical manifestations, including 15 million people with lymphoedema (elephantiasis) and 25 million men with urogenital swelling, principally scrotal hydrocele.

Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport 2011

La filariose lymphatique (FL), causée par 3 espèces de filaires parasites transmises par les moustiques, fait partie des maladies tropicales les plus anciennes et les plus débilitantes. On estime à 120 millions le nombre de personnes infestées dans 73 pays et à 1,393 milliard le nombre de celles vivant dans des zones où la filariose est endémique et où l'administration massive de médicaments (AMM) est nécessaire. Elle est la deuxième cause d'incapacités chroniques dans le monde en raison de ses manifestations cliniques stigmatisantes et invalidantes, avec 15 millions de personnes présentant un lymphoedème (éléphantiasis) et 25 millions d'hommes des œdèmes génito-urinaires, principalement une hydrocèle du scrotum.

The Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (GPELF) has been one of the most rapidly expanding global health programmes in the history of public health. GPELF was launched in 2000 with the goal to eliminate LF as a public health problem by 2020. GPELF aims to (i) interrupt transmission using combinations of 2 medicines delivered to entire populations at risk – MDA, and (ii) manage morbidity and prevent disability. Preventive chemotherapy is the primary form of control and elimination of LF.¹ WHO recommends 4 sequential programmatic steps to interrupt transmission (Figure 1): (i) mapping the geographical distribution of the disease; (ii) MDA for ≥ 5 years to reduce the number of parasites in the blood to levels that will prevent mosquito vectors from transmitting infection; (iii) surveillance after MDA is discontinued; and (iv) verification of elimination of transmission.¹

Of the 73 countries where LF is currently considered endemic, 53 are implementing MDA to interrupt transmission, of which 12 countries have moved to a post-MDA surveillance phase. During 2000–2011, >3.9 billion doses of medicine were delivered to a cumulative targeted population of 952 million people.

Reaching the GPELF halfway point in 2010, WHO published the *Progress Report 2000–2009 and Strategic Plan 2010–2020*,¹ reviewing the progress made in the first decade, addressing the challenges of the next 10 years and outlining an approach and milestones towards global LF elimination by 2020. This report summarizes the progress made in 2011 in MDA, which is the cornerstone of the national programmes, and on the milestones set in the Strategic Plan for the development of guidelines and manuals to guide member states to further accelerate their efforts.

Progress on MDA in 2011

By the end of 2011, 59 countries had completed the mapping of endemic foci; mapping is in progress in 13 countries and only 1 country has yet to start mapping. MDA has been implemented in 53 countries; 20 countries –

Dans toute l'histoire de la santé publique, le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique est l'un de ceux connaissant le développement le plus rapide au monde. Il a été lancé en 2000 avec l'objectif d'éliminer la maladie en tant que problème de santé publique d'ici 2020. Il vise i) à interrompre la transmission en administrant des associations de 2 médicaments à des populations entières, ce que l'on appelle l'administration massive de médicaments (AMM) et ii) à prendre en charge la morbidité et à prévenir les incapacités. La chimiothérapie préventive est la principale forme de lutte contre la FL et d'élimination.¹ L'OMS recommande une série de 4 étapes programmatiques pour interrompre la transmission (Figure 1): i) cartographie de la distribution géographique de la maladie; ii) AMM pendant ≥ 5 ans afin de réduire la parasitémie à des niveaux empêchant les moustiques vecteurs de transmettre l'infection; iii) surveillance après l'arrêt de l'AMM et iv) vérification de l'élimination de la transmission.¹

Sur les 73 pays où l'on considère que la FL est actuellement endémique, 53 mettent en œuvre l'AMM pour interrompre la transmission et 12 d'entre eux sont passés à la phase de surveillance post-AMM. De 2000 à 2011, >3,9 milliards de doses de médicaments ont été administrées à une population cible cumulée de 952 millions de personnes.

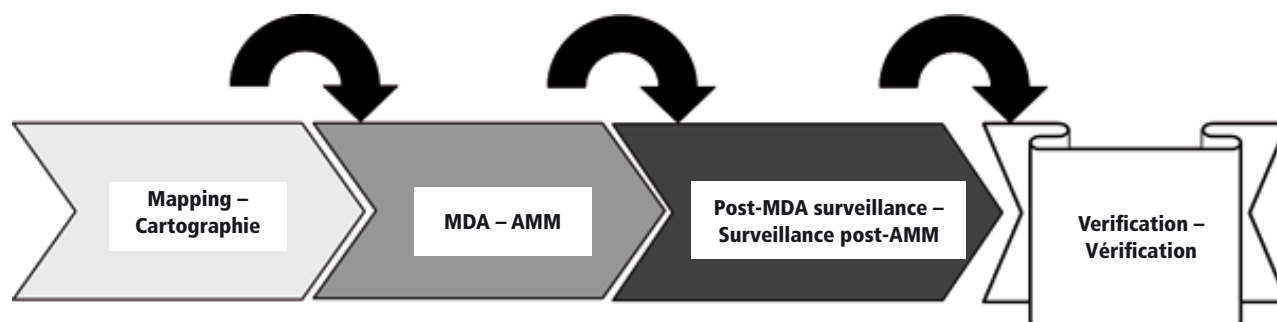
À mi-parcours du Programme en 2010, l'OMS a publié le *Rapport du Programme pour 2000–2009 et le Plan stratégique*,¹ qui passent en revue les progrès accomplis au cours de la première décennie, traitent des défis à relever dans les 10 prochaines années et décrivent une approche et les échéances pour atteindre l'élimination mondiale de la FL d'ici 2020. Le présent rapport résume les progrès accomplis en 2011 pour l'AMM, pierre angulaire des programmes nationaux, et pour les échéances décrites dans le Plan stratégique pour ce qui est de l'élaboration de lignes directrices et de manuels visant à orienter les États Membres pour l'accélération de leurs efforts.

Progrès de l'AMM en 2011

Fin 2011, 59 pays avaient terminé la cartographie des foyers d'endémie; celle-ci était en cours dans 13 pays et seul l'un d'entre eux n'avait pas encore commencé ce travail. L'AMM avait été mise en œuvre dans 53 pays; 20 autres – principale-

Figure 1 Programme steps taken by GPELF to interrupt transmission

Figure 1 Étapes du Programme mondial d'élimination de la filariose lymphatique pour interrompre la transmission



¹ *Progress Report 2000–2009 and Strategic Plan 2010–2020 of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: halfway towards eliminating lymphatic filariasis*. Geneva, World Health Organization, 2010. (Also available from http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500722_eng.pdf).

¹ *Progress Report 2000–2009 and Strategic Plan 2010–2020 of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis: halfway towards eliminating lymphatic filariasis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. (Également disponible à l'adresse suivante: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500722_eng.pdf).

mainly in the WHO African Region (15 countries) – have not yet started delivery of MDA. Of the 39 endemic countries outside the African Region that require MDA, 34 countries have implemented this strategy; only Brunei Darussalam, New Caledonia, Palau, Sudan and South Sudan have not initiated MDA.

