Schistosomiasis and soil-transmitted helminthiases: progress report, 2024

Background

Human infection with schistosomes and soil-transmitted helminths are causes of clinical morbidity in many areas of the world. Schistosomiasis is a water-borne parasitic infection caused by flatworms (trematodes) of the Schistosoma genus. Human schistosomiasis is caused mainly by 3 schistosome species: *Schistosoma haematobium*, *S. mansoni* and *S. japonicum*. *S. guineensis*, *S. intercalatum* and *S. mekongi* have a highly localized distribution in Central Africa and along the Mekong River in South-East Asia, respectively. Soil-transmitted helminthiases (STH) are infections caused by different parasite species, but the main ones are: *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Strongyloides stercoralis*, *Ancylostoma duodenale* and *Necator americanus*. The 2 latter species are indistinguishable microscopically and are usually reported together as "hookworms". Schistosomiasis and STH are neglected tropical diseases (NTD) and are transmitted mainly in areas with poor access to clean water and sanitation. Schistosomiasis occurs in focal areas and is closely linked to the presence of water bodies that harbour susceptible species of snails. The presence of an intermediate snail host in water is essential to allow *Schistosoma* to complete their life cycle. Schistosomiasis and STH can cause significant morbidity, including anaemia and nutritional disturbances. Schistosomiasis can also cause granuloma, organ pathology and cancer. In women, urogenital schistosomiasis may cause vaginal bleeding, pain during sexual intercourse and nodules in the vulva, now described as female genital schistosomiasis. In men, genital schistosomiasis symptoms termed as male genital schistosomiasis include ejaculatory pain, haematospermia, pain during urination, orchitis, epididymitis, prostatitis, fibrosis and calcification in organs and infertility. Groups at risk for STH and schistosomiasis are those in need of micronutrients: preschool-aged children (pre-SAC, 1–4 years of age), school-aged children (SAC, 5–14 years), women of reproductive age (WRA) and, for schistosomiasis only, adults and entire communities in high-risk areas.

To control schistosomiasis and STH, WHO recommends access to clean water and sanitation, behavioural change interventions and preventive chemotherapy (PC), which is the periodic administration of treatment with anthelminthic medicines (albendazole or mebendazole for STH and praziquantel for schistosomiasis) to populations at risk. PC of all groups at risk is a public health intervention, essential for preventing morbidity due to helminth infections and to sustained reduction of transmission. Additional measures such as snail control and environmental management are also recommended to control and eliminate schistosomiasis.

Schistosomiase et géohelminthiases: rapport de situation, 2024

Généralités

L'infection humaine par des schistosomes ou des géohelminthes entraîne une morbidité clinique dans de nombreuses régions du monde. La schistosomiase est une infection parasitaire d'origine aquatique causée par des vers plats (trématodes) du genre *Schistosoma*. La schistosomiase humaine est principalement causée par 3 espèces de schistosomes: *Schistosoma haematobium, S. mansoni* et *S. japonicum*. La présence de *S. guineensis*, *S. intercalatum* et *S. mekongi* est très localisée en Afrique centrale et le long du Mékong en Asie du Sud-Est, respectivement. Les géohelminthiases sont des infections causées par différentes espèces de parasites, dont les principales sont: *Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura, Strongyloides stercoralis, Ancylostoma duodenale* et *Necator americanus*. Ces 2 dernières sont indiscernables au microscope et sont généralement signalées ensemble sous le nom d'ankylostomes. La schistosomiase et les géohelminthiases sont des maladies tropicales négligées (MTN) qui se transmettent principalement dans des zones où l'accès à l'eau salubre et à l'assainissement est médiocre. La schistosomiase se concentre dans des zones où sa présence est étroitement liée à l'existence de masses d'eau abritant des espèces de gastéropodes susceptibles. La présence d'un gastéropode hôte intermédiaire dans l'eau est essentielle pour permettre à *Schistosoma* d'accomplir son cycle biologique. La schistosomiase et les géohelminthiases peuvent entraîner une morbidité importante, notamment une anémie, des troubles nutritionnels et, dans le cas de la schistosomiase, un granulome, des pathologies organiques et des cancers. Chez la femme, la schistosomiase urogénitale peut provoquer des saignements vaginaux, des douleurs lors des rapports sexuels et la formation de nodules au niveau de la vulve; on parle désormais de schistosomiase génitale féminine. Chez l'homme, les symptômes de la schistosomiase génitale, appelée schistosomiase génitale masculine, comprennent des douleurs lors de l'éjaculation, une hématospermie, des douleurs lors de la miction, une orchite, une épididymite, une prostatite, une fibrose et des calcifications au niveau des organes, ainsi qu'une infertilité. Les groupes plus particulièrement exposés au risque de géohelminthiases et de schistosomiase sont ceux qui ont besoin de micronutriments: les enfants d'âge préscolaire (1-4 ans), les enfants d'âge scolaire (5-14 ans), les femmes en âge de procréer et également, pour la schistosomiase, les adultes et des communautés entières vivant dans des zones à haut risque.

Pour lutter contre la schistosomiase et les géohelminthiases, l'OMS recommande d'assurer l'accès à l'eau salubre et à l'assainissement, de mettre en œuvre des interventions visant à modifier les comportements et de mener des campagnes de chimioprévention (CP), qui consistent à administrer périodiquement des médicaments anthelminthiques (albendazole ou mébendazole pour les géohelminthiases et praziquantel pour la schistosomiase) aux populations à risque. L'administration d'une CP à tous les groupes à risque est une intervention de santé publique essentielle pour prévenir la morbidité due aux infections helminthiques et pour réduire durablement la transmission. Pour contrôler et éliminer la schistosomiase, il est également recommandé de mettre en œuvre des mesures supplémentaires, telles que la lutte contre les gastéropodes et la gestion de l'environnement.

Global status of PC coverage in 2024

Schistosomiasis is endemic in 79 countries in 2024. Transmission of *Schistosoma haematobium* has been confirmed in Cabo Verde, a country which was not previously endemic.[1] In 2024, PC was required for schistosomiasis in 50 countries with 134.8 million SAC and 118.9 million adults in need of treatment. For STH, PC was required in 84 countries: 255.8 million pre-SAC and 627.5 million SAC. In addition, 247 million of WRA were estimated to require PC for STH.

This report documents global and regional progress in PC coverage for schistosomiasis and STH in 2024 and the impact of control intervention as reported by ministries of health to WHO. An online PC data portal[2] holds details on each endemic country, including data reported by non-governmental organizations after validation by countries. Details of the methods used to collect and analyse data have been published.[3] Data from the country reports for 2024 that had not been received at the time of publication will be made available on the PC data portal.

