



Contents

- 577 Elimination of human onchocerciasis: progress report, 2023–2024

Sommaire

- 577 Élimination de l'onchocercose humaine: rapport de situation, 2023-2024

Elimination of human onchocerciasis: progress report, 2023–2024

Introduction

Onchocerciasis, more commonly known as river blindness, is a neglected tropical disease caused by the parasitic worm *Onchocerca volvulus*. The disease is transmitted to humans through the bite of an infected blackfly (*Simulium* spp.), which breeds in fast-flowing rivers and streams. The blackfly vector ingests microfilariae (immature worms) when it bites an infected person. Inside the fly, the microfilariae develop into infective larvae that are then transmitted to another human during subsequent bites. Once inside the human host, the larvae mature into adult worms, forming nodules under the skin.

Onchocerciasis is most prevalent in sub-Saharan Africa, where >99% of the world's cases are found, although it also occurs in certain regions of Latin America and Yemen. The disease is endemic in areas where blackflies thrive, particularly in communities located near rivers and streams where the flies breed. The geographical association with rivers gives the disease its common name, “river blindness”.

The lifecycle of *O. volvulus* within the human body is complex and prolonged. Adult worms live in their subcutaneous nodules for up to 15 years. During this time, the female worms produce millions of microfilariae that migrate through the skin, eyes and other tissues and are responsible for most of the symptoms associated with onchocerciasis. As they move through the skin, they cause intense itching, rashes and depigmentation, leading to a condition known as “leopard skin”. Chronic inflammation from the presence of microfilariae can also cause skin thickening and atrophy, resulting in lizard skin-like changes.

Élimination de l'onchocercose humaine: rapport de situation, 2023-2024

Introduction

L'onchocercose, plus communément appelée «cécité des rivières», est une maladie tropicale négligée due au ver parasite *Onchocerca volvulus*. La maladie se transmet à l'être humain par la piqure d'une similie infectée (*Simulium* spp.), qui se reproduit dans les cours d'eau rapides. La similie ingère des microfilaries (vers immatures) lorsqu'elle pique une personne infectée. À l'intérieur de la mouche, les microfilaries évoluent en larves infectieuses qui sont ensuite transmises à un autre être humain lors des piqûres ultérieures. Une fois à l'intérieur de l'hôte humain, les larves deviennent des vers adultes, formant des nodules sous la peau.

L'onchocercose touche essentiellement l'Afrique subsaharienne, où se trouvent >99% des cas recensés dans le monde, bien qu'elle soit également présente dans certaines régions d'Amérique latine et du Yémen. La maladie est endémique dans les zones où les similies prospèrent, en particulier dans les communautés situées près des cours d'eau où ces mouches se reproduisent. L'association géographique avec les rivières donne à la maladie son nom commun, «cécité des rivières».

Le cycle de vie d'*O. volvulus* dans le corps humain est complexe et long. Les vers adultes vivent dans les nodules sous-cutanés jusqu'à 15 ans. Pendant cette période, les vers femelles produisent des millions de microfilaries qui migrent à travers la peau, les yeux et d'autres tissus, et sont responsables de la plupart des symptômes associés à l'onchocercose. En se déplaçant dans la peau, ils provoquent des démangeaisons intenses, des éruptions cutanées et une dépigmentation, entraînant une affection connue sous le nom de «peau de léopard». L'inflammation chronique due à la présence de microfilaries peut également provoquer un épaississement et une atrophie de la peau, qui entraînent des modifications rappelant une peau de lézard.

The most devastating consequence of onchocerciasis is, however, on the eyes. When microfilariae migrate to the eyes, they can trigger an immune response that leads to inflammation and damage to ocular tissues. Over time, this can result in vision impairment and eventually blindness. It is estimated that onchocerciasis is the second leading infectious cause of blindness worldwide, after trachoma.

The socioeconomic impact of onchocerciasis is profound. Infected individuals often suffer from severe itching, disfiguring skin conditions and vision loss, which can significantly impair their ability to work and perform daily activities. This, in turn, leads to loss of income and increased dependence on others, perpetuating cycles of poverty in affected communities. The stigma associated with the visible manifestations of the disease contributes to social exclusion. Early exposure to onchocerciasis in childhood has also been associated with epilepsy, known as onchocerciasis-associated epilepsy.

Efforts to eliminate onchocerciasis have been under way for several decades. The mainstay is mass drug administration (MDA) of ivermectin, an antiparasitic medication that effectively kills microfilariae and prevents progression of the disease. Ivermectin primarily targets the microfilariae (immature worms) in the skin, killing them and preventing the release of new microfilariae by adult female worms. This is known as the embryostatic effect. While ivermectin does not kill adult worms, it effectively reduces the microfilarial load, which helps to manage symptoms and reduce transmission until it is suppressed, preventing uptake of larvae by flies and subsequent incident cases. If ivermectin MDA is discontinued prematurely, transmission will resume, as adult worms may still be alive. Ivermectin is also known to cause some damage to the adult worm, including damage to its reproductive capacity. Transmission is interrupted when all adult worms are dead or can no longer reproduce.

Ivermectin has been distributed in affected communities through large-scale public health campaigns, often supported by international organizations and pharmaceutical donations. In addition to MDA, vector control strategies, such as spraying of insecticides and clearing of vegetation by community members (a strategy called “slash and clear”) to reduce blackfly populations and nuisance, have also been used in some areas. These interventions have significantly reduced the prevalence of onchocerciasis in many regions, resulting in elimination in some countries and a significant reduction in transmission in others. Challenges remain, however, particularly in remote and conflict-affected areas where access to health services is limited and in *Loa loa* co-endemic areas where a different strategy is required.

WHO has set ambitious targets for the elimination of transmission of onchocerciasis. Continued efforts,

La conséquence la plus dévastatrice de l'onchocercose concerne toutefois les yeux. Lorsque les microfilaires migrent vers les yeux, elles peuvent déclencher une réponse immunitaire qui entraîne une inflammation et des lésions au niveau des tissus oculaires. Au fil du temps, cela peut entraîner une déficience visuelle et à terme la cécité. On estime que l'onchocercose est la deuxième cause infectieuse de cécité dans le monde, après le trachome.

L'onchocercose a un profond impact socio-économique. Les personnes infectées souffrent souvent de démangeaisons sévères, d'affections cutanées défigurantes et d'une perte de vision, ce qui peut nuire considérablement à leur capacité de travailler et d'accomplir leurs activités quotidiennes. Il s'ensuit une perte de revenus et une dépendance accrue vis-à-vis des autres, perpétuant ainsi le cycle de la pauvreté dans les communautés touchées. La stigmatisation associée aux manifestations visibles de la maladie contribue à l'exclusion sociale. L'exposition précoce à l'onchocercose pendant l'enfance a également été associée à l'épilepsie, connue sous le nom d'épilepsie associée à l'onchocercose.

Des efforts sont déployés depuis plusieurs décennies pour éliminer l'onchocercose. Le principal moyen employé est l'administration de masse d'ivermectine, un médicament antiparasitaire qui tue efficacement les microfilaires et prévient la progression de la maladie. L'ivermectine cible principalement les microfilaires (vers immatures) présentes dans la peau: elle les tue et empêche la libération de nouvelles microfilaires par les vers femelles adultes. C'est ce qu'on appelle l'effet embryostatique. Bien que l'ivermectine ne tue pas les vers adultes, elle réduit efficacement la charge microfilarienne, ce qui aide à gérer les symptômes et à réduire la transmission jusqu'à ce qu'elle soit supprimée, empêchant l'ingestion de larves par les mouches et les cas incidents ultérieurs. Si l'administration de masse d'ivermectine est interrompue prématurément, la transmission reprendra, car des vers adultes peuvent encore être vivants. L'ivermectine est également connue pour ses effets sur les vers adultes, notamment par les dommages qu'elle cause à leur capacité de reproduction. La transmission est interrompue lorsque tous les vers adultes sont morts ou ne peuvent plus se reproduire.

