



Contents

- 357 Health conditions for travellers to Saudi Arabia for the pilgrimage to Mecca (Hajj), 2014
- 361 Global Polio Eradication Initiative: 10th meeting of the Independent Monitoring Board
- 367 Monthly report on dracunculiasis cases, January–June 2014

Sommaire

- 357 Dispositions sanitaires pour les voyageurs se rendant en Arabie saoudite pour le pèlerinage à La Mecque (Hadj), 2014
- 361 Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite: dixième réunion du Comité de suivi indépendant
- 367 Rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-juin 2014

Health conditions for travellers to Saudi Arabia for the pilgrimage to Mecca (Hajj), 2014

Editorial note

This publication in the *Weekly Epidemiological Record* is to inform visitors of the full requirements for entry into Saudi Arabia; it does not imply an endorsement by WHO of all measures stipulated.

The Ministry of Health of Saudi Arabia has issued the following requirements and recommendations for entry visas for the Hajj and Umra seasons in 2014.

I. Yellow fever

(A) In accordance with the International Health Regulations 2005,¹ all travellers arriving from countries or areas at risk of yellow fever (see list below) must present a valid yellow fever vaccination certificate showing that the person was vaccinated at least 10 days previously and not more than 10 years before arrival at the border.

In the absence of such a certificate, the individual will be placed under strict surveillance for 6 days from the date of vaccination or the last date of potential exposure to infection, whichever is earlier. Health offices at entry points will be responsible for notifying the appropriate Director General of Health Affairs in the region or governorate about the temporary place of residence of the visitor.

The following countries/areas are at risk of yellow fever transmission (as defined by the *International travel and health* 2012²).

Dispositions sanitaires pour les voyageurs se rendant en Arabie saoudite pour le pèlerinage à La Mecque (Hadj), 2014

Note de la rédaction

La publication dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* de ces mesures a pour but d'informer les visiteurs sur les conditions d'entrée en Arabie saoudite; elle n'implique pas que l'OMS donne son aval à chacune d'entre elles.

Pour l'obtention des visas d'entrée pour la saison du Hadj et de l'«Umra» en 2014, le Ministère de la santé d'Arabie saoudite a publié les dispositions et recommandations suivantes.

I. Fièvre jaune

(A) Conformément au Règlement sanitaire international 2005,¹ tous les voyageurs en provenance de pays ou territoires où il existe un risque de transmission de la fièvre jaune (voir la liste ci-dessous) doivent présenter un certificat de vaccination anti-amarile attestant que le sujet a été vacciné depuis plus de 10 jours et moins de 10 ans avant son passage à la frontière.

En l'absence d'un tel certificat, la personne sera placée sous stricte surveillance pendant les 6 jours suivant la date de vaccination ou la dernière date d'exposition potentielle au virus, en fonction de celle qui est la plus antérieure. Les bureaux de santé installés aux points d'entrée auront la responsabilité de notifier au Directeur général des Affaires sanitaires concerné le lieu de résidence temporaire du visiteur dans la région ou le gouvernorat.

Les pays et territoires suivants présentent un risque de transmission de la fièvre jaune (tel que défini dans le manuel *Voyages internationaux et santé* 2012²).

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 346.–

08.2014

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

¹ *International Health Regulations* 2005. Geneva, World Health Organization, 2005 (available at <http://www.who.int/ihr/en>, accessed July 2014).

² *International travel and health*. Geneva, WHO, 2012 (available at <http://www.who.int/ith>, accessed July 2014).

¹ *Règlement sanitaire international* 2005. Genève, OMS, 2005 (disponible sur <http://www.who.int/ihr/fr/index.html>, consulté en juillet 2014).

² *Voyages internationaux et santé*. Genève, OMS, 2011 (disponible sur <http://www.who.int/ith/fr/index.html>, consulté en juillet 2014).

Africa

Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Cameroon, Central African Republic, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Rwanda, Senegal, Sierra Leone, South Sudan, Sudan, Togo and Uganda.

Americas

Argentina, Bolivarian Republic of Venezuela, Brazil, Colombia, Ecuador, French Guyana, Guyana, Panama, Paraguay, Peru, Plurinational State of Bolivia, Suriname and Trinidad and Tobago.

