



Contents

- 285 Yellow fever in Africa and South America, 2011–2012
- 297 Global Polio Eradication Initiative: 8th meeting of the Independent Monitoring Board

Sommaire

- 285 Fièvre jaune en Afrique et en Amérique du Sud, 2011–2012
- 297 Huitième réunion du Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Yellow fever in Africa and South America, 2011–2012

In 2011, 335 cases of yellow fever (YF) including 86 deaths were reported to WHO, and in 2012, 1002 YF cases including 189 deaths were reported (*Table 1, Table 2, Table 3 and Table 4*).

In 2011, 9 outbreaks of YF were reported. Uganda reported a high number of YF cases mainly concentrated in the north of the country. This large outbreak occurred after 39 years of absence of reported cases in the country. Neighbouring countries reinforced their surveillance systems for early detection.

In 2012, 6 outbreaks of YF were reported. The highest number of cases was notified from Sudan where YF had not been reported since 2005. The outbreaks spread across the border with Chad where the surveillance system detected the first YF cases.

In Africa, the countries which have been reporting YF cases in recent years will be selected for field risk assessments at national level. The results of these assessments will be used to guide vaccination strategies such as the organization of preventive mass campaign vaccination in areas where YF virus circulation has been demonstrated, or for introduction of routine vaccination in countries at lower risk.

Brazil, Ecuador, Plurinational State of Bolivia and Peru reported a total of 32 YF sylvatic cases in 2011–2012. In the Americas most enzootic areas have introduced YF vaccine in the routine immunization programme and vaccination coverage among children is approximately 70%.

Yellow fever in Africa

In 2011 and 2012, 318 and 987 cases of YF including 77 and 180 deaths respectively were reported from the WHO African Region and Sudan, giving a case-fatality rate (CFR) of 24.2% and 18.2% respectively (*Table 1 and Map 1*).

During this period, major outbreaks were reported in Sudan and Uganda while significant clusters of cases were reported in Cameroon, Chad and Côte d'Ivoire, necessitating an extended vaccination response. In addition, some isolated cases occurred

Fièvre jaune en Afrique et en Amérique du Sud, 2011–2012

En 2011, 335 cas (dont 86 décès) de fièvre jaune (FJ) ont été notifiés à l'OMS et 1002 cas (dont 189 décès) en 2012 (*Tableau 1, Tableau 2, Tableau 3 et Tableau 4*).

Neuf flambées épidémiques de FJ ont été signalées en 2011. L'Ouganda a notifié un nombre élevé de cas de FJ, principalement concentrés dans le nord du pays. Cette grande flambée est survenue après 39 ans sans cas notifiés dans ce pays. Les pays voisins ont renforcé leurs systèmes de surveillance pour la détection précoce.

En 2012, on a signalé 6 flambées de FJ. Le Soudan a connu un nombre élevé de cas alors qu'il n'en avait pas notifié depuis 2005. Les flambées ont franchi la frontière et se sont propagées au Tchad, où le système de surveillance a détecté les premiers cas de FJ.

En Afrique, les pays ayant notifié des cas ces dernières années seront sélectionnés pour des évaluations du risque au niveau national. Les résultats de ces évaluations seront utilisés pour servir à organiser des campagnes préventives de vaccination de masse dans les régions où l'on peut mettre en évidence la circulation du virus amaril ou à introduire la vaccination systématique dans les pays où le risque est moindre.

Le Brésil, l'Équateur, l'Etat plurinational de Bolivie et le Pérou ont notifié un total de 32 cas de FJ sylvatique en 2011–2012. Dans les Amériques, la plupart des zones d'enzootie ont introduit la vaccination antiamarile dans le programme de vaccination systématique et le taux de couverture parmi les enfants est d'environ 70%.

Fièvre jaune en Afrique

En 2011 et en 2012, 318 et 987 cas de FJ, avec 77 et 180 décès, ont été notifiés dans la Région africaine et le Soudan, ce qui donne respectivement un taux de létalité (TL) de 24,2% et 18,2% (*Tableau 1 et Carte 1*).

Au cours de cette période, de grandes flambées épidémiques ont été signalées en Ouganda et au Soudan, tandis que des groupements significatifs de cas ont été rapportés au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Tchad, nécessitant une riposte vaccinale étendue. De plus, certains cas

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

07.2013
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

in districts reporting high YF vaccination coverage (Burkina Faso, Central African Republic, Togo), for which no vaccination response was undertaken. The outbreak in Chad was linked to the epidemic in Darfur in Sudan.

Cameroon

In December 2011, the surveillance system for YF identified an outbreak in the North Region of the country. A total of 23 reported cases, including 7 deaths, have occurred since October 2011 in Bibemi, Gaschiga, Golombe, Guider, Lagdo and Mayo Oulo districts.

At least 17 cases from 6 health districts were laboratory confirmed at the Institut Pasteur in Yaoundé (Cameroon), by IgM¹ ELISA² test. Plaque-reduction neutralization test (PRNT)³ – the most specific test for YF – and differential diagnostic testing for dengue and West Nile virus were conducted in the WHO regional reference laboratory for YF, at the Institut Pasteur in Dakar (Senegal).

An reactive mass campaign was organized from 23 to 29 January 2012 and targeted a population of 1 170 258 people from the age of 9 months; the authorities reported a vaccine administrative coverage of 96.8%. This high vaccine coverage was confirmed by a vaccine coverage survey showing 82.2% when determined by vaccination cards and 93.9% when determined by vaccination cards plus vaccination history.

Chad

In December 2012, the YF surveillance system reported at least 2 YF laboratory-confirmed cases in Goz Beida and Iriba districts, both on the border with the Darfur (Sudan), where a YF outbreak had been reported. The index case was reported at the end of November, showing a syndrome of fever and jaundice, without history of YF vaccination. The districts of Chad that share a border with Darfur are Abdi, Adré, Biltine, Goz Beida, Guereda and Iriba. In this area there are 5–7 Sudanese refugee camps with an estimated population of 270 000 people. A reactive mass vaccination campaign was conducted in 3 of the districts bordering Darfur, namely Adré, Beida, Goz and Guereda, and targeting 1 017 295 people, including inhabitants of refugee camps in the area. The reported administrative coverage was 97.42%.

Côte d'Ivoire

Between November 2010 and January 2011, the national YF surveillance system reported 14 cases of YF, including 10 deaths (CFR, 71.4%), in 4 districts: Béoumi and Katiola districts (Bandama Valley Region) and Mankono Séguéla (Worodougou Region). The suspected cases tested IgM positive by ELISA at the Institut Pasteur in Abidjan, and were subsequently confirmed positive for YF by the regional reference laboratory at the Institut Pasteur in Dakar (Senegal), by ELISA, RT-PCR,⁴ PRNT and differential diagnostic testing for other flaviviruses including dengue and West Nile virus.

The Ministry of Health (MoH) of Côte d'Ivoire organized an emergency mass vaccination campaign, targeting 841 650 people aged ≥ 9 months in the 4 districts. The reported vaccine coverage was 88%; this was con-

isolés se sont produits dans des districts indiquant une couverture élevée de la vaccination antiyamarielle (Burkina Faso, République centrafricaine, Togo) et n'ont pas donné lieu à une riposte vaccinale. La flambée au Tchad est liée à l'épidémie au Darfour (Soudan).

Cameroon

En décembre 2011, le système de surveillance a repéré une flambée de FJ dans la Région Nord du pays. Au total 23 cas, dont 7 mortels, ont été notifiés depuis octobre 2011 dans les districts de Bibemi, Gaschiga, Golombe, Guider, Lagdo et Mayo Oulo.

Au moins 17 cas dans 6 districts sanitaires ont été confirmés en laboratoire à l'Institut Pasteur du Cameroun par recherche des IgM¹ avec la méthode ELISA.² Le test de neutralisation sérique (PRNT)³ – l'épreuve la plus spécifique pour la FJ – et le diagnostic différentiel pour le virus de la dengue et le virus West Nile ont été faits au laboratoire régional de référence de l'OMS pour la FJ, l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal).

Une campagne réactive de vaccination de masse a été organisée du 23 au 29 janvier 2012 en ciblant une population de 1 170 258 personnes à partir de l'âge de 9 mois; les autorités ont indiqué une couverture administrative de 96,8%. Cette couverture vaccinale élevée a été confirmée par une étude de la couverture établissant un taux de 82,2% avec les cartes de vaccination et de 93,9% avec les cartes de vaccination ou les antécédents vaccinaux.

Tchad

En décembre 2012, le système de surveillance de la FJ a notifié au moins 2 cas confirmés en laboratoire dans les districts d'Iriba et de Goz Beida, tous deux limitrophes du Darfour (Soudan), où une flambée avait été signalée. Le cas indicateur a été signalé fin novembre; il présentait un syndrome de fièvre ictérique et n'avait pas d'antécédents de vaccination antiyamarielle. Les districts du Tchad situés à la frontière du Darfour sont Adré, Abdi, Biltine, Goz Beida, Guereda et Iriba. Dans cette région, il y a 5 à 7 camps de réfugiés soudanais comptant une population estimée à 270 000 personnes. Une campagne réactive de vaccination de masse pour riposter à la flambée a été menée dans 3 des districts limitrophes du Darfour, à savoir Goz Beida, Guereda et Adré, en ciblant 1 017 295 personnes, dont les habitants des camps de réfugiés dans cette zone. La couverture administrative notifiée a été de 97,42%.

Côte d'Ivoire

De novembre 2010 à janvier 2011, le système national de surveillance de la FJ a notifié 14 cas, dont 10 mortels (TL: 71,4%), dans 4 districts: Béoumi et Katiola dans la Région de la Vallée du Bandama et Séguéla et Mankono dans la Région du Worodougou. Les cas suspects ont donné des résultats positifs à la recherche des IgM par ELISA à l'Institut Pasteur d'Abidjan et ont été ensuite confirmés par le laboratoire régional de référence, l'Institut Pasteur de Dakar, par ELISA, RT-PCR,⁴ PRNT et après le diagnostic différentiel d'autres flavivirus, dont celui de la dengue et le virus West Nile.

Le Ministère de la Santé de la Côte d'Ivoire a organisé une campagne de vaccination de masse d'urgence ciblant 841 650 personnes âgées de ≥ 9 mois dans les 4 districts. La couverture rapportée a été de 88%, ce qui a été confirmé par

¹ Immunoglobulin M.