Numbers of people treated for schistosomiasis and STH in 2024

Provision of PC for schistosomiasis and STH in 2024, globally and by WHO region, is summarized in *Table 1*. In 2024, PC was provided to 100.5 million people (83.1 million SAC and 17.4 million adults) for schistosomiasis in 35 countries, reaching 39.6% global coverage (61.7% for SAC and 14.6% for adults). In addition, 403 986 children aged <5 years old were reported to receive PC for SCH in 3 countries – 61 281 children in the Gambia, 109 764 children in the United Republic of Tanzania (Zanzibar) and 232 941 in the Philippines. Regarding STH, 497.9 million children (102.5 million pre-SAC and 395.4 million SAC) received PC in 2024 representing a global coverage of 56.4% (40.1% for pre-SAC and 63% for SAC). In addition, 98.4 million WRA received STH treatment with albendazole through lymphatic filariasis elimination programmes in 8 countries while 17.7 million were treated for STH in 9 countries.

In the African region, 82.6 million SAC and 15.6 million adults received PC for schistosomiasis, reaching a regional coverage of 41.4% (66% for SAC and 13.9% for adults). For STH, 119.7 million children in need of treatment were covered by PC (47.8%) in 2024 (19.6%

[1] da Costa VM et al. Urinary schistosomiasis outbreak in Cabo Verde: the first description in the country, May-June, 2022. PAMJ-One Health. 2024;13(13). 10.11604/pamj-oh.2024.13.13.41435

[2] Preventive chemotherapy data portal. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/data/preventive-chemotherapy, accessed October 2025).

[3] See No. 25, 2011, pp. 257–268.

Situation de la couverture de la CP dans le monde en 2024

En 2024, la schistosomiase était endémique dans 79 pays. La transmission de *Schistosoma haematobium* a été confirmée à Cabo Verde, un pays où la schistosomiase n'était pas auparavant endémique.[1] En 2024, la CP contre la schistosomiase était nécessaire dans 50 pays, où 134,9 millions d'enfants d'âge scolaire et 118,9 millions d'adultes avaient besoin d'un traitement. Pour les géohelminthiases, une CP était requise dans 84 pays pour 255,8 millions d'enfants d'âge préscolaire et 627,5 millions d'enfants d'âge scolaire. En outre, on estimait que 247 millions de femmes en âge de procréer avaient besoin d'une CP contre les géohelminthiases.

Le présent rapport décrit les progrès réalisés dans la couverture de la CP contre la schistosomiase et les géohelminthiases en 2024 aux niveaux mondial et régional et l'impact des interventions de lutte contre ces maladies, d'après les rapports transmis à l'OMS par les ministères de la santé. Le portail en ligne de données sur la CP[2] fournit des informations détaillées pour chaque pays d'endémie, y compris des données communiquées par des organisations non gouvernementales après validation par les pays. Des explications précises sur les méthodes employées pour la collecte et l'analyse des données ont été publiées.[3] Les données de 2024 qui n'avaient pas encore été transmises par les pays au moment de la publication du présent rapport seront disponibles dans le portail de données sur la CP.

Nombre de personnes traitées contre la schistosomiase et les géohelminthiases en 2024

Le *Tableau 1* résume les données relatives à l'administration de la CP contre la schistosomiase et les géohelminthiases en 2024, à l'échelle mondiale et par Région de l'OMS. En 2024, 100,5 millions de personnes (83,1 millions d'enfants d'âge scolaire et 17,4 millions d'adultes) ont reçu une CP contre la schistosomiase dans 35 pays, soit une couverture globale de 39,6% (61,7% des enfants d'âge scolaire et 14,6% des adultes). En outre, 403 986 enfants âgés de <5 ans ont reçu une CP contre la schistosomiase dans 3 pays – 61 281 enfants en Gambie, 109 764 enfants en République-Unie de Tanzanie (Zanzibar) et 232 941 enfants aux Philippines. Pour les géohelminthiases, 497,9 millions d'enfants (102,5 millions d'âge préscolaire et 395,4 millions d'âge scolaire) ont reçu une CP en 2024, ce qui représente une couverture mondiale de 56,4% (40,1% des enfants d'âge préscolaire et 63% d'âge scolaire). En outre, 98,4 millions de femmes en âge de procréer ont reçu de l'albendazole contre les géohelminthiases dans le cadre des programmes d'élimination de la filariose lymphatique dans 8 pays, tandis que 17,7 millions ont reçu un traitement ciblé contre les géohelminthiases dans 9 pays.

Dans la Région africaine, 82,6 millions d'enfants d'âge scolaire et 15,6 millions d'adultes ont reçu une CP contre la schistosomiase, soit un taux de couverture régionale de 41,4% (66% des enfants d'âge scolaire et 13,9% des adultes). En ce qui concerne les géohelminthiases, 119,7 millions d'enfants nécessitant un

[1] Veruska Maia da Costa et al. Urinary schistosomiasis outbreak in Cabo Verde: the first description in the country, May-June, 2022. PAMJ-One Health. 2024;13(13). 10.11604/pamj-oh.2024.13.13.41435

[2] Preventive chemotherapy data portal. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (https://www.who.int/data/preventive-chemotherapy, consulté en octobre 2025).

[3] Voir N° 25, 2011, pp. 257-268.

Table 1 **Global and regional numbers of people treated with preventive chemotherapy for soil-transmitted helminthiases (STH) and schistosomiasis (SCH) in 2024**

Tableau 1 **Nombre de personnes ayant reçu une chimioprévention contre les géohelminthiases et la schistosomiase en 2024, aux niveaux mondial et régional**