(B) Aircrafts, ships and other means of transportation coming from countries affected by yellow fever are requested to submit a certificate indicating that it applied disinsection in accordance with methods recommended by WHO.

In accordance with the International Health Regulations 2005, all arriving ships will be requested to provide to the competent authority a valid Ship Sanitation Certificate. Ships arriving from areas at risk for yellow fever transmission may also be required to submit to inspection to ensure they are free of yellow fever vectors, or disinfected, as a condition of granting free pratique (including permission to enter a port, to embark or disembark and to discharge or load cargo or stores).

II. Meningococcal meningitis

(A) *Visitors from all countries*

Visitors arriving for the purpose of Umra or pilgrimage (Hajj) or for seasonal work are required to submit a certificate of vaccination with the quadrivalent (ACYW135) vaccine against meningitis issued no more than 3 years and no less than 10 days before arrival in Saudi Arabia. The responsible authorities in the visitor's country of origin should ensure that adults and children aged over 2 years are given 1 dose of the quadrivalent polysaccharide (ACYW135) vaccine.

(B) *For visitors arriving from countries in the African meningitis belt*, namely Benin, Burkina Faso, Cameroon, Chad, Central African Republic, Côte d'Ivoire, Eritrea, Ethiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Mali, Niger, Nigeria, Senegal, Sudan and South Sudan.

In addition to the above stated requirements, ciprofloxacin chemoprophylaxis will be administered at port of entry to lower the rate of carriers among adults and children over 12 years (one 500 mg tablet).

(C) *Interior pilgrims and the Hajj workers*

Vaccination with quadrivalent (ACYW135) vaccine is required for:

Afrique

Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan, Soudan du Sud, Tchad et Togo.

Amériques

Argentine, Brésil, Colombie, Équateur, État plurinational de Bolivie, Guyane, Guyane française, Panama, Paraguay, Pérou, République bolivarienne du Venezuela, Suriname et Trinité-et-Tobago.

B) Les aéronefs, navires et autres moyens de transport en provenance de pays ou territoires où il existe un risque de transmission de la fièvre jaune devront soumettre un certificat attestant d'une désinsectisation conforme aux méthodes recommandées par l'OMS.

Conformément au Règlement sanitaire international 2005, tous les navires à l'arrivée devront présenter une Déclaration maritime de santé en règle aux autorités compétentes. Une inspection pourra également être imposée aux navires en provenance de zones où il existe un risque de transmission de la fièvre jaune, afin de s'assurer de l'absence de vecteurs de la fièvre jaune ou de procéder à une désinsectisation avant d'accorder la «libre pratique» (c'est-à-dire l'autorisation d'entrer dans un port, de débarquer ou d'embarquer des passagers, de décharger ou de charger des cargaisons ou provisions).

II. Méningite à méningocoque

A) *Pour toutes les arrivées*

Les visiteurs du monde entier arrivant pour effectuer l'«Umra», le pèlerinage ou un travail saisonnier doivent présenter un certificat de vaccination contre la méningite avec le vaccin quadrivalent ACYW135, établi depuis moins de 3 ans et plus de 10 jours avant leur arrivée en Arabie saoudite. Les autorités responsables dans le pays d'origine du visiteur doivent s'assurer que les adultes et les enfants de plus de 2 ans ont reçu 1 dose de vaccin quadrivalent polysaccharidique ACYW135.

B) *Pour les arrivées en provenance de pays faisant partie de la «ceinture» africaine de la méningite*, à savoir Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Sénégal, Soudan, Soudan du Sud et Tchad.

En plus des mesures mentionnées ci-dessus, une chimioprophylaxie sera administrée aux points d'entrée afin de diminuer le nombre des porteurs parmi les adultes et les enfants de plus de 12 ans, qui recevront 1 comprimé de ciprofloxacin de 500 mg.

C) *Pour les pèlerins résidant dans le pays et les travailleurs au service des pèlerins*

Un certificat de vaccination contre la méningite avec le vaccin quadrivalent ACYW135 est obligatoire pour:

- all citizens and residents of Medina and Mecca who have not been vaccinated during the past 3 years;
- all citizens and residents undertaking the Hajj;
- all Hajj workers who have not been vaccinated in the past 3 years;
- any individual working at entry points or in direct contact with pilgrims in Saudi Arabia.