L'ivermectine a été distribuée dans les communautés touchées dans le cadre de campagnes de santé publique menées à grande échelle, souvent avec le soutien d'organisations internationales et de dons de produits pharmaceutiques. Outre l'administration de masse de médicaments (AMM), des stratégies de lutte antivectorielle, telles que la pulvérisation d'insecticides et le défrichage de la végétation par les membres de la communauté (une stratégie appelée «slash and clear») pour réduire les populations de simulies et les nuisances, ont également été utilisées dans certaines régions. Ces interventions ont permis de réduire considérablement la prévalence de l'onchocercose dans de nombreuses régions, entraînant l'élimination de la maladie dans certains pays et une réduction significative de sa transmission dans d'autres. Des difficultés subsistent cependant, en particulier dans les zones reculées ou touchées par un conflit – où l'accès aux services de santé est limité – et dans les zones de co-endémicité de la loase, où une stratégie différente s'impose.

L'OMS a fixé des cibles ambitieuses pour l'élimination de la transmission de l'onchocercose. Pour y parvenir, il est essentiel

Table 1 **Status of countries achieving neglected tropical diseases road map targets for onchocerciasis elimination, 2023**

Tableau 1 **Situation des pays au regard des cibles de la feuille de route pour les maladies tropicales négligées en vue de l'élimination de l'onchocercose, 2023**

WHO Region – Région OMS	I. Countries that stopped MDA in at least one area – I. Pays ayant arrêté l'AMM dans au moins un foyer	II. Countries that stopped MDA for ≥50% of population – II. Pays ayant arrêté l'AMM pour ≥50% de la population	III. Countries that stopped MDA for 100% of population – III. Pays ayant arrêté l'AMM pour 100% de la population	IV. Countries verified for elimination of onchocerciasis transmission – IV. Pays dans lesquels l'interruption de la transmission de l'onchocercose a été vérifiée
African – Afrique	Equatorial Guinea, Ethiopia, Ghana*, Malawi*, Mali, Nigeria, Senegal, Togo, Uganda, United Republic of Tanzania* – Éthiopie, Ghana*, Guinée équatoriale, Malawi*, Mali, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie*, Sénégal	Equatorial Guinea, Senegal, Uganda – Guinée équatoriale, Ouganda, Sénégal	Equatorial Guinea, Senegal – Guinée équatoriale, Sénégal	
Americas – Amériques	Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico, Venezuela (Bolivarian Republic of) – Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique, République bolivarienne du Venezuela	Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico, Venezuela (Bolivarian Republic of) – Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique, République bolivarienne du Venezuela	Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico – Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique	Colombia, Ecuador, Guatemala, Mexico – Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	Sudan, Yemen – Soudan, Yémen	Sudan – Soudan		
Total	17	9	6	4

MDA: mass drug administration – AMM: administration de masse de médicaments

* Countries pending impact assessment in implementation units stopped MDA, as of 2023 status. – Pays en attente de l'étude d'impact réalisée dans les unités de mise en œuvre ayant mis un terme aux campagnes d'AMM, situation en 2023.

including sustained MDA, enhanced surveillance and research into new tools and strategies, will be crucial to reach this goal. Onchocerciasis is one of the diseases targeted for elimination of transmission in the WHO road map on neglected tropical diseases (NTDs) 2021–2030.¹ The aim of the 2030 targets is to stop MDA with ivermectin in at least one focus area in 34 countries, in more than 50% of the population in at least 16 countries, and in the entire endemic population in at least 12 countries. The status of those targets in 2023 is presented in *Table 1*.

Elimination of onchocerciasis, while achievable, faces several significant challenges, which depend on the region and the circumstances of affected communities. In areas where *L. loa* is present, administration of ivermectin may pose a risk of severe adverse reactions in individuals with high *L. loa* microfilariae loads. This complicates MDA and requires additional monitoring and management strategies. Sustained financial support, including domestic resources, is crucial for ongoing MDA, surveillance and vector control activities, as funding gaps can lead to interruption of these activities, allowing the disease to become re-established in previously controlled areas. A shortage of

de poursuivre les efforts, notamment l'AMM, la surveillance renforcée et la recherche sur de nouveaux outils et de nouvelles stratégies. L'onchocercose est l'une des maladies dont l'élimination de la transmission est visée par la feuille de route de l'OMS pour les maladies tropicales négligées 2021-2030.¹ Les cibles à atteindre d'ici 2030 sont l'arrêt de l'administration de masse d'ivermectine dans au moins 1 foyer dans 34 pays, pour plus de 50% de la population dans au moins 16 pays et pour l'ensemble de la population vivant en zone d'endémie dans au moins 12 pays. Le *Tableau 1* présente la situation au regard de ces cibles en 2023.

L'élimination de l'onchocercose, bien que réalisable, se heurte à plusieurs difficultés importantes, qui dépendent de la région et de la situation des communautés touchées. Dans les zones où *L. loa* est présente, l'administration d'ivermectine à des personnes ayant une charge élevée en microfilaires *L. loa* peut engendrer un risque de réactions indésirables sévères. Cela complique l'AMM et nécessite des stratégies de surveillance et de prise en charge supplémentaires. Un soutien financier durable, y compris des ressources nationales, est crucial pour poursuivre les activités d'AMM, de surveillance et de lutte antivectorielle, car les déficits de financement peuvent entraîner l'interruption de ces activités, permettant à la maladie de se rétablir dans des zones où elle était précédemment maîtrisée.

¹ Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1326801/retrieve>, accessed November 2022).

¹ 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, 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/346560>, consulté en novembre 2022).

trained health-care workers and volunteers to conduct MDA and surveillance is a common issue, particularly in remote and rural areas. Elimination requires robust surveillance to detect any resurgence of the disease and monitor the impact of interventions. In many endemic areas, however, surveillance systems are weak and cannot track progress and identify areas where transmission persists. Even after transmission has been interrupted or verification achieved, long-term surveillance is required to ensure that the disease does not re-emerge. Maintaining these efforts over time can be challenging, as attention and funding may shift to other priorities. Addressing the challenges requires a multi-faceted approach, including strengthened health systems, community engagement, sustained funding and continued research to find new tools and strategies for controlling and eliminating the disease. The available diagnostics do not distinguish infected individuals with active infection (live adult worms) from those who were infected in the past but no longer harbour any living adult worms or microfilariae. This represents a major challenge to deciding when it is appropriate to stop MDA, and strong surveillance is necessary during the few years after a decision to stop MDA has been made to assess whether elimination of transmission has been achieved. New diagnostics are required that could reliably detect the presence of reproducing adult worms.

At least 249.5 million people in 28 countries require interventions to eliminate onchocerciasis (*Map 1, Table 2*). This total does not include people living in areas in which transmission status is unknown. By 2024, MDA had been stopped in 221 implementation units (IU) that had been previously affected by active transmission, with 18.8 million people requiring preventive chemotherapy (PC) for onchocerciasis, which have either been completed or are under post-treatment surveillance (PTS). Most are in Africa.

In 2023, a total of 172.2 million people were treated for onchocerciasis, representing 69.0% global coverage (*Figure 1*). MDA was not implemented in 5 countries, as described below.

Regional highlights

African Region

Four countries endemic for onchocerciasis (Benin, Chad, Gabon and Guinea-Bissau) did not conduct MDA in 2023. All the other countries that required PC delivered MDA in 2023, resulting in 68.9% regional coverage. MDA was stopped in 205 IUs.