	WHO Region – Région de l'OMS						
	African – Afrique	The Americas – Amériques	South-East Asia – Asie du Sud-Est	European – Europe	Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	Western Pacific – Pacifique occidental	Global – Ensemble du monde
Soil-transmitted helminthiases – Géohelminthiases							
Number of countries requiring PC – Nombre de pays où la CP est nécessaire	37	16	8	3	6	14	84
Number of countries with no data available – Nombre de pays pour lesquels il n'y a pas de données	0	0	0	0	0	3	3
Preschool-aged children – Enfants d'âge préscolaire							
Number of countries reporting – Nombre de pays rapportant des données	11	2	5	0	1	5	24
Number of preschool-aged children requiring PC – Nombre d'enfants d'âge préscolaire ayant besoin d'une CP	80 692 117	7 104 568	129 122 149	2 323 960	19 585 008	16 978 439	255 806 241
Number of preschool-aged children requiring PC treated[a] – Nombre d'enfants d'âge préscolaire ayant besoin d'une CP qui ont été traités[a]	15 826 267	428 521	77 692 270	0	874 304	7 702 614	102 523 976
Coverage (%) – Couverture (%)	19.6	6.0	60.2	0	4.5	45.4	40.1
School-aged children – Enfants d'âge scolaire							
Number of countries reporting – Nombre de pays rapportant des données	29	3	7	0	2	6	47
Number of school-aged children requiring PC – Nombre d'enfants d'âge scolaire ayant besoin d'une CP	169 755 541	18 485 562	354 506 021	3 637 699	42 114 092	39 025 424	627 524 338
Number of school-aged children requiring PC treated[a] – Nombre d'enfants d'âge scolaire ayant besoin d'une CP qui ont été traités[a]	103 883 293	2 387 140	248 192 602	0	20 681 143	20 216 147	395 360 326
Coverage (%) – Couverture (%)	61.2	12.9	70.0	0	49.1	51.8	63.0
Total number of children – Nombre total d'enfants							
Total number of children requiring PC – Nombre total d'enfants ayant besoin d'une CP	250 447 658	25 590 130	483 628 170	5 961 659	61 699 100	56 003 863	883 330 579
Total number of children requiring PC and treated[a] – Nombre total d'enfants ayant besoin d'une CP et ayant été traités[a]	119 709 560	2 815 661	325 884 872	0	21 555 447	27 918 761	497 884 302
Coverage (%) – Couverture (%)	47.8	11.0	67.4	0	34.9	49.9	56.4
Schistosomiasis – Schistosomiase							
Number of countries requiring PC – Nombre de pays où la CP est nécessaire	41	2	1	0	3	3	50
School-aged children – Enfants d'âge scolaire							
Number of countries reporting – Nombre de pays rapportant des données	31	0	1	0	0	3	35
Number of school-aged children requiring PC – Nombre d'enfants d'âge scolaire ayant besoin d'une CP	125 222 643	2 277 971	5 459	0	6 155 269	1 145 342	134 806 683

Table 1 *(continued)* – Tableau 1 *(suite)*

	WHO Region – Région de l'OMS						
	African – Afrique	The Americas – Amériques	South-East Asia – Asie du Sud-Est	European – Europe	Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	Western Pacific – Pacifique occidental	Global – Ensemble du monde
Number of school-aged children requiring PC treated – Nombre d'enfants d'âge scolaire ayant besoin d'une CP qui ont été traités	82 609 759	0	3 455	0	0	513 212	83 126 426
Coverage (%) – Couverture (%)	66.0	0	63.3	0	0	44.8	61.7
Adults – Adultes							
Number of countries reporting – Nombre de pays rapportant des données	17	0	1	0	0	3	21
Number of adults requiring PC – Nombre d'adultes ayant besoin d'une CP	112 313 016	0	24 209	0	4 247 631	2 279 996	118 864 852
Number of adults requiring PC treated – Nombre d'adultes ayant besoin d'une CP qui ont été traités	15 618 397	0	8 551	0	0	1 741 757	17 368 705
Coverage (%) – Couverture (%)	13.9	0	35.3	0	0	76.4	14.6
Total number of people – Nombre total de personnes							
Total number of people requiring PC – Nombre total de personnes ayant besoin d'une CP	237 535 659	2 277 971	29 668	0	10 402 900	3 425 338	253 671 535
Total number of people requiring PC and treated – Nombre total de personnes ayant besoin d'une CP et ayant été traités	98 228 157	0	12 006	0	0	2 254 969	100 495 132
Coverage (%) – Couverture (%)	41.4	0	40.5	0	0	65.8	39.6

[a] Number treated in areas requiring PC is the number of children received PC for STH at least once in the reporting year in areas where baseline prevalence of infection is ≥20% or impact prevalence is ≥2%. – Le nombre d'enfants ayant besoin d'une CP et traités est le nombre d'enfants ayant reçu une CP contre la schistosomiase au moins une fois dans l'année considérée dans les zones où la prévalence de base de l'infection est de≥20% ou l'impact de la prévalence est ≥2%.

for pre-SAC and 61.2% for SAC). Only 11 and 29 countries out of 37 reported the treatment of pre-SAC and SAC respectively.

In the Americas, no PC for schistosomiasis was conducted in the 2 endemic countries requiring PC (Brazil and Venezuela (Bolivarian Republic of)), while only 3 countries reported PC for STH treating 2.8 million children and representing 11% regional coverage (6% for pre-SAC and 12.9% for SAC).

In the Eastern Mediterranean region, no PC for schistosomiasis was reported from the 3 countries in need (Somalia, Sudan and Yemen). Egypt, after long-term, tremendous effort, has decreased the prevalence of schistosomiasis at a level that could be considered as not requiring PC. Both Afghanistan and Pakistan require PC and implemented this intervention in 2024. For STH, 21.6 million children received treatment, representing 34.9% of the total number of children in need of PC for STH in the region. In 2024, the number of countries in need of PC for STH in the region decreased from 7 to 6.

traitement ont reçu une CP (19,6% des enfants d'âge préscolaire et 61,2% des enfants d'âge scolaire, soit 47,8% au total) en 2024. Seuls 11 et 29 pays sur 37 ont indiqué avoir traité les enfants d'âge préscolaire et scolaire, respectivement.

Dans les Amériques, aucune campagne de CP contre la schistosomiase n'a été menée dans les 2 pays d'endémie qui en avaient besoin (Brésil et République bolivarienne du Venezuela), tandis que seuls 3 pays ont indiqué avoir mené des campagnes de CP contre les géohelminthiases et traité 2,8 millions d'enfants, ce qui représente une couverture régionale de 11% (6% des enfants d'âge préscolaire et 12,9% des enfants d'âge scolaire).

Dans la région de la Méditerranée orientale, aucune CP contre la schistosomiase n'a été administrée dans les 3 pays qui en avaient besoin (Somalie, Soudan et Yémen). Après des efforts considérables déployés sur le long terme, l'Égypte a réduit la prévalence de la schistosomiase à un niveau tel qu'elle peut désormais être considérée comme ne nécessitant plus de CP. L'Afghanistan et le Pakistan, où la CP contre les géohelminthiases est nécessaire, ont tous deux mené des campagnes de CP en 2024. Un traitement contre les géohelminthiases a été administré à 21,6 millions d'enfants, soit 34,9% du nombre total d'enfants ayant besoin d'une CP dans la Région. En 2024, le

After conducting a mapping survey, Djibouti was classified as a country not requiring PC for STH.

In the European region, 3 countries endemic for STH did not report any treatment in 2024.

In the South-East Asia region, 2 districts in Indonesia are endemic for schistosomiasis and 12 006 people were treated. PC for STH was conducted in 7 out of the 8 countries requiring mass treatment, treating 325.9 million children with a regional coverage of 67.4%. Bhutan is the only country in the region which did not report data.