III. Poliomyelitis

Regardless of age and vaccination status, proof of receipt of a dose of oral polio vaccine (OPV) or inactivated poliovirus vaccine (IPV), within the previous 12 months and at least 4 weeks prior to departure, is required to apply for an entry visa for Saudi Arabia for travellers arriving from (as of 16 May 2014):

(A) Polio-endemic countries which have never interrupted indigenous virus transmission: Afghanistan, Nigeria, Pakistan (as of 16 May 2014).

(B) Polio-reinfected countries which have had transmission of an imported wild poliovirus or a circulating vaccine-derived poliovirus within the past 12 months (see <http://www.polioeradication.org/Infectedcountries/PolioEmergency.aspx>).

All travellers from these countries will also receive 1 dose of OPV at border points on arrival in Saudi Arabia.

Saudi Arabia also encourages vaccination of travelers from polio-free countries which remain at particular risk of importations (e.g. India, Indonesia).

IV. Seasonal influenza

The Ministry of Health of Saudi Arabia recommends that international pilgrims be vaccinated against seasonal influenza with the most recently available vaccines, i.e. those for the southern hemisphere 2014 influenza season, before arrival into the kingdom of Saudi Arabia, particularly those at increased risk of severe influenza diseases including pregnant women, children aged over 5 years, the elderly, and individuals with pre-existing health conditions such as asthma, chronic heart or lung diseases and HIV/AIDS infection.

In Saudi Arabia, seasonal influenza vaccination is recommended for internal pilgrims, particularly those with pre-existing health conditions described above, as well as for all health-care workers in the Hajj premises.

V. Health education

Health authorities in countries of origin are required to provide information to pilgrims on infectious diseases symptoms, methods of transmission, complications, and means of prevention.

- tous les citoyens et les résidents des villes de La Mecque et de Médine qui n'ont pas été vaccinés au cours des 3 dernières années;
- tous les citoyens et les résidents se rendant en pèlerinage à La Mecque;
- toutes les personnes travaillant pour le Hadj et qui n'ont pas été vaccinées au cours des 3 dernières années;
- toute personne travaillant aux points d'entrée en Arabie Saoudite.

III. Poliomyélite

Un certificat de vaccination attestant qu'ils ont reçu le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) ou le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) au cours des 12 mois précédents et au moins 4 semaines avant leur demande d'obtention du visa d'entrée pour l'Arabie saoudite sera demandé à tous les voyageurs en provenance (au 16 mai 2014):

A) De pays où la poliomyélite est endémique et dans lesquels la transmission du virus autochtone n'a jamais été interrompue, à savoir l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan (au 16 mai 2014).

B) De pays réinfectés par la poliomyélite au cours des 12 derniers par des cas de poliomyélite importés ou par des poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale (voir <http://www.polioeradication.org/Infectedcountries/PolioEmergency.aspx>).

Tous les voyageurs en provenance de ces pays se verront également administrer 1 dose de VPO aux points d'entrée lors de leur arrivée en Arabie saoudite.

L'Arabie saoudite encourage également la vaccination des voyageurs en provenance de pays exempts de poliomyélite mais dans lesquels un risque particulier de réimportation du virus subsiste (par exemple, l'Inde et l'Indonésie).

IV. Vaccination contre la grippe saisonnière

Le Ministère de la santé d'Arabie saoudite recommande aux pèlerins venant de l'étranger de se faire vacciner contre la grippe avec les vaccins les plus récents – notamment ceux recommandés pour la saison grippale 2014 dans l'hémisphère Sud – avant leur arrivée dans le pays. Cette recommandation vaut particulièrement pour les personnes présentant un risque élevé d'infection grippale grave, y compris les femmes enceintes, les enfants âgés de plus de 5 ans, les personnes âgées et les individus présentant des états pathologiques préexistants comme l'asthme, les problèmes respiratoires chroniques, les cardiopathies ou encore les sujets immunodéprimés en raison d'un traitement contre le VIH/SIDA.

Il est recommandé aux pèlerins résidant en Arabie saoudite, notamment ceux qui souffrent de certains états pathologiques préexistants comme ceux mentionnés ci-dessus, et au personnel de santé travaillant dans les infrastructures du Hadj de se faire vacciner contre la grippe saisonnière.

