



World Health
Organization

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

3 OCTOBER 2025, 100th YEAR / 3 OCTOBRE 2025, 100^e ANNÉE

No 40, 2025, 100, 439–450

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

Contents

- 439 Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2024

Sommaire

- 439 Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2024

Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2024

Introduction

Lymphatic filariasis (LF) is a vector-borne, parasitic disease in humans that results in immense suffering among people affected. This neglected tropical disease is caused by infection with the filarial parasites *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* and *B. timori* which damage the lymphatic vessels and impair vessel function, leading to clinical manifestations such as lymphoedema and hydrocele. Member States called for the elimination of LF as a public health problem and in response 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).

MDA is the recommended, cost-effective strategy for stopping transmission by treating all people living in areas in which infections are prevalent.¹ Multiple rounds of MDA with effective coverage (≥65% of the total population) are required to reduce levels of infection below thresholds where transmission is considered no longer sustainable. The smallest administrative unit at which national programmes deliver MDA is referred to as the implementation unit (IU). Once the prevalence of infection has been reduced below target thresholds, the population of an IU is considered no

Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation, 2024

Introduction

La filariose lymphatique (FL) est une maladie parasitaire humaine à transmission vectorielle qui entraîne d'immenses souffrances chez les personnes touchées. Cette maladie tropicale négligée résulte d'une infestation par des filaires parasites des espèces *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* et *B. timori* qui endommagent les vaisseaux lymphatiques et altèrent leur fonction, entraînant des manifestations cliniques telles que le lymphœdème et l'hydrocèle. À la suite de l'appel des États Membres pour éliminer la LF en tant que problème de santé publique, l'OMS a mis en place le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (GPELF) qui a pour objectif de mettre fin à la transmission de l'infection grâce à l'administration de masse de médicaments (AMM) anthelminthiques et d'alléger la souffrance des malades par la prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités.

La stratégie la plus rentable recommandée pour arrêter la transmission est l'administration de masse de médicaments à toutes les personnes vivant dans des zones où les infections sont prévalentes.¹ Plusieurs tournées d'AMM avec une couverture efficace (≥65% de la population totale) sont nécessaires pour réduire le taux d'infection en dessous du seuil à partir duquel on considère que la transmission ne peut plus se poursuivre. La plus petite unité administrative visée par les programmes nationaux pour délivrer l'AMM est appelée unité de mise en œuvre (UMO). Une fois que la prévalence de l'infection a été réduite en dessous

¹ Turner HC et al. Investment success in public health: an analysis of the cost-effectiveness and cost-benefit of the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. Clin Infect Dis. 2017; 64:728–735. doi:10.1093/cid/ciw835.

¹ 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).

longer requiring MDA.² WHO recommends a strategy of repeat epidemiological surveys including the transmission assessment survey (TAS) or the ivermectin (I), diethylcarbamazine (D) and albendazole (A) (IDA) impact survey (IIS) to measure infection levels in target age groups and determine when to stop MDA.² The results of these surveys in each endemic IU and documentation of the quality of care for people with lymphoedema and hydrocele is required for validation by WHO and acknowledgement of having achieved elimination of LF as a public health problem.³

Progress towards the 2030 NTD road map targets

The LF specific 2030 targets are for all countries to be conducting surveillance after MDA has ceased and for 80% of endemic countries to have achieved elimination as a public health problem. The status of each country in delivery of MDA and achieving these targets is presented in *Table 1*. In 2024, 35 countries had not met either target and were considered to require MDA (sum of columns 1, 2 and 3). There remained 5 countries where MDA had not yet been delivered in all areas where warranted (sum of columns 1 and 2). As of the end of 2024, 37 countries (sum of columns 4 and 5) had met the target of no longer requiring MDA. Sixteen (column 4) are under surveillance but not yet validated and 21 countries have met criteria for elimination as a public health problem and are under post-validation surveillance (column 5). Timor-Leste and Brazil were the most recent countries to be validated for the elimination of LF as a public health problem.

A cross-cutting target of both the NTD road map and Sustainable Development Goal 3.3.5 is to see a 90% reduction in the population requiring interventions for NTDs.^{4,5} As of 2024, there has been a 69.2% reduction in the population requiring MDA. In 2024, the cumulative population living in IUs that no longer require MDA was 924.4 million.

MDA implementation in 2024

MDA results by country are reported in *Table 2*. Since 2000, more than 10 billion cumulative treatments have been delivered during MDA campaigns to more than 943.4 million people. In 2024, the population that required

du seuil cible dans une UMO donnée, on considère que sa population ne nécessite plus d'AMM.² L'OMS recommande une stratégie consistant à répéter les enquêtes épidémiologiques, notamment l'enquête d'évaluation de la transmission (TAS) ou l'enquête d'impact de la trithérapie IDA (ivermectine [I], diéthylcarbamazine [D] et albendazole [A]) (IIS) afin de mesurer les taux d'infection dans les tranches d'âge cibles et de déterminer le moment où l'AMM peut être arrêtée.² Les résultats de ces enquêtes dans chaque UMO d'endémie et la documentation de la qualité des soins pour les personnes atteintes de lymphœdème ou d'hydrocèle sont nécessaires pour obtenir la validation par l'OMS de l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique.³

Progrès vers les cibles de la feuille de route pour les MTN à l'horizon 2030

Les cibles spécifiques à la FL pour 2030 prévoient que tous les pays effectuent une surveillance après l'arrêt de l'AMM et que 80% des pays d'endémie parviennent à éliminer la FL en tant que problème de santé publique. Le *Tableau 1* présente la situation de chaque pays au regard de la mise en œuvre de l'AMM et de la réalisation de ces cibles. En 2024, 35 pays n'avaient atteint aucune des cibles et nécessitaient une AMM (somme des colonnes 1, 2 et 3), et 5 pays n'avaient pas encore mis en œuvre l'AMM dans toutes les zones où elle était justifiée (somme des colonnes 1 et 2). À la fin de 2024, 37 pays (somme des colonnes 4 et 5) n'avaient plus besoin d'AMM. Seize pays (colonne 4) font l'objet d'une surveillance mais n'ont pas encore obtenu la validation de l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique et 21 pays ont satisfait aux critères de l'élimination et sont entrés dans la phase de surveillance post-validation (colonne 5). Le Timor-Leste et le Brésil sont les tout derniers pays à être parvenus à la validation de l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique.