In the Western Pacific Region, all 3 schistosomiasis-endemic countries (Cambodia, Lao People's Democratic Republic and the Philippines) reported treatment of a total of 2.3 million people, representing 65.5% regional coverage. Among the 14 endemic countries for STH, only 6 reported treatment data with a total of 27.9 million of children treated (49.9%).

Globally, 19 of the 35 countries that implemented PC for schistosomiasis in 2024 achieved ≥75% national coverage for SAC, and 19 of the 47 countries that implemented PC for STH reached the 75% coverage target for SAC.

Table 2 shows progress made in 2024 by countries that require PC for STH and schistosomiasis in 2024 in providing PC for SAC, the age group for which drugs are donated.

Progress towards the 2030 NTD roadmap targets

The goal of programmes to control schistosomiasis and STH is to eliminate morbidity associated with these diseases in the target population by reducing the prevalence of moderate- and heavy-intensity infections and the overall prevalence of infection mainly by PC with praziquantel and either albendazole or mebendazole.

WHO recommends to endemic countries to collect parasitological data after 5 years of PC with effective coverage (≥75%) to show the impact of the programme and revise their PC strategy according to the new epidemiological situation. WHO has also recently published a manual to provide guidance on the analysis and use of routine schistosomiasis data collected at the health facility.[4] The document aims to support monitor schistosomiasis diagnosis and treatment at health facility level. The roadmap target for STH and schistosomiasis is the elimination of both diseases as a public health problem, which is defined as a cumulative prevalence of moderate and heavy intensity infections of <2% and <1% for STH and schistosomiasis respectively. In order

[4] Routine health information system and health facility data for neglected tropical diseases: schistosomiasis. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240107540, accessed October 2025). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

nombre de pays nécessitant une CP contre les géohelminthiases a diminué dans cette Région, passant de 7 à 6. Après avoir mené une enquête cartographique, Djibouti a été classé parmi les pays n'ayant pas besoin de CP contre les géohelminthiases.

Dans la Région européenne, aucune campagne de traitement n'a été menée en 2024 dans 3 pays où les géohelminthiases sont endémiques.

Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 12 006 personnes ont été traitées contre la schistosomiase dans les 2 districts d'Indonésie où la maladie est endémique. Des campagnes de CP contre les géohelminthiases ont été mises en œuvre dans 7 des 8 pays où un traitement de masse était nécessaire; 325,9 millions d'enfants ont ainsi été protégés, ce qui représente une couverture régionale de 67,4%. Le Bhoutan est le seul pays de la Région à ne pas avoir communiqué de données.

Dans la Région du Pacifique occidental, 2,3 millions de personnes au total ont été traitées dans les 3 pays où la schistosomiase est endémique (Cambodge, Philippines et République démocratique populaire lao), ce qui correspond à une couverture régionale de 65,5%. Parmi les 14 pays où les géohelminthiases sont endémiques, seuls 6 ont communiqué des données sur la CP, qui a couvert 27,9 millions d'enfants au total (49,9%).

En 2024, 19 des 35 pays qui ont mené des campagnes de CP contre la schistosomiase sont parvenus à une couverture nationale des enfants d'âge scolaire ≥75%, et 19 des 47 pays qui ont mis en œuvre une CP contre les géohelminthiases ont atteint le taux cible de couverture des enfants d'âge scolaire de 75%.

Le *Tableau 2* illustre les progrès réalisés en 2024 dans le traitement des enfants d'âge scolaire – la tranche d'âge ciblée par les dons de médicaments – parmi les pays qui nécessitaient une CP contre les géohelminthiases et la schistosomiase.

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

L'objectif des programmes de lutte contre la schistosomiase et les géohelminthiases est d'éliminer la morbidité associée à ces maladies dans la population cible en réduisant la prévalence des infections d'intensité modérée ou forte et la prévalence globale de l'infection, principalement par un traitement préventif par le praziquantel et par l'albendazole ou le mébendazole.

L'OMS recommande aux pays d'endémie de collecter des données parasitologiques après 5 ans de CP efficace (couverture ≥75%) pour mesurer l'impact du programme et réviser leur stratégie de CP en fonction de la nouvelle situation épidémiologique. L'OMS a également récemment publié un manuel qui fournit des conseils sur l'analyse et l'utilisation des données sur la schistosomiase, recueillies de manière systématique au niveau des établissements de santé.[4] Ce document se veut une aide au suivi du diagnostic et du traitement de la schistosomiase dans les établissements de santé. La feuille de route vise l'élimination des géohelminthiases et de la schistosomiase en tant que problème de santé publique, définie comme une prévalence cumulée des infections d'intensité modérée et forte <2% et <1%, respectivement. Afin d'aider les pays à obtenir la validation

[4] Routine health information system and health facility data for neglected tropical diseases: schistosomiasis. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240107540

Table 2 **Progress in implementation of preventive chemotherapy (PC) for school-aged children (SAC) against soil-transmitted helminthiases (STH) and schistosomiasis in 2024**

Tableau 2 **Progrès accomplis en 2024 dans l'administration de la chimioprévention contre les géohelminthiases et la schistosomiase aux enfants d'âge scolaire**