According to the data reported to WHO by August 2012, during 2011 the programme targeted 736.9 million people to receive MDA, and treated 538.6 million; thus, reported coverage was 73%. The number of people who received MDA in 2011 increased by approximately 54.9 million compared with 2010.² More people were treated in 2011 than in 2010 in all WHO Regions. In the African Region, although reports are yet to be received from 3 countries, 94.2 million people were treated in 2011, about 11.7 million more than reported in 2010. The highest increase between 2010 and 2011 was achieved in the South-East Asia Region where 414.1 million people were treated compared with 380.4 million in 2010 – an increase of 8.2%.

In 2011 people in all endemic countries except Brazil received combination therapy comprising diethylcarbamazine (DEC) plus albendazole, or ivermectin plus albendazole. In those countries where a 2-drug combination was distributed, about 153 million children aged 2–14 years received treatment through GPELF.

Map 1 shows the countries where LF was endemic in 2011 and the status of MDA in those countries. *Table 1* provides details of the number of implementation units included in MDA programmes, the population covered by implementation units and the number of people treated in different countries. *Table 2* includes data on MDA in different WHO Regions or regional programme review groups. *Figure 1* shows the programme steps taken by the GPELF to interrupt transmission. *Figure 2* demonstrates the progress in the proportion of number of countries according to the programme steps of GPELF, 2000–2011. *Figure 3* presents the number of countries implementing MDA and the number of people treated with single-drug therapy or 2-drug combination therapy.

African Region

LF is endemic in 34 of the 47 member states in the Region. Of these, 11 are still in the process of mapping the endemic foci. Only Eritrea has yet to start mapping. In the African Region MDA is being implemented in 19 countries. Of the targeted population of 124.9 million in the African Region in 2011, 94.2 million were treated (75.5%); this is 11.7 million people more than were treated in 2010, and reports are still awaited from 3 more countries – Madagascar, Nigeria and Senegal. Cameroon, Ethiopia, Mali, Malawi, Mozambique, Sierra Leone and United Republic of Tanzania expanded the

ment dans la Région africaine de l'OMS (15 pays) – ne l'avaient pas encore commencée. Sur les 39 pays d'endémie situés en dehors de la Région africaine et nécessitant l'AMM, 34 l'ont mise en œuvre; seuls le Brunei Darussalam, la Nouvelle-Calédonie, Palaos, le Soudan et le Soudan du Sud ne l'ont pas encore entreprise.

Selon les données parvenues à l'OMS jusqu'en août 2012, le Programme a ciblé 736,9 millions de personnes en 2011 pour l'AMM et traité 538,6 millions, ce qui donne une couverture notifiée de 73%. Le nombre de personnes bénéficiant de l'AMM en 2011 a augmenté d'environ 54,9 millions par rapport à 2010² et cette augmentation concerne toutes les régions de l'OMS. Dans la Région africaine, bien que 3 pays n'aient pas encore envoyé leurs rapports, 94,2 millions de personnes ont été traitées en 2011, soit environ 11,7 millions de plus qu'en 2010. De 2010 à 2011, les plus grands progrès ont été observés dans la Région de l'Asie du Sud-Est, où 414,1 millions de personnes ont été traitées, contre 380,4 millions en 2010, soit une augmentation de 8,2%.

En 2011, les populations dans tous les pays d'endémie, à l'exception du Brésil, ont reçu une association thérapeutique comprenant de la diéthylcarbamazine (DEC) plus de l'albendazole ou de l'ivermectine plus de l'albendazole. Dans les pays où ces associations de 2 médicaments ont été distribuées, environ 153 millions d'enfants âgés de 2 à 14 ans ont bénéficié du traitement par le biais du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique.

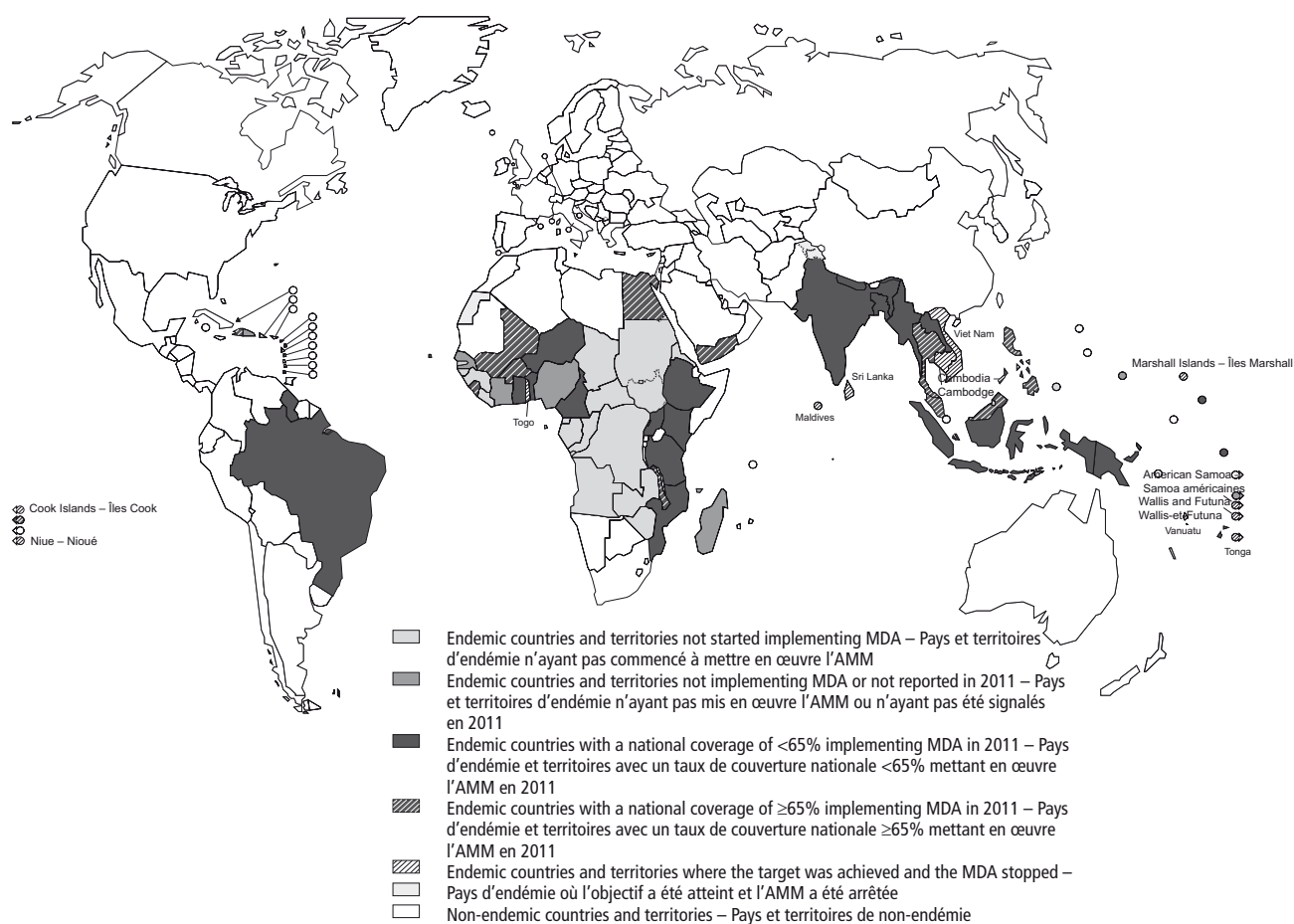
La *Carte 1* montre les pays dans lesquels la FL était endémique en 2011 et la situation de l'AMM dans ces pays. Le *Tableau 1* donne des détails sur le nombre d'unités de mise en œuvre dans les programmes d'AMM, la population couverte et le nombre de personnes traitées dans les différents pays. Le *Tableau 2* comporte des données sur l'AMM dans les régions de l'OMS ou les groupes régionaux d'examen du programme. La *Figure 1* montre les étapes programmatiques pour interrompre la transmission. La *Figure 2* met en évidence les progrès dans la proportion des pays selon les étapes fixées par le Programme mondial d'élimination de 2000 à 2011. La *Figure 3* présente le nombre de pays mettant en œuvre l'AMM et le nombre de personnes traitées par un médicament unique ou une association de 2 médicaments.