² Enzyme linked immunosorbent assay.

³ Plaque-reduction neutralization testing.

⁴ Real time polymerase chain reaction.

¹ Immunoglobuline M.

² Titrage immunoenzymatique.

³ Test de neutralisation par réduction de plaque.

⁴ Amplification génique (PCR) en temps réel.

Table 1 **Number of cases, number of deaths and case-fatality rate (CFR) for yellow fever notified from the WHO African Region, 2011**
 Tableau 1 **Nombre de cas de fièvre jaune, nombre de décès et taux de létalité (TL) notifiés par la Région OMS de l'Afrique en 2011**

Country – Pays	No. of cases – Nombre de cas	No. of deaths – Nombre de décès	CFR (%) – TL (%)
Cameroon – Cameroun	23	7	30.4
Côte d'Ivoire	14	10	71.4
Ghana	3	2	66.6
Sierra Leone	2	0	0.0
Senegal – Sénégal	3	0	0.0
Uganda – Ouganda	273	58	21.2
Total	318	77	24.2

firmed by an independent coverage survey which found coverage of 92.5%.

Gambia

On 24 February 2012 the MoH of Gambia notified 1 YF laboratory-confirmed case in the village of Jamwelly, district of Naimi in the central River region. The case was a 23 year-old female with fever and jaundice and was confirmed by PRNT and differential diagnosis at the Institut Pasteur in Dakar (Senegal).

Gambia, 1 of the 31 YF endemic countries in Africa, was the first country in the region to build and put in place a combined strategy that includes preventive mass vaccination campaigns and routine immunization. Consequently, no autochthonous cases have been reported in Gambia since 1979, when the last YF outbreak occurred.

Ghana

On 20 December 2011, the MoH of Ghana notified WHO of a suspected case from the Kassena-Nankana-West district. The case, which was laboratory-confirmed, was a 12 year-old male, who had been going with his father to his farm in a forest bordering Burkina Faso. A total of 3 cases, including 2 deaths, were laboratory-confirmed in 3 districts: Builsa and Kassena-Nankana-West in the Upper East Region and Kitampo-South in the Brong Ahafo Region located in the mid-western part of the country. A reactive mass vaccination campaign was conducted successfully in the 3 districts in May 2012. The target population (all persons >9 months of age) was 235082 and the reported administrative vaccine coverage was 82.3%. No vaccine coverage survey was reported.

In addition to this outbreak, during 2011–2012, a total of 31 cases were laboratory-confirmed in Ghana. The isolated cases were reported in districts covered by the national preventive campaign; hence no additional vaccination response was undertaken.

Republic of the Congo

In December 2012, a single case of YF was reported in the Ewo District in the Cuvette-Ouest region. The case was in 40 year-old male. The onset of symptoms occurred in October 2012. The case was identified through the national surveillance programme for YF. Laboratory confirmation was done at the Institut National de Recherche Biomédicale in Kinshasa, and reconfirmed by the WHO regional reference laboratory for YF at the Institut Pasteur in Dakar (Senegal).

An outbreak investigation team sent to the area did not find any additional cases. An entomological assessment

une étude indépendante de la couverture donnant le chiffre de 92,5%.

Gambie

Le 24 février 2012, le Ministère gambien de la Santé a notifié 1 cas de FJ, confirmé en laboratoire, dans le village de Jamwelly du district de Naimi, dans la région de Central River. Il s'agissait d'une femme de 23 ans présentant une fièvre ictérique qui a ensuite été confirmée par PRNT, avec un diagnostic différentiel, à l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal).

La Gambie, l'un des 31 pays d'endémie en Afrique, a été le premier de la région à élaborer et à mettre en place une stratégie combinée, associant les campagnes préventives de vaccination de masse et la vaccination systématique. En conséquence, elle n'a pas notifié de cas autochtone depuis 1979, date de la dernière flambée de FJ.

Ghana

Le 20 décembre 2011, le Ministère ghanéen de la Santé a notifié à l'OMS un cas suspect dans le district de Kassena-Nankana-West. Il s'agissait d'un garçon de 12 ans qui s'était rendu avec son père dans une ferme située dans une forêt à la frontière du Burkina Faso. Au total 3 cas, dont 2 mortels, ont été confirmés dans 3 districts: Builsa et Kassena-Nankana-West dans la Région du Haut Ghana oriental et Kitampo-South dans la Région de Brong Ahafo située au centre-ouest du pays. Une campagne réactive de vaccination de masse a été menée avec succès dans les 3 districts en mai 2012. La population ciblée (toute personne âgée de >9 mois) était de 235 082 habitants et la couverture administrative rapportée a été de 82,3%. Selon les informations, il n'y a pas eu d'enquête sur la couverture vaccinale.

En plus de cette flambée, sur la période 2011–2012, 31 cas au total ont été confirmés en laboratoire au Ghana. Les cas isolés ont été signalés dans des districts couverts par la campagne préventive nationale; par conséquent, il n'y a pas eu de riposte vaccinale supplémentaire.

République du Congo

En décembre 2012, un seul cas de FJ concernant un homme de 40 ans a été notifié dans le district d'Ewo, dans la région de la Cuvette-Ouest. Les symptômes sont apparus en octobre 2012. Ce cas a été identifié grâce au programme national de surveillance de la FJ. La confirmation en laboratoire a été faite à l'Institut National de Recherche Biomédicale de Kinshasa; le cas a ensuite été reconfirmé par le laboratoire régional de référence de l'OMS pour la FJ, l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal).

Une équipe d'investigation envoyée sur zone n'a pas trouvé de cas supplémentaires. Une évaluation entomologique faite pour

Map 1 **Areas reporting yellow fever cases in Africa in 2011 and 2012**
 Carte 1 **Zones ayant notifié des cas de fièvre jaune en Afrique en 2011 et en 2012**



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: World Health Organization – Source: Organisation mondiale de la santé
 Map : WHO Department of Control of Epidemic Diseases – Carte: Département
 OMS de lutte contre les maladies épidémiques

© WHO 2013. All rights reserved – © OMS 2013. Tous droits réservés

Table 2 **Number of cases, number of deaths and case-fatality rate (CFR) for yellow fever notified from the WHO African Region,^a 2012**
 Tableau 2 **Nombre de cas de fièvre jaune, nombre de décès et taux de létalité (TL) notifiés par la Région OMS de l'Afrique en 2012**

Country – Pays	No. of cases – Nombre de cas	No. of deaths – Nombre de décès	CFR (%) – TL (%)
Republic of the Congo – République du Congo	1	0	0
Sudan ^a – Soudan ^a	847	171	20.1
Chad – Tchad	139	9	6.5
Total	987	180	18.2

^a Sudan, in the WHO East Mediterranean Region, is included here with countries in the WHO African Region because of its geographic location and because YF epidemics in Sudan and Chad were epidemiologically related. – Dans ce rapport, le Soudan, situé dans la Région OMS de Méditerranée orientale, est inclus dans les pays formant la Région OMS de l'Afrique en raison de sa situation géographique et parce que les flambées de FJ au Soudan et au Tchad sont liées sur le plan épidémiologique.

performed in order to measure the risk of YF virus amplification showed a high density of vector mosquitoes: a Breteau index of 33.3% and a Container index of 15.2%, the normal values being 5% and 3%, respectively.

A reactive vaccination campaign was organized to cover approximately 43 698 people in the 3 health districts of Ewo, Mbama and Okoyo, all of which belong to the administrative district of Ewo.

Senegal

In October 2011, the national YF surveillance system notified the WHO of 3 laboratory-confirmed cases of YF in Kédougou and Saraya Health districts, near the border with Guinea Conakry and Mali; 2 cases came from Kedougou and 1 from Saraya. These districts benefited from a preventive mass vaccination campaign in 2007 and reported vaccine coverage of 94%. In the months preceding the notification of these cases, the population of the area had increased as a result of gold mining activities and the migration of people from neighboring countries. A vaccine coverage survey performed in 2011 showed coverage of 9.1% when determined by vaccination cards and a coverage of 51.1% when determined by vaccination cards plus vaccination history.

A rapid sero-survey following the cases reported in the 2 districts showed a rate of naturally acquired YF virus antibodies of 58.8%. The survey also showed that at least 30% of the population had no history of YF vaccination. An entomological survey indicated an increase of Breteau and Container indices, both showing an increase of vector density and a risk of YF virus amplification.

Due to the decrease in the level of population immunization and increased risk of YF outbreaks, the authorities organized a reactive mass vaccination campaign in February 2012, in the districts of Kedougou, Salémata and Saraya, with a target population of 128 753 people. The district of Salémata did not report cases but was considered at high risk because of changes in population density. The reported vaccine administrative coverage was 90% (70%–92%).

Sierra Leone

On 8 February 2011, the MoH of Sierra Leone notified 2 laboratory-confirmed cases of YF in Bonthe district. The index case was identified as a 40-year-old female with fever and jaundice. The second case was identified in an 18-year-old male during the outbreak investigation. On 5 March 2011, the Sierra Leone's Ministry of Health organized a mass vaccination campaign in Bonthe district

mesurer le risque d'amplification du virus amaril a mis en évidence une forte densité de moustiques vecteurs avec un indice de Breteau à 33,3% et un indice de récipient à 15,2%, les valeurs normales étant de 5% et 3% respectivement.

Une campagne réactive de vaccination a été organisée pour couvrir environ 43 698 personnes dans les 3 districts de Ewo, Mbama et Okoyo, appartenant tous à la circonscription administrative d'Ewo.

Sénégal

En octobre 2011, le système national de surveillance de la FJ a notifié à l'OMS 3 cas confirmés en laboratoire dans les districts sanitaires de Kédougou et Saraya près de la frontière avec le Mali et la Guinée ; 2 cas provenaient de Kédougou et 1 autre de Saraya. Ces districts ont bénéficié d'une campagne préventive de vaccination de masse en 2007 et ont fait état d'une couverture vaccinale de 94%. Au cours des mois précédant ces notifications, la population de la zone a augmenté en raison des activités d'extraction de l'or et des migrations en provenance des pays limitrophes. Une étude de la couverture ayant eu lieu en 2011 a établi un taux de 9,1% avec les cartes de vaccination et de 51,1% avec les cartes de vaccination ou les antécédents vaccinaux.