In Benin, the 2023 MDA was postponed to 2024 for operational reasons, including change of the RedRose digitalization tool by CommCare (following a decision of the Minister of Health) to implement the campaign, and lack of availability of digitalization equipment (smartphones, solar bags, SIM cards and charging stations) for the seasonal chemoprevention campaign for malaria

Le manque d'agents de santé et de bénévoles formés pour mener à bien les activités d'AMM et de surveillance est un problème courant, en particulier dans les zones rurales et reculées. L'élimination nécessite une surveillance rigoureuse pour détecter toute résurgence de la maladie et suivre l'impact des interventions. Or, dans de nombreuses zones d'endémie, les systèmes de surveillance sont insuffisants et ne permettent pas de suivre les progrès accomplis ni d'identifier les zones où la transmission persiste. Même après l'interruption de la transmission ou la vérification, une surveillance à long terme est nécessaire pour s'assurer que la maladie ne réapparaît pas. Il peut être difficile de maintenir ces efforts dans le temps, car l'attention et le financement accordés à ces activités peuvent être réorientés vers d'autres priorités. Pour remédier à ces difficultés, il convient d'adopter une approche multidimensionnelle, comprenant le renforcement des systèmes de santé, la mobilisation des communautés, un financement durable et la poursuite de la recherche afin de trouver de nouveaux outils et de nouvelles stratégies pour combattre et éliminer la maladie. Les produits de diagnostic disponibles ne permettent pas de distinguer les personnes atteintes d'une infection active (vers adultes vivants) de celles qui ont été infectées dans le passé mais qui n'hébergent plus de microfilariae ou de vers adultes vivants. Cela représente un défi majeur lorsqu'il s'agit de décider du moment opportun pour arrêter l'AMM, et une surveillance robuste est indispensable pendant les quelques années qui suivent la décision d'arrêter l'AMM afin d'évaluer si l'on est parvenu à éliminer la transmission. De nouveaux outils de diagnostic sont nécessaires pour détecter de manière fiable la présence de vers adultes capables de se reproduire.

Pour éliminer l'onchocercose, au moins 249,5 millions de personnes dans 28 pays doivent être traitées (*Carte 1, Tableau 2*). Ce chiffre n'inclut pas les personnes vivant dans des zones où la situation de la transmission n'est pas connue. En 2024, l'AMM avait cessé dans 221 unités de mise en œuvre (UMO) auparavant touchées par une transmission active, où 18,8 millions de personnes nécessitaient une chimioprévention (CP) pour l'onchocercose, et font ou ont fait l'objet d'une surveillance post-thérapeutique. La plupart de ces UMO sont situées en Afrique.

En 2023, 172,2 millions de personnes ont été traitées contre l'onchocercose, ce qui représente une couverture mondiale de 69,0% (*Figure 1*). Cinq pays n'ont pas mené de campagnes d'AMM, comme décrit ci-dessous.

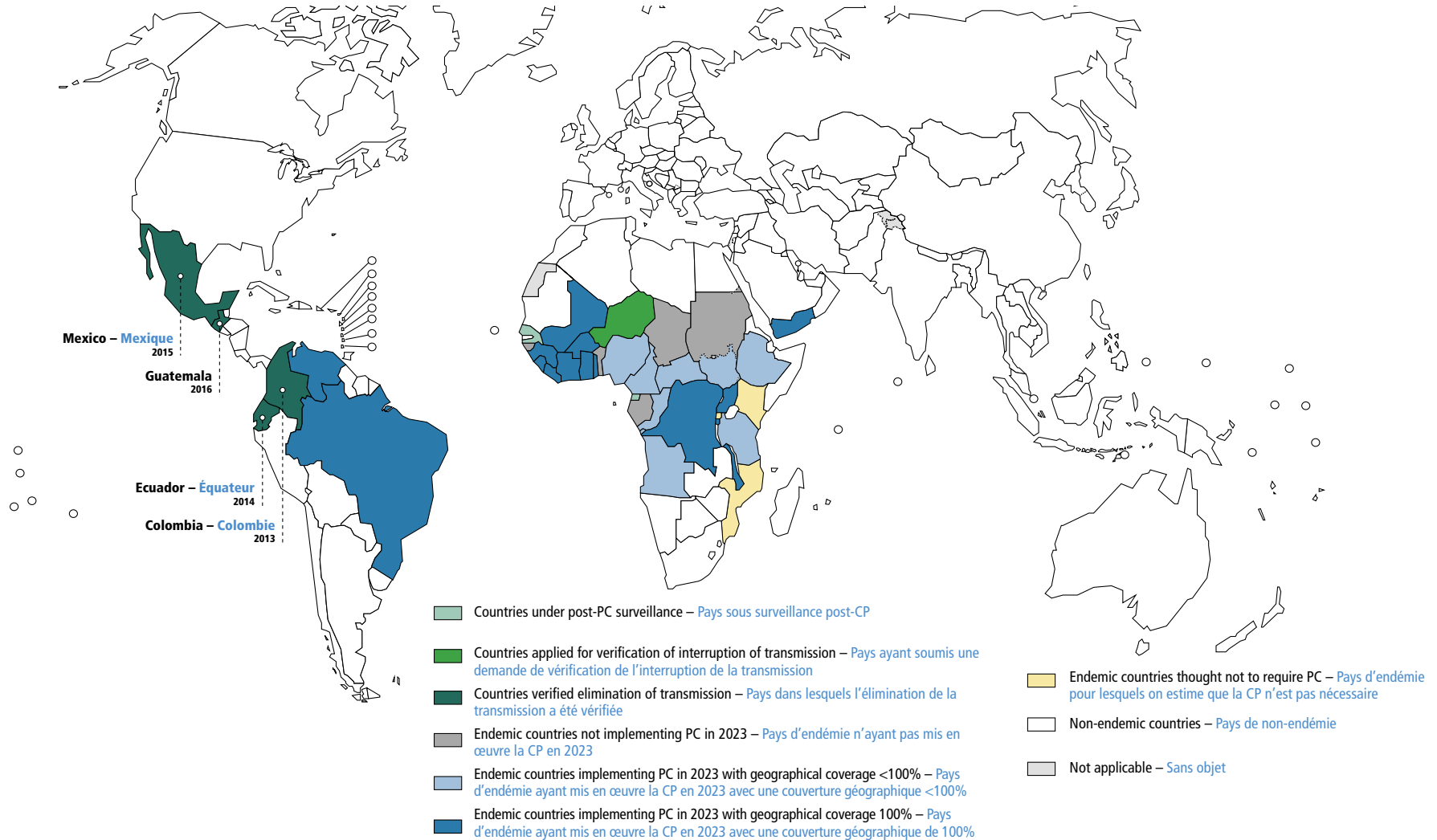
Faits marquants au niveau régional

Région africaine

Quatre pays d'endémie onchocercienne (Bénin, Gabon, Guinée-Bissau et Tchad) n'ont pas effectué d'AMM en 2023. Tous les autres pays dans lesquels une chimioprévention était nécessaire ont mené des campagnes d'AMM en 2023, représentant une couverture régionale de 68,9%. L'AMM a été arrêtée dans 205 UMO.