L'une des cibles transversales de la feuille de route pour les MTN et de l'objectif de développement durable 3.3.5 est de réduire de 90% le nombre de personnes nécessitant des interventions contre les MTN.^{4,5} En 2024, on a constaté une réduction de 69,2% de la population nécessitant une AMM; la population cumulée vivant dans des UMO qui n'avaient plus besoin d'AMM s'élevait à 924,4 millions de personnes.

Mise en œuvre de l'AMM en 2024

Le *Tableau 2* présente les résultats de l'AMM dans chaque pays. Depuis 2000, plus de 10 milliards de traitements ont été administrés à plus de 943,4 millions de personnes dans le cadre des campagnes d'AMM. En 2024, 485,4 millions de

² Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration for eliminating lymphatic filariasis: a manual for national elimination programmes 2nd edition. Geneva: World Health Organization, 2025 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381838/9789240105959-eng.pdf> accessed August 2025).

³ Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem. Geneva: World Health Organization, 2017 (<https://www.who.int/publications/item/9789241511957>, accessed September 2025).

⁴ 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/item/9789240010352>, accessed September 2025).

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

² Suivi et évaluation épidémiologique du traitement médicamenteux de masse dans le cadre du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: manuel à l'intention des programmes nationaux d'élimination. Seconde édition, 2025 [Disponible uniquement en langue anglaise.] Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381838/9789240105959-eng.pdf>, consulté en août 2025).

³ Validation of elimination of lymphatic filariasis as a public health problem. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://www.who.int/publications/item/9789241511957>, consulté en septembre 2025).

⁴ 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/item/9789240010352>, consulté en septembre 2025).

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

Table 1 **Country status in implementing mass drug administration (MDA) for lymphatic filariasis (LF) elimination as of 2024**
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), 2024**

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 ^a – III. AMM étendue à tous les districts d'endémie ^a	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, – Angola, République centrafricaine	Burkina Faso, Chad, Congo, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Ethiopia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Madagascar, Mozambique, Nigeria, South Sudan, United Republic of Tanzania, Zimbabwe – Burkina Faso, Congo, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Madagascar, Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Soudan du Sud, Tchad, Zimbabwe	Benin, Cameroon, Comoros, Côte d'Ivoire, Eritrea, Kenya ^b , Mali, Niger, Sao Tome and Principe, Senegal, Sierra Leone ^c , Uganda, Zambia ^d – Bénin, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Kenya ^b , Mali, Niger, Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone ^c , Zambie ^d	Malawi, Togo
Americas – Amériques			Guyana, Haiti – Guyane, Haïti	Dominican Republic – République dominicaine	Brazil – Brésil
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, Maldives, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste – Bangladesh, Maldives, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste
Western Pacific – Pacifique occidental		Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	American Samoa, Fiji, French Polynesia, Malaysia, New Caledonia, Philippines, Samoa, Tuvalu ^c – Fidji, Malaisie, Nouvelle-Calédonie, Philippines, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines, Tuvalu ^c	Brunei Darussalam, Federated States of Micronesia ^c – Brunei Darussalam, États fédérés de Micronésie ^c	Cambodia, Cook Islands, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Marshall Islands, Niue, Palau, Tonga, Vanuatu, Vietnam, Wallis and Futuna – Cambodge, Îles Cook, Îles Marshall, Kiribati, Nioué, Palaos, République démocratique populaire Lao, Tonga, Vanuatu, Viet Nam, Wallis et Futuna
Total	1	4	30	16	21

^a Countries that have ever implemented MDA in all endemic implementation units (IUs) at least once, but not necessarily that all IUs were reached in 2024 – Pays ayant déjà mis en œuvre au moins une fois l'AMM dans toutes les unités de mise en œuvre (UMO) endémiques, mais dans lesquels les UMO n'avaient pas forcément pu être atteintes en 2024

^b Countries also implemented MDA in 2024 – Pays ayant également mis en œuvre l'AMM en 2024

^c Countries pending impact survey – Pays en attente de l'enquête d'impact

^d Countries pending survey report – Pays en attente de rapport d'enquête

Table 2 **Mass drug administration (MDA) coverage for lymphatic filariasis elimination as reported by country, 2024**
 Tableau 2 **Administration massive de médicaments (AMM) afin d'éliminer la filiarose lymphatique, par pays, 2024**