Une enquête sérologique rapide dans les 2 districts ayant notifié les cas a révélé un taux de 58,8% pour la présence d'anticorps naturels dirigés contre le virus amaril. Cette enquête a également montré qu'au moins 30% de la population n'avait aucun antécédent de vaccination anti-amarile. Une étude entomologique a indiqué une augmentation des indices de Breteau et de récipient, les deux révélant une hausse de la densité vectorielle et un risque d'amplification du virus amaril.

La baisse de l'immunité s'accompagnant d'un accroissement du risque de flambée de FJ, les autorités ont par conséquent organisé une campagne réactive de vaccination de masse en février 2012 dans les districts de Kédougou, Salémata et Saraya, pour une population ciblée de 128 753 personnes. Le district de Salémata n'a pas notifié de cas mais a été considéré comme exposé à un risque élevé en raison des modifications de la densité démographique. La couverture administrative signalée a été de 90% (70%-92%).

Sierra Leone

Le 8 février 2011, le Ministre de la Santé de la Sierra Leone a notifié 2 cas de FJ, confirmés en laboratoire, dans le district de Bonthe. On a déterminé que le cas indicateur était une femme de 40 ans présentant une fièvre ictérique. Le second cas a été décelé chez un jeune homme de 18 ans au cours de l'enquête qui a suivi. Le 5 mars 2011, le Ministère de la Santé a organisé une campagne de vaccination de masse dans le district de

targeting 144 479 people from the age of 9 months, excluding pregnant women. Sierra Leone benefited from a YF preventive mass vaccination campaign in 2009, which covered 11 of the 13 districts in the country, excluding Bonthe and Bombali districts.

Sudan⁵

On 29 October 2012, The Federal Ministry of Health, Sudan, notified WHO of a YF outbreak affecting 7 localities in central and south Darfur. The index case reported with fever and jaundice on 1 September 2012. Progressively the surveillance system reported cases in central, southwest and north Darfur. Laboratory testing for YF was carried out by the WHO regional reference laboratory for YF at the Institut Pasteur in Dakar (Senegal); the first cases were laboratory-confirmed on 9 November 2012. At least 11 cases were found positive for YF by RT-PCR at the Central Public Health Laboratory in Khartoum.

A total of 847 cases, including 171 deaths, were reported between 2 September and 24 December 2012. The outbreak affected at least 35 of 64 localities in Darfur. At least 49 cases were laboratory confirmed by IgM ELISA.

Phase I of the reactive campaign took place from 20 to 25 November 2012 and targeted 2 178 403 people from 9 months of age in 12 localities in west (Algeniema, Beida, Habila, Krenik), central (Azoum, Nertati, Wadi-Salith, Zalingi), south (Kass, Sharg-Aljebel) and north Darfur (Alsiraif, Saraf-Omra). The reported administrative coverage was 95%, while the vaccine coverage survey found 78% coverage when determined by vaccination cards and 99% when determined by vaccination cards plus vaccination history.

Phase II of the reactive vaccination campaign took place from 12 to 29 December 2012, for a target population of 1 207 278 million people in the 5 following localities: Greater Bandasi, Forbranga, Mkjar, Nyala and Shataia.

Phase III of the reactive campaign took place from 7 to 18 February 2013 and targeted 2 009 479 people in the 9 following localities: Edd Elfirsan (including Kabum), Elwihda, Kabkabyaia, Shaeriya (including Eldaen, Rokiro, Um Dukhun, Yassin).

Uganda

At the end of December 2010 and in January 2011, the MoH reported an outbreak of a fatal, febrile, hemorrhagic illness in northern Uganda. A total of 273 suspected cases of unknown origin including 58 deaths were reported during the period 2 October 2010–28 January 2011 in 15 districts (Abim, Agago, Apac, Arua, Dokolo, Gulu, Kaabong, Kitgum, Kotido, Lamwo, Lira, Napak, Nebbi, Pader and Yumbe). Laboratory confirmation of YF was made on 18 December 2010. After this laboratory confirmation, the suspected case definition was revised: any person with acute onset of fever, with either a negative laboratory test for malaria or failure to respond to a full course of antimalarial, and with jaundice or unexplained bleeding. Together with fever (100% of suspected cases), the most common symptoms included any form of unexplained bleeding (97.8%), headache (71.3%), non-bloody vomiting (59.7%) and jaundice (11.6%). Thirteen cases were laboratory con-

Bonthe en ciblant 144 479 personnes à partir de l'âge de 9 mois, à l'exclusion des femmes enceintes. La Sierra Leone a bénéficié d'une campagne préventive de vaccination de masse en 2009 qui a couvert 11 des 13 districts du pays, les districts de Bonthe et de Bombali étant laissés de côté.

Soudan⁵

Le 29 octobre 2012, le Ministère fédéral soudanais de la Santé a informé l'OMS d'une flambée de FJ affectant 7 localités au centre et dans le sud du Darfour. Le cas indicateur s'est présenté avec une fièvre ictérique le 1^{er} septembre 2012. Progressivement, le système de surveillance a signalé des cas au centre, au sud-ouest et au nord du Darfour. La confirmation en laboratoire a été faite par le laboratoire régional de référence de l'OMS pour la FJ, l'Institut Pasteur de Dakar (Sénégal); les premiers cas ont été confirmés en le laboratoire le 9 novembre 2012. Au moins 11 cas ont été positifs pour la FJ par RT-PCR au Laboratoire central de Santé publique à Khartoum.

Au total, 847 cas, dont 171 mortels, ont été notifiés entre le 2 septembre et le 24 décembre 2012. Cette flambée a touché au moins 35 des 64 localités du Darfour. Au moins 49 cas ont été confirmés en laboratoire par une épreuve ELISA de recherche des IgM.

La phase I de la campagne réactive a eu lieu du 20 au 25 novembre 2012 en ciblant 2 178 403 personnes à partir de l'âge de 9 mois dans 12 localités à l'ouest (Algeniema, Beida, Habila, Krenik), au centre (Azoum, Nertati, Wadi-Salith, Zalingi), au sud (Kass, Sharg-Aljebel) et au nord (Alsiraif, Saraf-Omra) du Darfour. La couverture administrative rapportée a été de 95%, ce qui a été confirmé par une étude de la couverture établissant un taux de 78% avec les cartes de vaccination et de 99% avec les cartes de vaccination ou les antécédents vaccinaux.

La phase II a eu lieu du 12 au 29 décembre 2012 en ciblant une population de 1 207 278 personnes dans les 5 localités suivantes: Bandasi, Forbranga, Grand Nyala, Mkjar et Shataia.

La phase III a eu lieu du 7 au 18 février 2013 en ciblant 2 009 479 dans les 9 localités suivantes: Edd Elfirsan (y compris Kabum), Elwihda, Kabkabyaia, Shaeriya (y compris Eldaen, Rokiro, Um Dukhun et Yassin).

Ouganda

À la fin du mois de décembre 2010 et en janvier 2011, le Ministère de la Santé a signalé une flambée pour une maladie mortelle, fébrile et hémorragique dans le nord du pays. Au total, 273 cas suspects d'origine inconnue, dont 58 mortels, ont été notifiés au cours de la période du 2 octobre 2010 au 28 janvier 2011 dans 15 districts (Abim, Agago, Apac, Arua, Dokolo, Gulu, Kaabong, Kitgum, Kotido, Lamwo, Lira, Napak, Nebbi, Pader et Yumbe). La FJ a été confirmée en laboratoire le 18 décembre 2010. Après cette confirmation, la définition du cas suspect a été revue: toute personne présentant une fièvre d'apparition brutale, avec soit un test négatif de laboratoire pour le paludisme ou ne réagissant pas à un traitement antipaludique complet, et un ictère ou des hémorragies inexpliquées. Avec la fièvre (100% des cas suspects), les symptômes les plus courants ont été les suivants: toute forme de saignements inexpliqués (97,8%), céphalées (71,3%), vomissements sans présence de sang (59,7%) et ictère (11,6%). Treize cas ont été confirmés en laboratoire dans 5 districts: par PCR (4 cas), recherche des IgM et

⁵ Sudan, in the WHO East Mediterranean Region, is included here with countries in the WHO African Region because of its geographic location and because YF epidemics in Sudan and Chad were epidemiologically related.

⁵ Dans ce rapport, le Soudan, situé dans la Région OMS de Méditerranée orientale, est inclus dans les pays formant la Région OMS de l'Afrique en raison de sa situation géographique et parce que les flambées de FJ au Soudan et au Tchad sont liées sur le plan épidémiologique.

confirmed for YF in 5 districts, by PCR (4 cases), IgM and PRNT (8 cases) and genomic next generation sequencing. Because of an ongoing hepatitis E epidemic in northern Uganda, specimens testing negative for YF were subsequently tested for hepatitis E virus and other infections. The CFR was 21.2% overall and 53.8% among laboratory-confirmed cases. The transmission was considered to be mainly sylvatic. A reactive vaccination campaign was initiated on 22 January 2011 in the 5 districts with confirmed cases (Abim, Agago, Kitgum, Lamwo and Pader), reaching 730 000 persons aged ≥ 6 months. This was the largest YF outbreak in Uganda ever recorded, and occurred after 39 years of absence of reported cases in the country.

Yellow fever in South America

In 2011 and 2012, 17 and 15 cases of YF, including 9 deaths in both years, were reported from the WHO American Region (*Tables 3 and 4; Map 2*) in Brazil, Ecuador, Plurinational State of Bolivia and Peru. The CFR was 52.9% in 2011 and 60% in 2012.

As of 2012, most countries in the Caribbean and Latin America with enzootic areas had introduced the YF vaccine into their national routine immunization schedules. Argentina and Brazil have routine YF vaccination in areas considered at risk. The vaccine coverage in these countries among children of one year of age is approximately 70%, reflecting the limited availability of the vaccine. Mass vaccination activities vary from country to country, including reactive campaigns for outbreak control and preventive campaigns conducted in stages, targeting the resident population in enzootic areas, border areas, and areas where migration originates. Peru vaccinated over 11 million people in the 2004–2007 period; Brazil vaccinated 115 million over the past 10 years; and the Plurinational State of Bolivia conducted a national campaign, vaccinating 5 120 612 people in 2007.