Région africaine

La FL est endémique dans 34 des 47 états membres de cette région. Le processus de cartographie des foyers d'endémie est encore en cours dans 11 d'entre eux. Seule l'Érythrée ne l'a pas encore commencée. Dans la Région africaine, l'AMM est mise en œuvre dans 19 pays. Sur une population ciblée de 124,9 millions d'habitants en 2011, 94,2 millions ont été traités (75,6%), soit 3,7 millions de plus qu'en 2010 et l'on attend encore les rapports de 3 autres pays, Madagascar, le Nigéria et le Sénégal. Le Cameroun, l'Éthiopie, le Mali, le Malawi, le Mozambique, la République-Unie de Tanzanie et la Sierra Leone ont étendu leurs programmes, le Cameroun et le Mozambique

² Preventive chemotherapy and transmission control databank: lymphatic filariasis. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/lf/en/index.html, accessed July 2012).

² Preventive chemotherapy and transmission control databank: lymphatic filariasis. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/lf/en/index.html, consulté en juillet 2012).

Map 1 **Countries where LF is endemic and their MDA status, 2011**Carte 1 **Pays où la FL est endémique et situation de l'administration massive de médicaments (AMM) en 2011**Table 1 **Mass drug administration for LF by WHO Region or regional programme review group, 2011**Tableau 1 **Administration massive de médicaments contre la FL par Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme**

WHO region or regional programme review group – Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme	Country – Pays	Medicine used during MDA campaigns – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units delivering MDA – Nombre d'unités de mise en œuvre de l'AMM	Total population covered by implementation units – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre	Reported no. of people treated – Nombre notifié de personnes traitées	Reported coverage (%) ^a – Couverture notifiée (%) ^a
African – Afrique			603	124 851 911	94 235 846	75.48
	Benin – Bénin	IVM+ALB	14	630 963	531 313	84.21
	Burkina Faso	IVM+ALB	63	15 774 982	12 825 582	81.30
	Cameroon – Cameroun	IVM+ALB	125	10 184 974	7 943 616	77.99
	Comoros – Comores	DEC+ALB	No MDA – Pas d'AMM			
	Côte d'Ivoire	IVM+ALB	No MDA – Pas d'AMM			
	Ethiopia – Éthiopie	IVM+ALB	5	103 896	84 929	81.74
	Ghana	IVM+ALB	70	10 518 427	7 761 897	73.79
	Kenya	DEC+ALB	9	2 162 217	1 259 903	58.27
	Madagascar	DEC+ALB	Data awaited – Données en attente			
	Mali	IVM+ALB	60	14 940 147	11 926 872	79.83
	Malawi	IVM+ALB	26	14 104 061	11 258 343	79.82

Table 1 (continued) – Tableau 1 (suite)

WHO region or regional programme review group – Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme	Country – Pays	Medicine used during MDA campaigns – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units delivering MDA – Nombre d'unités de mise en œuvre de l'AMM	Total population covered by implementation units – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre	Reported no. of people treated – Nombre notifié de personnes traitées	Reported coverage (%) ^a – Couverture notifiée (%) ^a
	Mozambique	IVM+ALB	65	10 449 220	8 496 428	81.31
	Niger	IVM+ALB	30	11 605 400	7 394 521	63.72
	Nigeria – Nigéria	IVM+ALB	Data awaited – Données en attente			
	Senegal – Sénégal	IVM+ALB	Data awaited – Données en attente			
	Sierra-Leone	IVM+ALB	14	6 312 745	5 074 218	80.38
	Togo	IVM+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			
	Uganda ^b – Ouganda ^b	IVM+ALB	53	13 744 409	8 766 071	63.78
	United Republic of Tanzania ^b – République-Unie de Tanzanie ^b	IVM+ALB	69	14 320 470	10 912 153	76.20
Americas – Amériques			126	10 168 045	8 973 982	88.26
	Brazil – Brésil	DEC alone – DEC seule	2	379 056	151 661	40.01
	Dominican Republic – République dominicaine	DEC+ALB	No MDA – Pas d'AMM			
	Guyana	DEC+ALB	1	51 977	33 273	80.02
	Haiti – Haïti	DEC+ALB	123	9 737 012	8 789 048	90.26
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale			30	580 443	531 356	91.54
	Egypt – Égypte	DEC+ALB	29	536 443	495 356	92.34
	Yemen – Yémen	IVM+ALB	1	44 000	36 000	81.82
Mekong-Plus – Mékong-Plus			77	29 985 592	19 963 359	66.58
	Cambodia – Cambodge	DEC+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			
	Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	DEC+ALB	5	129 721	67 254	51.85
	Malaysia – Malaisie	DEC+ALB	37	472 585	440 396	93.19
	Philippines	DEC+ALB	35	29 383 286	19 455 709	66.21
	Viet Nam	DEC+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			
Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis – Programme d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique			14	1 144 048	796 789	69.65
	American Samoa – Samoa américaines	DEC+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			
	Cook Islands – Îles Cook	DEC+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			
	Fiji – Fidji	DEC+ALB	3	529 984	458 728	86.56
	French Polynesia – Polynésie française	DEC+ALB	8	271 446	230 662	84.98
	Kiribati	DEC+ALB	1	50 182	38 623	76.97
	Marshall Islands – Îles Marshall	DEC+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			
	Micronesia (Federated States of) – Micronésie (États fédérés de)	DEC+ALB	No MDA – Pas d'AMM			
	Niue – Nioué	DEC+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			
	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	DEC+ALB	1	282 063	68 582	24.31
	Samoa	DEC+ALB	Data awaited – Données en attente			
	Tonga	DEC+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			
	Tuvalu	DEC+ALB	1	10 373	194	1.87
	Vanuatu	DEC+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			
	Wallis and Futuna – Wallis-et-Futuna	DEC+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			