Countries not implemented PC or nor reported for SAC in 2024 – Pays n'ayant pas mis en place une CP ou soumis de rapport sur les enfants d'âge scolaire en 2024	Countries implemented PC for SAC in 2024 with <75% national coverage – Pays ayant administré une CP aux enfants d'âge scolaire en 2024, avec une couverture nationale <75%	Countries implemented PC for SAC in 2024 with ≥75% national coverage – Pays ayant administré une CP aux enfants d'âge scolaire en 2024, avec une couverture nationale ≥75%
Soil-transmitted helminthiases – Géohelminthiases		
Bhutan,[b] Bolivia (Plurinational State of),[b] Brazil,[b] Cabo Verde,[a] Colombia,[b] Comoros,[a] Dominica,[b] Equatorial Guinea,[a] Fiji,[a] Gabon,[a] Guatemala,[b] Guyana,[b] Honduras,[b] Iraq,[b] Kiribati,[b] Kyrgyzstan,[b] Lesotho,[a] Marshall Islands,[b] Micronesia (Federated States of),[b] Nauru,[b] Nicaragua,[b] Panama,[b] Paraguay,[b] Peru,[b] Saint Vincent and the Grenadines,[b] Sao Tome and Principe,[a] Solomon Islands,[b] Somalia,[b] South Africa,[a] Syrian Arab Republic,[b] Tajikistan,[b] Tonga,[b] Tuvalu,[b] Uzbekistan,[b] Venezuela (Bolivarian Republic of),[b] Yemen,[b] Zambia[a] – Afrique du Sud,[a] Bhoutan,[b] Bolivie (État plurinational de),[b] Brésil,[b] Cabo Verde,[a] Colombia,[b] Comores,[a] Dominique,[b] Fidji,[a] Gabon,[a] Guatemala,[b] Guinée équatoriale,[a] Guyana,[b] Honduras,[b] Îles Marshall,[b] Îles Salomon,[b] Iraq,[b] Kiribati,[b] Kyrgyzstan,[b] Lesotho,[a] Micronésie (États fédérés de),[b] Nauru,[b] Nicaragua,[b] Ouzbékistan,[b] Panama,[b] Paraguay,[b] Pérou,[b] République arabe syrienne,[a] Saint-Vincent-et-les-Grenadines,[b] Sao-Tomé-et-Principe,[a] Tadjikistan,[b] Tonga,[b] Tuvalu,[b] Venezuela (République bolivarienne du),[b] Yémen,[b] Zambia[a]	Afghanistan, Angola, Benin, Botswana, Burundi, Cameroon, Chad, Congo, El Salvador, Ethiopia, Gambia, Guinea-Bissau, Haiti, India, Kenya, Liberia, Malawi, Mozambique, Myanmar, Nepal, Nigeria, Pakistan, Papua New Guinea, Philippines, Senegal, Sierra Leone, United Republic of Tanzania, Vanuatu – Afghanistan, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Cameroun, Congo, El Salvador, Éthiopie, Gambia, Guinée Bissau, Haïti, Honduras, Inde, Kenya, Libéria, Malawi, Mozambique, Myanmar, Népal, Nigéria, Pakistan, Papouasie Nouvelle-Guinée, Philippines, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Vanuatu	Bangladesh, Cambodia, Central African Republic, Côte d'Ivoire, Democratic People's Republic of Korea, Democratic Republic of the Congo, Dominican Republic, Eswatini, Guinea, Indonesia, Lao People's Democratic Republic, Madagascar, Rwanda, South Sudan, Timor-Leste, Togo, Uganda, Viet Nam, Zimbabwe – Bangladesh, Cambodge, Côte d'Ivoire, Eswatini, Guinée, Indonésie, Madagascar, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République dominicaine, République populaire démocratique de Corée, Rwanda, Soudan du Sud, Timor-Leste, Togo, Viet Nam, Zimbabwe
37	**28**	**19**
Schistosomiasis – Schistosomiase		
Botswana,[a] Brazil,[b] Congo,[a] Equatorial Guinea,[a] Eritrea,[a] Gabon,[a] Mozambique,[a] Namibia,[a] Sao Tome and Principe,[a] Somalia,[b] South Sudan,[a] Sudan,[a] Venezuela (Bolivarian Republic of),[b] Yemen,[b] Zambia[a] – Botswana,[a] Brésil,[b] Congo,[a] Érythrée,[a] Gabon,[a] Guinée équatoriale,[a] Mozambique,[a] Namibie,[a] Sao-Tomé-et-Principe,[a] Somalie,[b] Soudan,[a] Soudan du Sud,[a] Venezuela (République bolivarienne du), Yémen,[b] Zambie[a]	Angola, Burundi, Central African Republic, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Indonesia, Liberia, Malawi, Mauritania, Philippines, Senegal, South Africa, Uganda, United Republic of Tanzania – Afrique du Sud, Angola, Burundi, Côte d'Ivoire, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Indonésie, Libéria, Malawi, Mauritanie, Ouganda, Philippines, République-Unie de Tanzanie, Sénégal	Benin, Burkina Faso, Cambodia, Cameroon, Chad, Eswatini, Ethiopia, Gambia, Kenya, Lao People's Democratic Republic, Madagascar, Mali, Niger, Nigeria, Rwanda, Sierra Leone, Togo, Zimbabwe – Bénin, Burkina Faso, Cambodge, Cameroun, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Kenya, Madagascar, Mali, Niger, Nigéria, République démocratique populaire lao, Rwanda, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zimbabwe
15	**17**	**18**

[a] Countries did not implement PC for SAC in 2024 for the disease. – Pays n'ayant pas administré de CP aux enfants d'âge scolaire pour cette maladie en 2024.

[b] Countries have not reported on PC implementation in 2024.– Pays n'ayant pas soumis de rapport sur la mise en œuvre de la CP en 2024.

to help countries to receive WHO acknowledgement of achievement of these targets, 2 manuals on criteria of elimination of STH as a public health problem in children and on criteria of elimination as a public health problem and transmission interruption of schistosomiasis have been developed by WHO. In the African region, 5 countries (Burkina Faso, Ghana, Mali, Niger and Zimbabwe) have already achieved the target for STH elimination and started preparing their dossiers with the support of the Expanded Special Project for Elimination of NTDs (ESPEN) at WHO regional office. For schistosomiasis, Egypt has already submitted to WHO its dossier of elimination of schistosomiasis as a public health problem and WHO has already set up a review committee to ascertain their evidence.

de la réalisation de ces objectifs par l'OMS, celle-ci a publié deux manuels sur les critères d'élimination des géohelminthiases en tant que problème de santé publique chez les enfants et sur les critères d'élimination de la schistosomiase en tant que problème de santé publique et d'interruption de la transmission de cette maladie. Dans la région africaine, 5 pays (Burkina Faso, Ghana, Mali, Niger et Zimbabwe) ont déjà atteint la cible de l'élimination des géohelminthiases et ont commencé à préparer leurs dossiers avec l'appui du Projet spécial élargi pour l'élimination des MTN (ESPEN) du bureau régional de l'OMS. Pour la schistosomiase, l'Égypte a déjà soumis son dossier sur l'élimination de la schistosomiase en tant que problème de santé publique à l'OMS, qui a mis en place un comité d'examen chargé de vérifier les éléments fournis.

Regarding verification of interruption of transmission, the following countries have not been reporting autochthonous schistosomiasis cases for at least 10 years and are preparing dossiers for submission: Mauritius in the African region; Antigua and Barbuda, Dominican Republic, Guadeloupe, Martinique, Montserrat, Puerto Rico, Saint Lucia and Suriname in the region of the Americas; Djibouti, Iran (Islamic Republic of), Iraq, Jordan, Morocco and Tunisia in the Eastern Mediterranean region.

In addition, 653 implementation units (IU) in 12 countries in the African region have changed the frequency of PC rounds for STH following the results of their impact assessment survey: 320 IU suspended PC or are implementing events-based PC, while 333 IU are doing PC once every 2 years. Bangladesh in the South-East Asia and Viet Nam in the Western Pacific reduced their PC frequency from twice to once a year.