The 2008 outbreaks in the Southern Cone expanded the area considered at risk to include northern Argentina and Paraguay. This situation highlighted the need to reassess the risk areas, considering the changing ecological and environmental conditions that favour YF transmission. This will permit a more accurate definition of the areas and populations to target for vaccination.

Brazil

In 2011, 2 laboratory-confirmed cases of YF were reported. Both were probably infected in the department of Para. The first case was reported in January, a 19-year-old male lumberjack, probably infected in the municipality of Bagre. This case was not vaccinated and survived. The second was a fatal case reported in May, a 15-year-old student. This case was probably infected in the municipality of Tailândia and was vaccinated. No cases were reported in 2012. Brazil maintains a YF enzootic surveillance (passive and active) for early detection of YF enzootic virus circulation and prevention of YF human cases. Up to 2011, the YF reported vaccine coverage in Brazil was 60.5%.

There is no record of urban YF in Brazil since 1942. However, the sylvatic cycle continues, resulting in isolated cases or sporadic outbreaks.

Ecuador

In 2011 no YF case was reported in Ecuador. In January 2012 one fatal laboratory-confirmed case was reported.

PRNT (8 cas) et séquençage génomique de prochaine génération. À cause de l'épidémie d'hépatite E en cours dans le nord de l'Ouganda, on a recherché dans les échantillons donnant des résultats négatifs pour la FJ le virus de l'hépatite E et d'autres infections. Le TL a été en moyenne de 21,2% et de 53,8% pour les cas confirmés en laboratoire. On a considéré la transmission comme étant principalement sylvatique. Une campagne réactive de vaccination a été entreprise le 22 janvier 2011 dans les 5 districts ayant des cas confirmés (Abim, Agago, Kitgum, Lamwo et Pader); elle a couvert 730 000 personnes âgées de ≥ 6 mois. C'est la plus grande flambée épidémique survenue en Ouganda après 39 ans d'absence de cas notifiés dans le pays.

Fièvre jaune en Amérique du Sud

En 2011 et en 2012, 17 et 15 cas de FJ, avec 9 décès chacune des 2 années, ont été notifiés par la Région OMS des Amériques (*Tableaux 3 et 4; Carte 2*) au Brésil, en Équateur, dans l'Etat plurinational de Bolivie et au Pérou. Le TL était de 52,9% en 2011 et de 60% en 2012.

En 2012, la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes ayant des zones d'enzootie avaient introduit la vaccination anti-amarile dans leur calendrier national de vaccination systématique. L'Argentine et le Brésil pratiquent la vaccination systématique contre la FJ dans les zones considérées à risque. Dans ces pays, la couverture vaccinale chez les enfants âgés d'1 an est d'environ 70%, ce qui reflète bien la disponibilité limitée du vaccin. Les activités de vaccination de masse varient d'un pays à l'autre, avec des campagnes réactives, des luttes contre les flambées ou des campagnes préventives menées par phases et ciblant la population habitant dans les zones d'enzootie, les zones frontalières et les zones de provenance des migrations. Le Pérou a vacciné >11 millions de personnes de 2004 à 2007, le Brésil 115 millions ces 10 dernières années et l'Etat plurinational de Bolivie a mené une campagne nationale en 2007 et vacciné 5 120 612 personnes.

Les flambées de 2008 dans le Cône austral ont élargi la zone considérée à risque pour y inclure le Paraguay et le nord de l'Argentine. Cette situation souligne la nécessité de réévaluer les zones à risque, en tenant compte de l'évolution des conditions écologiques et environnementales favorables à la transmission de la FJ. On obtiendra ainsi une définition plus précise des zones et des populations que la vaccination doit cibler.

Brésil

En 2011, 2 cas confirmés en laboratoire ont été notifiés. Les 2 ont probablement contracté l'infection dans le département de Para. Le premier, un bûcheron de 19 ans, a été signalé en janvier; l'infection a probablement eu lieu dans la municipalité de Bagre. Il n'était pas vacciné et il a survécu. Le second, un étudiant de 15 ans signalé en mai, a été mortel. L'infection a probablement eu lieu dans la municipalité de Tailândia et il était vacciné. Aucun cas n'a été notifié en 2012. Le Brésil maintient une surveillance (passive et active) de l'épizootie pour une détection précoce de la circulation enzootique du virus amaril et la prévention des cas humains. Jusqu'en 2011, le Brésil indiquait une couverture de la vaccination anti-amarile de 60,5%.

On n'a pas enregistré de FJ urbaine au Brésil depuis 1942. Néanmoins, le cycle sylvatique se poursuit, entraînant des cas isolés et des flambées sporadiques.

Équateur

En 2011, aucun cas n'a été signalé en Équateur. En janvier 2012, un cas mortel, confirmé en laboratoire, a été notifié. Il s'agissait

The case was a 30-year-old male, not vaccinated, who worked as an engineer in tourism and environmental conservation. The worker was carrying out a forest inventory, visiting farms in different communities within the Amazon province of Napo (Apuya, Capricho, Cotona, Ishpingo, Luz de America, Sahuata, San Francisco and 10 de Enero), with several incursions into the jungle. The communities had not reported any epizootic events. Vaccination activities were immediately carried out in the urban and surrounding rural areas, including Julio Arosemana and Tena Canton. Some complementary vector control activities were also carried out in the urban areas. The coverage of vaccination against YF remains high in the country. The YF vaccine is used in 24 provinces; it is administered to children between 12 and 23 months of age, and to travelers to the Amazon and at-risk areas.

The case described above was the first case to be reported by Ecuador since 2000.

Peru

In 2011, 13 laboratory-confirmed cases were reported, including 6 deaths (CFR, 46%). The probable places of infection were in the departments of Ayacucho (1 case), Junín (1 case), Loreto (2 cases), Madre de Dios (2 cases), San Martín (6 cases) and Ucayali (1 case). In 2012, a total of 11 laboratory-confirmed cases were reported in Peru, with a CFR of 54.5% (6 deaths). The probable places of infection were in the departments of Amazonas (1 case); Ayacucho (1 case); Cuzco (1 case); Loreto (1 case); Madre de Dios (2 cases); San Martín (1 case); Puno (3 cases) and Ucayali (1 case). In response to reported cases, vaccination is implemented focally because of limited vaccine availability, as well as investigation of the cases and search for susceptible/non-vaccinated individuals. Peru also maintains the policy to immunize 100% of children reaching their first year of age.

Currently Peru is the South American country that has reported the highest number of sylvatic YF cases.

Plurinational State of Bolivia

In February 2011, 2 fatal laboratory-confirmed cases were reported; both were 27-year-old males working in the military service. Neither had been vaccinated. The probable place of infection was the municipality of Chapare in the department of Cochabamba. In 2012, 3 laboratory-confirmed cases were reported, 2 of which were fatal (CFR, 66.6%). The first fatal case occurred in January, a 27-year-old male farmer. The probable place of infection was the municipality of Shinahota in the department of Cochabamba. The second case, a 5-year-old preschool child, was reported in April. The probable place of infection was the municipality of Villa Tunari, located in the same department. This case survived. The third case, which was fatal, was reported in May 2012 in a 33-year-old male farmer. The probable place of infection was the municipality of Santa Ana in the department of Beni. None of the 3 cases had been vaccinated. In response to these cases, epidemiological investigation, interviews with the family members and a search for susceptible/non-vaccinated individuals were carried out. Due to limited vaccine availability, vaccination was administered to 88 inhabitants who had probably not been vaccinated previously or who were without a vaccine card, in the affected localities only. Non-epizootic events were reported.

d'un homme de 30 ans, non vacciné, travaillant comme ingénieur dans le secteur du tourisme et de la protection de l'environnement. Il procédait à un inventaire des forêts, visitant des fermes dans différentes communautés de la province amazonienne de Napo (Apuya, Capricho, Cotona, Ishpingo, Luz de America, Sahuata, San Francisco et 10 de Enero), avec plusieurs incursions dans la jungle. Les communautés n'avaient pas signalé d'épisodes épizootiques. Des activités de vaccination ont été immédiatement menées dans les zones urbaines et rurales voisines, y compris Julio Arosemana et Tena Canton. Certaines actions complémentaires de lutte antivectorielles ont également eu lieu dans les zones urbaines. La couverture de la vaccination anti-amarile reste élevée dans le pays. Le vaccin, utilisé dans 24 provinces, est administré aux enfants âgés de 12 à 23 mois et aux personnes voyageant dans la région amazonienne et les zones à risque.

Le cas décrit ci-dessus est le premier à être notifié en Équateur depuis 2000.

Pérou

En 2011, 13 cas confirmés en laboratoire, dont 6 mortels (TL de 46%), ont été notifiés. Les infections se sont probablement produites dans les départements d'Ayacucho (1 cas), Junín (1 cas), Loreto (2 cas), Madre de Dios (2 cas), San Martín (6 cas) et Ucayali (1 cas). En 2012, 11 cas confirmés en laboratoire au total ont été notifiés dans ce pays, avec un TL de 54,5% (6 décès). Les infections ont probablement eu lieu dans les départements d'Amazonas (1 cas); Loreto (1 cas); San Martín (1 cas); Madre de Dios (2 cas); Cuzco (1 cas); Puno (3 cas); Ucayali (1 cas) et Ayacucho (1 cas). En réponse à ces signalements de cas, des actions centrées de vaccination sont entreprises en raison de la disponibilité limitée des vaccins et en fonction de la recherche des sujets sensibles/non vaccinés. Par ailleurs, le Pérou maintient sa politique qui consiste à avoir vacciné 100% des enfants à leur premier anniversaire.

Actuellement, le Pérou est le pays d'Amérique du Sud ayant notifié le plus grand nombre de cas sylvatiques de YF.