V. Education sanitaire

Il est demandé aux autorités sanitaires des pays d'origine des pèlerins de leur fournir toutes les informations nécessaires concernant les symptômes causés par les maladies infectieuses, leur mode de transmission, les complications possibles ainsi que les moyens de s'en prémunir.

VI. Food

Hajj and Umra performers are not allowed to bring fresh food in Saudi Arabia. Only properly canned or sealed food or food stored in containers with easy access for inspection is allowed in small quantities, sufficient for one person for the duration of his or her trip.

VII. International outbreaks response

The Saudi Ministry of Health recommends that people aged over 65 years and those with chronic diseases (e.g. heart disease, kidney disease, respiratory disease, diabetes) and pilgrims with immune deficiency (congenital and acquired), malignancy and terminal illnesses, pregnant women and children aged under 12 years planning to come for Hajj and Umra this year, to postpone the performance of the Hajj and Umra for their own safety.

The Saudi Ministry of Health also advises all pilgrims to comply with common public health recommendations to prevent the spread of respiratory infectious disease, such as:

- wash hands with soap and water or disinfectant, especially after coughing and sneezing;
- use disposable tissues when coughing or sneezing and dispose of it in the waste basket;
- try as much as possible to avoid hand contact with the eyes, nose and mouth;
- avoid direct contact with the persons who appear ill with cough, sneeze, expectoration, vomiting, diarrhoea and do not share their personal belongings;
- wear masks, especially when in crowded places;
- maintain good personal hygiene.

Updating immunization against vaccine-preventable diseases in all travellers is strongly recommended. Preparation for international travel provides opportunity to review the immunization status of travellers. Incompletely immunized travellers can be offered routine vaccinations recommended in national immunization schedules (these usually include diphtheria, tetanus, pertussis, polio, measles and mumps), in addition to those needed for the specific travel (e.g. meningococcal vaccination for Hajj).

In the event of a public health emergency of international health concern, or in the case of any disease outbreak subject to notification under the International Health Regulations 2005,¹ the health authorities in Saudi Arabia will undertake additional preventive precautions (not included in the measures mentioned above) following consultation with WHO and necessary to avoid the spread of infection during the pilgrimage or on return to their country of origin.

Please address any queries to the Assistant Deputy Minister for Preventive Health at the Ministry of Health of Saudi Arabia (Abdullahm.asiri@moh.gov.sa). ■

VI. Aliments

Il est formellement interdit à toute personne se rendant aux pèlerinages du Hadj et de l'«Umra» d'apporter avec eux des aliments en Arabie saoudite. Seule sera acceptée la nourriture correctement mise en conserve et en quantité juste suffisante pour permettre au voyageur de se sustenter jusqu'à son arrivée à destination.

VII. Action au niveau international en cas d'épidémie

Cette année, et pour leur propre sécurité, le Ministère de la santé d'Arabie saoudite recommande aux personnes des catégories suivantes de ne pas se rendre aux pèlerinages du Hadj et de l'«Umra»: les personnes âgées de 65 ans et plus; les sujets souffrant de maladies chroniques (cardiopathies, insuffisance rénale, problèmes respiratoires, diabète); les pèlerins présentant un déficit immunitaire (congénital ou acquis) ou avec des maladies graves ou en phase terminale; les femmes enceintes; et les enfants âgés de moins de 12 ans.

Afin d'éviter la propagation de maladies respiratoires infectieuses, le Ministère de la santé d'Arabie saoudite recommande également à tous les pèlerins de respecter les recommandations sanitaires suivantes:

- se laver les mains avec de l'eau et du savon ou du gel désinfectant, particulièrement après avoir toussé ou éternué;
- utiliser des mouchoirs jetables lorsque l'on tousse ou éternue et les mettre à la poubelle après usage;
- dans la mesure du possible, éviter de mettre ses mains en contact avec les yeux, le nez ou la bouche;
- éviter tout contact direct avec les personnes malades qui toussent, éternuent, expectorent, vomissent ou qui souffrent de diarrhées et ne pas partager leurs effets personnels;
- porter des masques dans les lieux très fréquentés;
- avoir une bonne hygiène personnelle.

