



Contents

- 409 Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2013
- 418 Children: reducing mortality

Sommaire

- 409 Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation 2013
- 418 Enfants: réduire la mortalité

Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2013

Introduction

Lymphatic filariasis (LF) is a mosquito-borne disease, caused by infection with the nematode species *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* or *B. timori* filarial parasites. An estimated 120 million people are infected with the parasites which damage the lymphatic vessels, resulting in clinical disease manifested as hydrocoele, lymphoedema, and elephantiasis. LF is the second leading cause of disability worldwide with 40 million persons suffering from complications that limit occupational activities, educational and employment opportunities, and mobility. Additionally, those suffering and their families often experience stigma and discrimination.

LF was recognized as a potentially eradicable disease in 1993 and in 1997 the World Health Assembly (Resolution 50.29) targeted LF for global elimination as a public health problem by 2020.^{1, 2} In response, WHO launched the Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (GPELF) which aims to stop the spread of infection and alleviate suffering in affected persons. Operationally, this is defined as reduction in infection prevalence below threshold levels at which transmission is no longer considered sustainable and ensuring access to a recommended basic package of care to manage morbidity and prevent disability. A standardized transmission assessment survey (TAS) is recommended to measure whether infection prevalence is below threshold levels after intervention.³

¹ Recommendations of the International Task Force for Disease Eradication. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports, 1993, 42(RR-16):1-38.

² See http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_50.29_Eng.pdf.

³ Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration in the global programme to eliminate lymphatic filariasis: a manual for national elimination programmes. Geneva, World Health Organization, 2011. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44580/1/9789241501484_eng.pdf?ua=1

Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: rapport de situation 2013

Introduction

La filariose lymphatique (FL) est une maladie transmise par le moustique qui a pour cause l'infestation par des filaires parasites appartenant aux espèces de nématodes *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* ou *B. timori*. On estime que 120 millions de personnes sont infestées par ces parasites qui dégradent les vaisseaux lymphatiques et entraînent une maladie clinique dont les manifestations sont l'hydrocèle, le lymphœdème et l'éléphantiasis. La FL est la deuxième principale cause de handicap dans le monde, avec 40 millions de personnes souffrant de complications qui limitent l'activité, les possibilités d'études ou d'emploi, et la mobilité. De plus, les malades et leurs familles sont souvent confrontés à la stigmatisation et à la discrimination.

En 1993, la FL a été reconnue comme une maladie possible à éradiquer et, en 1997, l'Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA50.29) l'a désignée comme un problème de santé publique devant être éliminé au plan mondial d'ici 2020.^{1, 2} En réponse, l'OMS a lancé le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (GPELF) qui vise à interrompre la propagation de l'infection et à soulager la souffrance des malades. Du point de vue opérationnel, il s'agit de réduire la prévalence de l'infection sous les seuils en deçà desquels on considère que la transmission ne peut plus se maintenir, et de garantir l'accès à un ensemble de soins de base recommandés pour la prise en charge de la morbidité et la prévention du handicap. Une enquête normalisée d'évaluation de la transmission (TAS) est recommandée pour évaluer si, après l'intervention, la prévalence de l'infection est inférieure aux seuils.³

¹ Recommendations of the International Task Force for Disease Eradication. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports, 1993, 42(RR-16):1-38.

² Voir http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_50.29_Fr.pdf.

³ Suivi et évaluation épidémiologique du traitement médicamenteux de masse dans le cadre du Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique: manuel à l'intention des programmes nationaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/85616>.

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 346.-

09.2014

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

Integrated and expanded strategy

The strategy of GPELF has expanded and is now part of integrated efforts to prevent and treat several other diseases. Mass drug administration (MDA) is recommended to stop the spread of LF and involves a single, combined dose of medications given annually to all persons living in endemic areas for 4–6 years. MDA is part of integrated preventive chemotherapy (PC), a global strategy where safe medicine is delivered to all at-risk populations to control Neglected Tropical Diseases (NTD) such as soil-transmitted helminthiasis, schistosomiasis, onchocerciasis and trachoma.⁴ Integrated vector management (IVM) is a supplemental strategy recommended to stop the spread of LF and other co-endemic mosquito-borne diseases like malaria.⁵ Ensuring the availability and access to a basic package of care to manage LF morbidity and prevent disability aligns with strategies to control other chronic diseases such as diabetes, podoconiosis, Buruli ulcer, blinding trachoma and leprosy. Additionally, initiatives to improve water, sanitation and hygiene targeted to endemic areas can support the control of vectors and enable improved personal hygiene to manage morbidity.

Global progress in 2013

MDA has now been implemented in 60 countries of which 15 have reduced infection prevalence, stopped MDA and started surveillance; 22 have achieved 100% geographical coverage, conducting MDA in all endemic areas of the country; and 23 are conducting MDA but have not reached all endemic areas. MDA has not started in 13 countries considered as requiring PC to eliminate LF. In 18 countries, there remain some implementation units (IUs) where the endemicity has not been clearly defined and are currently targeted for mapping.

An additional 170.7 million treatments were reported for the year 2012 from India after publication of 2012 data, raising the global coverage in 2012 to 43.2%.⁶ Since 2000, a cumulative total of 4.9 billion doses of medicines have been delivered to 1 billion people.

According to the data reported to WHO by August 2014, during the year 2013, the programme targeted 563.5 million people with PC and treated 410.2 million for a reported coverage of 72.8%. An estimated 19.5 million preschool-aged children (2–4 years of age) and 101 million school-aged children (5–14 years of age) were treated through the programme globally. Provisional reports and data on MDA have been received from 2 countries (India and Uganda) and will be updated in due course. Reports from 5 countries (Central African Republic, Comoros, Federal States of Micronesia, French Polynesia and Mozambique) are awaited. Latest updates are available in the preventive chemotherapy and transmission control (PCT) databank.⁷

⁴ See No. 16, 2013, pp. 161–172.

⁵ Practical entomology: a handbook for national lymphatic filariasis elimination programmes. Geneva, World Health Organization, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87989/1/9789241505642_eng.pdf

⁶ See No. 37, 2013, pp. 389–400.

⁷ Preventive chemotherapy and transmission control databank: lymphatic filariasis. Geneva, World Health Organization, 2013 (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/lff/en/index.html, accessed August 2013).

Stratégie intégrée et élargie

La stratégie du GPELF a été élargie et fait aujourd'hui partie d'efforts intégrés pour la prévention et le traitement de plusieurs autres maladies. L'administration massive de médicaments (AMM) est préconisée pour interrompre la propagation de la FL; elle consiste à administrer une association de médicaments en dose unique à toutes les personnes vivant dans les zones d'endémie, une fois par an, pendant 4 à 6 ans. L'AMM relève de la chimioprévention intégrée, une stratégie mondiale qui repose sur l'administration de médicaments sûrs à toutes les populations à risque, dans le but de lutter contre les maladies tropicales négligées (MTN) comme les géohelminthiases, la schistosomiase, l'onchocercose et le trachome.⁴ La gestion intégrée des vecteurs est une stratégie complémentaire recommandée pour interrompre la propagation de la FL et d'autres maladies co-endémiques transmises par le moustique, comme le paludisme.⁵ Les efforts visant à favoriser la disponibilité d'un ensemble de soins de base pour la prise en charge de la morbidité imputable à la FL et la prévention du handicap, et à en faciliter l'accès, se situent quant à eux dans la ligne des stratégies de lutte contre d'autres maladies chroniques comme le diabète, la podoconiose, l'ulcère de Buruli, le trachome cécitant et la lèpre. Enfin, les initiatives visant à accroître la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans les zones d'endémie peuvent contribuer à la lutte antivectorielle et améliorer l'hygiène personnelle pour la prise en charge de la morbidité.