Public health control of human strongyloidiasis

WHO published the first guideline[5] on PC for public health control of strongyloidiasis which recommends annual mass drug administration (MDA) with single-dose of ivermectin 200 µg/kg in all age groups from 5 years and above in endemic settings where prevalence of *S. stercoralis* infection among school-aged children is ≥5%. The WHO collaborating centre on strongyloidiasis and other NTDs in Negrar, Italy has estimated the prevalence of strongyloidiasis using the spatiotemporal statistical modelling approach.[6] Based on their estimate, endemic countries with a prevalence ≥5% are in 2 categories based on the use of ivermectin for MDA (*Map 1*). In fact, ivermectin is the drug recommended for the disease control and many countries have been using it for onchocerciasis and lymphatic filariasis elimination programmes. WHO is encouraging countries, especially those that never implemented MDA with ivermectin, to accelerate efforts to estimate the burden of strongyloidiasis and support the scale up of MDA.

Discussion

The number of people who were reported to require PC for schistosomiasis globally in 2024 was 253.7 million (*Figure 1*), almost the same number as in 2023 (253.4 million). Globally, 100.5 million people received treatment for schistosomiasis in 2024, for a coverage of 39.6%. The number of people treated showed a significant increase compared to 2023, when 90.7 million people were reported treated. Most of the treatment has been provided in the African region (97.7%). Globally,

En ce qui concerne la vérification de l'interruption de la transmission, les pays suivants n'ont pas notifié de cas autochtones de schistosomiase depuis au moins 10 ans et préparent actuellement leurs dossiers en vue de leur soumission: Maurice dans la Région africaine; Antigua-et-Barbuda, Guadeloupe, Martinique, Montserrat, Porto Rico, République dominicaine, Sainte-Lucie et Suriname dans la Région des Amériques; et Djibouti, Iraq, Iran (République islamique d'), Jordanie, Maroc et Tunisie dans la Région de la Méditerranée orientale.

En outre, 653 unités de mise en œuvre dans 12 pays de la Région africaine ont modifié la fréquence des tournées de CP contre les géohelminthiases au vu des résultats de leurs études d'impact: 320 unités de mise en œuvre ont suspendu la CP ou mettent en œuvre une CP basée sur les événements, tandis que les 333 autres mènent des campagnes de CP une fois tous les 2 ans. Le Bangladesh en Asie du Sud-Est et le Viet Nam dans le Pacifique occidental ont réduit la fréquence de leurs tournées de CP de deux à une fois par an.

La CP, une mesure de santé publique pour lutter contre la strongyloïdose humaine

L'OMS a publié les premières lignes directrices sur la CP comme mesure de santé publique pour lutter contre la strongyloïdose,[5] qui recommande une tournée annuelle d'administration de masse d'ivermectine 200 µg/kg en dose unique pour toutes les tranches d'âge à partir de 5 ans dans les zones d'endémie où la prévalence de l'infection à *S. stercoralis* chez les enfants d'âge scolaire est ≥5%. Le centre collaborateur de l'OMS sur la strongyloïdose et d'autres MTN à Negrar (Italie) a estimé la prévalence de la strongyloïdose à l'aide de l'approche de modélisation statistique spatiotemporelle.[6] D'après les estimations, les pays d'endémie présentant une prévalence ≥5% se répartissent en 2 catégories en fonction de l'utilisation de l'ivermectine dans les campagnes d'AMM (administration de masse de médicaments) (*Carte 1*). En effet, l'ivermectine est le médicament recommandé pour lutter contre la strongyloïdose, mais de nombreux pays l'utilisent aussi dans le cadre des programmes d'élimination de l'onchocercose et de la filariose lymphatique. L'OMS encourage les pays, en particulier ceux qui n'ont jamais mené de campagnes d'administration de masse d'ivermectine, à accélérer les efforts pour estimer la charge de la strongyloïdose et soutenir l'intensification des campagnes d'AMM.

Discussion

En 2024, le nombre de personnes nécessitant une CP contre la schistosomiase dans le monde s'établissait à 253,7 millions (*Figure 1*), soit presque le même nombre qu'en 2023 (253,4 millions). À l'échelle mondiale, 100,5 millions de personnes ont reçu un traitement contre la schistosomiase en 2024, soit une couverture de 39,6%, un chiffre en hausse par rapport à 2023 où 90,7 millions de personnes avaient été traitées. La plupart des traitements ont été administrés dans la Région africaine (97,7%). Parmi les pays nécessitant une CP

[5] WHO guideline on preventive chemotherapy for public health control of strongyloidiasis. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cb24da76-b254-4a3f-ae03-b4cb97cd579e/content, accessed October 2025). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