Au Bénin, l'AMM de 2023 a été reportée à 2024 pour des raisons opérationnelles, notamment le remplacement de l'outil numérique RedRose par CommCare (à la suite d'une décision du Ministre de la santé) pour mettre en œuvre la campagne d'AMM, et le manque de disponibilité d'équipements numériques (smartphones, sacs solaires, cartes SIM et stations de charge) pour la campagne saisonnière de chimioprévention du

Map 1 **Geographical distribution of onchocerciasis and status of preventive chemotherapy (PC) in endemic countries, 2023**
 Carte 1 **Répartition géographique de l'onchocercose et situation de la chimioprévention (CP) dans les pays d'endémie, 2023**



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – Les limites et appellations figurant sur cette carte ou les désignations employées n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Data source: WHO – Source des données: OMS

Map production: Control of Neglected Tropical Diseases (NTD), WHO – Élaboration de la carte: Lutte contre les maladies tropicales négligées (NTD), OMS

© WHO 2024. All rights reserved – © OMS 2024. Tous droits réservés

Table 2 **Mass drug administration (MDA) for onchocerciasis by country, 2023**Tableau 2 **Administration de masse de médicaments (AMM) contre l'onchocercose, par pays, 2023**

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Status of MDA – Situation au regard de l'AMM	Total popula- tion requiring MDA in 2023 – Population nécessi- tant une AMM en 2023	No of IUs no longer requi- ring MDA ^a – Nbre d'UMO n'ayant plus besoin d'AMM ^a	Population no longer requiring MDA ^a – Popu- lation n'ayant plus besoin d'AMM ^a	No. of IUs requiring MDA ^b – Nbre d'UMO ayant mis en œuvre l'AMM ^b	No. of IUs delivering MDA in 2023 – Nbre d'UMO délivrant une AMM en 2023	Proportion of IUs achieving effective coverage ^c – Pourcen- tage d'UMO obtenant une couverture efficace ^c	Reported popu- lation treated in 2023 – Popula- tion traitée en 2023	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
African – Afrique			247 849 356	205	17 810 724	1 677	1 362	91.9	170 877 601	81.2	68.9
	Angola	Requiring PC – CP nécessaire	6 772 368			48	28	28.6	1 797 738	58.3	26.5
	Benin – Bénin	Requiring PC – CP nécessaire	6 385 123			51	0	0	0	0	0
	Burkina Faso	Requiring PC – CP nécessaire	337 175			6	6	100	266 131	100	78.9
	Burundi	Requiring PC – CP nécessaire	2 181 663			12	12	100	1 814 017	100	83.1
	Cameroon – Cameroun	Requiring PC – CP nécessaire	11 469 628			122	119	89.1	9 130 244	97.5	79.6
	Central African Republic – République centrafricaine	Requiring PC – CP nécessaire	4 016 059			20	12	58.3	1 673 019	60.0	41.7
	Chad – Tchad	Requiring PC – CP nécessaire	7 519 296			53	0	0	0	0	0
	Congo	Requiring PC – CP nécessaire	822 832			19	13	92.3	273 102	68.4	33.2
	Côte d'Ivoire	Requiring PC – CP nécessaire	20 569 107			97	97	100	16 063 053	100	78.1
	Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	Requiring PC – CP nécessaire	55 374 689			275	275	99.3	44 590 795	100	80.5
	Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	Post-PC surveillance – Surveillance post-CP		4	98 797						
	Ethiopia – Éthiopie	Requiring PC – CP nécessaire	28 901 151	28	2 684 683	284	249	92.0	20 740 188	87.7	71.8
	Gabon	Requiring PC – CP nécessaire	783 365			27	0	0	0	0	0
	Ghana	Requiring PC – CP nécessaire	4 944 189			74	74	100	3 784 575	100	76.5
	Guinea – Guinée	Requiring PC – CP nécessaire	8 401 212			24	24	70.8	5 586 441	100	66.5
	Guinea-Bissau – Guinée-Bissau	Requiring PC – CP nécessaire	625 270			33	0	0	0	0	0
	Kenya	Thought not requiring PC – CP non nécessaire									
	Liberia – Libéria	Requiring PC – CP nécessaire	3 762 030			15	15	53.3	2 702 469	100	71.8

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Status of MDA – Situation au regard de l'AMM	Total popula- tion requiring MDA in 2023 – Population totale nécessi- tant une AMM en 2023	No of IUs no longer requi- ring MDA ^a – Nbre d'UMO n'ayant plus besoin d'AMM ^a	Population no longer requiring MDA ^a – Popu- lation n'ayant plus besoin d'AMM ^a	No. of IUs requiring MDA ^b – Nbre d'UMO ayant mis en œuvre l'AMM ^b	No. of IUs delivering MDA in 2023 – Nbre d'UMO délivrant une AMM en 2023	Proportion of IUs achieving effective coverage ^c – Pourcen- tage d'UMO obtenant une couverture efficace ^c	Reported popu- lation treated in 2023 – Popula- tion traitée en 2023	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
	Malawi	Requiring PC – CP nécessaire	2 106 734			8	8	75.0	1 570 269	100.0	74.5
	Mali	Requiring PC – CP nécessaire	7 034 518	2	951 891	20	20	80.0	5 178 829	100.0	73.6
	Mozambique	Thought not requiring PC – CP non nécessaire									
	Niger	Applied for verification of inter- ruption of transmission – Pays ayant soumis une demande de vérification de l'interruption de la transmission									
	Nigeria – Nigéria	Requiring PC – CP nécessaire	46 890 284	128	10 359 424	356	287	94.4	34 931 498	80.6	74.5
	Rwanda	Thought not requiring PC – CP non nécessaire									
	Senegal – Sénégal	Post-PC surveillance – Surveillance post-CP		8	356 387						
	Sierra Leone	Requiring PC – CP nécessaire	7 398 716			14	14	100	5 678 436	100	76.7
	South Sudan – Soudan du Sud	Requiring PC – CP nécessaire	9 622 332			49	40	67.5	5 442 127	81.6	56.6
	Togo	Requiring PC – CP nécessaire	3 667 852	4	421 567	32	32	96.9	2 941 787	100	80.2
	Uganda – Ouganda	Requiring PC – CP nécessaire	1 587 981	31	2 937 975	13	13	100	1 477 504	100	93.0
	United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	Requiring PC – CP nécessaire	6 675 782			25	24	100	5 235 379	96.0	78.4
Americas – Amériques			38 045	11	538 517	2	2	50.0	24 214	100	63.6
	Brazil – Brésil	Requiring PC – CP nécessaire	19 593			1	1	0	10 418	100	53.2
	Colombia – Colombie	Elimination verified in 2013 – Élimination vérifiée en 2013		1	1 366						
	Ecuador – Équateur	Elimination verified in 2014 – Élimination vérifiée en 2014		1	25 863						
	Guatemala	Elimination verified in 2016 – Élimination vérifiée en 2016		4	231 467						

Table 2 (continued) – Tableau 2 (suite)

WHO region – Région OMS	Country – Pays	Status of MDA – Situation au regard de l'AMM	Total popula- tion requiring MDA in 2023 – Population totale nécessi- tant une AMM en 2023	No of IUs no longer requi- ring MDA ^a – Nbre d'UMO n'ayant plus besoin d'AMM ^a	Population no longer requiring MDA ^a – Popu- lation n'ayant plus besoin d'AMM ^a	No. of IUs requiring MDA ^b – Nbre d'UMO ayant mis en œuvre l'AMM ^b	No. of IUs delivering MDA in 2023 – Nbre d'UMO délivrants une AMM en 2023	Proportion of IUs achieving effective coverage ^c – Pourcen- tage d'UMO obtenant une couverture efficace ^c	Reported popu- lation treated in 2023 – Popula- tion traitée en 2023	Geographical coverage (%) – Couverture géographique (%)	National coverage (%) – Couverture nationale (%)
	Mexico – Mexique	Elimination verified in 2015 – Élimination vérifiée en 2015		3	169 869						
	Venezuela (Bolivarian Republic of) – Venezuela (République bolivarienne du)	Requiring PC – CP nécessaire	18 452	2	109 952	1	1	100	13 796	100	74.8
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale			1 656 560	5	512 435	42	41	95.1	1 293 275	97.6	78.1
	Sudan – Soudan	Requiring PC – CP nécessaire	196 703	3	356 043	1	0	0	0	0	0
	Yemen – Yémen	Requiring PC – CP nécessaire	1 459 857	2	156 392	41	41	95.1	1 293 275	100	88.6
Global^d – Monde^d			249 543 961	221	18 861 676	1 721	1 405	91.9	172 195 090	81.6	69.0

IU: implementation unit; PC: preventive chemotherapy. – CP: chimioprévention; UMO: unité de mise en œuvre.