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2024 – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM en 2024	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementa- tion units imple- menting MDA in 2024 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2024	Proportion of implementation units achieving effective coverage (%) – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parvenant à obtenir une couverture efficace (%)	Total population of implementation units targeted by MDA in 2024 – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2024	Reported no. of people treated in 2024 – Nbre notifié de personnes traitées en 2024	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) – Couverture pour le programme (%)	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
African – Afrique		138 585 300		723	593	86.0	123 879 478	96 253 127	82.0	77.7	69.5
	Angola	4 460 426	IA	38	24	4.2	2 444 788	1 008 991	63.2	41.3	22.6
	Burkina Faso	674 219	IA	3	1	100	126 935	100 862	33.3	79.5	15.0
	Central African Republic – République centrafricaine	6 697 272	IA, 2*A	31	23	73.9	5 524 758	4 345 837	74.2	78.7	64.9
	Chad – Tchad	5 052 472	IA, 1*A	44	34	100	3 983 732	3 925 563	77.3	98.5	77.7
	Congo	1 165 932	IA, 2*A	13	13	100	1 165 932	957 156	100	82.1	82.1
	Democratic Republic of Congo – République démocratique du Congo	32 996 934	IA, 2*A	154	149	98.7	31 596 270	25 441 991	96.8	80.5	77.1
	Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	997 308	2*A	15	No MDA – Pas d'AMM						
	Ethiopia – Éthiopie	2 726 586	IA	43	27	63.0	1 969 380	1 347 556	62.8	68.4	49.4
	Gabon	384 580	IA	18	No MDA – Pas d'AMM						
	Ghana	375 612	IA	3	3	66.7	375 612	252 335	100	67.2	67.2
	Guinea – Guinée	923 416	IA	3	3	66.7	923 416	623 154	100	67.5	67.5
	Guinea-Bissau – Guinée Bissau	626 049	IA	46	46	56.5	626 049	418 654	100	66.9	66.9
	Kenya	1 261 978	DA	5	5	100	1 261 978	1 221 920	100	96.8	96.8
	Liberia – Libéria	591 765	IA	4	4	25.0	591 765	364 209	100	61.6	61.6

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2024 – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM en 2024	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units requiring MDA – Nbre d'unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementa- tion units imple- menting MDA in 2024 – Nbre d'unités de mise en œuvre de l'AMM en 2024	Proportion of implementation units achieving effective coverage (%) – Proportion d'unités de mise en œuvre de l'AMM parvenant à obtenir une couverture efficace (%)	Total population of implementation units targeted by MDA in 2024 – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2024	Reported no. of people treated in 2024 – Nbre notifié de personnes traitées en 2024	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) – Couverture pour le programme (%)	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
	Madagascar	16 581 573	DA, IDA	67	67	100	16 581 573	13 519 043	100	81.5	81.5
	Mozambique	11 852 440	IA	52	33	100	8 668 022	6 904 657	63.5	79.7	58.3
	Nigeria – Nigéria	37 542 764	IA	112	104	95.2	36 951 431	27 564 447	92.9	74.6	73.4
	Sierra Leone	Pending impact survey – En attente de l'enquête d'impact									
	South Sudan – Soudan du Sud	9 758 325	IA	51	36	83.3	7 172 188	5 495 968	70.6	76.6	56.3
	United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	2 662 494	IA	14	14	64.3	2 662 494	1 847 617	100	69.4	69.4
	Zambia	Pending survey report – En attente du rapport d'enquête									
	Zimbabwe	1 253 154	IDA	7	7	85.7	1 253 154	913 167	100	72.9	72.9
Americas – Amériques		5 119 430		21	4	50.0	474 713	281 232	19.1	59.2	5.5
	Guyana – Guyane	537 207	IDA	2	No data – Aucune donnée						
	Haiti – Haïti	4 582 223	DA, IDA	19	4	50.0	474 713	281 232	21.1	59.2	6.1
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		12 140 999		65	12	100	1 508 609	1 455 027	18.5	96.5	12.0
	Sudan – Soudan	12 140 999	IA	65	12	100	1 508 609	1 455 027	18.5	96.5	12.0
South-East Asia – Asie du Sud-Est		321 942 997		193	188	92.0	315 825 364	264 434 829	97.4	83.7	82.1
	India – Inde	306 907 488	DA, IDA	161	159	100	304 304 682	257 125 893	98.8	84.5	83.8
	Indonesia – Indonésie	2 109 568	DA, IDA	18	18	33.3	2 109 568	1 093 700	100	51.8	51.8
	Myanmar	7 314 572	DA	7	4	25.0	3 799 745	1 738 050	57.1	45.7	23.8
	Nepal – Népal	5 611 369	IDA	7	7	100	5 611 369	4 477 186	100	79.8	79.8

Table 2 (continued) – Tableau 2 (suite)

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Total population requiring MDA in 2024 – Nbre total de personnes ayant besoin de l’AMM en 2024	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d’AMM	No. of implementation units requiring MDA – Nbre d’unités de mise en œuvre nécessitant une AMM	No. of implementa- tion units imple- menting MDA in 2024 – Nbre d’unités de mise en œuvre de l’AMM en 2024	Proportion of implementation units achieving effective coverage (%) – Proportion d’unités de mise en œuvre de l’AMM parvenant à obtenir une couverture efficace (%)	Total population of implementation units targeted by MDA in 2024 – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre en 2024	Reported no. of people treated in 2024 – Nbre notifié de personnes traitées en 2024	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	Programme coverage (%) – Couverture pour le programme (%)	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
Western Pacific – Pacifique occidental		7 575 424		30	7	100	375 611	299 949	23.3	79.1	3.9
	American Samoa – Samoa américaines	49 710	IDA	1	No data – Aucune donnée						
	Fiji – Fidji	184 686	IDA	4	No data – Aucune donnée						
	French Polynesia – Polynésie française	26 034	IDA	3	3	100	26 034	18 472	100	71.0	71.0
	Malaysia – Malaisie	25 394	IDA	3	3	100	25 394	21 394	100	84.3	84.3
	Micronesia (Federated States of) – Micronésie (États fédérés de)	Pending impact survey – En attente de l’enquête d’impact									
	New Caledonia – Nouvelle Calédonie	3 401	IDA	1	No data – Aucune donnée						
	Papua New Guinea – Papouasie- Nouvelle-Guinée	4 503 653	IDA	10	1	100	324 183	257 083	10.0	79.3	5.7
	Philippines	2 591 327	IDA	4	No MDA – Pas d’AMM						
	Samoa	191 219	IDA	4	No data – Aucune donnée						
	Tuvalu	Pending impact survey – En attente de l’enquête d’impact									
Global – Monde		485 364 150		1’032	804	87.6	442 063 775	362 721 164	77.9	82.1	74.7

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

MDA was 485.4 million, and 27 countries reported having treated a total of 362.7 million people (74.7% coverage). The total population in IUs where MDA was planned (targeted population) was 442.1 million. Fifteen countries reported a total of 167.8 million population living in 452 IUs where stop-MDA surveys were pending in 2024. Reports of these impact surveys are awaited, and the population requiring MDA will be updated on the Global Health Observatory PC data portal.⁶ Effective coverage was achieved in 87.6% of the 704 IUs in which MDA was implemented. The MDA gap (the total population living in IUs where MDA was required but not delivered and no survey results were pending) was 43.3 million people in 228 unreached IUs.