Progrès mondiaux en 2013

Une AMM a maintenant été mise en œuvre dans 60 pays. Parmi eux, 15 ont diminué la prévalence de l'infection, arrêté l'AMM et commencé la surveillance; 22 ont obtenu une couverture géographique de 100% (AMM menée dans toutes les zones d'endémie du pays); et 23 conduisent une AMM mais n'ont pas atteint toutes les zones d'endémie. Dans 13 pays où une chimioprévention serait nécessaire pour éliminer la FL, l'AMM n'a pas encore commencé. Dans 18 pays, il reste des unités de mise en œuvre où l'endémicité n'a pas été clairement définie et où une cartographie est actuellement prévue.

Après la publication des données de 2012, l'Inde a signalé 170,7 millions de traitements supplémentaires pour cette même année, portant à 43,2% la couverture mondiale pour 2012.⁶ Depuis 2000, un total cumulé de 4,9 milliards de doses de médicaments ont été administrées à un milliard de personnes.

Selon les données parvenues à l'OMS jusqu'en août 2014, le Programme a ciblé 563,5 millions de personnes en 2013 pour la chimioprévention et a traité 410,2 millions de personnes, ce qui donne une couverture notifiée de 72,8%. On estime à 19,5 millions le nombre d'enfants d'âge préscolaire (2–4 ans) et à 101 millions le nombre d'enfants d'âge scolaire (5–14 ans) qui, dans le monde, ont été traités grâce au Programme. Deux pays (l'Inde et l'Ouganda) ont transmis des rapports et des données provisoires sur l'AMM qui seront actualisés en temps utile. On attend les rapports de 5 pays ou territoires (République centrafricaine, Comores, États fédérés de Micronésie, Polynésie française et Mozambique). Les dernières mises à jour sont disponibles dans la banque de données sur la chimioprévention et la lutte contre la transmission des maladies (PCT).⁷

⁴ Voir No 16, 2013, pp. 161–172.

⁵ Practical entomology: a handbook for national lymphatic filariasis elimination programmes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87989/1/9789241505642_eng.pdf

⁶ Voir No 37, 2013, pp. 389–400.

⁷ Preventive chemotherapy and transmission control databank: lymphatic filariasis. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/lff/en/index.html, consulté en août 2013).

Map 1 shows the countries where lymphatic filariasis was endemic in 2013 and the status of MDA in those countries.

Table 1 provides details of the number of IUs included in MDA programmes, the population covered in IUs, and the number of people treated in different countries in 2013.

Figure 1 shows the number of countries in each stage of the programme by WHO Region in 2013.

Table 2 summarizes MDA implemented for LF by WHO Region in 2013.

African Region

A major step towards LF elimination in the Region was the completion of mapping in all but a few remaining IUs in Côte d'Ivoire, Ethiopia, Nigeria and Zambia. At the end of 2013, 655 IUs in 17 countries were targeted for mapping to determine the need for MDA.

In 2013, 18 countries in the African Region reported data on implementation. Of the targeted population of 167.7 million, 127.6 million were treated (76.1%); this is about 21.7 million people more than were treated in 2012. MDA has yet to start in 12 of the 35 endemic countries in the Region. In 6 of these 12 countries, community-directed treatment with ivermectin for the elimination of onchocerciasis was conducted.⁸ Opportunities to integrate activities of LF and onchocerciasis are being identified and co-implementation of PC planned in all IUs where these diseases overlap.⁹ The new strategy of integrated vector management and albendazole monotherapy MDA for eliminating LF in loasis-endemic areas has been disseminated.¹⁰ Requests for albendazole are now being received from loasis-endemic countries for the implementation of this recommended strategy.

While the greatest need for MDA scale-up exists in this Region, 8 countries have achieved 100% geographical coverage at least once and 10 countries have started conducting a TAS and stopping MDA in some districts. Togo remains the only country in the Region to have reduced infection prevalence, stopped MDA and initiated surveillance nationwide. Côte d'Ivoire resumed MDA and reported 1.5 million people treated. The Republic of the Congo initiated MDA in 5 IUs. Nigeria treated 22.5 million in 2013 and has planned to scale up MDA to treat 74 million persons by 2015. Nigeria also launched national guidelines for the co-implementation of malaria and LF elimination programmes.

Region of the Americas

At the start of the GPELF, 7 countries in this Region were considered endemic for LF. In 2011, a review of epidemiological data led to the reclassification of Costa Rica, Suriname and Trinidad and Tobago as non-

La Carte 1 montre les pays dans lesquels la filariose lymphatique était endémique en 2013 et la situation de l'AMM dans ces pays.

Le Tableau 1 donne des détails sur le nombre d'unités de mise en œuvre dans les programmes d'AMM, la population couverte et le nombre de personnes traitées dans les différents pays en 2013.

La Figure 1 présente le nombre de pays pour chaque étape programmatique, par Région de l'OMS, en 2013.

Le Tableau 2 fait le point sur l'AMM contre la FL, par Région de l'OMS, en 2013.

Région africaine

Une étape majeure vers l'élimination de la FL dans la Région a été l'achèvement de la cartographie dans presque toutes les unités de mise en œuvre de la Côte d'Ivoire, de l'Éthiopie, du Nigéria et de la Zambie. Fin 2013, 655 unités de mise en œuvre de 17 pays ont été désignées comme devant être cartographiées en vue de déterminer si une AMM y est nécessaire.

En 2013, 18 pays de la Région africaine ont notifié des données sur la mise en œuvre. Sur une population ciblée de 167,7 millions d'habitants, 127,6 millions ont été traités (76,1%), soit environ 21,7 millions de plus qu'en 2012. Dans 12 des 35 pays d'endémie de la Région, l'AMM n'a pas encore commencé. Un traitement par l'ivermectine sous directives communautaires a été mené dans 6 d'entre eux en vue d'éliminer l'onchocercose.⁸ On étudie actuellement les possibilités d'intégration des activités de lutte contre la FL et contre l'onchocercose, et une chimioprévention conjointe est prévue dans toutes les unités de mise en œuvre où les 2 maladies coexistent.⁹ La nouvelle stratégie de gestion intégrée des vecteurs et d'AMM reposant sur une monothérapie par l'albendazole a été diffusée pour l'élimination de la FL dans les zones d'endémie de la loase.¹⁰ On reçoit actuellement des demandes d'albendazole de la part des pays d'endémie de la loase qui souhaitent mettre en œuvre cette stratégie recommandée.

Alors que c'est dans cette Région que l'intensification de l'AMM est la plus nécessaire, 8 pays ont déjà obtenu au moins une fois une couverture géographique de 100% et 10 pays ont lancé une enquête d'évaluation de la transmission (TAS) et commencé à arrêter l'AMM dans certains districts. Le Togo reste le seul pays de la Région à avoir réduit la prévalence de l'infection, interrompu l'AMM et lancé une surveillance au plan national. La Côte d'Ivoire a repris l'AMM et notifié 1,5 million de personnes traitées. La République du Congo a lancé une AMM dans 5 unités de mise en œuvre. Le Nigéria a traité 22,5 millions de personnes en 2013 et prévoit d'intensifier l'AMM pour traiter 74 millions de personnes d'ici 2015. Le Nigéria a également publié des lignes directrices nationales sur la mise en œuvre conjointe des programmes d'élimination du paludisme et de la FL.

Région des Amériques

Au début du GPELF, 7 pays de la Région étaient considérés comme des pays d'endémie pour la FL. En 2011, un examen de données épidémiologiques a conduit à la reclassification du Costa Rica, du Suriname et de Trinité-et-Tobago en tant que

⁸ See No. 50, 2013, pp. 533–544.