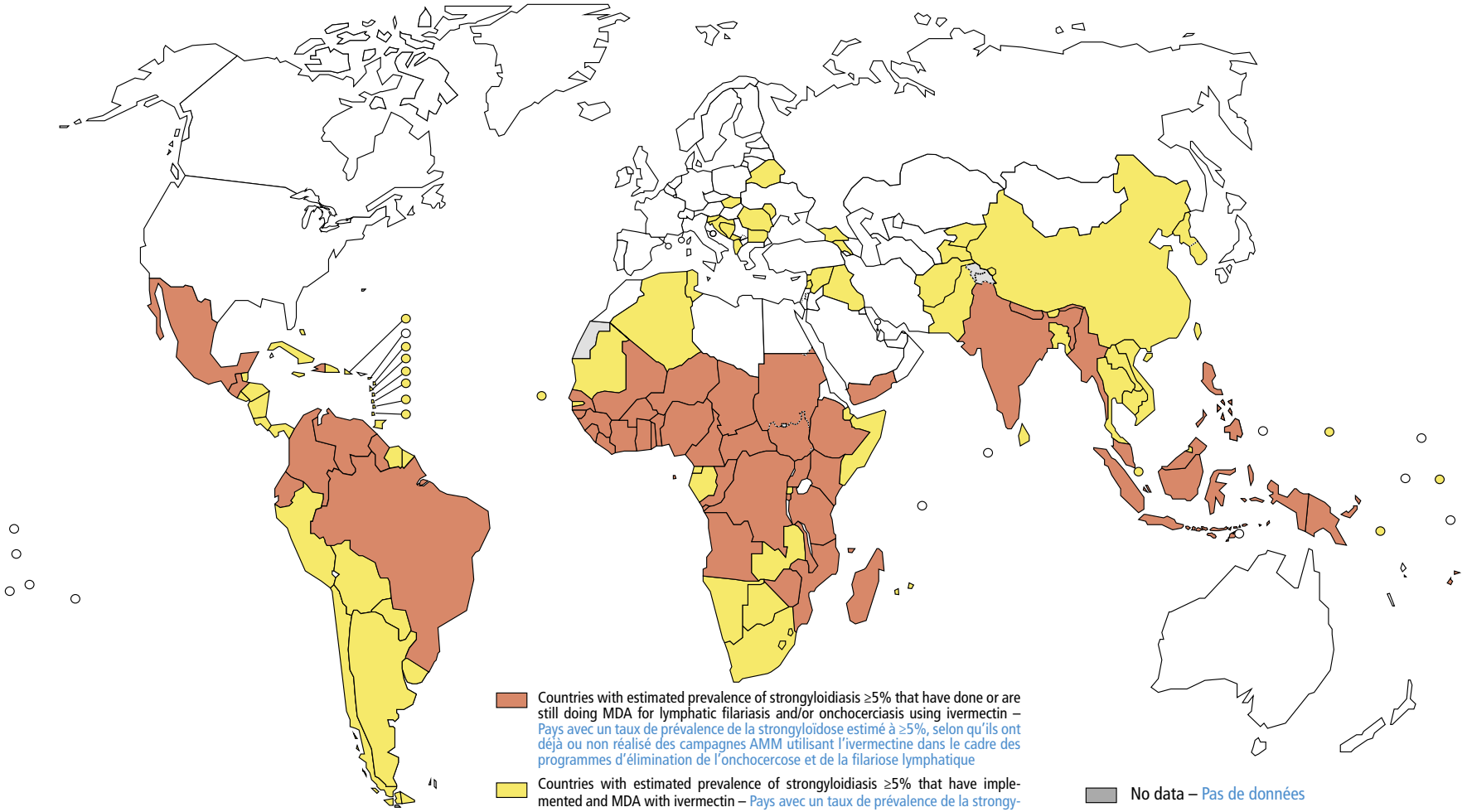
[6] Buonfrate D et al. The global prevalence of strongyloides stercoralis infection. Pathogens. 2020 Jun 13;9(6):468. doi: 10.3390/pathogens9060468. PMID: 32545787; PMCID: PMC7349647

[5] Ligne directrice de l'OMS sur la chimiothérapie préventive comme mesure de santé publique pour lutter contre l'anguillulose. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2024 (https://iris.who.int/items/d7a048d3-181c-49c8-9138-22d3acf2ec8f, consulté en octobre 2025). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

[6] Buonfrate D et al. The global prevalence of strongyloides stercoralis infection. Pathogens. 2020 Jun 13;9(6):468. doi: 10.3390/pathogens9060468. PMID: 32 545 787; PMCID: PMC7349647

Map 1 **Estimated burden of strongyloidiasis and status of implementation of preventive chemotherapy with ivermectin, by country**

Carte 1 **Estimation de la charge de morbidité de la strongyloïdose et situation de la chimioprévention par ivermectine, par pays**



MDA= mass drug administration – AMM = administration massive de médicaments

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 autori-tés, 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.

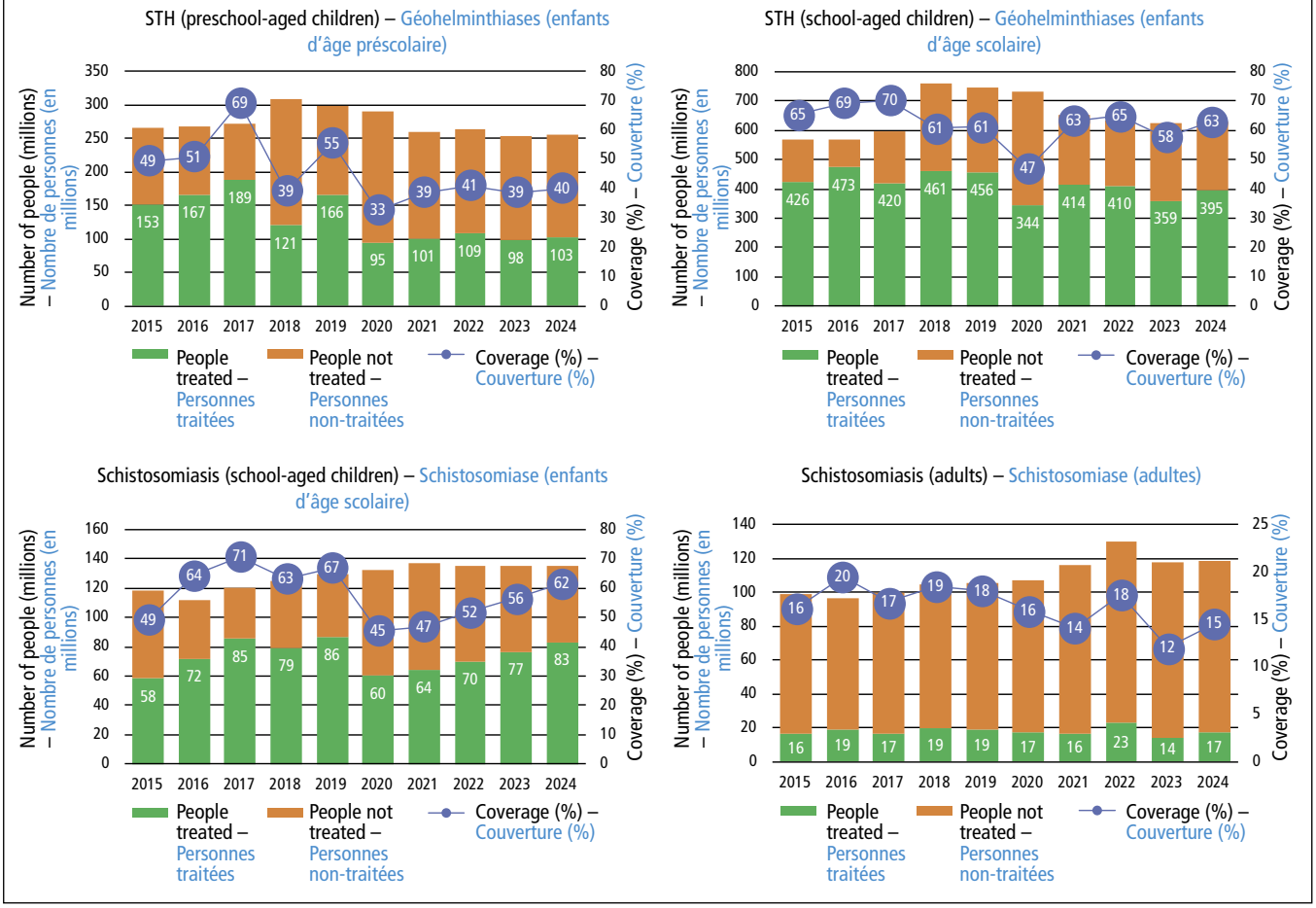
Data source: WHO – Source des données: OMS

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

© WHO 2025. All rights reserved. – © OMS 2025. Tous droits réservés.