Table 1 (continued) – Tableau 1 (suite)

WHO region or regional programme review group – Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme	Country – Pays	Medicine used during MDA campaigns – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units delivering MDA – Nombre d'unités de mise en œuvre de l'AMM	Total population covered by implementation units – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre	Reported no. of people treated – Nombre notifié de personnes traitées	Reported coverage (%) ^a – Couverture notifiée (%) ^a
South-East Asia – Asie du Sud-Est			434	570 137 194	414 076 329	72.63
	Bangladesh	DEC+ALB	14	27 013 554	22 143 169	81.97
	India ^b – Inde ^b	DEC+ALB	181	456 986 719	342 409 666	74.93
	Indonesia – Indonésie	DEC+ALB	96	53 516 897	21 837 799	40.81
	Maldives	DEC+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			
	Myanmar	DEC+ALB	20	17 031 456	15 329 190	90.01
	Nepal – Népal	DEC+ALB	36	15 505 463	12 276 826	79.18
	Sri Lanka	DEC+ALB	MDA stopped – AMM arrêtée			
	Thailand – Thaïlande	DEC+ALB	87	83 105	79 679	95.88
	Timor-Leste	DEC+ALB	No MDA – Pas d'AMM			
Total			1 284	736 867 233	538 577 661	73.09

IVM+ALB, ivermectin plus albendazole; DEC+ALB, diethylcarbamazine citrate (DEC) plus albendazole. – IVM+ALB, ivermectine plus albendazole; DEC+ALB, citrate de diéthylcarbamazine plus albendazole.

^a This coverage was calculated based on the number of individuals reported to have been treated out of the total population covered by implementation units. – Couverture calculée à partir du nombre rapporté de sujets traités dans toute la population couverte par les unités de mise en œuvre.

^b Data from provisional reports. Data may be updated. – Données provenant de rapports provisoires. Données qui peuvent être mises à jour.

Table 2 MDA implemented for LF by WHO Region or regional programme review group, 2011

Tableau 2 AMM mise en œuvre contre la filariose lymphatique par Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme, 2011

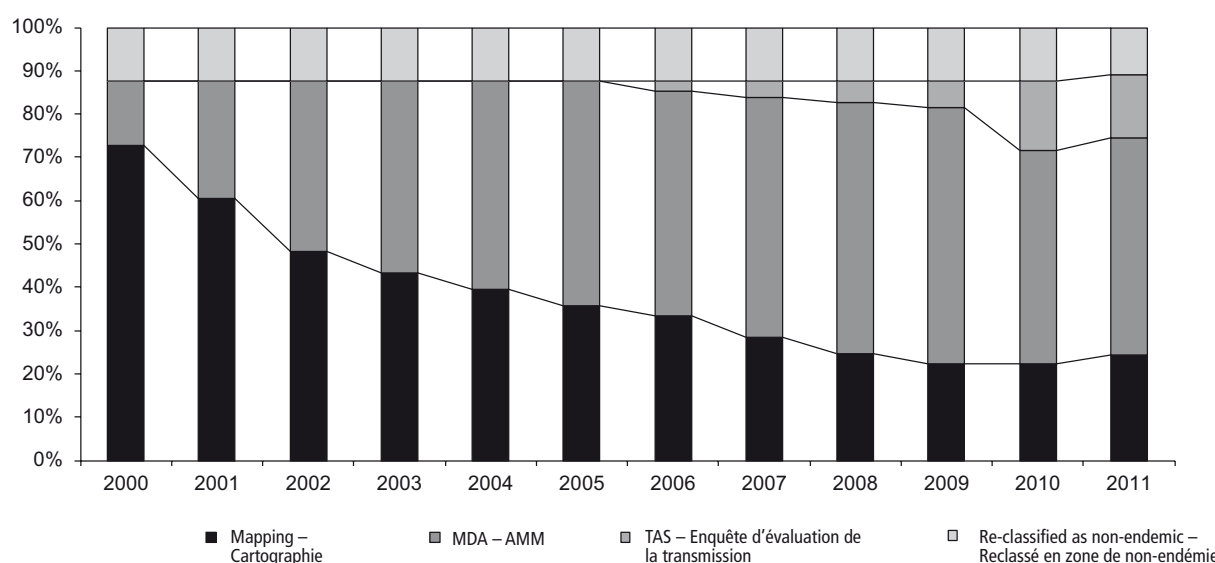
WHO region or regional programme review group – Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme	No. of LF endemic countries – Nombre de pays d'endémie	Estimated population requiring MDA – Estimations de la population nécessitant l'AMM	No. of countries delivering MDA – Nombre de pays appliquant l'AMM	Total population estimated to be covered by MDA – Estimations de la population totale couverte par l'AMM	Total population reported to have ingested drugs as part of MDA – Population totale ayant ingéré les médicaments dans le cadre de l'AMM	Reported coverage (%) – Couverture notifiée (%)
African – Afrique	34	442 546 242	19	124 851 911	94 235 846	75.48
Americas – Amériques	4	12 377 684	3	10 168 045	8 973 982	88.26
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	4	22 133 780	2	580 443	531 356	91.54
Mekong-Plus – Mékong-Plus	6	30 180 699	5	29 985 592	19 963 359	66.58
Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis – Programme d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique	16	6 747 361	14	1 144 048	796 789	69.65
South-East Asia – Asie du Sud-Est	9	878 763 716	9	570 137 194	414 076 329	72.63
Total	73	1 392 749 482	53	736 867 233	538 577 661	73.09

programme, with Cameroon and Mozambique more than doubling the number of people treated compared with 2010. Burkina Faso and Kenya, which reportedly missed MDA in 2010, implemented MDA in 2011. The Togo programme has completed ≥5 rounds in all endemic areas and MDA was stopped in 2010. The Comoros has not implemented MDA since 2008.

ayant traité plus du double de personnes par rapport à 2010. Le Burkina Faso et le Kenya qui, selon les rapports avaient manqué l'AMM en 2010, l'ont mise en œuvre en 2011. Le programme du Togo a achevé ≥5 campagnes dans toutes les zones d'endémie et a arrêté l'AMM en 2010. Les Comores n'ont pas mis en œuvre l'AMM depuis 2008.