LF MDA contributes both to the elimination of onchocerciasis and control of soil-transmitted helminthiasis (STH) because of a broad impact of the anthelmintic medicines used. In the 16 countries co-endemic for LF and onchocerciasis implementing MDA in 2024, 70.5 million people were treated with IA, including 28.8 million treatments in known co-endemic IUs. In the 22 countries co-endemic for LF and STH implementing MDA in 2024, 18.4 million preschool-aged children (2–4 years of age), 96.5 million school-aged children (5–14 years of age) and an estimated 98.4 million women of reproductive age were treated with albendazole. Cumulatively, 1827 IUs in 50 STH co-endemic countries no longer require MDA for LF but may require preventive chemotherapy for STH. WHO recommends integrating the assessment of onchocerciasis and STH in certain settings during the TAS to support programmatic decisions for more than one disease.^{7,8} In LF endemic countries, sustainable platforms for the delivery of anthelmintics for STH control must be in place as areas no longer require LF MDA.

Progress in implementing alternative MDA regimens

A triple-therapy combination of IDA, is recommended for MDA against LF in certain settings.⁹ In 2024, IDA was used to treat 142.9 million people in 9 countries. Reports from 2 additional countries are awaited where IDA MDA was planned in 2024. A cumulative 413.3 million IDA treatments were delivered between 2018 and 2024 in 22 countries, covering all LF-endemic

personnes nécessitaient une AMM et 27 pays ont déclaré avoir traité au total 362,7 millions de personnes (couverture: 74,7%); la population totale des UMO dans lesquelles une AMM était prévue (population cible) s'élevait à 442,1 millions de personnes; et 15 pays ont recensé un total de 167,8 millions d'habitants vivant dans 452 UMO en attente d'enquêtes pour déterminer si l'AMM pouvait être arrêtée. Lorsque les rapports de ces enquêtes d'impact seront disponibles, la population nécessitant une AMM pourra être déterminée et les informations correspondantes seront publiées sur le portail de données de chimioprévention de l'Observatoire mondial de la santé.⁶ Une couverture efficace a été atteinte dans 87,6% des 704 UMO dans lesquelles l'AMM a été mise en œuvre. Au total, 43,3 millions de personnes vivant dans 228 UMO où l'AMM était nécessaire mais n'a pas été effectuée, et pour lesquelles aucun rapport d'enquête n'était attendu, n'ont pas été traitées.

L'AMM contre la filariose lymphatique contribue à l'élimination de l'onchocercose et à la lutte contre les géohelminthiases en raison de l'impact étendu des médicaments anthelminthiques utilisés. Dans les 16 pays de co-endémicité de la LF et de l'onchocercose qui ont mis en œuvre l'AMM en 2024, 70,5 millions de personnes ont été traitées avec une association d'ivermectine et d'albendazole, dont 28,8 millions vivaient dans des UMO de co-endémicité. Dans les 22 pays de co-endémicité de la LF et des géohelminthiases qui ont mis en œuvre l'AMM en 2024, 18,4 millions d'enfants d'âge préscolaire (âgés de 2 à 4 ans), 96,5 millions d'enfants d'âge scolaire (âgés de 5 à 14 ans) et environ 98,4 millions de femmes en âge de procréer ont bénéficié d'un traitement par l'albendazole. Au total, 1827 UMO dans 50 pays où la LF et les géohelminthiases sont co-endémiques n'ont plus besoin d'AMM pour la FL mais peuvent nécessiter une chimioprévention pour les géohelminthiases. L'OMS recommande d'intégrer l'évaluation de l'onchocercose et des géohelminthiases au cours des enquêtes TAS dans certains contextes afin d'étayer les décisions programmatiques qui concernent plusieurs maladies.^{7,8} Dans les pays où la FL est endémique, dès lors que certaines zones n'ont plus besoin d'AMM, il convient de mettre en place des plateformes durables pour l'administration d'anthelminthiques contre les géohelminthiases.

Progrès dans la mise en œuvre d'autres schémas d'AMM

La trithérapie IDA est recommandée dans le cadre de l'AMM contre la filariose lymphatique dans certains contextes.⁹ En 2024, cette trithérapie a été employée pour traiter 142,9 millions de personnes dans 9 pays. Les rapports de 2 autres pays où l'administration de masse de la trithérapie IDA était prévue en 2024 sont attendus. Entre 2018 et 2024, 413,3 millions de traitements IDA ont été administrés dans 22 pays, couvrant toutes

⁶ Preventive chemotherapy data portal. Geneva: World Health Organization, 2017 (<https://www.who.int/data/preventive-chemotherapy>, accessed September 2025).

⁷ Integrating the assessment of onchocerciasis into a LF transmission assessment survey: a manual for national elimination programmes. Geneva: World Health Organization, 2025.

⁸ Assessing the epidemiology of soil-transmitted helminths during a transmission assessment survey (TAS). Geneva: World Health Organization, 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241508384>, accessed September 2025).

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>, accessed September 2025).

⁶ Preventive chemotherapy data portal. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<http://apps.who.int/gho/cabinet/pc.jsp>, consulté en septembre 2025).

⁷ Integrating the assessment of onchocerciasis into a LF transmission assessment survey: a manual for national elimination programmes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025.

⁸ Assessing the epidemiology of soil-transmitted helminths during a transmission assessment survey (TAS). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241508384>, consulté en septembre 2025).