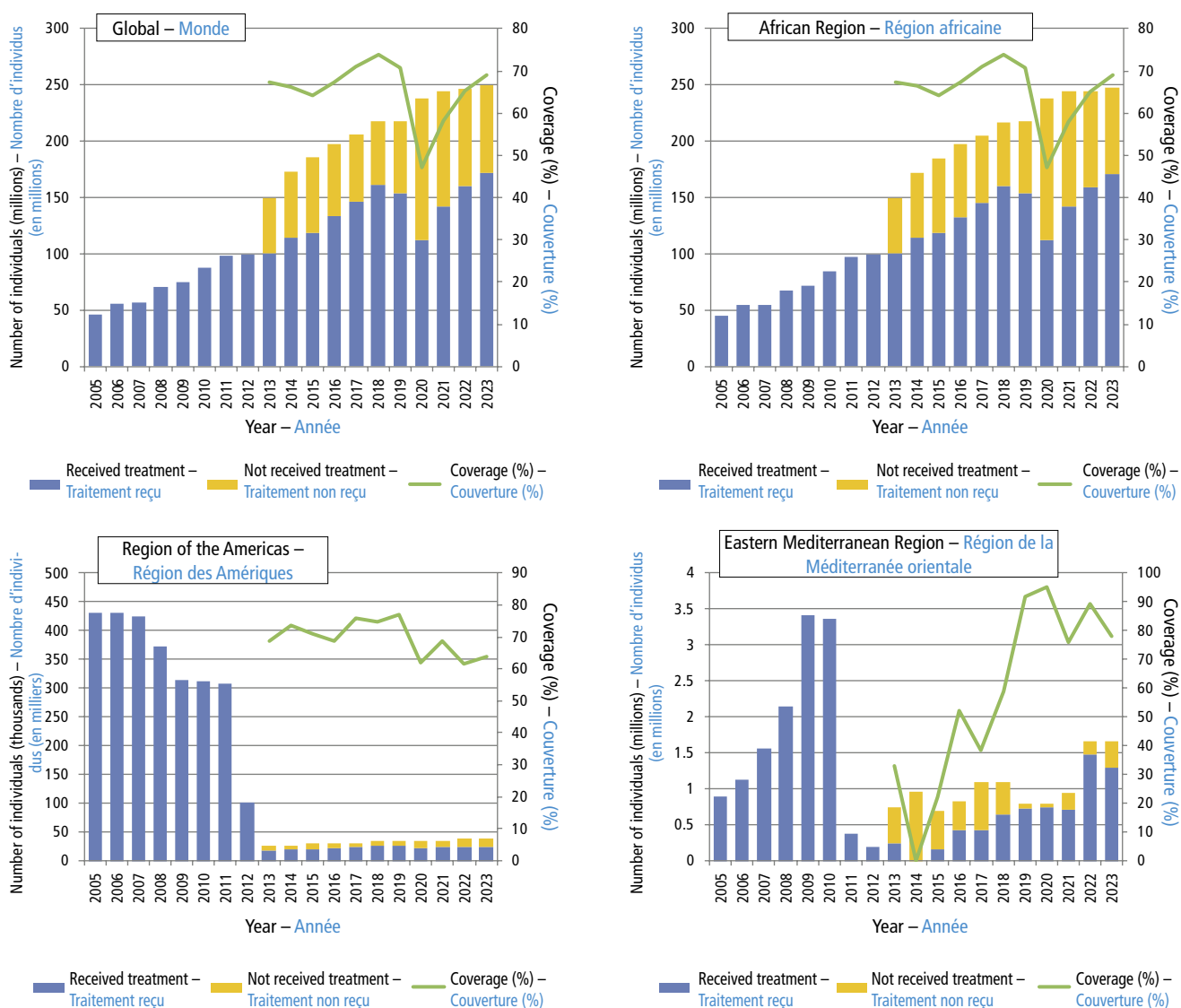
^a Population of areas that have completed or under post-treatment surveillance (country-wide or focal). – Population de zones où la surveillance post-thérapeutique est achevée ou en cours (à l'échelle du pays ou d'un foyer).

^b Data is available for countries which submitted reports to WHO. – Données disponibles pour les pays ayant soumis des rapports à l'OMS.

^c Proportion of IUs implemented MDA achieving ≥65% coverage of population in need of PC. For the Americas, effective coverage calculates as a proportion of districts implemented MDA achieving ≥85% coverage of the eligible population. – Proportion d'UMO ayant mis en œuvre l'AMM avec une couverture ≥65% de la population nécessitant une CP. Pour les Amériques, proportion de districts ayant mis en œuvre l'AMM avec une couverture ≥85% de la population éligible.

^d Total population includes some individuals who may not live in the transmission zone (e.g. people who live in an IU that is only partially in a transmission zone). – La population totale inclut certains individus qui ne vivent pas nécessairement dans la zone de transmission (par exemple des personnes vivant dans une UMO qui ne se situe que partiellement dans une zone de transmission).

Figure 1 **Number of individuals treated for onchocerciasis by WHO Region, 2005–2023**
 Figure 1 **Nombre d'individus traités contre l'onchocercose par Région de l'OMS, 2005–2023**



Note: coverage rates calculated starting from 2013 after establishing Joint Application Package for preventive chemotherapy as a standard reporting tool for the countries. – Note: taux de couverture calculés à partir de 2013 après la mise en place du dossier de demande commune (JAP) pour la chimioprévention en tant qu'outil de notification standard pour les pays.

between July 2023 and the end of October 2023. Pending finalization of testing of the CommCare tool in the field and assurance of the availability of digital equipment to guarantee a normal treatment cycle without overlapping with other campaigns of the Ministry of Health, a new road map was developed.

Treatment for lymphatic filariasis (LF) and onchocerciasis was not provided in any IU in Chad due to lack of funding. In Guinea-Bissau, ivermectin was not distributed in 2023 while awaiting the results of a transmission assessment survey (TAS) and pre-TAS in Gabu and Bafata, the 2 regions endemic for onchocerciasis.

Nineteen IUs in the Democratic Republic of the Congo in which the onchocerciasis status was unknown but were previously classified as hypoendemic, received

paludisme entre juillet 2023 et fin octobre 2023. En attendant la finalisation des essais de l'outil CommCare sur le terrain et l'assurance de la disponibilité des équipements numériques pour garantir un cycle de traitement normal sans chevauchement avec d'autres campagnes du Ministère de la santé, une nouvelle feuille de route a été élaborée.

Le traitement contre la filariose lymphatique (FL) et l'onchocercose n'a été administré dans aucune UMO au Tchad en raison d'un manque de financement. En Guinée-Bissau, l'ivermectine n'a pas été distribuée en 2023 dans l'attente des résultats d'une enquête d'évaluation de la transmission (TAS) et d'une enquête pré-TAS dans les régions de Gabu et Bafata, les 2 régions d'endémie onchocercienne.

Dix-neuf UMO en République démocratique du Congo, dans lesquelles la situation de l'onchocercose n'était pas connue mais qui avaient été précédemment classées comme des zones

MDA with ivermectin, for a treated population of 3 682 082. The IUs were formerly endemic for LF but stopped MDA; however, treatment was recommended by the National Onchocerciasis Elimination Committee to maintain the gains of MDA until the endemicity of onchocerciasis is confirmed. The number of people treated is not included in the calculation of national coverage, as the requirement for PC for onchocerciasis of the population in these IUs is not yet confirmed, and coverage could not be estimated. The country is requested to conduct onchocerciasis elimination mapping in these districts or document why a decision to treat was made (for example, if a district is surrounded by endemic districts).

In Senegal, the transmission of *O. volvulus* by *Simulium damnosum* s.l. is generally considered to have been interrupted from data obtained during the entomological assessments in 2019 in the two river basins of Gambia and Falémé and the epidemiological results of ELISA Ov16 recorded in 2022. These results allowed cessation of mass treatment in the 8 endemic IUs according to the recommendations of the committee of national and international experts at a meeting held on 6–7 October 2022 in Saly. The country is under post-treatment surveillance from January 2023 to January 2025.

Niger has officially submitted its onchocerciasis elimination dossier to WHO. An independent verification team visited the country in July 2023. Verification is under way.