Figure 2 **Progress by proportion of countries in each programme step of GPELF, 2000–2011^a**

Figure 2 **Progrès selon la proportion de pays à chaque étape du Programme mondial d'élimination de la filariose lymphatique, 2000–2011^a**



^a The proportion of the number of countries carrying out mapping increased between 2010 and 2011 following the separation of Sudan into South Sudan and Sudan. – La proportion et le nombre de pays en cours de cartographie a augmenté de 2010 à 2011 du fait de la séparation du Soudan en Soudan du Sud et Soudan.

An estimated 31 million children, mainly of school age (5–14 years), were treated in the African Region through the programme.

Region of the Americas

There are active foci of LF in Brazil, Guyana, Haiti and Dominican Republic, with 12.4 million people requiring MDA; Haiti accounts for the highest proportion. Of the population of 10.2 million targeted in 2011 in the Region of Americas, 9.0 million were treated (88.3%). In 2011, Brazil, Guyana and Haiti implemented MDA. Haiti accounts for the large proportion of the total population requiring MDA in this Region (78.7%) and in 2011 Haiti achieved high national coverage (90.3%). Since the beginning of the programme in the Region of Americas, the regional coverage of approximately 80% of the population requiring MDA has been cumulatively achieved, i.e. 80% of the regional population requiring MDA has received drugs at least once.

Eastern Mediterranean Region

The disease is endemic in Egypt, Sudan, South Sudan and Yemen. In 2011 Egypt and Yemen provided MDA to 0.5 million people. Yemen reportedly stopped MDA in 2010 but implemented the strategy again in 2011. All implementation units in Egypt and Yemen have achieved more than 8 rounds of MDA with $\geq 65\%$ coverage and $< 1\%$ microfilariemia prevalence. These are the requirements considered necessary to conduct a transmission assessment survey (TAS) to assess the prevalence of antigenaemia in children in order to ascertain whether MDA can be stopped and the post-MDA surveillance phase started. A regional training workshop for TAS, targeting Egypt and Yemen, will be organized in 2012 to build capacity in national programmes.

On estime que, grâce au Programme, 31 millions d'enfants, principalement d'âge scolaire (5–14 ans), ont été traités dans la Région africaine.

Région des Amériques

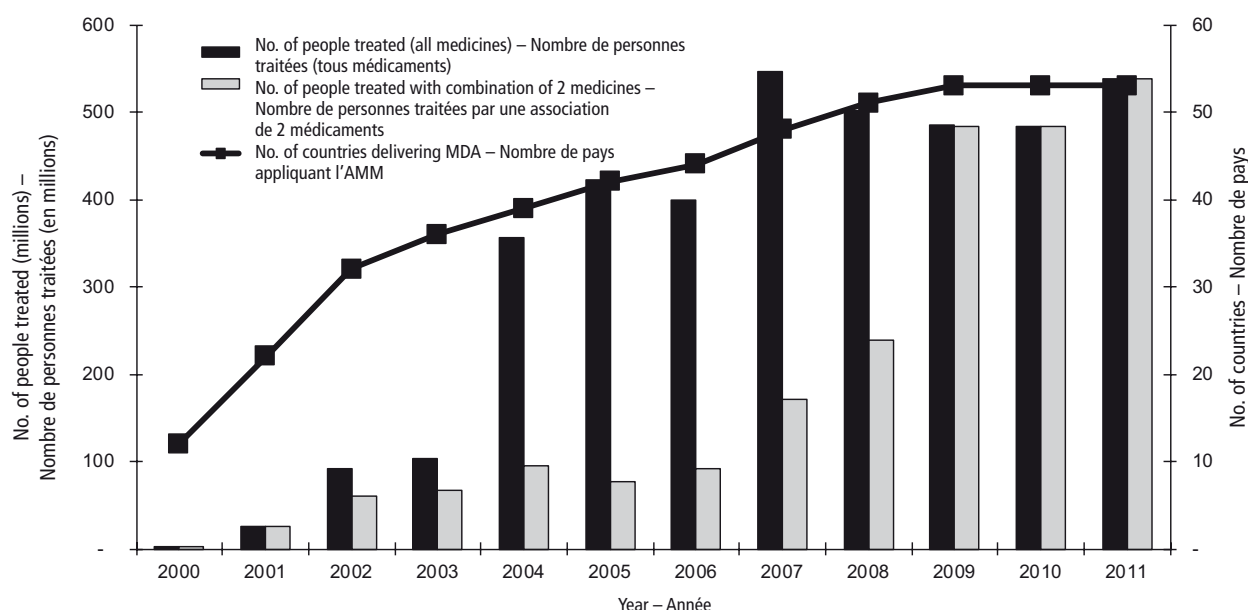
Il y a des foyers actifs de FL au Brésil, au Guyana, en Haïti et en République dominicaine, avec 12,4 millions de personnes ayant besoin de l'AMM; Haïti a la proportion la plus importante de personnes dans ce cas. Sur la population ciblée de 10,2 millions de personnes en 2011 dans la Région des Amériques, 9,0 millions ont été traitées (88,3%). En 2011, le Brésil, le Guyana et Haïti ont mis en œuvre l'AMM. C'est Haïti qui compte la plus grande proportion de personnes ayant besoin de l'AMM dans cette région (78,7%) et, en 2011, ce pays a obtenu une couverture nationale élevée (90,3%). Depuis le début du programme dans la Région des Amériques, une couverture cumulée d'environ 80% de la population ayant besoin de l'AMM a été atteinte, c'est-à-dire que 80% de la population régionale dans ce cas a reçu les médicaments au moins une fois.

Région de la Méditerranée orientale

La maladie est endémique en Égypte, au Soudan, au Soudan du Sud et au Yémen. En 2011, l'Égypte et le Yémen ont fourni une AMM pour 0,5 million de personnes. Selon les rapports, le Yémen l'avait interrompue en 2010 mais l'a appliquée de nouveau en 2011. Toutes les unités de mise en œuvre en Égypte et au Yémen sont parvenues à faire plus de 8 campagnes avec une couverture $\geq 65\%$ et une prévalence de la microfilariémie $< 1\%$. Ce sont les conditions considérées comme nécessaires pour faire une enquête d'évaluation de la transmission et évaluer la prévalence de l'antigénémie chez les enfants, afin de vérifier si l'on peut interrompre l'AMM et lancer la phase de surveillance post-AMM. Un atelier régional de formation pour cette enquête sera organisé en 2012 à l'intention de l'Égypte et du Yémen pour renforcer les capacités des programmes nationaux.