Il est fortement recommandé à tous les voyageurs d'être à jour dans leurs vaccinations pour toutes les maladies à prévention vaccinale. La préparation à un voyage international est l'occasion pour les voyageurs de faire le point sur leurs vaccinations. On peut alors proposer à ceux qui ne sont pas à jour les vaccinations habituellement recommandées dans les calendriers vaccinaux nationaux – diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole et oreillons – en plus de celles requises spécifiquement pour le voyage prévu (par exemple, la vaccination contre la méningite pour le Hadj).

Dans l'éventualité d'une urgence de santé publique de portée internationale ou de flambées de maladies à déclaration obligatoire au titre du Règlement sanitaire international 2005,¹ les autorités sanitaires d'Arabie saoudite, après consultation avec l'OMS, sont habilitées, si nécessaire, à prendre des mesures préventives supplémentaires (qui n'ont pas été mentionnées ci-dessus) afin d'éviter la propagation de l'infection parmi les pèlerins ou, ultérieurement, dans leur pays d'origine.

Pour toute question, merci de bien vouloir contacter le sous-secrétaire en charge de la santé préventive auprès du Ministère de la Santé d'Arabie saoudite (courriel: Abdullahm.asiri@moh.gov.sa). ■

Global Polio Eradication Initiative: 10th meeting of the Independent Monitoring Board

The Independent Monitoring Board (IMB) of the Global Polio Eradication Initiative (GPEI) exists to monitor and guide progress towards the GPEI's goal, the interruption of poliovirus transmission globally by the end of 2014.

The IMB held its 10th meeting on 6–8 May 2014 in London, United Kingdom. Following this meeting the IMB submitted its 9th report¹ to the Polio Oversight Board (POB) (comprising the heads of WHO, the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), UNICEF, Rotary International, and the Bill & Melinda Gates Foundation's Global Health Program), which subsequently made the report publicly available. This article summarizes the assessment of the IMB.

In late 2012, there was considerable optimism regarding the achievement of the GPEI goal. Polio transmission in India had been interrupted and the 3 remaining endemic countries (Afghanistan, Nigeria, Pakistan) had made significant programmatic improvements. However, within a few months, the following events made the achievement of this goal appear less likely:

- Targeted killing of polio vaccinators in Pakistan shocked the world and created major operational constraints.
- Poliovirus entered Waziristan, a part of Pakistan in which polio vaccination had been – and remains – banned by Taliban commanders.
- The national structure for managing polio eradication in Pakistan was dismantled at a time when it needed to be strengthened.
- Nigeria's security situation deteriorated. Vaccinators tragically lost their lives and the programme's operations were severely impaired.
- Poliovirus was exported from Nigeria to southern Somalia, where it infected a population unprotected against polio because of an Al-Shabab ban on vaccination that remains in place.
- Poliovirus spread from Pakistan to Syria, causing a major outbreak during the country's civil war.
- Poliovirus from Pakistan also spread to Israel, West Bank and Gaza, and Iraq, and poliovirus from Nigeria spread to Cameroon and Equatorial Guinea – each outbreak over-stretching the global programme's resources and credibility.

In 2012, there were 223 cases of poliomyelitis in 5 countries. In 2013, there were 407 cases in 8 countries.

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

Le Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) est chargé de contrôler et d'orienter les progrès accomplis vers l'atteinte du but de l'IMEP, à savoir l'interruption de la transmission du poliovirus à l'échelle mondiale d'ici fin 2014.

Le Comité de suivi indépendant a tenu sa 10^e réunion du 6 au 8 mai 2014 à Londres (Royaume-Uni). Après cette réunion, le Comité a présenté son neuvième rapport¹ au Conseil de surveillance de la poliomyélite (composé des dirigeants de l'OMS, des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis, de l'UNICEF, du Rotary International et du *Global Health Program* de la Fondation Bill & Melinda Gates), qui l'a ensuite rendu public. Cet article fait la synthèse de l'évaluation du Comité de suivi indépendant.