Etat plurinational de Bolivie

En février 2011, 2 cas mortels, confirmés en laboratoire et concernant des hommes de 27 ans travaillant dans les forces armées, ont été notifiés. Aucun des 2 n'avait été vacciné. Ils ont probablement été infectés dans la municipalité de Chapare (département de Cochabamba). En 2012, 3 cas confirmés en laboratoire, dont 2 mortels (TL de 66,6%) ont été notifiés. Le premier cas, mortel, s'est produit en janvier et a concerné un agriculteur de 27 ans. Il a probablement été infecté dans la municipalité de Shinahota (département de Cochabamba). Le deuxième cas, un élève de maternelle de 5 ans, a été notifié en avril. L'infection a probablement eu lieu à Villa Tunari, une municipalité située dans le même département. Il a survécu. Le troisième cas, également mortel, a été notifié en mai 2012 et a concerné un agriculteur de 33 ans. Il a probablement été infecté dans la municipalité de Santa Ana (département de Beni). Aucun des 3 cas n'avait été vacciné. Suite à ces cas, une enquête épidémiologique, des entretiens avec les membres des familles et la recherche des sujets sensibles/non vaccinés ont été entrepris. En raison de la disponibilité limitée des vaccins, 88 habitants probablement non vaccinés ou n'ayant pas de carte de vaccination ont été vaccinés dans les localités touchées seulement. Des épisodes non épizootiques ont été signalés.

Table 3 **Number of yellow fever cases notified, number of deaths and case-fatality rate (CFR), WHO Region of the Americas, 2011**
 Tableau 3 **Nombre de cas de fièvre jaune, nombre de décès et taux de létalité (TL) notifiés par la Région OMS des Amériques en 2011**

Country – Pays	No. of cases – Nombre de cas	No. of deaths – Nombre de décès	CFR (%) – TL (%)
Bolivia (Plurinational State of) – Bolivie (Etat plurinational de)	2	2	100
Brazil – Brésil	2	1	50
Peru – Pérou	13	6	46.1
Total	17	9	52.9

Table 4 **Number of yellow fever cases notified, number of deaths and case-fatality rate (CFR), WHO Region of the Americas, 2012**
 Tableau 4 **Nombre de cas de fièvre jaune, nombre de décès et taux de létalité (TL) notifiés par la région OMS des Amériques en 2012**

Country – Pays	No. of cases – Nombre de cas	No. of deaths – Nombre de décès	CFR (%) – TL (%)
Bolivia (Plurinational State of) – Bolivie (Etat plurinational de)	3	2	66.6
Ecuador – Equateur	1	1	100
Peru – Pérou	11	6	54.5
Total	15	9	60.0

The Yellow Fever Strategic Framework 2012–2020

Building upon the YF investment case strategy, which has reduced the frequency and size of disruptive YF outbreaks, this strategic framework prioritizes endemic countries according to their epidemic risk so that allocation of vaccine and resources can be quickly undertaken when countries request assistance. This framework will enable WHO and partners to identify the populations' high priority needs through a systematic approach so that limited resources can be allocated most effectively to reduce the burden of YF in Africa.

The Yellow Fever Strategic Framework proposes the immunization of an estimated 155 million people in the 22 endemic countries (including Nigeria) that have not implemented preventive mass vaccination. The remaining population residing in YF endemic countries will not be targeted for interventions, either because they live in geographical zones which are not favourable for YF transmission or because they live in zones where no YF transmission has ever been documented. Limiting preventive mass immunization campaigns and routine immunizations to the populations living in areas at risk will optimize the use of limited resources.

The strategic framework categorizes endemic countries in groups according to their current epidemiological situation and their historical endemic status. For each category, specific recommendations for immunization programmes are proposed (i.e. preventive mass campaigns and/or routine immunization at national or sub-national level). In addition, a set of criteria is established for countries willing to carry out preventive immunization activities against YF in order to ensure the effectiveness and long term sustainability of the control programme.

While the most important measure is to address the growing needs of these 22 countries, it is equally important to ensure that the 12 countries initially targeted by the YF initiative are not neglected. These YF endemic countries should continue to be included in the framework in order to maintain flexibility for the countries which did not fully complete immunization campaigns and which may re-

Le Cadre stratégique de lutte contre la fièvre jaune 2012-2020

S'appuyant sur une stratégie basée sur les raisons d'investir contre la FJ et permettant de réduire la fréquence et l'ampleur des flambées engendrant de graves perturbations, ce Cadre stratégique donne la priorité aux pays d'endémie en fonction de leur risque épidémique, de façon à pouvoir allouer rapidement les vaccins et les ressources quand les pays ont besoin d'assistance. Il permettra à l'OMS et à ses partenaires de déterminer les besoins fortement prioritaires des populations au moyen d'une méthode systématique, afin de pouvoir affecter le plus efficacement possible les ressources limitées pour réduire la charge de la FJ en Afrique.

Le Cadre stratégique propose de vacciner 155 millions de personnes selon les estimations dans les 22 pays d'endémie (parmi lesquels le Nigéria) qui n'ont pas mis en place de campagnes préventives de vaccination de masse. Le reste de la population vivant dans ces pays ne sera pas ciblé par ces interventions, parce que habitant soit dans des zones géographiques peu propices à la transmission de la maladie, soit dans des zones où celle-ci n'a jamais été attestée. Le fait de réserver les campagnes préventives de vaccination de masse et la vaccination systématique aux populations vivant dans des zones à risque permettra d'optimiser l'utilisation des ressources limitées.

Le Cadre stratégique classe les pays d'endémie dans différents groupes selon leur situation épidémiologique actuelle et l'historique de leur situation. Pour chaque catégorie, des recommandations spécifiques sont proposées pour les programmes de vaccination (c'est-à-dire campagnes préventives de masse et/ou vaccination systématique au niveau national ou en deçà). En outre, un ensemble de critères sont fixés pour les pays souhaitant mener des activités de vaccination préventive contre la FJ, afin d'assurer l'efficacité et la pérennité du programme de lutte sur le long terme.

Si la mesure la plus importante consiste à répondre aux besoins croissants de ces 22 pays, il est tout aussi important de ne pas négliger les 12 pays initialement ciblés par l'Initiative de lutte contre la FJ. Ces pays d'endémie devraient continuer à être couverts par le Cadre de façon à préserver la flexibilité pour les pays qui n'ont pas totalement achevé les campagnes de vaccination et qui, à l'avenir, pourraient avoir besoin

Map 2 **Areas reporting yellow fever cases in South America in 2011 and 2012**
 Carte 2 **Zones ayant notifié des cas de fièvre jaune en Amérique du Sud en 2011 et en 2012**



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: World Health Organization – Source: Organisation mondiale de la santé
 Map : WHO Department of Control of Epidemic Diseases – Carte: Département
 OMS de lutte contre les maladies épidémiques

© WHO 2013. All rights reserved – © OMS 2013. Tous droits réservés

quire small scale catch-up campaigns in the future if there is an increase in YF virus circulation.

International Health Regulations and yellow fever risk assessment

Following a request from the countries, a forum of experts on YF was held in Panama City in June 2012, to discuss how the countries can make a scientific evidence-based determination of YF risk areas in the Americas region. As a conclusion, experts suggested that endemic countries should strive to enhance and maintain their YF surveillance, keeping best practices in all components: human (clinical and epidemiological) and non-human (epizootic) surveillance, urban and sylvatic entomological surveillance, mapping, vaccination strategies, and laboratory confirmation, to better understand the risk YF poses to travellers as well as to their own populations.

Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) recommendations for yellow fever vaccination⁶

A report was presented from the SAGE working group on YF vaccines; the group was tasked with reviewing the evidence and making recommendations to SAGE with a view to updating the 2003 WHO position paper on the use of YF vaccines. An extensive background paper was provided; it was in particular informed by 2 systematic reviews on whether there is a need for booster doses of YF vaccine every 10 years after primary vaccination, and on the risk of serious adverse effects following immunization in the elderly.

Based on currently available surveillance data, SAGE concluded that vaccine failures are extremely rare and do not cluster as time increases after immunization. A single dose of YF vaccine is sufficient to confer sustained immunity and life-long protection against YF disease and a booster dose of YF vaccine is not needed. Surveillance in endemic countries and clinical studies may possibly identify specific risk groups (such as infants or HIV-infected patients) that might benefit from a second primary or booster dose.

Regarding the use of YF vaccine in people aged ≥ 60 years, SAGE noted that while the risk of YF vaccine-associated viscerotropic disease in persons ≥ 60 years of age is higher than in younger groups, the overall risk remains low. Vaccination should be recommended based on a careful risk-benefit assessment comparing the risk of acquiring YF disease versus the risk of a potential serious adverse event following immunization for persons ≥ 60 years of age who have not been previously vaccinated and for whom the vaccine is recommended. Further research is needed to better quantify the risk for vaccine recipients who are ≥ 60 years of age and who reside in, or travel to, a YF endemic area.

YF vaccine is not recommended for individuals who are severely immunocompromised for a range of clinically recognized reasons. YF vaccination may be offered to asymptomatic HIV-infected persons with CD4 T cell counts ≥ 200 cells/mm³, for whom vaccination is indicated. There is limited clinical study data on safety and immunogenicity of YF vaccine in HIV-infected children. However, available data are reassuring on safety, including from a secondary analysis of safety in a mass vac-

de campagnes de rattrapage à petite échelle en cas d'intensification de la circulation du virus amaril.

Règlement sanitaire international et évaluation du risque de fièvre jaune

En réponse à une demande des pays, un forum d'experts de la FJ a été organisé dans la ville de Panama en juin 2012, pour étudier comment les pays peuvent déterminer, sur la base des données scientifiques, les zones où il y a un risque de FJ dans la Région des Amériques. En conclusion, les experts ont préconisé que les pays d'endémie s'efforcent de renforcer et de maintenir leur surveillance de cette maladie, en conservant les meilleurs pratiques pour toutes les composantes de la lutte: surveillance chez l'homme (clinique et épidémiologique) et chez l'animal (épizootique), surveillance entomologique urbaine et sylvatique, cartographie, stratégies de vaccination et confirmation en laboratoire, afin de mieux comprendre le risque de FJ à la fois pour les voyageurs et pour leurs propres populations.

Recommandations du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) pour la vaccination anti-amaril⁶

Un rapport du groupe de travail du SAGE sur les vaccins anti-amarils a été présenté. Le groupe avait été chargé d'examiner les données factuelles et de faire des recommandations au SAGE en vue d'actualiser la déclaration OMS de 2003 sur l'utilisation des vaccins anti-amarils. Un document d'information très complet a été soumis, basé notamment sur 2 études systématiques, visant à déterminer s'il est nécessaire d'administrer des doses de rappels du vaccin anti-amaril tous les 10 ans après la primovaccination et concernant aussi le risque d'effets secondaires graves consécutifs à la vaccination chez les personnes âgées.