Figure 3 **Number of people receiving MDA for LF and number of countries delivering MDA, 2000–2011**

Figure 3 **Nombre de personnes bénéficiant d'une AMM contre la FL et nombre de pays appliquant l'AMM, 2000–2011**



South-East Asia Region

About 63% of the global population requiring MDA for LF lives in the South-East Asia Region, where there are 9 endemic countries. India accounts for 69.4% of the total population requiring MDA in the Region (610 million people). In 2011, overall 570.1 million people in the Region were targeted for MDA, and 414.1 million (72.6%) were treated. The total number of people treated increased by 33.7 million between 2010 and 2011. India, Indonesia, Myanmar, Nepal and Thailand increased the number of people treated in 2011 compared with 2010. Sri Lanka and Maldives achieved more than 5 rounds of MDA with $\geq 65\%$ coverage and $< 1\%$ microfilaraemia prevalence and MDA was stopped in 2007 and 2009, respectively, and moved into post-MDA surveillance phase in accordance with the former WHO guideline. In 2011, a WHO expert team visited these countries to review the situation; the team recommended that Sri Lanka should conduct TAS in accordance with the new guideline before proceeding to the process of verification of elimination, and that Maldives should start verification of elimination. All other countries in the Region except Timor-Leste implemented MDA in 2011; as a new country, Timor-Leste needs external financial and advocacy support to re-start and scale-up MDA.

As a result of MDA, more than 200 implementation units reached $< 1\%$ microfilaraemia prevalence after completing ≥ 5 MDA rounds in 2011. A WHO–SEARO Regional workshop has been organized in 2012 to build capacity in all 9 countries in the Region to plan and conduct TAS. Once the implementation units pass TAS as set out in the revised WHO guideline,³ they will be qualified to

Région de l'Asie du Sud-Est

Près de 63% de la population mondiale nécessitant l'AMM contre la FL vivent dans cette région, qui compte 9 pays d'endémie. L'Inde concentre 69,4% de la population totale ayant besoin de l'AMM dans la Région (610 millions de personnes). En 2011, il y avait globalement dans la région 570,1 millions de personnes ciblées pour l'AMM et 414,1 millions (72,6%) ont été traitées. Le nombre total de personnes traitées a augmenté de 33,7 millions de 2010 à 2011. L'Inde, l'Indonésie, le Myanmar, le Népal et la Thaïlande ont accru ce nombre en 2011 par rapport à 2010. Le Sri Lanka et les Maldives ont fait plus de 5 campagnes avec une couverture $\geq 65\%$ et une prévalence de la microfilariémie $< 1\%$; ils ont interrompu l'AMM en 2007 et 2009 respectivement et ils sont passés à la phase de surveillance post-AMM conformément à l'ancienne ligne directrice de l'OMS. En 2011, une équipe d'experts de l'OMS s'est rendue dans ces pays pour examiner la situation. Elle a recommandé au Sri Lanka de procéder à une enquête d'évaluation de la transmission, en application de la nouvelle ligne directrice, avant de commencer la vérification de l'élimination et aux Maldives de commencer à vérifier l'élimination. Tous les autres pays de la Région, à l'exception du Timor-Leste, ont mis en œuvre l'AMM en 2011. En tant que nouveau pays, le Timor-Leste a besoin d'une aide financière extérieure et doit faire des efforts de sensibilisation pour reprendre et étendre l'AMM.

Suite à l'AMM, plus de 200 unités de mise en œuvre ont atteint une prévalence de la microfilariémie $< 1\%$ après avoir mené à leur terme ≥ 5 campagnes en 2011. Un atelier régional OMS/SEARO a été organisé en 2012 pour renforcer dans les 9 pays de la Région les capacités de planification et de réalisation des enquêtes d'évaluation de la transmission. Après un résultat positif de ces enquêtes,³ les unités de mise en œuvre remplissent

³ Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. *Monitoring and epidemiological assessment of MDA: a manual for national elimination programmes* (WHO/HTM/NTD/PCT/2011.4). Geneva, World Health Organization, 2011. (Also available from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501484_eng.pdf).

³ Programme mondial d'élimination de la filariose lymphatique. *Monitoring and epidemiological assessment of MDA: a manual for national elimination programmes* (WHO/HTM/NTD/PCT/2011.4). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. (Également disponible à l'adresse suivante: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501484_eng.pdf).

stop MDA and the global population requiring MDA should reduce progressively in the coming years.

An estimated 26.1 million preschool-aged children (2–4 years) and 86.6 million school-aged children (5–14 years) were treated through the programme.

Western Pacific Region

Mekong-Plus

The Mekong-Plus area includes the following endemic countries: Brunei Darussalam, Cambodia, the Lao People's Democratic Republic, Malaysia, the Philippines and Viet Nam. Of the 30.0 million people targeted for MDA in this subregion in 2011, 20.0 million (66.6%) were treated.

Only Brunei Darussalam, which account for <1% of the population requiring MDA in this Region, has not yet initiated MDA but plans to start this year. Cambodia and Viet Nam had completed ≥ 5 rounds in all endemic areas and MDA was stopped in 2010 and 2009, respectively. The Lao People's Democratic Republic and the Philippines are conducting MDA rounds and expect to complete 5 rounds in all endemic areas by 2014; Philippines expanded the programme from 2010 to 2011. Malaysia completed 5 rounds in 2008, stopped MDA in 2009, and conducted TAS in 2011. TAS indicated the need for 2 more rounds of MDA in a part of the country; the implementation units that passed TAS moved into the post-MDA surveillance phase. MDA was therefore implemented in Malaysia in 2011 at 37 implementation units. Another round of MDA is planned in 2012, followed by re-assessment of transmission before moving into post-MDA surveillance phase. A WHO-WPRO TAS training workshop has been organized in 2012, targeting all the countries in this subregion.

Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis

Under the Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (PacELF), 7 of 16 endemic countries that require MDA in PacELF (American Samoa, the Cook Islands, Marshall Islands, Niue, Tonga, Vanuatu and Wallis and Futuna) have reached the target and MDA stopped. These countries are implementing post-MDA surveillance and are expected to verify interruption of transmission by 2016. Six countries (Fiji, French Polynesia, Kiribati, Samoa, Papua New Guinea and Tuvalu) continued implementing MDA (or case-based treatment) in 2011. Of the 1.1 million people targeted for MDA in PacELF in 2011, 796 789 (69.7%) were treated. A WHO-WPRO regional TAS training workshop has been organized in 2012, targeting all the countries in this subregion, to build capacity and prepare the dossiers for verification of interruption of transmission.

The biggest challenge to eliminating LF in the PacELF area is in Papua New Guinea (83% of all population requiring MDA for LF in the PacELF), where the resources required to achieve elimination are much greater than those for the rest of the Region put together. The geographical structure of the country makes

les conditions requises pour arrêter l'AMM et la population globale nécessitant les traitements devrait diminuer progressivement au cours des prochaines années.

On estime à 26,1 millions le nombre d'enfants d'âge préscolaire (2-4 ans) et à 86,6 millions le nombre d'âge scolaire (5-14 ans) qui ont été traités grâce au Programme.