⁹ See No. 15, 2014, pp. 153–160.

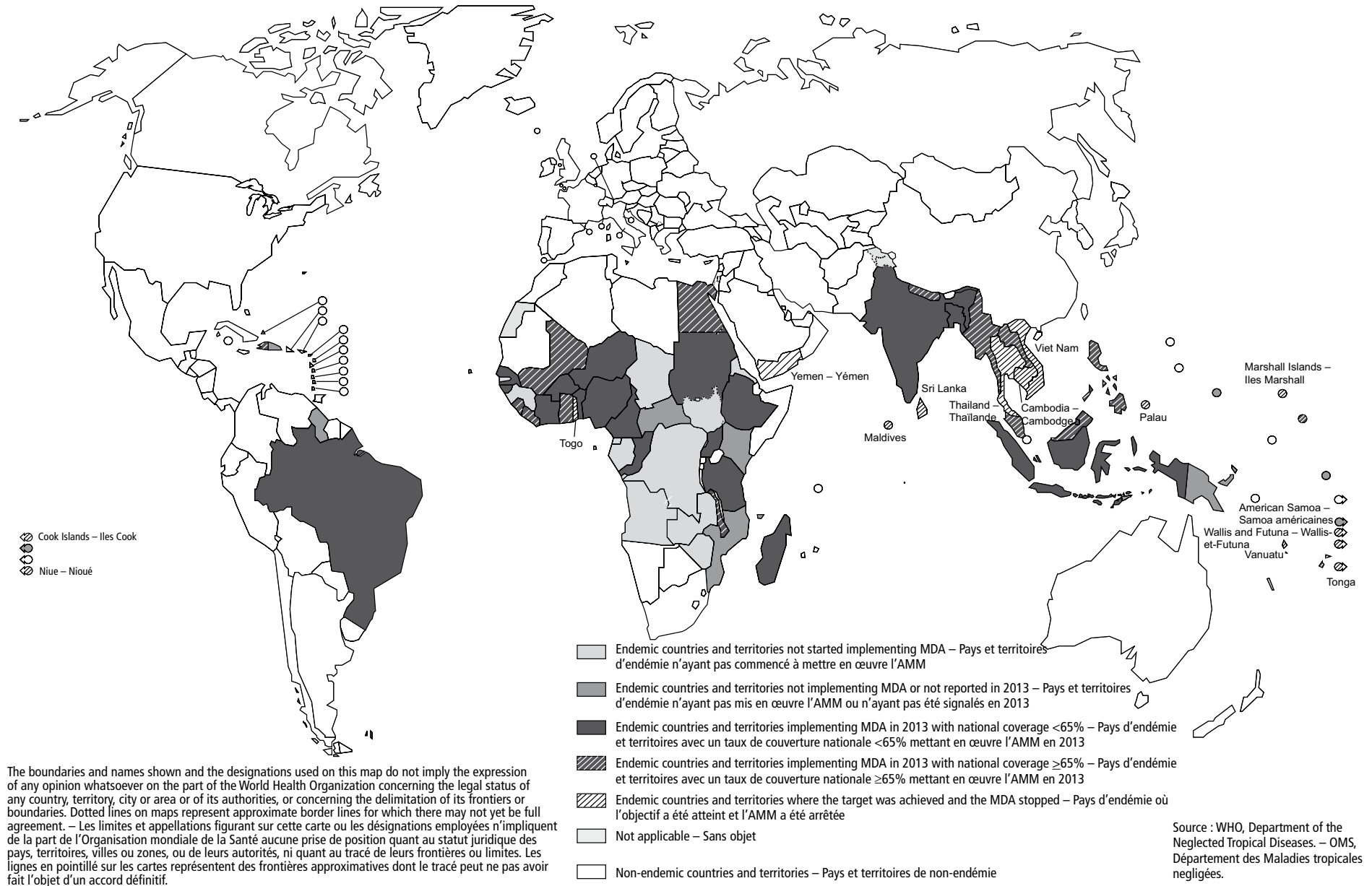
¹⁰ Report of the sixth meeting of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases. 29–30 April 2013, Geneva. Geneva, World Health Organization, 2013. http://www.who.int/neglected_diseases/NTD_STAG_Report_2013.pdf

⁸ Voir N° 50, 2013, pp. 533–544.

⁹ Voir N° 15, 2014, pp. 153–160.

¹⁰ Report of the sixth meeting of the WHO Strategic and Technical Advisory Group for Neglected Tropical Diseases. 29–30 April 2013, Geneva. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. http://www.who.int/neglected_diseases/NTD_STAG_Report_2013.pdf

Map 1 **Countries where lymphatic filariasis is endemic and status of mass drug administration (MDA) in those countries, 2013**
 Carte 1 **Pays où la filariose lymphatique est endémique et situation de l'administration massive de médicaments (AMM) en 2013**



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.

Source : WHO, Department of the Neglected Tropical Diseases. – OMS, Département des Maladies tropicales négligées.

Table 1 **Mass drug administration (MDA) for lymphatic filariasis by WHO region or regional programme review group, 2013**Tableau 1 **Administration massive de médicaments (AMM) contre la filariose lymphatique par Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme, 2013**

WHO region or regional programme review group – Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme	Country – Pays	Total population requiring MDA – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM	Status of MDA – Etat de l'AMM	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units delivering MDA – Nombre d'unités de mise en œuvre de l'AMM	Total population targeted by MDA – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre	Reported no. of people treated – Nombre notifié de personnes traitées	Reported coverage (%) ^a – Couverture notifiée (%) ^a
African – Afrique		472 102 337			901	167 666 977	127 603 682	76.11
	Angola	12 090 000	Not started – Pas commencée	IA				
	Benin – Bénin	3 747 913	Ongoing – En cours	IA	25	1 095 832	1 155 182	105.42
	Burkina Faso	17 322 796	Ongoing – En cours	IA	47	11 664 010	9 368 472	80.32
	Cameroon – Cameroun	17 091 469	Ongoing – En cours	IA	131	11 692 158	9 338 427	79.87
	Central African Republic – République centrafricaine	3 300 000	Data awaited – Données en attente	IA				
	Chad – Tchad	7 270 000	Not started – Pas commencée	IA				
	Comoros – Comores	514 110	Data awaited – Données en attente	DA				
	Congo	2 600 000	Ongoing – En cours	IA	5	111 756	103 724	92.81
	Cote d'Ivoire	17 443 064	Ongoing – En cours	IA	5	2 143 114	1 500 714	70.02
	Democratic Republic of Congo – République démocratique du Congo	49 140 000	Not started – Pas commencée	IA				
	Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	420 000	Not started – Pas commencée	IA				
	Eritrea – Erythrée	3 577 000	Not started – Pas commencée	DA				
	Ethiopia – Éthiopie	30 000 000	Ongoing – En cours	IA	33	1 917 036	1 422 298	74.19
	Gabon	1 290 600	Not started – Pas commencée	IA				
	Gambia – Gambie	1 200 000	Not started – Pas commencée	DA				
	Ghana	10 237 354	Ongoing – En cours	IA	91	10 237 354	7 859 416	76.77
	Guinea – Guinée	6 067 135	Not started – Pas commencée	IA				
	Guinea-Bissau – Guinée Bissau	1 668 680	Ongoing – En cours	IA	33	380 998	264 358	69.39
	Kenya	3 421 741	No MDA – Pas d'AMM	DA				
	Liberia – Libéria	2 938 370	Ongoing – En cours	IA	13	2 438 849	2 445 275	100.25
	Madagascar	17 784 306	Ongoing – En cours	DA	62	11 886 858	7 892 186	66.39
	Malawi	14 989 401	Ongoing – En cours	IA	26	14 989 401	12 443 745	83.02
	Mali	17 309 000	Ongoing – En cours	IA	45	14 877 567	12 207 072	82.05
	Mozambique	17 227 648	Data awaited – Données en attente	IA				
	Niger	12 604 890	Ongoing – En cours	IA	30	11 847 215	8 189 778	69.13
	Nigeria – Nigéria	114 286 356	Ongoing – En cours	IA	181	30 612 903	22 538 959	73.63
	Sao Tome and Principe – Sao Tomé et Príncipe	410 000	Not started – Pas commencée	DA				
	Senegal – Sénégal	8 114 652	Ongoing – En cours	IA	13	1 486 044	732 268	49.28
	Sierra Leone	6 820 160	Ongoing – En cours	IA	14	6 820 160	5 494 161	80.56
	South Sudan – Soudan du Sud	1 659 558	Not started – Pas commencée	IA				
	Togo		Surveillance	IA				
	Uganda ^b – Ouganda ^b	14 875 650	Ongoing – En cours	IA	45	11 277 331	7 532 845	66.80
	United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	39 900 484	Ongoing – En cours	IA	102	22 188 391	17 114 802	77.13
	Zambia – Zambie	8 780 000	Not started – Pas commencée	DA				
	Zimbabwe	6 000 000	Not started – Pas commencée	DA				
Americas – Amériques		12 048 009			115	8 672 008	7 133 309	82.26
	Brazil – Brésil	311 451	Ongoing – En cours	D	2	161 633	85 709	53.03
	Dominican Republic – République dominicaine	217 756	No MDA – Pas d'AMM	DA				