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>, consulté en septembre 2025).

regions. According to plans submitted to WHO, 8 countries were planning IDA in 2025 in 70 IUs with a total target population of 47.5 million people.

Uniquely in the African Region, MDA with albendazole twice per year is recommended in areas co-endemic with *Loa loa* where the use of ivermectin and diethylcarbamazine is contraindicated.⁷ A total of 12.2 million treatments with albendazole monotherapy were delivered in 2024. Central African Republic, Republic of Congo, and the Democratic Republic of Congo reported biannual treatment according to WHO recommendations and Chad was able to implement a single round. MDA with albendazole was expected but not delivered in Equatorial Guinea. This regimen should be complemented by the distribution of insecticide treated nets as part of an integrated approach to eliminate both LF and malaria.¹⁰

Epidemiological survey data reported in 2024

During the reporting period, 23 countries submitted epidemiological survey data. Confirmatory mapping was reported by Zimbabwe and covering 39 IUs; of these, 32 IUs were below the critical thresholds and MDA is not required. Across 12 countries reporting data from sentinel and spot-check sites, 94.0% (236/251) of surveyed communities met threshold criteria, confirming eligibility to advance to TAS or IIS. Survey outcomes continue to demonstrate strong progress. Among 193 EUs across 12 countries that completed TAS1, 98.4% (190/193 EUs) recorded infection levels below the target threshold, confirming that MDA is no longer required. 77 of 78 EUs (98.7%) across 10 countries successfully passed TAS2. All 20 EUs undergoing TAS3 in 5 countries, remained below thresholds. Among 5 EUs that underwent IIS1 in 2 countries, 80% (4 EUs) achieved results below threshold. All 2 EUs that underwent IIS2 in 1 country achieved results below threshold. Post-validation surveillance (PVS) data was reported by Kiribati and Maldives with all survey sites remaining below thresholds.

Care for people affected by LF-related chronic diseases

The MMDP strategy includes the provision of 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.¹¹ This care package should be integrated within primary care and include psycholog-

les régions d'endémicité de la FL. Selon les informations communiquées à l'OMS, 8 pays prévoient l'administration de la trithérapie IDA en 2025, couvrant au total 70 UMO, soit une population cible de 47,5 millions de personnes.

Dans la Région africaine, l'administration de masse d'albendazole 2 fois par an est recommandée dans les zones de co-endémicité de *Loa loa* où l'utilisation de l'ivermectine et de la diéthylcarbamazine est contre-indiquée.⁷ Au total, 12,2 millions de traitements par l'albendazole en monothérapie ont été administrés en 2024. La République centrafricaine, la République du Congo et la République démocratique du Congo ont indiqué avoir administré un traitement semestriel conformément aux recommandations de l'OMS et le Tchad a pu mettre en œuvre une tournée d'AMM. L'administration de masse d'albendazole était prévue en Guinée équatoriale mais n'a pas été effectuée. Ce traitement doit être complété par la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans le cadre d'une approche intégrée visant à éliminer à la fois la filariose lymphatique et le paludisme.¹⁰

Données d'enquêtes épidémiologiques transmises en 2024

Au cours de la période considérée, 23 pays ont transmis des données d'enquêtes épidémiologiques. Une cartographie de confirmation couvrant 39 UMO a été établie par le Zimbabwe; parmi ces UMO, 32 se situaient en dessous du seuil critique et ne nécessitaient pas d'AMM. Dans 12 pays ayant communiqué des données provenant de sites sentinelles et de sites de contrôles ponctuels, 94,0% (236/251) des communautés étudiées satisfaisaient aux critères établis pour pouvoir passer aux enquêtes TAS ou IIS. Les résultats des enquêtes réalisées attestent d'importants progrès: parmi les 193 unités d'évaluation réparties dans 12 pays ayant terminé l'enquête TAS1, 98,4% (190/193) ont enregistré des taux d'infection inférieurs au seuil cible, confirmant que l'AMM n'est plus nécessaire; 77 des 78 unités d'évaluation (98,7%) réparties dans 10 pays ont obtenu des résultats satisfaisants à l'enquête TAS2; les 20 unités d'évaluation faisant l'objet d'une TAS3 dans 5 pays restaient en dessous du seuil établi; et parmi les 5 unités d'évaluation soumises à une enquête IIS1 dans 2 pays, 80% (4 unités) ont obtenu des résultats inférieurs au seuil. Les 2 unités d'évaluation soumises à une enquête IIS2 dans 1 pays ont obtenu des taux d'infection inférieurs au seuil. Kiribati et les Maldives ont transmis des données de surveillance post-validation qui montrent que tous les sites ayant fait l'objet d'enquêtes restaient en dessous du seuil.

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

La stratégie de prise en charge de la morbidité et de prévention des incapacités (PMPI) prévoit la prestation d'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 lymphoedème.¹¹ Cet ensemble de soins doit être intégré dans

¹⁰ Provisional strategy for interrupting lymphatic filariasis transmission in loiasis-endemic countries. Geneva: World Health Organization. 2012 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75139/WHO_HTM_NTD_PCT_2012.6_eng.pdf, accessed August 2025).

¹¹ Lymphatic filariasis: managing morbidity and prevention disability: an aide-mémoire for national programme managers, 2nd edition. Geneva: World Health Organization, 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339931>, accessed August 2024).

¹⁰ Provisional strategy for interrupting lymphatic filariasis transmission in loiasis-endemic countries. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75139/WHO_HTM_NTD_PCT_2012.6_eng.pdf, consulté en août 2025).