Sur la base des données de surveillance actuellement disponibles, le SAGE a conclu que les échecs du vaccin étaient extrêmement rares et n'augmentent pas en nombre avec le temps écoulé depuis la vaccination. Une dose unique de vaccin anti-amaril suffit à conférer une immunité durable et une protection à vie contre la FJ et il est inutile d'administrer une dose de rappel. La surveillance dans les pays d'endémie et des études cliniques pourraient peut-être permettre de préciser les groupes à risque spécifiques (tels que les nourrissons ou les patients infectés par le VIH) qui auraient intérêt à se faire vacciner une deuxième fois ou à avoir une dose de rappel.

Concernant l'utilisation du vaccin anti-amaril chez les personnes de âgées ≥ 60 ans, le SAGE a constaté que, si le risque de FJ vaccinale (maladie viscérotrope) chez les personnes de ≥ 60 ans est plus important que dans les groupes plus jeunes, le risque général reste faible. La vaccination devrait être recommandée sur la base d'une évaluation soigneuse du rapport risque/avantage, en comparant le risque de contracter la FJ et le risque de réaction postvaccinale indésirable potentiellement grave pour des personnes de ≥ 60 ans qui n'ont pas été précédemment vaccinées et pour qui le vaccin est recommandé. De nouvelles recherches sont nécessaires afin de mieux quantifier le risque pour les personnes vaccinées de ≥ 60 ans susceptibles de résider dans des zones d'endémie de la FJ ou de s'y rendre.

Le vaccin anti-amaril n'est pas recommandé chez les personnes sévèrement immunodéprimées pour toute une série de motifs cliniques reconnus. La vaccination anti-amaril peut être proposée aux personnes infectées par le VIH asymptomatiques, dont la numération des cellules CD4 T est ≥ 200 /mm³ et qui doivent être vaccinées. On ne dispose que de données limitées venant d'études cliniques sur l'innocuité et l'immunogénicité du vaccin anti-amaril chez les enfants infectés par le VIH. Toutefois, les données disponibles sont rassurantes quant à l'innocuité, notamment d'après une

⁶ See No. 27, 2013, pp.269-283.

⁶ Voir N° 27, 2013, pp. 269-283.

cination campaign in Brazil, although the vaccine may be less immunogenic in these children. In addition, YF vaccine has been used in routine immunization programmes where HIV-infected children have been vaccinated with no safety concerns noted. SAGE therefore recommended that the vaccine may be administered to all clinically well children through immunization programmes, and that HIV testing is not a pre-requisite for vaccination in this setting.

In situations where the risk of YF disease is high and mass vaccination campaigns are undertaken, limited data have not so far indicated any safety concerns for HIV-positive adults and children who are immunized in this context. SAGE therefore recommended that for mass immunization campaigns there is no requirement to establish HIV status as a prerequisite for vaccination. Additional data on safety and immunogenicity of YF vaccine, including persistence of immunity in HIV-positive adults and children should be obtained.

There are limited data on the use of YF vaccine in pregnant and lactating women. Current data do not suggest a risk of viscerotropic or neurologic disease in mothers or their fetus/newborn after immunization and there is no evidence of congenital abnormalities due to YF vaccine. There have been 3 confirmed cases of virus transmission in lactating mothers. Vaccination is nevertheless recommended if indicated for pregnant or breastfeeding women travelling to endemic areas when travel cannot be avoided or postponed. Both pregnant women and nursing mothers at high risk of YF disease should thus be counseled regarding the benefits and potential risks of vaccination so that they can make an informed decision about vaccination. For lactating women, the benefits of breastfeeding infants far outweigh those of other nutritional alternatives.

Limited data are currently available on safety and immunogenicity when YF vaccine is simultaneously administered with other vaccines. Although several studies have indicated that the YF and measles vaccines can be administered simultaneously without any effects on safety and immunogenicity, a single study of simultaneous administration of YF and measles, mumps and rubella (MMR) vaccines in infants suggest that immunogenicity may be compromised for both YF vaccine and the rubella and mumps components of MMR vaccine. Separating MMR and YF vaccine administration by 30 days mitigated the effect. To date, there is insufficient evidence to change current recommendations and SAGE recommended that additional studies should be undertaken on the simultaneous administration of YF and other vaccines, to further inform immunization programmes.

The control strategy for YF should include sound epidemiologic surveillance, and delivery of YF vaccine through a complementary and optimized combination of routine immunization and mass preventive campaigns. Reactive campaigns should be conducted in response to YF outbreaks if there is inadequate vaccination coverage within the population.

SAGE recommended that all countries with areas at risk from YF disease should set time-defined objectives for the introduction of YF vaccine into their routine immunization programmes and to establish regional plans for controlling YF. ■

analyse secondaire de ce paramètre lors d'une campagne de vaccination de masse effectuée au Brésil, même si l'immunogénicité du vaccin est peut-être moindre chez ces enfants. En outre, le vaccin antiamaril a été utilisé dans le cadre de programmes de vaccination systématique où des enfants infectés par le VIH ont été vaccinés sans que des problèmes particuliers d'innocuité n'aient été observés. Le SAGE a donc recommandé d'administrer le vaccin à tous les enfants bien portants, dans le cadre des programmes de vaccination, le test de dépistage du VIH n'étant pas une condition préalable à la vaccination dans ce cadre.

Dans les situations où le risque de FJ est élevé et où des campagnes de vaccination de masse sont entreprises, les données limitées n'ont jusqu'ici pas indiqué de problème particulier d'innocuité pour les adultes et les enfants VIH-positifs vaccinés dans ce cadre. Le SAGE a donc recommandé que, lors des campagnes de vaccination de masse, il ne soit pas exigé de déterminer le statut sérologique à l'égard du VIH comme condition préalable à la vaccination. Il faudrait obtenir des données supplémentaires sur l'innocuité et l'immunogénicité du vaccin antiamaril, y compris la persistance de l'immunité chez des adultes et des enfants VIH-positifs.

On ne dispose que de données limitées sur l'utilisation du vaccin antiamaril chez les femmes enceintes et allaitantes. Les données actuelles ne suggèrent pas de risque de maladie viscérotrope ou neurologique chez les mères ou le fœtus/le nouveau-né après la vaccination et il n'y a pas de signe d'anomalies congénitales dues au vaccin antiamaril. On a compté 3 cas confirmés de transmission du virus chez les mères allaitantes. La vaccination est néanmoins recommandée si elle est indiquée pour les femmes enceintes et allaitantes se rendant dans des zones d'endémie quand elles ne peuvent ni éviter ni différer leur voyage. Il faut donc la conseiller tant aux femmes enceintes qu'aux mères allaitantes exposées à un risque élevé de FJ en tenant compte des avantages et des risques potentiels de la vaccination, afin qu'elles puissent prendre la décision de se faire vacciner en toute connaissance de cause. Pour les femmes allaitantes, l'allaitement au sein présente, et de loin, beaucoup plus d'avantages que toute autre solution d'alimentation.

On ne dispose actuellement que de données limitées sur l'innocuité et l'immunogénicité du vaccin antiamaril administré simultanément avec d'autres vaccins. Bien que plusieurs études aient montré que les vaccins antiamarils et antirougeoleux puissent être administrés simultanément sans effets sur l'innocuité et l'immunogénicité, une seule étude portant sur l'administration simultanée du vaccin antiamaril et du vaccin antirougeoleux, anti-ourlien et antirubéoleux (ROR) chez le nourrisson semble indiquer que l'immunogénicité pourrait être compromise tant pour le vaccin antiamaril que pour les valences rubéole et oreillons du ROR. Un intervalle de 30 jours entre le vaccin ROR et le vaccin antiamaril atténue cet effet. À ce jour, on ne dispose pas de données probantes suffisantes pour modifier les recommandations actuelles et le SAGE a préconisé d'entreprendre de nouvelles études sur l'administration simultanée du vaccin antiamaril et d'autres vaccins afin de mieux orienter les programmes de vaccination.

La stratégie de lutte contre la FJ devrait comporter une surveillance épidémiologique solide et l'administration du vaccin antiamaril dans le cadre d'une association complémentaire et optimisée de la vaccination systématique et des campagnes de prévention de masse. Des campagnes devraient être organisées pour réagir en cas de flambées de FJ si la couverture vaccinale est insuffisante dans la population concernée.

Le SAGE a recommandé que tous les pays présentant des zones à risque pour la FJ fixent des objectifs dans le temps pour l'introduction du vaccin antiamaril dans leurs programmes de vaccination et établissent des plans régionaux de lutte contre la maladie. ■

Global Polio Eradication Initiative: 8th meeting of the Independent Monitoring Board

The Independent Monitoring Board (IMB) was established in November 2010, at the request of the World Health Assembly, to monitor and guide the progress of the Global Polio Eradication Initiative (GPEI). The goal of the GPEI programme is to interrupt polio transmission globally by the end of 2014.

The IMB held its 8th meeting on 7–9 May 2013 in London, United Kingdom. Following this meeting, the IMB issued its 7th report¹ to the heads of WHO, the US Centers for Disease Control and Prevention, UNICEF, Rotary International, the Bill & Melinda Gates Foundation's Global Health Program and the governments of the remaining 3 polio-endemic countries. This article summarizes the discussions and conclusions of the IMB.

The 8th meeting of the IMB was the first since the target for interrupting polio transmission by the end of 2012 (as stipulated in the GPEI 2010–2012 Strategic Plan) was missed. It was also the first meeting since the tragic killings of polio workers in Pakistan and northern Nigeria. Their personal sacrifice in service to public health will forever be recorded in the annals of polio eradication, and the greatest honour to them would be to rapidly achieve the goal of eradication.

The IMB considered that the missed target for interruption of transmission is not a reason for pessimism. The programme's achievements in the last 3 years have been formidable. After a decade-long plateau – there was no significant reduction in the number of wild polio virus cases between 2001 and 2010 – case numbers have dropped substantially since 2010. In 2012 there were (i) 3 endemic countries (down from 4 in 2010); (ii) cases in just 2 other countries (down from 16 in 2010); and (iii) 223 cases of paralytic polio due to wild polio virus, mainly in children (down from 1352 in 2010).

The latest data at the time of the IMB meeting recorded 26 cases of poliomyelitis due to wild polio virus in 2013, compared with 53 at the same point in time last year. While this represents considerable progress, it also reflects the fact that the polio virus has not been eradicated.