Table 1 (continued)
Tableau 1 (suite)

WHO region or regional programme review group – Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme	Country – Pays	Total population requiring MDA – Nbre total de personnes ayant besoin de l'AMM	Status of MDA – Etat de l'AMM	Medicine used during MDA – Médicaments employés dans les campagnes d'AMM	No. of implementation units delivering MDA – Nombre d'unités de mise en œuvre de l'AMM	Total population targeted by MDA – Population totale couverte par les unités de mise en œuvre	Reported no. of people treated – Nombre notifié de personnes traitées	Reported coverage (%) ^a – Couverture notifiée (%) ^a
	Guyana – Guyane	509 980	No MDA – Pas d'AMM	DA				
	Haiti – Haïti	11 008 558	Ongoing – En cours	DA	113	8 510 375	7 047 600	82.81
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale		20 443 951			31	883 697	803 344	90.91
	Egypt – Égypte	550 172	Ongoing – En cours	DA	29	550 172	510 605	92.81
	Sudan – Soudan	19 893 779	Ongoing – En cours	IA	2	333 525	292 739	87.77
	Yemen – Yémen		Surveillance	IA				
Mekong-Plus – Mékong Plus		30 195 292			86	28 578 006	21 096 333	73.80
	Brunei Darussalam	15 000	Ongoing – En cours	DA				
	Cambodia – Cambodge		Surveillance	DA				
	Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	136 798	Ongoing – En cours	DA	5	136 798	93 482	68.34
	Malaysia – Malaisie	660 208	Ongoing – En cours	DA	50	660 208	604 991	91.64
	Philippines	29 383 286	Ongoing – En cours	DA	31	27 790 000	20 397 860	73.40
	Viet Nam		Surveillance	DA				
Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis – Programme d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique		6 162 157			3	64 074	50 295	78.50
	American Samoa – Samoa américaines		Surveillance	DA				
	Cook Islands – Îles Cook		Surveillance	DA				
	Fiji – Fidji	55 548	Ongoing – En cours	DA	2	55 548	42 550	76.60
	French Polynesia – Polynésie française	274 544	Data awaited – Données en attente	DA				
	Kiribati	9 236	Ongoing – En cours	DA	1	8 526	7 745	90.84
	Marshall Islands – Îles Marshall		Surveillance	DA				
	Micronesia (Federated States of) – Micronésie (États fédérés de)	11 241	Data awaited – Données en attente	DA				
	New Caledonia – Nouvelle Calédonie	12 378	Not started – Pas commencée	DA				
	Niue – Nioué		Surveillance	DA				
	Palau		Surveillance	DA				
	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	5 602 188	No MDA – Pas d'AMM	DA				
	Samoa	186 649	No MDA – Pas d'AMM	DA				
	Tonga		Surveillance	DA				
	Tuvalu	10 373	No MDA – Pas d'AMM	DA				
	Vanuatu		Surveillance	DA				
	Wallis and Futuna – Wallis-et-Futuna		Surveillance	DA				
South-East Asia – Asie du Sud-Est		700 943 942			283	357 593 306	253 551 569	70.91
	Bangladesh	49 660 000	Ongoing – En cours	DA	4	8 660 332	7 133 685	82.37
	India ^b – Inde ^b	489 133 952	Ongoing – En cours	DA	102	248 675 264	177 593 156	71.42
	Indonesia – Indonésie	99 704 027	Ongoing – En cours	DA	85	44 655 202	23 393 624	52.39
	Maldives		Surveillance	DA				
	Myanmar	39 527 180	Ongoing – En cours	DA	36	33 750 307	29 314 897	86.86
	Nepal – Népal	21 852 201	Ongoing – En cours	DA	56	21 852 201	16 116 207	73.75
	Sri Lanka		Surveillance	DA				
	Thailand – Thaïlande		Surveillance	DA				
	Timor-Leste	1 066 582	No MDA – Pas d'AMM	DA				
Total		1 241 895 688			1 419	563 467 068	410 238 532	72.81

IVM+ALB, ivermectin plus albendazole; DEC+ALB, diethylcarbamazine citrate (DEC) plus albendazole.

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

^b Provisional reports. Data can be updated. – Données provenant de rapports provisoires. Données qui peuvent être mises à jour.

Figure 1 **Number of countries in each stage of the programme by region by WHO region or regional programme review group, 2013**
 Figure 1 **Nombre de pays pour chaque étape programmatique, par Région de l'OMS ou programme régional, en 2013**