¹¹ 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>, consulté en août 2025).

ical assessment and referral to address both the physical and the mental well-being of affected people.¹²

In 2024, 17 countries submitted updated data on LF morbidity and care. Of the 11 countries reporting on the number of persons affected, an additional 88 965 people with lymphoedema and 3 489 men with hydrocoele were identified. Eleven countries reported providing services, reaching 358 036 people with lymphoedema and delivering 41 496 surgeries or care to cure hydrocoele. The Maldives reported 100% coverage of lymphoedema care for new patients in 2024, reflecting continued commitment to morbidity management following validation of elimination as a public health problem.

Regional highlights

Figure 1 shows the cumulative proportion of endemic IUs by WHO region that have completed TAS or IIS and no longer require MDA, are pending impact surveys or still require MDA. There was noticeable progress in the African Region compared to 2023 in the increase of implementation units and population no longer requiring MDA. The total population in the Region requiring

les soins primaires et inclure une évaluation psychologique et l'orientation des malades afin de prendre en charge à la fois leur bien-être physique et leur bien-être mental.¹²

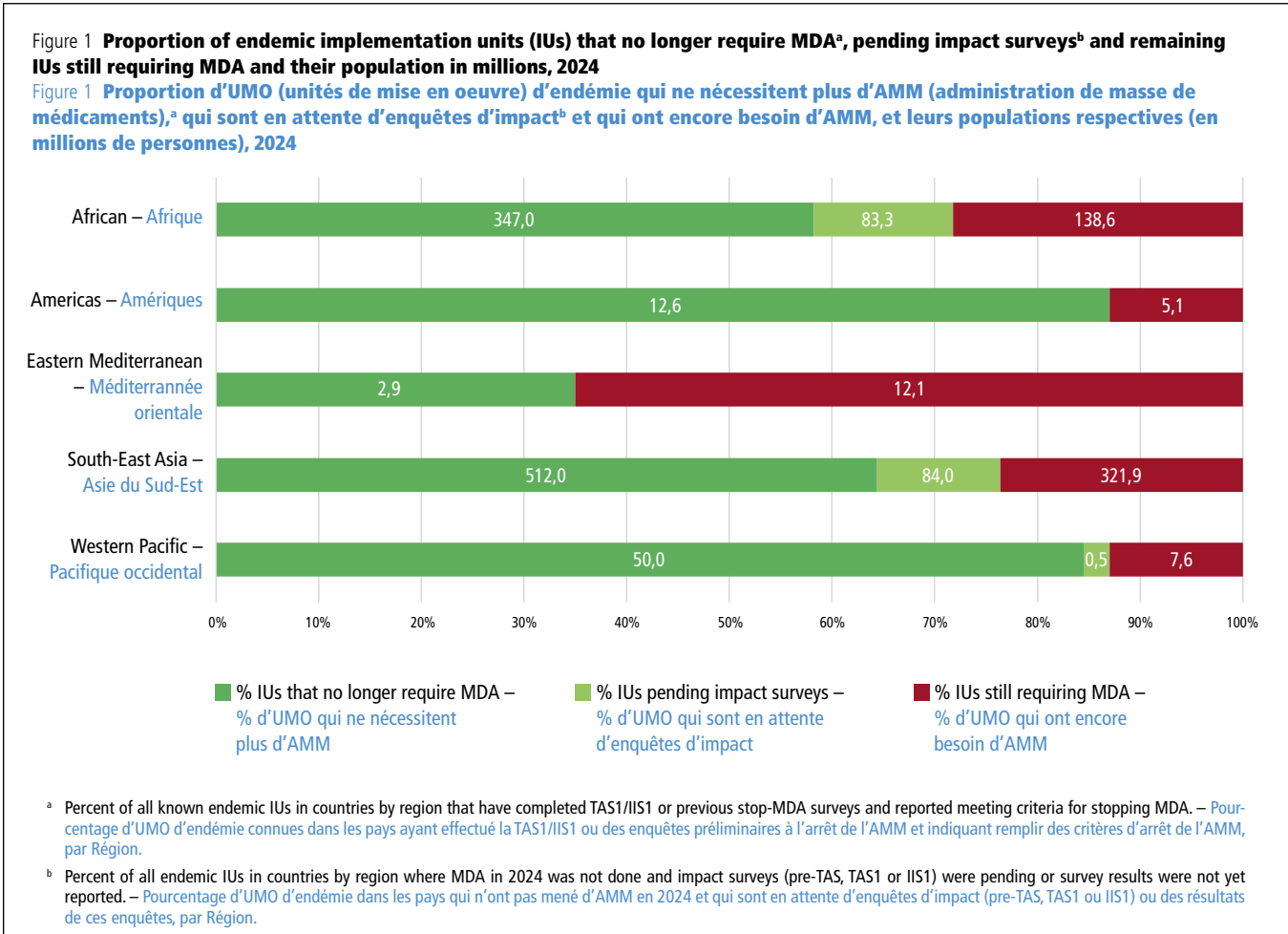
En 2024, 17 pays ont fourni des données actualisées sur la morbidité et la prise en charge de la FL. Les 11 pays ayant communiqué le nombre de personnes touchées comptaient 88 965 personnes supplémentaires atteintes de lymphœdème et 3 489 hommes supplémentaires atteints d'hydrocèle. Onze pays ont déclaré avoir fourni des soins à 358 036 personnes atteintes de lymphœdème et avoir opéré ou soigné 41 496 personnes atteintes d'hydrocèle. En 2024, les Maldives ont rapporté une couverture de 100% par les soins du lymphœdème pour les nouveaux patients et patientes, ce qui témoigne de leur engagement continu dans la prise en charge de la morbidité après la validation de l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique.

Faits marquants au niveau régional

La Figure 1 illustre les proportions cumulées d'UMO d'endémie qui ont achevé les enquêtes TAS ou IIS et qui n'ont plus besoin d'AMM, qui sont en attente d'enquêtes d'impact ou qui ont encore besoin d'AMM, par Région de l'OMS. Des progrès notables ont été accomplis dans la Région africaine par rapport à 2023 en ce qui concerne le nombre d'unités de mise en œuvre et la population n'ayant plus besoin d'AMM qui ont tous deux

¹² Mental health of people with neglected tropical diseases. Towards a person-centred approach. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240004528>, accessed September 2025).