In each of its previous reports, the IMB has set out a consistent analysis of the reasons why the programme is performing suboptimally. Major areas of dysfunction identified included:

- failure to focus sufficiently intensively on why children were not being vaccinated;
- failure to ensure accountability;
- inability to transfer methods of programme excellence rapidly and reliably to areas where performance is mediocre or poor; and
- failure to put continuous quality improvement at the heart of the programme.

The programme has made major progress in dealing with these problems. A global emergency has been declared, and a rapid increase in staff numbers implemented. Accountability has been strengthened in many

Huitième réunion du Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Le Comité de suivi indépendant a été créé en novembre 2010 à la demande de l'Assemblée mondiale de la Santé pour suivre et orienter les progrès de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Celle-ci a pour but d'interrompre la transmission de la poliomyélite dans le monde entier d'ici à la fin de 2014.

Le Comité a tenu sa huitième réunion du 7 au 9 mai 2013 à Londres (Royaume-Uni). Suite à celle-ci, il a publié son septième rapport destiné aux responsables de l'OMS, des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis, de l'UNICEF, du Rotary International, du Global Health Program de la Fondation Bill & Melinda Gates et des gouvernements des 3 derniers pays d'endémie de la poliomyélite. Le présent article récapitule les discussions et les conclusions du Comité.

La huitième réunion du Comité est la première depuis que la cible visant l'interruption de la transmission de la poliomyélite au plus tard à la fin de 2012 (comme le stipulait le Plan stratégique 2010-2012 de l'IMEP) n'a pas été atteinte. C'était aussi la première réunion après les meurtres d'agents de lutte contre la poliomyélite au Pakistan et dans le nord du Nigeria. Le sacrifice de leur vie au service de la santé publique restera à jamais marqué dans les annales de l'éradication de la poliomyélite et le plus bel hommage que nous puissions leur rendre, c'est d'obtenir l'éradication mondiale de la maladie.

Le Comité considère que le fait d'avoir manqué la cible de l'interruption de la transmission ne doit pas donner lieu au pessimisme, car le programme a connu des succès formidables ces 3 dernières années. Après avoir stagné pendant une décennie, le nombre des cas d'infection par le poliovirus sauvage n'ayant pas diminué sensiblement de 2001 à 2010, il y a eu une forte baisse depuis 2010. En 2012, il y avait: i) 3 pays d'endémie (contre 4 en 2010); ii) des cas d'infection dans seulement 2 autres pays (alors qu'ils étaient 16 en 2010); et iii) 223 personnes paralysées par le poliovirus sauvage, principalement des enfants (au lieu de 1352 en 2010).

Les dernières données au moment de la réunion du Comité faisaient état de 26 cas d'infection par le poliovirus sauvage en 2013, contre 53 à la même période de l'année précédente. Bien qu'il s'agisse de progrès satisfaisants, cela montre également que le poliovirus n'a pas été éradiqué.

À chacun de ses précédents rapports, le Comité a exposé une analyse cohérente des raisons pour lesquelles le programme n'obtient pas des résultats optimaux. Les principaux domaines de dysfonctionnement qui ont été décrits sont les suivants:

- incapacité à cibler suffisamment les raisons pour lesquelles les enfants ne sont pas vaccinés;
- incapacité à assurer la responsabilisation;
- incapacité à transférer rapidement et de manière fiable les méthodes d'excellence du programme dans les zones où les résultats sont médiocres ou mauvais; et
- incapacité à mettre l'amélioration continue de la qualité au cœur du programme.

Le programme a accompli des progrès majeurs pour résoudre ces problèmes. L'urgence mondiale a été déclarée et le nombre des effectifs a rapidement augmenté. La responsabilisation s'est renforcée dans de nombreux domaines, de même que le salaire

¹ Independent Monitoring Board of the Global Polio Eradication Initiative. *Seventh report – May 2013*. (Available at www.polioeradication.org/imb.aspx, accessed June 2013.)

¹ Independent Monitoring Board of the Global Polio Eradication Initiative. *Seventh report – May 2013*. (Disponible sur www.polioeradication.org/imb.aspx, consulté en juin 2013.)

areas, and vaccinator pay and selection improved. There has been a sharper focus on finding missed children and on the key endemic areas ("sanctuaries"). These changes, and many others, have enabled the programme to make substantial gains.

In the IMB's 7th report, a "system map" for polio eradication was created. Some parts of this system have been designed and built over many years by the programme. Others represent the complex natural environment in which the programme operates – with political, financial and security factors affecting its work in many ways.

In its previous 2 reports, the IMB strongly recommended the introduction of mandatory polio vaccination certification for people travelling out of endemic countries. The IMB continues to believe that this would powerfully underpin the eradication effort. It is one of a number of new actions that could help overcome the continuing survival of the polio virus.

The complexity of the system map is a stark reminder that each domain of activity – political, technical operations, security, financial, strategic – has an important bearing on local communities where vaccination programmes succeed or fail. Moreover, the factors within these domains of the system map can interact with others in ways that are not always possible to predict or control. It is also clear from the system map that the programme is only as strong as its weakest point and that the complex forces affecting communities cannot be completely controlled.

A regrettable challenge remains the very negative perception of the programme – and the polio vaccine in particular – in many of the places where the virus still circulates. Many communities regard the vaccine as being imposed from the outside and do not understand the benefit that it brings. Parents ask, "Why so many doses?", and often receive unsatisfactory answers. When anti-programme campaigners recently produced a series of compact disks for dissemination in Nigeria, they found a receptive audience, their messages spreading rapidly across the north of the country.

The IMB is deeply concerned at the programme's weak grip on communications and social mobilization, activities that could not only counteract communities' negativity but also generate more genuine demand. Within the programme, communication is, undeservedly, of much lower priority than vaccine delivery. Communications expertise is sparse throughout. UNICEF, the lead agency for communications, is underpowered. Communications is everybody's business and should be more prominently at the heart of the programme's concerns.

The IMB has drawn attention to this weakness for some time; it has not been addressed and is now a serious threat to eradication. In areas where communication capability is strong the IMB sees:

- rapid rebuttal of unfounded and unscientific claims about the vaccine;
- engagement in dialogue with communities and local groups to achieve widespread community support, particularly with women's groups and religious leaders;

et la sélection des agents de vaccination se sont améliorés. L'accent a davantage été mis sur la recherche d'enfants ayant échappé à la vaccination et sur les zones clés d'endémie (les «sanctuaires»). Ces changements, ainsi que de nombreux autres, ont permis au programme de beaucoup progresser.

Pour le septième rapport du Comité, une «cartographie du système» a été créée pour l'éradication de la poliomyélite. Certaines parties de ce système ont été conçues et mises en place au cours des nombreuses années de fonctionnement du programme. D'autres représentent l'environnement naturel complexe dans lequel le programme opère, avec des facteurs politiques, financiers et sécuritaires affectant son travail de multiples façons.

Dans ses 2 précédents rapports, le Comité a fortement recommandé d'introduire l'obligation de présenter un certificat de vaccination antipoliomyélique pour les voyageurs en provenance des pays d'endémie. Il continue de croire que cette mesure serait un appui solide à l'effort d'éradication. Elle fait partie des nouvelles actions qui pourraient contribuer à vaincre la persistance du poliovirus.

La complexité de la cartographie du système rappelle fortement que chaque domaine d'activité (politique, opérations techniques, sécurité, financement, stratégie) a des liens importants avec les communautés locales, théâtre du succès ou de l'échec des programmes de vaccination. De plus, parmi ces domaines, les facteurs peuvent interagir de diverses manières qu'il n'est pas toujours possible de prédire ou de contrôler. Il apparaît aussi clairement que la puissance du programme se détermine à l'aune de son point le plus faible et qu'on ne peut maîtriser complètement les forces complexes agissant sur les communautés.

Une difficulté regrettable demeure: la perception très négative du programme en général, et du vaccin en particulier, dans de nombreux endroits où le virus continue de circuler. De nombreuses communautés considèrent que le vaccin leur est imposé de l'extérieur et ne comprennent pas les avantages qu'il apporte. Quand les parents posent la question: «Pourquoi tant de doses?» souvent ils n'obtiennent pas de réponses satisfaisantes. Lorsque les opposants au programme ont récemment produit une série de disques compacts à diffuser au Nigéria, ils ont trouvé un public réceptif et leurs messages se sont propagés rapidement dans le nord du pays.

Le Comité s'inquiète vivement de la faible emprise du programme sur la communication et la mobilisation sociale, 2 activités qui pourraient contrebalancer l'attitude négative des communautés mais aussi générer une demande plus authentique. Au sein du programme, la communication reçoit, à tort, beaucoup moins d'attention que la distribution des vaccins. L'expertise dans ce domaine est globalement faible. L'UNICEF, première agence dans le domaine, manque de moyens. Or, la communication est l'affaire de chacun et devrait occuper une position plus prééminente au cœur des préoccupations du programme.

Le Comité a, depuis un certain temps, attiré l'attention sur cette faiblesse, mais on ne s'est pas occupé du problème et il fait désormais peser une menace sérieuse sur l'éradication. Dans les zones disposant de puissants moyens de communication, le Comité observe:

- une réfutation rapide des allégations infondées et non scientifiques sur le vaccin;
- un engagement dans le dialogue avec les communautés et les groupes locaux pour obtenir un appui général de la communauté, notamment auprès des groupes de femmes et des chefs religieux;

- education of and explanation to parents and communities, as well as to vaccinators themselves (so that they are able to answer all questions in an informative and reassuring way);
- incorporation of polio vaccine delivery with other health and social benefits that communities value; and
- consistent and effective advocacy of the benefits of the vaccine.

However, this good practice is not being implemented at the the scale and with the energy and focus needed.

The GPEI Strategic Plan states that “experience throughout the GPEI has shown that polio virus circulation stands little chance of surviving in fully mobilized communities, even in the most difficult contexts”. The IMB fully endorses this view and considers that the leaders of the programme need to make it a reality, which currently it is not.

If not successfully remedied, the current communications shortfall will become a grave impediment for the programme. However, if the challenge is seized and managed with ambition, stronger communications have the potential to transform the programme’s progress.