Region of the Americas

Two foci of active transmission remain in the Region of the Americas, Brazil and Venezuela (Bolivarian Republic of), with a total population of 38 045 people. Of these, 24 214 received MDA, with 10 418 in Brazil and 13 796 in Venezuela (Bolivarian Republic of) and a regional coverage of 63.6%. Two rounds of MDA were generally implemented in both countries, although some communities in Venezuela (Bolivarian Republic of) received four rounds.

Eastern Mediterranean Region

Two countries in the region, Sudan and Yemen, are endemic for onchocerciasis, where a total of 1.7 million people require treatment to interrupt transmission.

In Sudan, no MDA was implemented in 2023. Currently, only 1 IU requires MDA, and 3 IUs have stopped MDA. Yemen is the only country in Asia that is endemic for onchocerciasis, which is suspected to be endemic in 41 IUs of 8 governorates in the western part of the country. In 2023, MDA was undertaken in all IUs, reaching 1 293 275 people, representing 88.6% national coverage.

Diagnostics research

Two new rapid antibody tests developed for use at points of care in response to the target product profile issued by the WHO Diagnostics Technical Advisory

d'hypoendémie, ont mis en œuvre une administration de masse d'ivermectine qui a permis de traiter 3 682 082 personnes. Ces UMO étaient auparavant des zones d'endémicité de la FL mais elles ont arrêté l'AMM; toutefois, le Comité national d'élimination de l'onchocercose a recommandé de traiter cette population pour préserver les acquis de l'AMM jusqu'à ce que l'endémicité de l'onchocercose soit confirmée. Le nombre de personnes traitées n'est pas inclus dans le calcul de la couverture nationale, car la nécessité d'une CP pour l'onchocercose au sein de la population de ces UMO n'est pas encore confirmée et la couverture n'a pas pu être estimée. Il a été demandé au pays de réaliser une cartographie de l'élimination de l'onchocercose dans ces districts ou de documenter les raisons pour lesquelles une décision de traitement a été prise (par exemple, si un district est entouré de districts d'endémie).

Au Sénégal, la transmission d'*O. volvulus* par *Simulium damnosum* s.l. est considérée comme interrompue sur la base des données obtenues lors des évaluations entomologiques de 2019 dans les deux bassins hydrographiques des fleuves Gambie et Falémé et des résultats épidémiologiques des tests ELISA Ov16 enregistrés en 2022. Ces résultats ont permis l'arrêt du traitement de masse dans les 8 UMO d'endémie selon les recommandations du comité d'experts nationaux et internationaux lors d'une réunion qui s'est tenue les 6 et 7 octobre 2022 à Saly. Le pays est en phase de surveillance post-thérapeutique depuis janvier 2023 et jusqu'en janvier 2025.

Le Niger a officiellement soumis à l'OMS sa demande de vérification de l'élimination de l'onchocercose. Une équipe de vérification indépendante s'est rendue dans le pays en juillet 2023. La vérification est en cours.

Région des Amériques

Deux foyers de transmission active subsistent dans la Région des Amériques, au Brésil et au Venezuela (République bolivarienne du), intéressant une population totale de 38 045 personnes. Parmi celles-ci, 24 214 ont bénéficié d'une AMM, dont 10 418 au Brésil et 13 796 au Venezuela, ce qui représente une couverture régionale de 63,6%. Deux tournées d'AMM ont été mises en œuvre dans les deux pays, même si certaines communautés du Venezuela ont bénéficié de quatre tournées.

Région de la Méditerranée orientale

L'onchocercose est endémique dans deux pays de la Région, le Soudan et le Yémen, où 1,7 million de personnes au total doivent être traitées pour pouvoir interrompre la transmission.

Au Soudan, aucune AMM n'a été mise en œuvre en 2023. Actuellement, seule 1 UMO nécessite une AMM et 3 UMO ont arrêté l'AMM. Le Yémen est le seul pays d'Asie où l'onchocercose est endémique: 41 UMO dans 8 gouvernorats de l'ouest du pays seraient concernées. En 2023, l'AMM a été mise en œuvre dans toutes les UMO et a permis de traiter 1 293 275 personnes, soit une couverture nationale de 88,6%.

Recherche sur les produits de diagnostic

Deux nouveaux tests rapides de détection d'anticorps à utiliser sur les lieux de soins, mis au point en réponse au profil de produit cible publié par le groupe consultatif technique

Group (DTAG)² are being evaluated in Benin, Ghana, Mozambique and Sudan to assess their performance and ease of use in the field. The onchocerciasis subgroup of the DTAG and the Onchocerciasis Technical Advisory Subgroup (OTS) met to discuss use of the current SD Bioline Ov16 RDT eluted on dried blood spots (DBS) for deciding to stop MDA for onchocerciasis elimination. The meeting recommended that Ov16 RDT be used to make such decisions when performed in laboratory settings according to the standardized protocol for analysing eluted DBS. The report of the meeting will be published as part of the seventh OTS report.

Reaching the Last Mile Fund

The Reaching the Last Mile Fund (RLMF) was launched in 2018 by His Highness Sheikh Mohamed bin Zayed Al Nahyan, President of the United Arab Emirates, in partnership with the Bill & Melinda Gates Foundation. The US\$ 100 million multi-donor fund addresses onchocerciasis elimination in 7 countries – Ethiopia, Chad, Mali, Niger, Senegal, Sudan and Yemen – and elimination of LF where it is co-endemic. The first phase of the RLMF included delivery of 96 million treatments, >2000 hydrocoele surgeries and investment in regional laboratories.

The RLMF also supported Niger and Senegal in reaching significant milestones. In 2023, Niger became the first country in Africa to submit a dossier for verification of elimination of onchocerciasis. In the same year, Senegal stopped nationwide treatment for onchocerciasis and is currently conducting post-treatment surveillance.

Building on these successes, the RLMF in 2024 increased its funding target from US\$ 100 million to an additional US\$ 500 million to support a new target: to accelerate elimination of onchocerciasis and LF in 39 African countries and Yemen by 2030.

The Fund's original donors plus the Children's Investment Fund Foundation and the Helmsley Charitable Trust are addressing a global health portfolio. As of July 2024, RLMF had secured over US\$ 375 million in new commitments to eliminate the two diseases.

The RLMF expansion was announced on the first Health Day at the 28th United Nations Climate Change Conference, which was attended by several ministers of health. Pledges were made, including from the African continent, by the governments of Sierra Leone and the United Republic of Tanzania and African philanthropists. Leaders in the pharmaceutical industry, Eisai Co, Merck (Mectizan Donation Programme) and GSK, continue to donate billions of tablets for these programmes and to strengthen supply chains in several countries.

de l'OMS sur les produits de diagnostic,² sont en cours d'évaluation au Bénin, au Ghana, au Mozambique et au Soudan afin d'évaluer leur performance et leur facilité d'utilisation sur le terrain. Le sous-groupe pour l'onchocercose au sein du groupe consultatif technique et le sous-groupe consultatif technique pour l'onchocercose se sont réunis pour discuter de l'utilisation de l'actuel test de diagnostic rapide (TDR) SD Bioline Ov16 sur des gouttes de sang séché éluées en vue de statuer sur l'arrêt de l'AMM dans le cadre de l'élimination de l'onchocercose. Les sous-groupes ont recommandé l'utilisation du TDR Ov16 à cette fin quand le test est effectué en laboratoire conformément au protocole normalisé d'analyse de gouttes de sang séché éluées. Le compte rendu de cette réunion sera publié dans le cadre du septième rapport du sous-groupe consultatif technique pour l'onchocercose.