¹² Mental health of people with neglected tropical diseases. Towards a person-centred approach. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240004528>, consulté en septembre 2025).



MDA has declined to 138.6 million people living in 723 endemic IUs. These declines were driven by successful implementation and outcomes of TAS in Nigeria, Democratic Republic of Congo, Guinea and Liberia. Also, the confirmatory mapping in Zimbabwe reduced the number of IUs requiring MDA. MDA was not implemented in 348 IUs that were awaiting impact surveys in 7 countries to determine whether an additional 83.3 million people no longer required MDA.

There was little change in the number of IUs and population requiring MDA in the Region of the Americas. Guyana implemented IDA MDA in Regions III and IV and planned for an additional round of targeted treatment in 2025. While MDA and surveys were able to be completed in the northern part of Haiti, other LF elimination efforts were stalled due to the ongoing insecurity. Dominican Republic is positioned to be the next country after Brazil to achieve the criteria for LF elimination as a public health problem but the dossier is awaited.

Progress in the Eastern Mediterranean Region also remained unchanged. Even though efforts have been delayed by war, Sudan treated 1.5 million people during MDA. Egypt and Yemen are in the post-validation surveillance phase but reports of current surveillance activities were not reported.

In the South-East Asia Region, with Timor-Leste's validation in 2024, 5 of the 9 LF endemic countries have achieved elimination as a public health problem. The proportion of IUs and number of people requiring MDA in the Region reduced from 2023 by 103.5 million. More than 74% of endemic IUs in Nepal, Myanmar and Indonesia have been able to stop MDA. In India 141 districts have cleared TAS and no longer require MDA with an additional 43 districts awaiting TAS or IIS. In Indonesia an additional 42 IUs with a combined population of 10 million people were awaiting surveys in 2024. The availability of diagnostic tests for either *Brugia spp* or *W. bancrofti*, in the quantities required, has been a limiting factor for the completion of surveys when warranted.

Small gains were made in the Western Pacific Region with 2 provinces stopping MDA after IDA in Papua New Guinea and one province in the Philippines passing TAS1. The total population requiring MDA in the region has reduced from 9.5 in 2023 to 7.6 million in 2024. Reports of impact assessments in Fiji, New Caledonia, and Samoa are awaited. Post-validation surveillance and response should be prioritized in this Region where eleven countries have achieved criteria for elimination as a public health problem.

New monitoring and evaluation guidance

Guidance on monitoring and evaluating LF elimination programmes has been updated.² A confirmatory

augmenté. Dans cette Région, la population totale nécessitant une AMM est tombée à 138,6 millions de personnes vivant dans 723 UMO d'endémie. Ces baisses ont été rendues possibles grâce à la mise en œuvre réussie et aux résultats satisfaisants des TAS au Nigéria, en Guinée, au Libéria et en République démocratique du Congo. En outre, la cartographie de confirmation au Zimbabwe fait état d'une réduction du nombre d'UMO nécessitant une AMM. Aucune campagne d'AMM n'a été mise en œuvre dans 348 UMO, réparties dans 7 pays, qui attendaient les enquêtes d'impact pour déterminer si 83,3 millions de personnes supplémentaires n'avaient plus besoin d'AMM.

Dans la Région des Amériques, le nombre d'UMO et la population nécessitant une AMM sont restés stables. Le Guyana a mis en œuvre l'administration de masse de la trithérapie IDA dans les Régions III et IV et a prévu une tournée supplémentaire de traitements ciblés en 2025. En Haïti, des campagnes d'AMM et des enquêtes ont pu être menées à bien dans le nord du pays, mais les autres activités d'élimination de la FL ont été suspendues en raison de l'insécurité persistante. La République dominicaine, dont le dossier est attendu, est en passe d'être le prochain pays, après le Brésil, à remplir les critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, les progrès sont également restés stationnaires. Au Soudan, même si les activités ont été retardées par la guerre, 1,5 million de personnes ont été traitées dans le cadre des campagnes d'AMM. L'Égypte et le Yémen sont en phase de surveillance post-validation, mais les rapports sur les activités de surveillance en cours n'ont pas été transmis.

Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, où le Timor-Leste a obtenu la validation de l'élimination de la FL en tant que problème de santé publique en 2024, 5 des 9 pays d'endémicité de la FL sont parvenus à l'élimination. La proportion d'UMO où l'AMM est nécessaire a baissé et le nombre de personnes dans la Région ayant besoin d'une AMM a diminué de 103,5 millions par rapport à 2023. Plus de 74% des UMO d'endémie au Népal, au Myanmar et en Indonésie ont pu arrêter l'AMM. En Inde, 141 districts ont obtenu des résultats satisfaisants aux enquêtes TAS et n'ont plus besoin d'AMM, et 43 autres districts sont en attente des enquêtes TAS ou IIS. En Indonésie, 42 UMO supplémentaires, représentant une population totale de 10 millions de personnes, attendaient des enquêtes en 2024. La disponibilité insuffisante des tests de diagnostic pour *Brugia spp* ou *W. bancrofti* a été un facteur limitant pour la réalisation des enquêtes lorsqu'ils étaient nécessaires.

De légers progrès ont été réalisés dans la Région du Pacifique occidental: 2 provinces de Papouasie-Nouvelle-Guinée ont arrêté l'AMM après des campagnes de traitement de masse par l'IDA et une province des Philippines a obtenu des résultats satisfaisants aux enquêtes TAS1. La population totale nécessitant une AMM dans la Région est passée de 9,5 millions en 2023 à 7,6 millions en 2024. Les rapports d'études d'impact menées aux Fidji, en Nouvelle-Calédonie et aux Samoa sont attendus. La surveillance et la réponse post-validation doivent être prioritaires dans cette Région où onze pays ont atteint les critères d'élimination de la FL en tant que problème de santé publique.