Région du Pacifique occidentale

Mékong-Plus

La zone du Mékong-Plus comprend les pays d'endémie suivants: Brunei Darussalam, Cambodge, Malaisie, Philippines, République démocratique populaire lao et Viet Nam. Sur les 30,0 millions de personnes ciblées pour l'AMM dans cette sous-région en 2011, 20,0 millions (66,6%) ont été traitées.

Seul le Brunei Darussalam, qui représente <1% de la population ayant besoin de l'AMM dans la Région n'a pas encore entrepris cette action mais prévoit de commencer cette année. Le Cambodge et le Viet Nam ont mené à terme ≥ 5 campagnes dans toutes les zones d'endémie et interrompu l'AMM en 2010 et 2009 respectivement. La République démocratique populaire lao et les Philippines procèdent à l'AMM et espèrent avoir mené à bien 5 campagnes dans toutes les zones d'endémie d'ici 2014; les Philippines ont étendu le Programme entre 2010 et 2011. La Malaisie a achevé 5 campagnes en 2008, interrompu l'AMM en 2009 et fait une enquête d'évaluation de la transmission en 2011. Celle-ci a indiqué le besoin de faire 2 campagnes supplémentaires dans une région du pays; les unités de mise en œuvre ayant un résultat positif de l'enquête sont passées à la phase de surveillance post-AMM. L'AMM a donc été mise en œuvre en 2011 dans 37 unités. Une autre campagne est prévue en 2012 et elle sera suivie d'une réévaluation de la transmission avant le passage à la phase de surveillance post-AMM. Un atelier OMS/WPRO sur l'enquête d'évaluation de la transmission a été organisé en 2012 à l'intention de tous les pays de cette sous-région.

Programme d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique

Dans le cadre du Programme d'élimination de la FL dans le Pacifique (PacELF), 7 des 16 pays d'endémie nécessitant l'AMM (Îles Cook, Îles Marshall, Nioué, Samoa américaines, Tonga, Vanuatu et Wallis et Futuna) ont atteint l'objectif et arrêté l'AMM. Ces pays mettent en œuvre la surveillance post-AMM et devraient avoir vérifié l'interruption de la transmission d'ici 2016. Six pays (Fidji, Kiribati, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa et Tuvalu) ont poursuivi en 2011 l'AMM (ou le traitement sur la base des cas). Sur 1,1 million de personnes ciblées pour l'AMM dans le cadre du PacELF en 2011, 796 789 (69,7%) ont été traitées. Un atelier régional OMS/WPRO sur l'enquête d'évaluation de la transmission a été organisé en 2012 à l'intention de tous les pays de cette sous-région, pour renforcer les capacités et préparer les dossiers en vue de la vérification de l'interruption de la transmission.

Dans la zone du PacELF, c'est en Papouasie-Nouvelle-Guinée (qui compte 83% de la population nécessitant l'AMM dans cette zone) que l'élimination de la filariose rencontre les plus grandes difficultés. Les ressources requises pour l'élimination y sont bien plus importantes que dans tout le reste de la Région. La structure géographique du pays complique l'AMM et le

delivery of MDA difficult and thus careful planning and collaborative support for the national programme is required.

Progress on the GPELF milestones

One of the milestones set in the Strategic Plan 2010–2020¹ was to publish revised guidance for monitoring and evaluation of national LF elimination programmes, to provide clearer and more feasible methodologies to achieve the global target of eliminating LF by 2020. Accordingly, WHO published the *Monitoring and Epidemiological Assessment of Mass Drug Administration: A Manual for National Elimination Programmes* in 2011.⁴ Of particular importance in this manual is a new methodology to conduct a TAS in order to make decisions on whether MDA can be successfully stopped and post-MDA surveillance started for areas that have achieved ≥ 5 rounds of MDA with $\geq 65\%$ coverage and $< 1\%$ microfilaraemia prevalence. To support national programmes in implementing TAS according to the new guidance, 3-day training modules are being developed and a series of the WHO Regional TAS training workshops will be held in 2012.

In 2011, WHO also published the *Position statement on integrated vector management to control malaria and lymphatic filariasis*,⁴ following the *Position statement on integrated vector management*⁵ published in 2008. Integrated vector management (IVM) is defined as a “rational decision-making process for the optimal use of resources for vector control”. The aim is to combine conventional single-intervention strategies with vector control and promote multi-sector approaches to achieve health targets while remaining cost effective and therefore sustainable. The position statement notes that: the geographical distributions of these diseases overlap in large areas of Africa, Asia and the Americas; *Anopheles* mosquitoes transmit both malaria and LF and many other types of mosquitoes also transmit lymphatic filariasis; and various vector control measures affect *Culex* mosquitoes and reduce transmission of both LF and malaria. The statement recommends implementation of vector control as a multi-disease approach through IVM for malaria and LF in:

- areas co-endemic for malaria and LF;
- areas where the vectors of malaria and LF are both affected by the same vector control interventions (insecticide-treated mosquito nets, indoor residual spraying and larval control).

programme national a donc besoin d’une planification rigoureuse et d’un appui concerté.

Progrès en vue des échéances du Programme mondial d’élimination

L’une des échéances fixées dans le Plan stratégique 2010–2020¹ était de publier une révision du guide pour le suivi et l’évaluation des programmes nationaux d’élimination de la filariose lymphatique, afin de donner des méthodes plus claires et plus faisables pour atteindre la cible mondiale de l’élimination de la FL d’ici 2020. Par conséquent, l’OMS a publié en 2011 à l’intention des programmes nationaux d’élimination un manuel sur le suivi et l’évaluation épidémiologique de l’administration massive de médicaments (*Monitoring and Epidemiological Assessment of Mass Drug Administration: A Manual for National Elimination Programmes*).⁴ Un point particulièrement important dans ce manuel est la nouvelle méthodologie pour faire les enquêtes d’évaluation de la transmission en vue de décider si l’on peut interrompre avec succès l’AMM et commencer la surveillance post-AMM dans les zones ayant mené à terme ≥ 5 campagnes d’AMM avec une couverture $\geq 65\%$ et une prévalence de la microfilariémie $< 1\%$. Pour aider les programmes nationaux à mener les enquêtes conformément à la nouvelle ligne directrice, des modules de formation sur 3 jours sont en cours d’élaboration et l’OMS organisera en 2012 une série d’ateliers régionaux sur ces enquêtes.