Reaching the Last Mile Fund

Le RLMF (Reaching the Last Mile Fund) a été lancé en 2018 par Son Altesse le Sheikh Mohamed bin Zayed Al Nahyan, Président des Émirats arabes unis, en partenariat avec la Fondation Bill & Melinda Gates. Ce fonds multidonateurs de 100 millions USD est consacré à l'élimination de l'onchocercose dans 7 pays – l'Éthiopie, le Mali, le Niger, le Sénégal, le Soudan, le Tchad et le Yémen – et à l'élimination de la filariose lymphatique là où elle est co-endémique. La première phase du RLMF comprenait la fourniture de 96 millions de traitements, >2000 chirurgies de l'hydrocèle et des investissements dans des laboratoires régionaux.

Le RLMF a également aidé le Niger et le Sénégal à franchir des étapes importantes. En 2023, le Niger est devenu le premier pays d'Afrique à soumettre une demande de vérification de l'élimination de l'onchocercose. La même année, le Sénégal a arrêté le traitement contre l'onchocercose à l'échelle nationale et mène actuellement des activités de surveillance post-thérapeutique.

Fort de ces succès, le RLMF a augmenté en 2024 son objectif de financement de 100 millions USD à 500 millions USD supplémentaires pour soutenir la réalisation d'une nouvelle cible: accélérer l'élimination de l'onchocercose et de la FL dans 39 pays africains et au Yémen d'ici à 2030.

Les donateurs initiaux du Fonds, ainsi que la Children's Investment Fund Foundation et le Helmsley Charitable Trust, financent un portefeuille de projets pour la santé mondiale. En juillet 2024, le RLMF avait obtenu plus de 375 millions USD de nouveaux engagements pour éliminer ces deux maladies.

L'expansion du RLMF a été annoncée lors de la première Journée de la santé à la 28e Conférence des Nations Unies sur les changements climatiques, à laquelle ont participé plusieurs ministres de la santé. Des contributions ont été annoncées, y compris du continent africain, par les gouvernements de la Sierra Leone et de la République-Unie de Tanzanie et par des philanthropes africains. Les leaders de l'industrie pharmaceutique, Eisai Co, Merck (Mectizan Donation Programme) et GSK, continuent de faire don de milliards de comprimés pour ces programmes et de renforcer les chaînes d'approvisionnement dans plusieurs pays.

² Onchocerciasis: diagnostic target product profile to support preventive chemotherapy. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341719>).

² Onchocercose: profils de produits cibles (TPP) de diagnostic pour soutenir la chimiothérapie préventive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/341720>).

To facilitate coordination of donor contributions and delivery among the 39 countries, RLMF is working with The Carter Center, Sightsavers and The END Fund, which are established partners in the fight against NTDs, with experience in supporting national programmes in large-scale NTD programmes. These three partners will coordinate planning with ministries of health, provide technical assistance and support activities on the ground.

RLMF is also working with the Expanded Special Project for the Elimination of NTDs in the WHO Regional Office for Africa and will build continental partnerships with regional health bodies and African Union agencies to prioritize and support the expansion.

As of July 2024, 26 countries were receiving RLMF funding to extend onchocerciasis and LF programmes through MDA, impact assessments and other priority activities under the leadership of their ministries of health. The countries are Angola, Burundi, Central African Republic, Chad, Congo, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Ghana, Guinea-Bissau, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Niger, Nigeria, Rwanda, São Tomé and Príncipe, Senegal, South Sudan, Sudan, Uganda, United Republic of Tanzania (Zanzibar), Yemen and Zambia. The RLMF plans to extend its support for programmes in all 39 countries by 2026.

Cross-border collaboration in onchocerciasis elimination – a key area of the GONE network

National onchocerciasis elimination programmes collaborate to ensure that no one is left behind. According to the 2016 WHO guidelines for stopping MDA and verification of elimination of onchocerciasis,³ acknowledgment of elimination requires that areas immediately surrounding a country have interrupted transmission. Therefore, cross-border collaboration has been identified as a key area of work in the GONE network.⁴ Endemic areas that contain national or local borders present an important challenge to the success of elimination of onchocerciasis and require unification of programme activities. The effectiveness of cross-border collaboration can, however, be hindered by issues such as inadequate financial resources, logistical challenges for synchronizing elimination strategies, language barriers, insecurity and conflict, and population mobility.

Countries participated in an online consultation on 7 May 2024 to present the status of collaboration, share challenges in cross-border regions and experiences from existing collaborative structures, and develop

Pour faciliter la coordination des contributions des donateurs et de la mise en œuvre dans les 39 pays bénéficiaires, le RLMF travaille avec le Carter Center, Sightsavers et The END Fund, qui sont des partenaires établis dans la lutte contre les MTN et qui possèdent une expérience en matière de soutien aux programmes nationaux de lutte contre les MTN à grande échelle. Ces trois partenaires coordonneront la planification avec les ministères de la santé, fourniront une assistance technique et soutiendront les activités sur le terrain.

Le RLMF travaille également avec le Projet spécial élargi pour l'élimination des MTN au sein du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et établira des partenariats continentaux avec les organismes de santé régionaux et les agences de l'Union africaine afin de définir des priorités et de soutenir l'élargissement du projet.

En juillet 2024, 26 pays recevaient un financement du RLMF pour étendre les programmes de lutte contre l'onchocercose et la FL en menant des campagnes d'AMM, des études d'impact et d'autres activités prioritaires sous la direction de leurs ministères de la santé. Il s'agit de l'Angola, du Burundi, du Congo, de l'Érythrée, de l'Éthiopie, du Ghana, de la Guinée-Bissau, de la Guinée équatoriale, du Libéria, de Madagascar, du Malawi, du Mali, du Niger, du Nigéria, de l'Ouganda, de la République centrafricaine, de la République démocratique du Congo, de la République-Unie de Tanzanie (Zanzibar), du Rwanda, de Sao Tomé-et-Príncipe, du Sénégal, du Soudan, du Soudan du Sud, du Tchad, du Yémen et de la Zambie. Le RLMF prévoit d'étendre son soutien à des programmes dans l'ensemble des 39 pays d'ici 2026.

Collaboration transfrontalière pour l'élimination de l'onchocercose – un domaine clé du réseau GONE

Les programmes nationaux d'élimination de l'onchocercose travaillent en collaboration pour s'assurer que personne n'est laissé pour compte. Selon les lignes directrices de l'OMS de 2016 pour l'arrêt de l'AMM et la vérification de l'élimination de l'onchocercose,³ la reconnaissance de l'élimination exige que les zones immédiatement adjacentes à un pays aient interrompu la transmission. Par conséquent, la collaboration transfrontalière a été identifiée comme un domaine de travail clé au sein du réseau GONE.⁴ Les zones d'endémie qui comportent des frontières nationales ou locales représentent un défi important pour l'élimination de l'onchocercose et nécessitent d'unifier les activités programmatiques. L'efficacité de la collaboration transfrontalière peut cependant être entravée par des problèmes tels que l'insuffisance des ressources financières, les difficultés logistiques pour synchroniser les stratégies d'élimination, les barrières linguistiques, l'insécurité et les conflits, et la mobilité de la population.

Les pays concernés ont participé à une consultation en ligne le 7 mai 2024 pour présenter la situation de la collaboration, partager les difficultés rencontrées dans les régions transfrontalières et l'expérience des structures de collaboration existantes.

³ Guidelines for stopping mass drug administration and verifying elimination of human onchocerciasis: criteria and procedures. Geneva: World Health Organization, 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241510011>, accessed September 2024).

⁴ GONE – Global onchocerciasis network for elimination. WHO Youtube channel GONE at <https://youtube.com/playlist?list=PLxLC0k8G1p6nvHpAwo1gde2XnNEEerrMM&si=UVUUGuv9qbrEH8X2>.

³ Lignes directrices pour l'arrêt de l'administration de masse de médicaments et la vérification de l'élimination de l'onchocercose humaine: critères et procédures. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254704/9789242510010-fre.pdf?sequence=1>, consulté en septembre 2024).