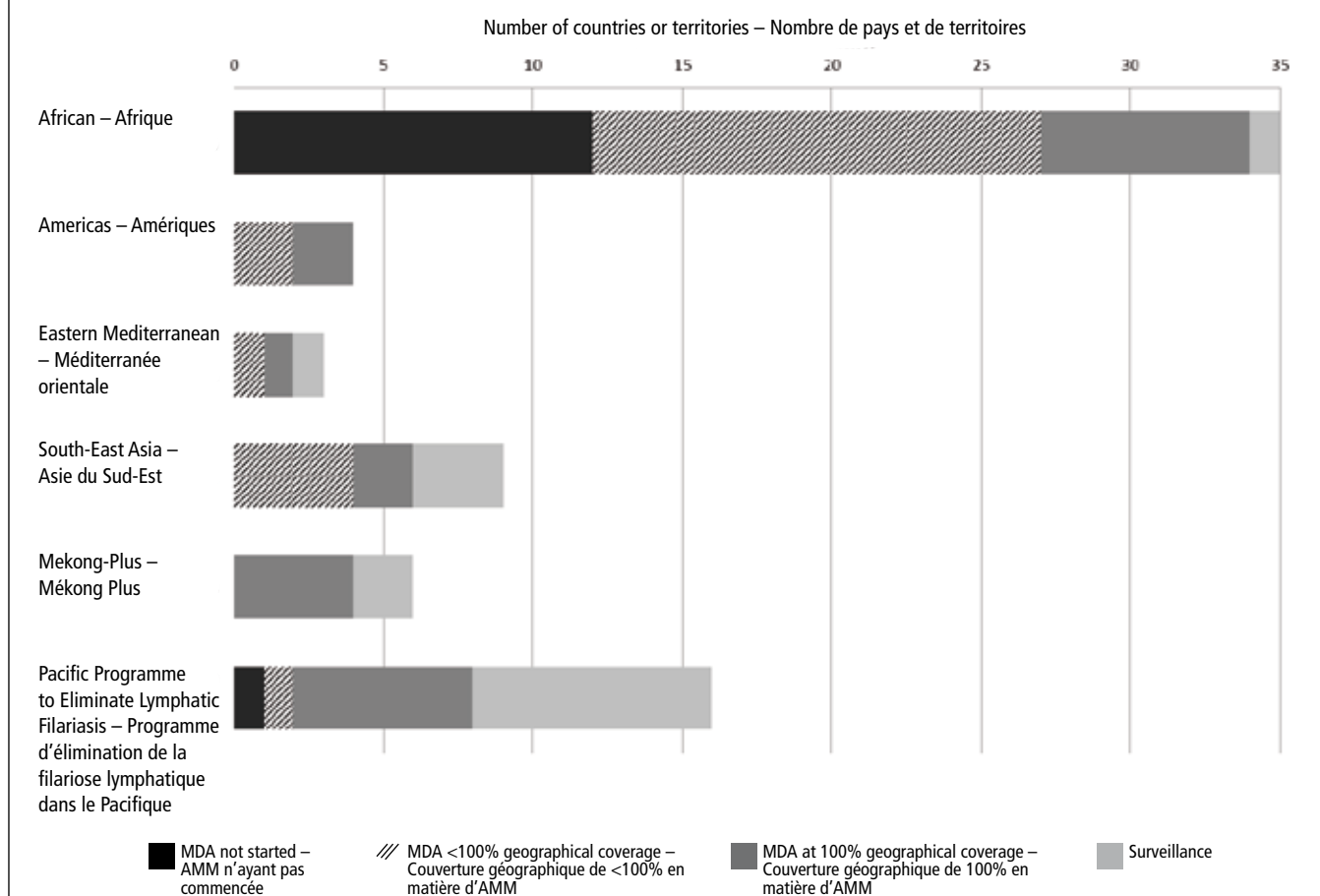


Table 2 **Mass drug administration (MDA) implemented for lymphatic filariasis (LF) by WHO region or regional programme review group, 2013**

Tableau 2 **Administration massive de médicaments (AMM) contre la filariose lymphatique par Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme, 2013**

WHO region or regional programme review group – Région OMS ou groupe régional d'examen du Programme	No. of LF endemic countries – Nombre de pays d'endémie	Estimated population requiring MDA – Estimations de la population nécessitant l'AMM	No. of countries initiated MDA – Nbre de pays ayant mis en place une AMM	No. of countries stopped MDA partially – Nbre de pays ayant arrêté l'AMM	No. of countries stopped MDA nationwide – Nbre de pays ayant arrêté l'AMM au niveau national	Total population estimated to be covered by MDA – Estimations de la population totale couverte par l'AMM	Total population reported to have ingested drugs as part of MDA – Population totale ayant ingéré les médicaments dans le cadre de l'AMM	Reported coverage (%) – Couverture notifiée (%)
African – Afrique	35	472 102 337	23	9	1	167 666 977	127 603 682	76.11
Americas – Amériques	4	12 048 009	4	3	0	8 672 008	7 133 309	82.26
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	3	20 443 951	3	1	1	883 697	803 344	90.91
Mekong-Plus – Mékong Plus	6	30 195 292	6	2	2	28 587 006	21 096 333	73.80
Pacific – Pacifique	16	6 162 157	15	5	8	64 074	50 295	78.50
South-East Asia – Asie du Sud-Est	9	700 943 942	9	5	3	357 593 306	253 551 569	70.91
Total	73	1 241 895 688	60	25	15	563 467 068	410 238 532	72.81

endemic.¹¹ These formerly endemic countries continue to conduct coordinated surveillance activities. Currently, Brazil, Guyana, Haiti and the Dominican Republic are considered to have a total of 12 million people living in endemic areas where MDA is required. In 2013, MDA was implemented in all endemic areas of Haiti, achieving 82.8% coverage of the 8.5 million people targeted. In Brazil MDA was implemented in 2 IU's where >5 rounds of MDA have been completed. One remaining focus of LF infection was identified in the Dominican Republic and the programme plans to implement MDA in this area during 2014. Guyana did not implement MDA in any of the endemic regions in 2013, but initiated surveys to reassess the burden of disease and revise the elimination plan. The TAS has been implemented and MDA stopped in at least some endemic areas in Brazil and the Dominican Republic.

Eastern Mediterranean Region

In this Region, Egypt, Sudan, and Yemen are endemic for LF. In 2013 Egypt conducted MDA, treating about 0.5 million people, and subsequently conducted a TAS which indicated that prevalence of infection was below threshold indicators and MDA was therefore stopped. Surveillance in Yemen is ongoing since 2011 after stopping MDA. Sudan started MDA in Blue Nile State and achieved 87.8% coverage of the 0.3 million people targeted. Sudan is in the process of re-assessing endemicity and revising plans for implementation of MDA.

South-East Asia Region

About 56.5% of the global population requiring MDA for LF lives in the South-East Asia Region, where there are 9 endemic countries. Sri Lanka and Maldives continued surveillance since stopping MDA in 2007 and 2009 respectively. Thailand is now conducting surveillance since delivering the last round of MDA in 2012. Timor-Leste did not implement MDA in 2013.

In 2013, overall 357.6 million people in the Region were targeted for MDA, and 253.6 million (70.9%) were treated. The number of people treated in the Region in 2013 is 209 million less than that reported for 2012. Indonesia treated 23.4 million and achieved 52.4% coverage of the 44.7 million people targeted for MDA. India accounts for 68.5% of the total population requiring MDA in the Region (489.1 million people). Of the 255 endemic IUs in India, 11 conducted a TAS and stopped MDA and an additional 53 IUs stopped MDA while waiting to conduct a TAS. The provisional report from India indicates that 177.6 million people were treated in 102 of 191 IUs requiring MDA.

Western Pacific Region

The population requiring MDA from countries of the Western Pacific Region makes up 2.9% of the global population considered to require MDA. Countries from this Region represent the majority (10/15) of those progressing successfully from MDA to surveillance.

pays où la maladie n'est pas endémique.¹¹ Ces anciens pays d'endémie continuent leurs activités de surveillance coordonnées. Au Brésil, au Guyana, à Haïti et en République dominicaine, on considère que 12 millions de personnes vivent dans des zones d'endémie où une AMM est requise. En 2013, une AMM a été menée dans toutes les zones d'endémie d'Haïti, avec une couverture de 82,8% des 8,5 millions de personnes ciblées. Au Brésil, une AMM a été conduite dans 2 unités de mise en œuvre avec >5 campagnes. Un foyer restant d'infection de la FL a été recensé en République dominicaine et le Programme prévoit de mener une AMM dans cette zone en 2014. Le Guyana n'a mené aucune AMM dans les régions d'endémie en 2013, mais il a lancé des enquêtes pour réévaluer la charge de morbidité et réviser le plan d'élimination. Dans au moins quelques zones d'endémie du Brésil et de la République dominicaine, l'enquête d'évaluation de la transmission a été menée et l'AMM arrêtée.

Région de la Méditerranée orientale

Dans cette Région, la FL est endémique en Égypte, au Soudan et au Yémen. En 2013, l'Égypte a mené une AMM (environ 500 000 personnes traitées), suivie d'une enquête d'évaluation de la transmission qui a révélé que la prévalence de l'infection était inférieure aux seuils indicateurs, ce qui l'a conduite à cesser le traitement de masse. La surveillance est en cours au Yémen depuis l'arrêt de l'AMM en 2011. Le Soudan a commencé une AMM dans l'État du Nil Bleu et il a atteint une couverture de 87,8% sur 300 000 personnes ciblées. Actuellement, le Soudan réévalue les niveaux d'endémicité et révisé les plans de mise en œuvre de l'AMM.