Figure 1 **Number of people requiring and receiving preventive chemotherapy for soil-transmitted helminthiases (STH) and schistosomiasis and global coverage (%), 2015–2024**

Figure 1 **Nombre de personnes nécessitant et ayant reçu une chimioprévention contre les géohelminthiases et la schistosomiase, et couverture mondiale (%), 2015-2024**



15 countries requiring PC for schistosomiasis have not conducted MDA in 2024 (10 in the African, 2 in the Americas and 3 in the Eastern Mediterranean regions); among them Mozambique, Sudan and Yemen which have substantial number of people requiring PC.

Global coverage of treatment for adults remains low (17.4%), even though 60% of countries reporting are implementing adult treatment during PC (21 of the 35 countries reporting). Treatment of pre-SAC for schistosomiasis is not that unusual. Many countries have been treating pre-SAC for number of years without reporting or combining the numbers with SAC treatments. In 2024, 3 countries reported the treatment of 403 986 pre-SAC with the current praziquantel formulation.

In 2024, WHO has reviewed recent data of 2 countries – Djibouti and Namibia – and reclassified them as not requiring of PC for STH. On the proportion of children treated (pre-SAC and SAC) and number of countries reporting, only 24 countries have reported their pre-SAC treatment data to WHO with coverage rate of 40.1%. This low coverage rate can be explained by an under-

contre la schistosomiase, 15 n'ont pas mené d'AMM en 2024 (10 en Afrique, 2 dans les Amériques et 3 en Méditerranée orientale); parmi eux figurent le Mozambique, le Soudan et le Yémen, qui comptent un nombre important de personnes ayant besoin d'une CP.

La couverture mondiale du traitement des adultes reste faible (17,4%), bien que 60% des pays ayant communiqué des données (21 pays sur 35) traitent les adultes dans le cadre des tournées de CP. Le traitement des enfants d'âge préscolaire contre la schistosomiase est une pratique courante que de nombreux pays mettent en œuvre depuis un certain nombre d'années, sans toutefois communiquer ou combiner ces chiffres avec ceux du traitement des enfants d'âge scolaire. En 2024, 3 pays ont indiqué avoir traité 403 986 enfants d'âge préscolaire avec la formulation actuelle de praziquantel.

En 2024, l'OMS a procédé à un examen des données récentes de 2 pays, Djibouti et la Namibie, à l'issue duquel elle les a classés dans la catégorie des pays ne nécessitant pas de CP contre les géohelminthiases. En ce qui concerne la proportion d'enfants traités (d'âge préscolaire et scolaire), seuls 24 pays ont communiqué à l'OMS leurs données sur le traitement des enfants d'âge préscolaire, dont le taux de couverture s'établit à

reporting of deworming activities targeting preschool-aged children during mother and child health (MCH) weeks – often supported by UNICEF – and by a lack of collaboration between the NTD and MCH programmes. Although many countries are actively deworming children aged <5 years through these integrated health campaigns, the data often are not shared with the NTD programme which undermines efforts to track progress towards global deworming targets, optimize resource allocation, and coordinate cross-sectoral strategies. Bridging this reporting gap through improved data sharing and integration between health platforms is essential to ensure comprehensive coverage, accountability, and sustainability of deworming interventions for vulnerable age groups. Meanwhile, the proportion of SAC treated for STH increased from 57.7 % in 2023 to 63% in 2024.

In conclusion, with the current global health funding landscape, there is a need for NTD endemic countries to revisit the implementation of PC for STH and schistosomiasis programme. Integrating deworming interventions for children and WRA into national health systems is essential for the sustainable control and elimination of STH and schistosomiasis. By embedding these programmes within routine health services – such as antenatal care, child health days, and school-based health initiatives – countries can ensure consistent coverage, reduce operational costs, and strengthen community trust. This approach promotes equity by reaching vulnerable populations through existing health infrastructure, while also enhancing surveillance, supply chain management, and workforce capacity. Ultimately, integration fosters long-term programme resilience, enabling countries to transition from donor dependence to self-sustained disease control and improved public health outcomes. ■

40,1%. Ce faible taux de couverture peut s'expliquer par une sous-notification des activités de déparasitage ciblant les enfants d'âge préscolaire pendant les semaines de la santé mère-enfant, souvent soutenues par l'UNICEF, et par un manque de collaboration entre les programmes de lutte contre les MTN et ceux consacrés à la santé de la mère et de l'enfant. Bien que de nombreux pays procèdent activement au déparasitage des enfants âgés de <5 ans dans le cadre de ces campagnes de santé intégrées, ces données sont rarement partagées avec le programme de lutte contre les MTN, ce qui compromet les efforts visant à suivre les progrès vers les cibles mondiales en matière de déparasitage, à optimiser l'allocation des ressources et à coordonner les stratégies intersectorielles. Il est essentiel de remédier à ce manque de transmission d'informations en améliorant le partage et l'intégration des données entre les plateformes de santé afin d'assurer une couverture complète, la responsabilisation et la pérennisation des interventions de déparasitage pour les tranches d'âge vulnérables. En ce qui concerne les enfants d'âge scolaire traités contre les géohelminthiases, leur proportion a augmenté, passant de 57,7% en 2023 à 63% en 2024.

En conclusion, compte tenu de la situation actuelle du financement de la santé mondiale, il apparaît nécessaire que les pays où les MTN sont endémiques réexaminent la mise en œuvre du programme de CP contre les géohelminthiases et la schistosomiase. L'intégration des interventions de déparasitage pour les enfants et les femmes en âge de procréer dans les systèmes de santé nationaux est essentielle pour contrôler et éliminer durablement ces maladies. En intégrant ces programmes dans les services de santé de routine, tels que les soins prénatals, les journées de la santé de l'enfant et les initiatives de santé en milieu scolaire, les pays peuvent assurer une couverture constante, réduire les coûts opérationnels et renforcer la confiance des communautés. En protégeant les populations vulnérables par le biais des infrastructures de santé existantes, cette approche favorise l'équité tout en améliorant la surveillance, la gestion de la chaîne d'approvisionnement et les capacités des personnels impliqués. En fin de compte, l'intégration favorisera la résilience des programmes à long terme, permettant aux pays de passer d'une dépendance vis-à-vis des donateurs à une lutte autonome contre les maladies et à de meilleurs résultats en matière de santé publique. ■

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