Nouvelles orientations relatives au suivi et à l'évaluation

Les orientations relatives au suivi et à l'évaluation des programmes d'élimination de la FL ont été mises à jour.² Il est recommandé

mapping protocol is recommended to standardize the assessment or re-assessment of LF endemicity and determine where MDA is warranted. The Epidemiological Monitoring Survey (EMS) is introduced to serve the same purpose as, but replace the pre-TAS survey and has the following improvements: random household sampling rather than convenience sampling, limiting testing for LF infection to the adult population, and allowing a microfilaraemia threshold indicator to determine eligibility for TAS or IIS. A smaller evaluation unit size is recommended and should not exceed 500 000 total population. An evaluation unit may proceed to TAS or IIS when the antigenemia is <2% or microfilaraemia <1% among adults in each of at least 2 communities considered at highest risk for ongoing LF transmission. The TAS has been strengthened by lowering the threshold (antigenemia for *W. bancrofti*, antibody positivity for *Brugia sp.*) from <2% to <1%. A novel impact survey is recommended for IUs where IDA MDA is used and involves screening of adults with rapid diagnostic tests followed by evaluation of microfilaremia among adults testing positive for LF (*W. bancrofti* or *Brugia sp.*). The new methodology improves results interpretation and response at the community level. Guidance on individual, contact and targeted community treatment is provided for evaluation units that pass overall but there were persons identified during the survey with LF infection. These treatment responses are also applicable when infected persons are identified during surveillance. More detailed guidance on post-validation surveillance and response is presented, recommending that programmes use at least 2 of the following platforms:

1. Integrate LF testing with a routine health facility screening activity
2. Include the assessment of LF infection into an existing national or regional standardized survey such as the Malaria indicator survey
3. Integrate the identification of LF parasites in mosquito surveys for other vector borne diseases
4. Repeat any of the LF specific surveys (i.e. TAS, IIS) targeted to high-risk areas or high-risk population groups and add on testing for other NTDs or infections where feasible

Surveillance should be prioritized in evaluation units considered highest risk for recrudescence. Countries that have not yet been validated should pilot surveillance in areas that have already passed TAS and stopped MDA. In these areas and where persistent infections have been found, implementation of adjunct measures such as integrated vector management for malaria or other vector borne diseases is encouraged. ■

d'établir un protocole pour la cartographie de confirmation afin de normaliser l'évaluation ou la réévaluation de l'endémicité de la FL et de déterminer les zones où l'AMM est justifiée. L'enquête de surveillance épidémiologique (EMS) est introduite pour remplacer l'enquête pré-TAS; elle sert le même objectif que cette dernière, mais présente les améliorations suivantes: échantillonnage aléatoire auprès des ménages au lieu de l'échantillonnage de commodité, limitation des tests de diagnostic de la FL à la population adulte et utilisation d'un seuil de microfilarémie comme indicateur pour déterminer l'éligibilité aux enquêtes TAS ou IIS. Il est également recommandé de réduire la taille des unités d'évaluation qui ne devrait pas dépasser 500 000 personnes. Une unité d'évaluation peut procéder aux enquêtes TAS ou IIS lorsque l'antigénémie est <2% ou la microfilarémie est <1% chez les adultes dans au moins 2 communautés considérées comme présentant le risque le plus élevé de transmission continue de la FL. L'enquête TAS a été renforcée par l'abaissement du seuil (antigénémie pour *W. bancrofti*, présence d'anticorps pour *Brugia sp.*) de <2% à <1%. Une nouvelle étude d'impact est recommandée dans les UMO où l'administration de masse d'IDA est utilisée. Elle consiste à effectuer un dépistage chez les adultes à l'aide de tests de diagnostic rapides, suivi d'une évaluation de la microfilarémie chez les adultes testés positifs pour la FL (*W. bancrofti* ou *Brugia sp.*). Cette nouvelle méthodologie améliore l'interprétation des résultats et la réponse au niveau communautaire. Les orientations mises à jour présentent, en outre, des conseils sur le traitement individuel, le traitement des contacts et le traitement ciblé de communautés à l'intention des unités d'évaluation qui ont globalement obtenu des résultats satisfaisants à l'enquête mais dans lesquelles des cas de FL ont été identifiés au cours de l'enquête. Ces réponses thérapeutiques sont également applicables dans le cas où des personnes infectées sont identifiées au cours de la surveillance. Les orientations sur la surveillance et la réponse post-validation sont davantage détaillées et préconisent notamment la mise en œuvre par les programmes d'au moins 2 des mesures suivantes:

1. intégration du test de diagnostic de la FL dans les activités de dépistage de routine des établissements de santé;
2. inclusion de l'évaluation de l'infection filarienne dans les enquêtes nationales ou régionales standardisées existantes, telles que l'enquête sur les indicateurs du paludisme;
3. intégration de l'identification des parasites responsables de la FL dans les enquêtes sur les moustiques vecteurs d'autres maladies;
4. répétition des enquêtes spécifiques à la FL (TAS, IIS) ciblant des zones ou des populations à haut risque et ajout de tests de diagnostic d'autres MTN ou infections lorsque cela est possible.

La surveillance doit être prioritaire dans les unités d'évaluation considérées comme présentant le risque le plus élevé de recrudescence de la LF. Les pays dans lesquels l'élimination de la FL n'a pas encore été validée doivent mettre en œuvre une surveillance dans les zones qui ont obtenu des résultats satisfaisants à l'enquête TAS et arrêté l'AMM. Dans ces zones et dans celles où des infections persistantes ont été détectées, la mise en œuvre de mesures complémentaires telles que la gestion intégrée des vecteurs préconisée pour lutter contre le paludisme ou d'autres maladies à transmission vectorielle est encouragée. ■

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

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