Région de l'Asie du Sud-Est

Environ 56,5% de la population mondiale qui a besoin d'une AMM contre la FL vit dans la Région de l'Asie du Sud-Est, où l'on dénombre 9 pays d'endémie. Le Sri Lanka et les Maldives ont poursuivi la surveillance qu'ils avaient entamée après avoir arrêté l'AMM en 2007 et 2009, respectivement. La Thaïlande effectue aujourd'hui une surveillance après avoir réalisé une dernière campagne d'AMM en 2012. Le Timor Leste n'a pas mis en œuvre d'AMM en 2013.

En 2013, l'AMM ciblait au total 357,6 millions de personnes dans la Région et, parmi elles, 253,6 millions (70,9%) ont été traitées. Le nombre de personnes traitées dans la Région en 2013 est inférieur de 209 millions à celui notifié pour 2012. L'Indonésie a traité 23,4 millions de personnes et obtenu une couverture de 52,4% sur 44,7 millions de personnes ciblées pour l'AMM. L'Inde abrite 68,5% de la population totale qui a besoin d'une AMM dans la Région (489,1 millions de personnes). Sur 255 unités de mise en œuvre touchées par l'endémie dans ce pays, 11 ont mené une enquête d'évaluation de la transmission et arrêtent l'AMM, et 53 autres ont arrêté l'AMM et attendent de conduire une telle enquête. Selon le rapport provisoire de l'Inde, 177,6 millions de personnes ont été traitées dans 102 des 191 unités de mise en œuvre nécessitant une AMM que compte le pays.

Région du Pacifique occidental

La population des pays de la Région du Pacifique occidental qui a besoin d'une AMM représente 2,9% de la population mondiale ayant besoin d'une AMM. Les pays de cette Région constituent la majorité des pays qui passent avec succès de l'AMM à la surveillance (10 sur 15).

¹¹ See No. 35, 2011, pp. 377–388.

¹¹ Voir N° 35, 2011, pp. 377-388.

Mekong-Plus

The Mekong-Plus area includes the following endemic countries: Brunei Darussalam, Cambodia, the Lao People's Democratic Republic, Malaysia, the Philippines and Viet Nam. Of the 28.6 million people targeted for MDA in this subregion in 2013, 21.1 million (73.8%) were treated.

Brunei Darussalam initiated MDA in 3 IUs, achieving coverage ranging from 27% to 88%. Viet Nam and Cambodia continued surveillance after stopping MDA since 2009 and 2010 respectively. Viet Nam conducted a national morbidity survey to identify priority areas for intensified morbidity management and disability prevention services. The Lao People's Democratic Republic conducted MDA in the last remaining endemic province and is planning for a TAS. The Philippines conducted MDA in 2013, treating 20.4 million and expects to complete 5 rounds in all endemic areas by 2014. Malaysia completed 5 rounds in 2008, stopped MDA in 2009, and conducted a TAS in 2011. In 50 IUs where prevalence of infection remained above target thresholds, 2 additional rounds of MDA were conducted and the TAS was repeated. All IUs met criteria for stopping MDA except 5 where both MDA with vector control activities are now implemented.

Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis

In the Pacific Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis (PacELF), 7 of 16 endemic countries have reduced prevalence below target thresholds and stopped MDA. These countries (American Samoa, the Cook Islands, Marshall Islands, Niue, Tonga, Vanuatu, and Wallis and Futuna) are implementing post-MDA surveillance and by 2016 are expected to submit dossiers documenting elimination. Palau implemented epidemiological surveys which determined that MDA was not required and is conducting surveillance. Two countries (Fiji and Kiribati) reported data on implementation in 2013. Of the 64 000 people targeted for MDA in PacELF in 2013, 50 000 (78.5%) were treated. Reports from 2 countries (Federal States of Micronesia, French Polynesia) are awaited.

Papua New Guinea accounts for 90% of the population requiring MDA in PacELF. Again in 2013 MDA was not implemented in Papua New Guinea. However, in 2014 MDA was planned and launched successfully in New Ireland Province; data will be reported in the 2014 progress report.

Scaling down – evidence of GPELF success

Since publication of the standardized TAS protocol in 2012 with the supporting training materials, the number of countries and districts completing 5 or more rounds of MDA and implementing the TAS has accelerated. This momentum has been enabled through the progressive roll-out of the WHO regional TAS training workshops. By the end of 2013, 37 countries (50%) had achieved 100% geographical coverage of MDA, i.e. had started MDA in all the endemic districts. The number of countries which have stopped MDA in at least one IU as a

Mékong-Plus

La zone du Mékong-Plus comprend les pays d'endémie suivants: le Brunéi Darussalam, le Cambodge, la Malaisie, les Philippines, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam. Sur 28,6 millions de personnes ciblées pour l'AMM dans cette sous-région en 2013, 21,1 millions (73,8%) ont été traitées.

Le Brunéi Darussalam a entamé une AMM dans 3 unités de mise en œuvre, obtenant une couverture allant de 27% à 88%. Le Viet Nam et le Cambodge ont poursuivi la surveillance après avoir arrêté l'AMM en 2009 et 2010, respectivement. Le Viet Nam a mené une enquête nationale sur la morbidité afin de recenser les zones prioritaires où intensifier les services de prise en charge de la morbidité et de prévention du handicap. La République démocratique populaire lao a mené une AMM dans la dernière province d'endémie et prévoit de conduire une enquête d'évaluation de la transmission. Les Philippines ont mené une AMM en 2013, durant laquelle 20,4 millions de personnes ont été traitées, et devraient mener 5 campagnes dans toutes les zones d'endémie d'ici fin 2014. La Malaisie a mené 5 campagnes en 2008, arrêté l'AMM en 2009, et mené une enquête d'évaluation de la transmission en 2011. Sur 50 unités de mise en œuvre où la prévalence de l'infection reste supérieure aux seuils ciblés, 2 campagnes d'AMM supplémentaires ont été menées et une nouvelle enquête d'évaluation de la transmission a été réalisée. Toutes les unités de mise en œuvre ont satisfait aux critères pour arrêter l'AMM, sauf 5 où une AMM et des activités de lutte antivectorielle sont aujourd'hui mises en œuvre.

Programme d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique

Dans le cadre du Programme d'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique (PacELF), 7 des 16 pays d'endémie ont réduit la prévalence sous les seuils ciblés et cessé l'AMM. Ces pays (Îles Cook, Îles Marshall, Nioué, Samoa américaines, Tonga, Vanuatu et Wallis-et-Futuna) mettent actuellement en œuvre une surveillance post-AMM et devraient soumettre d'ici 2016 des dossiers sur la situation de l'élimination. La République des Palaos a mené des enquêtes épidémiologiques qui ont montré que l'AMM était inutile, et mène actuellement une surveillance. Deux pays (Fidji et Kiribati) ont communiqué des données sur la mise en œuvre en 2013. Sur 64 000 personnes ciblées pour l'AMM dans la zone du PacELF en 2013, 50 000 (78,5%) ont été traitées. On attend les rapports d'un pays (États fédérés de Micronésie) et d'un territoire (Polynésie française).

La Papouasie-Nouvelle-Guinée abrite 90% de la population qui a besoin d'une AMM dans la zone du PacELF. En 2013, de nouveau, aucune AMM n'a été mise en œuvre en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Mais en 2014, une AMM a été planifiée et lancée avec succès dans la province de Nouvelle-Irlande; les données s'y rapportant figureront dans le rapport de situation 2014.