⁴ GONE – Global onchocerciasis network for elimination. Chaîne YouTube GONE de l'OMS: <https://youtube.com/playlist?list=PLxLC0k8G1p6nvHpAwo1gde2XnNEEerrMM&si=UVUUGuv9qbrEH8X2>.

recommendations to enhance coordinated collaboration. On 2 July, a virtual meeting on cross-border collaboration was held in which countries and partners agreed on a list of activities and deliverables to be tackled jointly. High-level advocacy to establish collaboration agreements and memoranda of understanding between countries, resource mobilization to support cross-border activities and data collection and harmonization have been identified as priorities. Synchronization of MDA, inclusion of cross-border collaboration activities in the meeting agendas of the Nigeria Onchocerciasis Elimination Committee and platforms, and establishment of local district working groups have also been identified as important for improving cross-border collaboration. Countries and partners will continue to address priorities and define milestones and timelines.

Onchocerciasis Elimination Mapping (OEM) handbook

The handbook for onchocerciasis elimination mapping has been finalized and will be released by WHO later in 2024. It will guide countries in best practices for conducting OEM with the available tools. It provides step-by-step instructions on implementing OEM, including desk reviews of available data, exclusion mapping, river prospecting, identification of first-line villages, population sampling for assessment, choice of diagnostic test and interpretation of results.

Manual for safe treatment of onchocerciasis in loiasis co-endemic countries

WHO is developing a manual to support countries in which loiasis and onchocerciasis are co-endemic to interrupt transmission of onchocerciasis. OEM can be used in co-endemic areas to integrate mapping of loiasis and onchocerciasis. An algorithm for mapping and treatment of onchocerciasis in loiasis-endemic countries has been proposed and was discussed during the Mectizan Expert Committee meeting in Paris in August 2024.

A “test and not treat” strategy for treating onchocerciasis safely in loiasis-co-endemic settings has been used for years in research in Cameroon. The strategy has proven to be safe and can be used by other countries, although challenges remain of access to the diagnostic tool, Loa Scope, and the high costs of testing and treating.

Manual for integrated transmission assessment survey (iTAS) of LF and onchocerciasis

A new handbook for programme managers has been drafted, in which the TAS for LF has been modified to include assessment of onchocerciasis transmission. The iTAS offers a standardized platform for combined evaluation of LF and onchocerciasis that satisfies the epidemiological requirements for both diseases. Integration through the iTAS platform can maximize resources and

tantes, et élaborer des recommandations pour mieux coordonner la collaboration. Une réunion en ligne sur la collaboration transfrontalière s’est tenue le 2 juillet, au cours de laquelle les pays et les partenaires se sont mis d’accord sur une liste d’activités et de résultats à atteindre conjointement. Le plaidoyer de haut niveau pour établir des accords de collaboration et des protocoles d’accord entre les pays, la mobilisation des ressources pour soutenir les activités transfrontalières et la collecte et l’harmonisation des données ont été identifiés comme des priorités. La synchronisation de l’AMM, l’inclusion d’activités de collaboration transfrontalière dans l’ordre du jour des réunions du Comité d’élimination de l’onchocercose au Nigéria et dans les plateformes, et la création de groupes de travail locaux au niveau des districts ont également été identifiées comme des éléments importants pour améliorer la collaboration transfrontalière. Les pays et les partenaires continueront d’examiner les priorités et de définir des étapes et des échéances.

Manuel de cartographie de l’élimination de l’onchocercose

Le manuel de cartographie de l’élimination de l’onchocercose a été finalisé et sera publié par l’OMS dans le courant de l’année 2024. Il indique aux pays les meilleures pratiques pour mener à bien la cartographie de l’élimination de l’onchocercose à l’aide des outils disponibles, en fournissant des instructions étape par étape sur la réalisation de la cartographie, notamment l’examen documentaire des données disponibles, la cartographie des exclusions, la prospection des cours d’eau, l’identification des villages en première ligne, l’échantillonnage de la population pour l’évaluation, le choix du test de diagnostic et l’interprétation des résultats.

Manuel pour un traitement sans danger contre l’onchocercose dans les pays de co-endémicité de la loase

L’OMS élabore actuellement un manuel pour aider les pays dans lesquels la loase et l’onchocercose sont co-endémiques à interrompre la transmission de l’onchocercose. La cartographie de l’élimination de l’onchocercose peut être utilisée dans les zones de co-endémicité pour intégrer la cartographie de la loase et de l’onchocercose. Un algorithme pour la cartographie et le traitement contre l’onchocercose dans les pays d’endémicité de la loase a été proposé et a été discuté lors de la réunion du Comité d’experts du Mectizan à Paris en août 2024.

Une stratégie dite «test-and-not-treat» pour un traitement sans danger contre l’onchocercose dans les contextes où la loase est co-endémique est utilisée depuis des années dans le cadre de la recherche au Cameroun. Cette stratégie s’est avérée sûre et peut être utilisée par d’autres pays, bien que des difficultés subsistent en ce qui concerne l’accès à l’outil de diagnostic, Loa Scope, et les coûts élevés liés aux tests et au traitement.

Manuel pour l’enquête d’évaluation intégrée de la transmission (iTAS) de la filariose lymphatique et de l’onchocercose

Un nouveau manuel à l’intention des administrateurs de programme a été élaboré, dans lequel l’enquête TAS pour la FL a été modifiée pour inclure l’évaluation de la transmission de l’onchocercose. L’enquête iTAS offre une plateforme standardisée pour l’évaluation combinée de la FL et de l’onchocercose qui répond aux exigences épidémiologiques relatives aux deux

facilitate decisions about stopping MDA in areas where the two diseases are known or suspected to coexist. Additionally, iTAS can be used as a mid-term monitoring tool for onchocerciasis programmes to assess current transmission status, even if the evaluation unit is not prepared to halt MDA for onchocerciasis. Publication of the manual is expected in the first quarter of 2025.

Manual for surveillance and verification of elimination of onchocerciasis

A manual for surveillance and verification procedures for elimination of onchocerciasis is being developed. Surveillance is a crucial component of onchocerciasis elimination. Entomological and/or serological testing must continue at regular intervals in post-treatment areas to detect any signs of transmission. While WHO previously provided guidance on conducting post-treatment surveillance, this updated manual will assist countries to approach onchocerciasis elimination targets by conducting effective surveillance at each stage of the programme through evidence-based, affordable, achievable surveillance activities. It will also describe dossier development and onchocerciasis elimination verification. Publication of the manual is expected in 2025. ■

maladies. L'intégration par le biais de la plateforme iTAS peut maximiser les ressources et faciliter les décisions concernant l'arrêt de l'AMM dans les zones où la coexistence des deux maladies est avérée ou suspectée. En outre, l'enquête iTAS peut être utilisée comme outil de suivi à mi-parcours pour les programmes de lutte contre l'onchocercose afin d'évaluer la situation de la transmission actuelle, même si l'unité d'évaluation n'est pas prête à arrêter l'AMM contre l'onchocercose. La publication du manuel est prévue pour le premier trimestre de 2025.

Manuel de surveillance et de vérification de l'élimination de l'onchocercose

Un manuel sur les procédures de surveillance et de vérification de l'élimination de l'onchocercose est en cours d'élaboration. La surveillance est un élément crucial de l'élimination de l'onchocercose. Les tests entomologiques et/ou sérologiques doivent se poursuivre à intervalles réguliers dans les zones en phase post-thérapeutique afin de détecter tout signe de transmission. Alors que l'OMS a précédemment fourni des orientations sur la surveillance post-thérapeutique, ce manuel actualisé aidera les pays à se rapprocher des cibles de l'élimination de l'onchocercose en menant une surveillance efficace à chaque étape du programme par le biais d'activités de surveillance fondées sur des données probantes, abordables et réalisables. Il décrira également l'élaboration de la demande de vérification de l'élimination de l'onchocercose et le processus de vérification lui-même. La publication du manuel est prévue pour le premier trimestre de 2025. ■

How to obtain the WER through the Internet

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

Comment accéder au REH sur Internet?

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

www.who.int/wer

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

www.who.int/wer

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