En 2011, l’OMS a aussi publié sa Position concernant la gestion intégrée des vecteurs pour lutter contre le paludisme et la filariose lymphatique,⁴ après la Position concernant la gestion intégrée des vecteurs⁵ en 2008. La gestion intégrée des vecteurs se définit comme étant «un processus rationnel de décision pour utiliser de façon optimale les ressources de la lutte antivectorielle». Le but est de combiner à la lutte antivectorielle des stratégies classiques basées sur une seule intervention et de promouvoir des approches multisectorielles pour atteindre les cibles en matière de santé, tout en gardant un bon rapport coût-efficacité et donc un caractère pérenne. Il est déclaré dans le document que la distribution géographique de ces maladies se superpose dans de vastes régions d’Afrique, d’Asie et des Amériques, que les moustiques, les anophèles et de nombreuses autres espèces, transmettent le paludisme et la FL et que diverses mesures de lutte antivectorielles ont un impact sur les moustiques du genre *Culex* et réduisent la transmission de la FL comme du paludisme. La déclaration recommande de mettre en œuvre la lutte antivectorielle en ciblant plusieurs maladies grâce à une gestion intégrée des vecteurs pour le paludisme et la filariose lymphatique:

- dans les zones de coendémie de ces 2 maladies;
- dans les zones où les vecteurs du paludisme et de la FL sont touchés par les mêmes interventions de lutte (moustiquaires imprégnées d’insecticide, pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent et lutte contre les stades larvaires).

⁴ WHO position statement on integrated vector management to control malaria and lymphatic filariasis. Geneva, World Health Organization, 2011 (available from http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HTM_NTD_2011.2_eng.pdf, accessed August 2012).

⁵ WHO position statement on integrated vector management. Geneva, World Health Organization, 2008 (available from http://whqlibdoc.who.int/hq/WHO_HTM_NTD_VEM_2008.2_eng.pdf, accessed August 2012).

⁴ Position de l’OMS concernant la gestion intégrée des vecteurs pour lutter contre le paludisme et la filariose lymphatique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (disponible à l’adresse suivante: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HTM_NTD_2011.2_eng.pdf, consulté en août 2012).

⁵ WHO position statement on integrated vector management. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (disponible à l’adresse suivante: http://whqlibdoc.who.int/hq/WHO_HTM_NTD_VEM_2008.2_eng.pdf, consulté en août 2012).

The GPELF Strategic Plan has also set as a milestone the development of a strategy for interrupting transmission of LF in loiasis-endemic countries. In March 2012, an expert consultation was held in Accra, Ghana, to discuss and identify strategies for countries where delivery of MDA with ivermectin presents safety challenges. The recommendation of the meeting has been published as a provisional strategy of preventive chemotherapy in combination with vector control. The same meeting also recommended the development of an entomology manual to guide national LF elimination programme managers, entomologists and parasitologists on appropriate vector control strategies for national elimination programmes. The recommendations were deemed achievable since all loiasis-infected areas are also endemic for malaria and share the same vector species and the entomology manual is being developed.

Another key milestone set in the GPELF Strategic Plan was to develop GPELF guidance on morbidity-management and disability-prevention activities. In 2011, WHO published the *Position statement on managing morbidity and preventing disability in GPELF*,⁶ which set out the aim to provide access to a package of basic recommended care for every person with acute dermatolymphangioadenitis (ADLA)/ acute attacks, lymphoedema, elephantiasis or hydrocele in all areas where LF is endemic. It urged member states to adopt an integrated approach to managing morbidity and preventing disability from LF among control programmes targeting similar diseases. A WHO manual is being developed to guide national programmes with the framework, basic principles and provide operational and managerial guidance for planning and implementing morbidity-management and disability-prevention activities.

The new strategy for interrupting transmission of LF in loiasis-endemic countries is expected to accelerate the initiation of LF transmission-interruption interventions in loiasis-endemic countries and areas and reach full geographical coverage by 2016. The new guidance and capacity building material on TAS should help many countries which have implemented ≥ 5 rounds of MDA with high coverage and achieved reduction of infection prevalence to stop MDA and start post-MDA surveillance and verification of transmission interruption. At the same time, the population with access to the recommended basic care for morbidity management and disability prevention should see gradually expansion. ■

Le Plan stratégique du Programme a également fixé comme échéance l'élaboration d'une stratégie pour l'interruption de la transmission dans les pays où la loase est coendémique. En mars 2012, une consultation d'experts a été organisée à Accra (Ghana) pour étudier et déterminer des stratégies à l'intention des pays où la mise en œuvre de l'AMM comportant l'ivermectine s'accompagne de problèmes d'innocuité. La recommandation de la réunion a été publiée comme stratégie provisoire pour la chimiothérapie préventive en association avec la lutte antivectorielle. Lors de cette même réunion, il a été également recommandé de rédiger à l'intention des administrateurs de programmes d'élimination de la filariose lymphatique, des entomologistes et des parasitologues un manuel d'entomologie traitant des stratégies de lutte antivectorielle adaptées pour les programmes nationaux d'élimination. Ces recommandations ont été jugées faisables dans la mesure où, dans les zones où sévit la loase, le paludisme est aussi endémique et les 2 maladies partagent les mêmes espèces de vecteur. Ce manuel est en cours d'élaboration.

Une autre échéance clef décrite dans le Plan stratégique du Programme mondial pour l'élimination de la FL consistait à élaborer un guide du Programme sur la prise en charge de la morbidité et sur les activités de prévention des incapacités. En 2011, l'OMS a publié *Prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités dans le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: déclaration de l'OMS*,⁶ où elle décrit le but de fournir l'accès à un ensemble de soins de base recommandés pour chaque personne atteinte de dermatolymphangioadénite aiguë (DLAA)/ de manifestations aiguës, lymphoedème, d'éléphantiasis ou d'hydrocèle dans toute les régions où la FL est endémique. Elle invitait instamment les États Membres à adopter une approche intégrée pour la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités liées à la FL avec d'autres programmes de lutte ciblant des maladies analogues. L'OMS est en train de préparer un manuel pour orienter les programmes nationaux sur le cadre, les principes de base et donner des indications opérationnelles et administratives pour la mise en œuvre des activités de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités.

La nouvelle stratégie pour l'interruption de la transmission de la FL dans les pays où la loase est endémique devrait accélérer le démarrage des interventions pour atteindre ce but dans les pays et territoires concernés et une couverture géographique complète d'ici 2016. Les nouvelles orientations et le matériel pour le renforcement des capacités en matière d'enquête d'évaluation de la transmission aideront de nombreux pays ayant mené à bien ≥ 5 campagnes d'AMM avec une couverture élevée et ayant obtenu une réduction de la prévalence de l'infection à arrêter les AMM, à commencer la surveillance post-AMM et à vérifier l'interruption de la transmission. Dans le même temps, on devrait observer une extension progressive de la population ayant accès aux soins de base recommandés pour la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités. ■

⁶ *Position statement on managing morbidity and preventing disability in GPELF* (WHO/HTM/NTD/PCT/2011.8). Geneva, World Health Organization, 2011. (Also available from http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HTM_NTD_2011.8_eng.pdf).

⁶ *Prise en charge de la morbidité et prévention des incapacités dans le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: déclaration de l'OMS* (WHO/HTM/NTD/PCT/2011.8). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. (Également disponible à l'adresse suivante: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HTM_NTD_2011.8_eng.pdf). [Document disponible uniquement en anglais]