La réduction des activités témoigne du succès du GPELF

Depuis la publication du protocole standardisé pour les enquêtes d'évaluation de la transmission en 2012, et du matériel de formation connexe, le nombre de pays et de districts qui ont effectué 5 campagnes d'AMM ou plus et mené l'enquête d'évaluation a rapidement augmenté. Cette dynamique a été rendue possible par le déploiement progressif des ateliers de formation régionaux de l'OMS sur les enquêtes d'évaluation de la transmission. À la fin de l'année 2013, 37 pays (50%) avaient obtenu une couverture géographique de 100% en matière d'AMM, c'est-à-dire avaient commencé une AMM dans tous les districts

result of the TAS, or while monitoring sentinel sites to determine eligibility for a TAS, is 25 (34%).

Stopping MDA and initiating post-MDA surveillance in part of a country or nationwide has an important implication for the GPELF. In principle, the population requiring PC for LF in a country is estimated as the total population in all districts in the given LF-endemic country where MDA has not been initiated or is ongoing. Once a national programme officially reports to WHO that MDA has been stopped in a district as a result of the TAS or similar transmission assessment, the population requiring PC for LF is revised by subtracting the total population in that district.

In 2013, the largest decrease in the regional population requiring PC for LF was observed in South-East Asia Region. By end of 2013, cessation of MDA was reported for 64 districts in India, 57 districts in Indonesia, 15 districts in Bangladesh, 5 districts in Nepal and 3 districts in Myanmar; this resulted in reduction of the population requiring PC for LF in the Region from 843.2 million in 2012 to 701 million in 2013. Globally the population requiring PC for LF has diminished from 1.380 billion in 2012 to 1.242 billion in 2013. In 2014, >500 districts in 27 countries are known to have planned implementation of a TAS, and therefore further reduction is expected; this will move the GPELF significantly closer to the goal of elimination. ■

d'endémie. On dénombre 25 pays (34%) qui, dans au moins une unité de mise en œuvre, ont cessé l'AMM en raison des résultats de l'enquête d'évaluation de la transmission ou durant un contrôle mené dans les sites sentinelles pour déterminer si les critères pour une telle enquête étaient remplis.

L'arrêt de l'AMM et la mise en place d'une surveillance post-AMM dans tout ou partie du pays ont une importante implication pour le GPELF. En principe, on estime que la population nationale ayant besoin d'une chimioprévention contre la FL correspond à la population totale de tous les districts du pays d'endémie de la FL en question dans lesquels l'AMM n'a pas été lancée ou est en cours. Une fois qu'un programme national déclare officiellement à l'OMS que l'AMM a été arrêtée dans un district du fait de l'enquête d'évaluation de la transmission ou d'une évaluation similaire de la transmission, on révisé le chiffre de la population totale ayant besoin d'une chimioprévention contre la FL en soustrayant la population totale du district en question.

En 2013, la plus forte baisse de la population régionale ayant besoin d'une chimioprévention contre la FL a été observée dans la Région de l'Asie du Sud-Est. Fin 2013, l'arrêt de l'AMM a été notifié pour 64 districts en Inde, 57 districts en Indonésie, 15 districts au Bangladesh, 5 districts au Népal et 3 districts au Myanmar; cela a eu pour effet de réduire la population ayant besoin d'une chimioprévention contre la FL dans la Région, qui est passée de 843,2 millions en 2012 à 701 millions en 2013. À l'échelle mondiale, la population ayant besoin d'une chimioprévention contre la FL est passée de 1,380 milliard en 2012 à 1,242 milliard en 2013. En 2014, >500 districts de 27 pays ont prévu de mener une enquête d'évaluation de la transmission, et la baisse devrait donc se poursuivre, ce qui rapprochera sensiblement le GPELF du but de l'élimination. ■

Children: reducing mortality

(Fact sheet revised 16 September 2014)

A child's risk of dying is highest in the neonatal period, the first 28 days of life. Safe childbirth and effective neonatal care are essential to prevent these deaths as 44% of child deaths under the age of 5 take place during the neonatal period.

Preterm birth, intrapartum-related complications (birth asphyxia or lack of breathing at birth), and infections cause most neonatal deaths. From the end of the neonatal period and through the first 5 years of life, the main causes of death are pneumonia, diarrhoea and malaria. Malnutrition is the underlying contributing factor in about 45% of all child deaths, making children more vulnerable to severe diseases.

Overall, substantial progress has been made towards achieving Millennium Development Goal (MDG) 4. Since 1990 the global under-5 mortality rate has dropped from 90 deaths per 1000 live births in 1990 to 46 in 2013. But the rate of this reduction in under-5 mortality is still insufficient to reach the MDG target of a two-thirds reduction of 1990 mortality levels by the year 2015.

Who is most at risk?

Newborns

Nearly 3 million babies die every year in their first month of life and a similar number are stillborn. Within

Enfants: réduire la mortalité

(Aide-mémoire révisé le 16 septembre 2014)

Pour un enfant, le risque de décès est le plus élevé pendant la période néonatale, c'est-à-dire au cours des 28 premiers jours de vie. L'accouchement dans de bonnes conditions et des soins néonataux efficaces sont essentiels pour éviter ces décès. Environ 44% des décès d'enfants de <5 ans surviennent pendant la période néonatale.

Les naissances prématurées, l'asphyxie à la naissance (l'enfant ne respire pas) et les infections sont à l'origine de la plupart des décès néonataux. Après cette période et pendant les 5 premières années, les principales causes de mortalité sont la pneumonie, la diarrhée et le paludisme. La malnutrition est un facteur sous-jacent dans environ 45% des décès, car elle rend les enfants plus vulnérables aux maladies graves.

Dans l'ensemble, on a beaucoup progressé dans la réalisation de du quatrième objectif du Millénaire pour le développement (OMD). Le taux de mortalité des enfants de <5 ans au niveau mondial est passé de 90 décès pour 1000 naissances vivantes en 1990 à 46 décès pour 1000 naissances vivantes en 2013. Mais le rythme de baisse reste insuffisant pour réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de <5 ans, conformément à la cible fixée.

Quels sont les enfants les plus exposés?

Nouveau-nés

Près de 3 millions d'enfants meurent chaque année avant l'âge de 1 mois et il y a un nombre équivalent d'enfants mort-nés.

the first month, up to one half of all deaths occur within the first 24 hours of life, and 75% occur in the first week. The 48 hours immediately following birth is the most crucial period for newborn survival. This is when the mother and child should receive follow-up care to prevent and treat illness.

Prior to birth, the mother can increase her child's chance of survival and good health by attending antenatal care consultations, being immunized against tetanus, and avoiding smoking and use of alcohol.

At the time of birth, a baby's chance of survival increases significantly with delivery in a health facility in the presence of a skilled birth attendant. After birth, essential care of a newborn should include:

- ensuring that the baby is breathing;
- starting the newborn on exclusive breastfeeding right away;
- keeping the baby warm; and
- washing hands before touching the baby.

Identifying and caring for illnesses in a newborn is very important, as a baby can become very ill and die quickly if an illness is not recognized and treated appropriately. Sick babies must be taken immediately to a trained health care provider.

Children under the age of 5

Under-5 deaths are increasingly concentrated in sub-Saharan Africa and Southern Asia, while the proportion in the rest of the world dropped from 32% in 1990 to 18% in 2013.

Children in sub-Saharan Africa are >15 times more likely to die before the age of 5 than children in developed regions. About half of under-5 deaths occur in only 5 countries: China, Democratic Republic of the Congo, India, Nigeria and Pakistan. India (21%) and Nigeria (13%) together account for more than a third of all under-5 deaths.