If a billion-dollar-a-year emergency global health programme were newly established today, its management structure would not resemble that of the GPEI. It would probably have a central secretariat authorized to provide a single source of clear and rapid leadership on behalf of the partners. Now is probably not the time for a radical structural overhaul but the complex multipartner GPEI structure is creating serious problems that need to be addressed.

If major restructuring is deemed too disruptive at this stage of the programme, the global partners instead need to mitigate these current structural problems, which are a major impediment to progress.

When the partners disagree on important issues, such as data sharing or the role of inactivated polio vaccine (IPV), the result is too often a protracted and circular debate that can last for years. This stagnation and maintenance of the status quo allows the virus to live on. Similarly, GPEI core partners expend too much energy focused inwards, rather than being sharply responsive to what the polio-affected countries need from them as a group.

The hindrance caused by intra-partnership disagreement is exemplified by the current stalemate on the utility of IPV in endemic countries. This idea has been discussed for more than 2 years. According to the endgame plan, IPV will be introduced in the 3 endemic countries (and 137 others) in 2015. Some partners favour earlier introduction to the endemic countries, believing IPV would help stop transmission.

Discussion of this idea has been circular because there are no operational trial data to test the hypotheses advanced in support of, and against, the concept. A trial in Pakistan, planned for later this year, needs to provide definitive answers to all of the unresolved immunological, operational and communications questions so that the circular debate can be terminated. The programme needs to have a clear and evidence-based plan on this issue by the end of 2013.

- une éducation et des explications données aux pays et aux communautés, ainsi qu’aux agents de vaccination eux-mêmes (de façon à ce qu’ils soit capables de répondre à toutes les questions d’une manière informative et rassurante);
- une intégration de l’administration du vaccin antipoliomyélitique avec d’autres avantages sanitaires et sociaux appréciés par les communautés; et
- un plaidoyer constant et efficace sur les avantages procurés par le vaccin.

Toutefois, cette bonne pratique n’est mise en œuvre ni à l’échelle requise, ni avec l’énergie et l’attention nécessaires.

Le Plan stratégique de l’Initiative énonce que «l’expérience acquise tout au long des années de mise en œuvre de l’IMEP a montré que le poliovirus a peu de risques de continuer à circuler dans les communautés pleinement mobilisées, même dans les contextes les plus difficiles». Le Comité est entièrement d’accord avec ce point de vue et considère que ceux qui dirigent le programme doivent faire de cette affirmation une réalité, ce qui n’est pas le cas actuellement.

Si aucune solution n’est apportée les lacunes actuelles feront peser une grave menace sur le programme. En revanche, si le défi est relevé et géré avec ambition, le renforcement de la communication a le potentiel pour transformer l’évolution du programme.

Si un programme d’urgence pour la santé mondiale, avec un budget d’un milliard de dollars par an, était implanté aujourd’hui, sa structure administrative ne ressemblerait pas à celle de l’IMEP. Il aurait probablement un secrétariat central qui en assurerait la direction au nom des partenaires et agirait avec clarté et rapidité. Ce n’est sans doute pas le moment d’un remaniement structurel radical, mais la structure complexe de l’IMEP, avec de multiples partenaires, crée de sérieux problèmes qui doivent être résolus.

S’ils jugent qu’une restructuration majeure serait trop déstabilisante à ce stade du programme, les partenaires mondiaux doivent à la place atténuer les problèmes structurels actuels qui constituent un obstacle majeur au progrès.

Lorsque les partenaires ne sont pas d’accord sur des questions importantes, comme les échanges de données ou le rôle du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), il en résulte trop souvent des débats sans fin qui peuvent tourner en rond pendant plusieurs années. La stagnation et le statu quo qui en découlent entretiennent la persistance du virus. De même, les partenaires principaux de l’IMEP consacrent beaucoup trop d’énergie à eux mêmes plutôt que de répondre précisément à ce que les pays affectés attendent d’eux en tant que groupe.

L’impasse actuelle concernant l’utilité du VPI dans les pays d’endémie est l’exemple type de l’obstacle constitué par les désaccords internes du partenariat. Cela fait maintenant plus de 2 ans que l’on discute de cette idée. Selon le plan pour la phase finale, le VPI sera introduit dans les 3 pays d’endémie (et 137 autres) en 2015. Certains partenaires sont favorables à une introduction plus rapide dans les pays d’endémie, estimant qu’il pourrait contribuer à interrompre la transmission.

La discussion a tourné en rond parce qu’il n’y a pas de données d’essais opérationnels ayant testé les hypothèses confirmant ou invalidant cette idée. Un essai au Pakistan, prévu d’ici à la fin de l’année, doit répondre de manière définitive aux questions immunologiques, opérationnelles et à celles liées à la communication afin que le débat prenne fin. C’est pourquoi le programme a besoin d’ici à la fin de 2013 d’un plan clair fondé sur des données probantes.

Afghanistan is on the brink of stopping polio transmission but has been at this point for some time. The country needs a final major push to resolve the basic errors still plaguing its vaccination campaigns. The ability to access "inaccessible" areas is a real strength but sizeable communities still need to be reached. From the top of government downwards, the need to stop transmission by the end of 2014 must be more clearly expressed, and acted on, by all.

Nigeria's programme has surged forward over the last year, in most areas and in many different ways. Nevertheless, progress in a number of Local Government Areas is stagnant, presenting an ongoing impediment for the overall country programme. Insecurity is more significant than ever, and the programme's approach to address this challenge has not yet been optimized. Despite recent progress, Nigeria remains the country most in need of greater strategic focus on communications.

Pakistan transformed its programme in 2012. Heightened political commitment drove through a raft of programmatic improvements. These had real impact, significantly reducing circulation of the virus. The country held elections in the days following the IMB meeting. Strong leadership of the programme from those coming into power will now be crucial. Interruption of transmission in Pakistan has never been simple or straightforward and recent events have increased the difficulties. Pakistan's programme is strong but there needs to be recognition of the considerable challenges that lie ahead.

In all 3 endemic countries, there has been clear evidence of absolute commitment to eradicating polio from the highest political levels. Sustained high-level support in each country will be crucial to stopping transmission.

Cases of poliomyelitis in Somalia and Kenya, reported in the days since the IMB's meeting, are deeply worrying, and a reminder that no country is safe from polio until it has been eradicated from all countries worldwide.

The IMB judges that stopping polio transmission by the end of 2014 is a realistic goal provided there is clear understanding of what is required to attain it. Over the last 2 years, all aspects of the programme have been vastly improved. Transmission can be stopped if the programme recognizes the absolute need to continually improve, and does so effectively and as a matter of urgency.

The programme that finally stops transmission will not be the programme as it exists today, but one that has rapidly and purposefully evolved from it. It will be a programme that truly puts communities at its centre, and that sees communications as being key to its success, rather than as a mitigating measure in a programme driven by supply. It will be a programme that seizes the opportunity to tackle every weakness as it arises, continually scanning the polio eradication system to turn every element in its favour.

The IMB will continue to provide a frank and independent assessment of the progress being made towards global interruption of polio transmission.

The next IMB meeting will be held in London, United Kingdom, on 1–3 October 2013. ■

L'Afghanistan est sur le point d'interrompre la transmission de la poliomyélite mais cette situation perdure depuis un certain temps. Il a besoin d'une dernière impulsion majeure pour résoudre les erreurs fondamentales qui continuent de nuire à ses campagnes de vaccination. La possibilité d'accéder aux zones «inaccessibles» est un atout réel mais il reste des communautés de taille appréciable qui n'ont pas encore été couvertes. Toutes les autorités, du sommet à la base, doivent exprimer plus clairement la nécessité d'interrompre la transmission d'ici à la fin de 2014 et agir en conséquence.

Au Nigéria, le programme a fait un bond en avant au cours de l'année écoulée, dans la plupart des régions et de nombreuses manières. Pourtant, les progrès stagnent dans de nombreuses zones d'administration locale, ce qui représente un obstacle majeur pour le programme dans tout le pays. L'insécurité est plus grande que jamais et l'approche du programme n'a pas encore été optimisée pour remédier à cette difficulté. Malgré ses progrès récents, le Nigéria reste le pays qui a le plus besoin de mettre davantage un accent stratégique sur la communication.

Le Pakistan a transformé son programme en 2012. Le renforcement de la volonté politique a conduit à toute une série d'améliorations programmatiques qui ont eu un impact réel et réduit sensiblement la circulation du virus. Des élections ont eu lieu dans les jours qui ont suivi la réunion du Comité. Une direction puissante du programme assurée par ceux qui arrivent au pouvoir sera cruciale. L'interruption de la transmission a toujours été un défi au Pakistan et les événements récents ont accru les difficultés. Le programme est puissant dans ce pays mais, indubitablement, il reste des problèmes considérables à résoudre.

Les 3 pays d'endémie ont clairement manifesté un engagement politique résolu au plus haut niveau pour l'éradication de la poliomyélite. Dans chaque pays, l'appui à haut niveau est crucial pour interrompre la transmission.

Les cas de poliomyélite en Somalie et au Kenya, notifiés depuis la réunion du Comité, sont très préoccupants et rappellent qu'aucun pays n'est à l'abri tant que cette maladie n'aura pas été éradiquée dans le monde entier.

Le Comité juge réaliste la perspective d'interrompre la transmission de la poliomyélite d'ici à la fin de 2014. Il est important de comprendre ce qui est nécessaire pour atteindre ce but. Ces 2 dernières années, tous les aspects du programme ont été grandement améliorés. La transmission pourra être interrompue à condition que le programme reconnaisse le besoin absolu de s'améliorer en permanence et qu'il procède à ces améliorations efficacement et le plus urgemment possible.

Le programme qui arrivera finalement à interrompre la transmission n'est pas celui qui existe aujourd'hui. Il aura d'abord dû évoluer rapidement et résolument. Il devra mettre véritablement les communautés au cœur de son action, faire de la communication la clé de son succès, plutôt qu'une mesure d'atténuation dans un programme axé sur la fourniture. Il relèvera le défi de résoudre chaque difficulté, quand elle apparaît, en examinant continuellement le système d'éradication pour tourner chaque élément à son avantage.

Le Comité continuera de faire une évaluation franche et indépendante des progrès accomplis en vue de l'interruption mondiale de la transmission de la poliomyélite.

Il tiendra sa prochaine réunion à Londres (Royaume-Uni), du 1^{er} au 3 octobre 2013. ■