Children are at greater risk of dying before age 5 if they are born in rural areas, poor households, or to a mother denied basic education.

More than half of under-5 child deaths are caused by diseases that are preventable and treatable through simple, affordable interventions. Strengthening health systems to provide such interventions to all children will save many young lives.

Malnourished children, particularly those with severe acute malnutrition, have a higher risk of death from common childhood illness such as diarrhoea, pneumonia, and malaria. Nutrition-related factors contribute to about 45% of deaths in children aged under 5 years (*Table 1*).

Prevention with vaccines

For some of the most deadly childhood diseases, such as measles, polio, diphtheria, tetanus, pertussis, pneumonia due to *Haemophilus influenzae* type B and *Streptococcus pneumoniae* and diarrhoea due to rotavirus, vaccines are available and can protect children from illness and death.

Au cours de ce premier mois de vie, près la moitié des décès surviennent pendant les premières 24 heures et 75% pendant la première semaine. Les premières 48 heures qui suivent la naissance sont cruciales pour la survie du nouveau-né. C'est à ce moment que la mère et l'enfant doivent bénéficier d'un suivi attentif pour prévenir et traiter les maladies.

Avant la naissance, la mère peut améliorer les chances de survie et la santé de son enfant en allant aux consultations prénatales, en se faisant vacciner contre le tétanos et en évitant de fumer et de boire de l'alcool.

Au moment de la naissance, les chances de survie de l'enfant augmentent sensiblement s'il a lieu en présence d'un accoucheur qualifié et dans un établissement de santé. Après la naissance, les soins essentiels du nouveau-né sont les suivants:

- s'assurer que l'enfant respire;
- commencer immédiatement l'allaitement exclusif au sein;
- garder l'enfant au chaud; et
- se laver les mains avant de le toucher.

Il est aussi très important de repérer et de soigner les maladies du nouveau-né, car elles peuvent s'aggraver et entraîner la mort très rapidement si elles ne sont pas diagnostiquées ni traitées correctement. Les nourrissons malades doivent être vus immédiatement par un agent de santé qualifié.

Enfants de <5 ans

Les décès d'enfants de <5 ans sont de plus en plus concentrés en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, tandis que le pourcentage pour le reste du monde est tombé de 32% en 1990 à 18% en 2013.

En Afrique subsaharienne, les enfants ont >15 fois plus de risques de mourir avant l'âge de 5 ans que les enfants des régions développées. Cinq pays totalisent à eux seuls près de la moitié des décès dans cette tranche d'âge: la Chine, l'Inde, le Nigéria, le Pakistan et la République démocratique du Congo. L'Inde (21%) et le Nigéria (13%) totalisent à eux seuls plus du tiers des décès d'enfants de <5 ans.

Les enfants risquent davantage de mourir avant l'âge de 5 ans s'ils sont nés dans des régions rurales, dans des ménages pauvres ou si leur mère n'a pas reçu d'instruction élémentaire.

Plus de la moitié des décès d'enfants de <5 ans sont dus à des maladies qui pourraient être évitées ou traitées moyennant des interventions simples et d'un coût abordable. Le renforcement des services de santé pour que tous les enfants puissent bénéficier de ces interventions permettra de sauver de nombreuses vies.

Les enfants souffrant de malnutrition, en particulier ceux souffrant de malnutrition aiguë sévère, courent un risque plus élevé d'être victimes des maladies de l'enfance courantes comme la diarrhée, la pneumonie et le paludisme. Les facteurs liés à la nutrition contribuent à environ 45% des décès chez les enfants de <5 ans (*Tableau 1*).

Prévention vaccinale

Pour certaines des maladies les plus meurtrières de l'enfance, comme la rougeole, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la pneumonie due à *Haemophilus Influenzae* type B et *Streptococcus pneumoniae*, et la diarrhée à rotavirus, il existe des vaccins qui peuvent protéger les enfants et leur éviter de tomber malades ou de mourir.

Table 1 **Leading causes of death in post-neonatal children: risk factors and response**
 Tableau 1 **Principales causes de décès chez l'enfant: facteurs de risque et action**

Cause of death – Cause de mortalité	Risk factors – Facteurs de risques	Prevention – Prévention	Treatment – Traitement
Pneumonia, or other acute respiratory infections – Pneumonie, ou autres infections respiratoires aiguës	Low birth weight – Petit poids de naissance Malnutrition Non-breastfed children – Enfants non allaités au sein Overcrowded conditions – Promiscuité	Vaccination Adequate nutrition – Alimentation appropriée Exclusive breastfeeding – Allaitement exclusif Reduction of household air pollution – Meilleure qualité de l'air du logement	Appropriate care by a trained health provider – Soins adaptés, prodigués par un agent de santé qualifié Antibiotics – Antibiotiques Oxygen for severe illness – Oxygène en cas de maladie grave
Childhood diarrhoea – Diarrhée de l'enfant	Non-breastfed children – Enfants non allaités au sein Unsafe drinking water and food – Insalubrité de l'eau et des aliments Poor hygiene practices – Mauvaise hygiène Malnutrition	Exclusive breastfeeding – Allaitement exclusif Safe water and food – Salubrité de l'eau et des aliments Adequate sanitation and hygiene – Conditions d'hygiène et d'assainissement satisfaisantes Adequate nutrition – Alimentation appropriée Vaccination	Low-osmolarity oral rehydration salts (ORS) – Sels de réhydratation orale (SRO) à osmolarité réduite Zinc supplements – Suppléments de zinc

WHO response

In June 2014, WHO, UNICEF and partners issued the first-ever global plan to end preventable newborn deaths and stillbirths by 2035. The Every Newborn Action Plan calls for all countries to take steps to provide basic, cost-effective health services – in particular around the time of childbirth, as well as for small and sick babies – and to improve the quality of care.

Global response: Millennium Development Goals 4 and 5

The Millennium Development Goals adopted by the United Nations in 2000 aim to decrease child and maternal deaths worldwide by 2015. The fourth Millennium Development Goal (MDG) is to reduce the 1990 mortality rate among under-5 children by two thirds. Child mortality is also closely linked to MDG 5 to improve maternal health.

Since 44% of all child deaths occur within the first month of life, providing skilled care to mothers during pregnancy, as well as during and after birth, greatly contributes to child survival. Member States have set targets and developed specific strategies to reduce child mortality and monitor progress. ■

Action de l'OMS

En juin 2014, l'OMS, l'UNICEF et leurs partenaires ont publié le tout premier plan mondial pour mettre fin d'ici 2035 aux décès évitables de nouveau-nés et aux morts à la naissance. Le plan d'action Chaque nouveau-né appelle tous les pays à prendre des mesures pour fournir des services de santé de base, d'un bon rapport coût-efficacité – en particulier au moment de l'accouchement ainsi qu'aux nouveau-nés de faible poids ou malades – et à améliorer la qualité des soins.

Une action mondiale: les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement

Les objectifs du Millénaire pour le développement, adoptés par les Nations Unies en 2000, visent à faire baisser dans le monde entier les taux de mortalité pour les mères et les enfants d'ici 2015. Le quatrième OMD consiste à réduire de deux tiers par rapport à 1990, le taux de mortalité des enfants de <5 ans. La mortalité de l'enfant est aussi très liée à l'OMD 5, consacré à l'amélioration de la santé maternelle.

Comme 44% des décès d'enfants surviennent pendant le premier mois de la vie, des soins provenant de personnels qualifiés au cours de la grossesse, l'accouchement et après la naissance contribuent pour beaucoup à la survie de l'enfant. Les États Membres ont fixé des cibles et élaboré des stratégies spécifiques pour réduire la mortalité de l'enfant et suivre les progrès accomplis. ■