Fin 2012, l'atteinte du but de l'IMEP suscitait un fort optimisme. La transmission de la poliomyélite en Inde avait été interrompue. Les 3 pays d'endémie restants (Afghanistan, Nigéria, Pakistan) avaient apporté d'importantes améliorations programmatiques. Cependant, en quelques mois, il semble que les événements suivants aient remis en cause l'atteinte de ce but:

- L'assassinat ciblé de vaccinateurs au Pakistan a horrifié le monde et engendré des contraintes opérationnelles majeures.
- Le poliovirus a pénétré au Waziristan, une région du Pakistan où la vaccination contre la poliomyélite était et demeure interdite par les commandants talibans.
- La structure nationale pour gérer l'éradication de la poliomyélite au Pakistan a été démantelée à un moment où elle aurait plutôt dû être renforcée.
- La situation sécuritaire au Nigéria s'est détériorée. Des vaccinateurs ont perdu la vie dans des conditions tragiques et cela a eu un effet négatif sur les activités du Programme.
- Le poliovirus du Nigéria a été exporté vers le sud de la Somalie, où il a infecté une population non protégée contre la poliomyélite en raison d'une interdiction de la vaccination imposée par Al-Shabaab, toujours en vigueur.
- Le poliovirus du Pakistan s'est propagé en Syrie, provoquant une flambée majeure sur fond de guerre civile.
- Le poliovirus du Pakistan s'est également propagé en Israël, en Cisjordanie, à Gaza et en Iraq; le poliovirus du Nigéria a quant à lui gagné le Cameroun et la Guinée équatoriale – chaque flambée mettant à rude épreuve les ressources et la crédibilité du Programme mondial.

En 2012, on a enregistré 223 cas de poliomyélite dans 5 pays et, en 2013, 407 cas dans 8 pays.

¹ The full report is available online at www.polioeradication.org/imb.aspx

¹ La version intégrale du rapport est disponible en ligne, à l'adresse www.polioeradication.org/imb.aspx.

During 2013 and the first few months of 2014, concerted efforts have been undertaken by affected countries and their global partners to try to reverse the negative eradication trend that became established in 2013:

- Nigeria has markedly improved vaccination coverage in many areas, most notably in Kano and in the highest-risk local government areas, and has experienced a substantial decrease in polio transmission.
- Afghanistan has maintained strong performance and is on track to stop endemic transmission before the end of 2014, although importation of poliovirus from Pakistan will continue to pose a threat.
- In Somalia, the programme responded strongly to the outbreak caused by poliovirus from Nigeria and transmission has been substantially reduced as a result. Responding quickly to the IMB's criticism in October 2013, the programme also strengthened its coordination across the Horn of Africa.
- In Pakistan, Peshawar and Karachi mounted innovative and determined campaigns to reach children with polio vaccine in a manner that maximizes the safety of the polio vaccinators – positive aspects in an otherwise inadequate programme.
- When poliovirus from Pakistan was detected in Syria, this presented novel challenges as well as some controversy over the programme's approach in a complex conflict-affected environment. Despite this, in the IMB's view, the programme responded well in Syria and across the region.
- The global community, recognizing the importance of polio eradication, requested WHO to convene an emergency committee under the International Health Regulations, as the IMB had recommended. On this committee's advice, WHO has recommended mandatory pre-travel vaccination for residents and long-term visitors travelling internationally from countries exporting polio (currently Cameroon, Pakistan and Syria); this recommendation would also immediately apply to Nigeria or any other country in the event of a future export.

The global partnership has made considerable advances towards restoring the favourable position that the programme had created in 2012. However, the IMB cannot conclude that the grip on polio control, and its positive trajectory, is yet sufficiently strong. This is particularly because, as outlined below, with just 7 months remaining until the 2014 deadline for stopping polio transmission, Pakistan has little hope of meeting this deadline, and Nigeria, with impending elections, is at real risk of losing the vital opportunity that its good work has offered:

- Pakistan's situation is particularly problematic. Its polio control programme is years behind that in the other endemic countries. As currently consti-

Au cours de l'année 2013 et durant les premiers mois de 2014, les pays touchés et leurs partenaires mondiaux ont déployé des efforts concertés pour essayer d'inverser la tendance négative en matière d'éradication, constatée depuis 2013:

- Le Nigéria a considérablement amélioré la couverture vaccinale dans de nombreuses régions, plus particulièrement dans l'État de Kano et dans les zones administratives locales les plus à risque, et a obtenu une baisse significative de la transmission de la poliomyélite.
- L'Afghanistan continue d'enregistrer de bons résultats et est en bonne voie d'interrompre la transmission endémique avant la fin de l'année 2014. Toutefois, l'importation du poliovirus du Pakistan constitue encore et toujours une menace.
- En Somalie, le Programme a réagi avec vigueur à la flambée due au poliovirus du Nigéria et cela a eu pour effet de fortement freiner la transmission. Répondant rapidement aux critiques du Comité de suivi indépendant en octobre 2013, le Programme a également renforcé sa coordination dans la Corne de l'Afrique.
- Au Pakistan, des campagnes innovantes et énergiques ont été lancées à Peshawar et à Karachi afin de faire parvenir le vaccin antipoliomyélique aux enfants tout en optimisant la sécurité des vacinateurs – quelques aspects positifs dans un programme qui laisse par ailleurs à désirer.
- Lorsque le poliovirus du Pakistan a été détecté en Syrie, des défis nouveaux sont venus se mêler à une controverse concernant l'approche adoptée par le Programme dans une zone de conflit complexe. Malgré tout, le Comité de suivi indépendant affirme que le Programme a bien réagi – en Syrie et dans la région.
- La communauté mondiale, reconnaissant l'importance de l'éradication de la poliomyélite, a demandé à l'OMS de réunir un comité d'urgence en vertu du Règlement sanitaire international, comme l'avait recommandé le Comité de suivi indépendant. Sur les conseils de ce comité, l'OMS a recommandé la vaccination obligatoire pour les résidents et les visiteurs de longue durée voyageant à l'étranger depuis les pays exportant le poliovirus (actuellement, le Cameroun, le Pakistan et la Syrie); cette recommandation s'appliquerait aussi immédiatement au Nigéria et à tout autre pays en cas d'exportation future.

Le partenariat mondial a fait des progrès considérables vers la restauration de la position favorable créée par le Programme en 2012. Toutefois, le Comité de suivi indépendant ne peut pas affirmer que la lutte contre la poliomyélite est suffisamment bien maîtrisée et que la tendance est aussi positive qu'elle pourrait l'être. Cela vient tout particulièrement du fait qu'à 7 mois seulement de la date butoir (fin 2014) pour interrompre la transmission de la poliomyélite, le Pakistan a peu d'espoir de respecter ce délai. Au Nigéria, la tenue imminente d'élections risque réellement de faire perdre l'occasion cruciale que les efforts entrepris ont offerte:

- La situation au Pakistan est particulièrement problématique. Son programme a des années de retard par rapport à ceux des autres pays d'endémie. L'organisation actuelle de

tuted, the structure of the Prime Minister's Polio Monitoring Cell does not allow effective action against polio. A much stronger form of management and co-ordination is required. Currently Pakistan appears likely to become the last polio-endemic country in the world. It is an indictment of this country's programme that even in the easier eradication context of the low season, it has had almost as many cases in the first 4 months of 2014 as in the whole of 2012 – and 9 times as many as in the same period in 2013. While some progress has been made in Peshawar, Karachi and Quetta, this is not sufficient to stop poliovirus transmission. It is vital that the Prime Minister and President urgently activate an emergency body with the resources, power and capability to transform this grave situation.

- Though Nigeria has reduced poliovirus circulation to a new historic low, the country is in danger of failing to capitalize on this unprecedented opportunity to stop polio transmission definitively. Progress over recent months has been impressive, but the strain of forthcoming elections is already evident. The crisis of the kidnapped schoolgirls in Borno has heightened tension and danger in a key polio-affected area, impaired relationships between national and local structures, and unleashed hostility to the government among communities and families. IMB sources are expressing the fear that the Nigeria programme is in danger of breaking down. The Nigeria programme has many dedicated and talented leaders and front-line workers. It is vital that they recognize the need to re-double their efforts, and avoid complacency which can erode their previous efforts. Success this time would be immensely beneficial for the country, and the key to eradication of polio from Africa. There is a critical need to avert the major threat of polio resurgence that Nigeria now faces and of becoming the nation that came close to eradicating polio, but failed to do so.

Globally, the bout of outbreaks in 2013 has continued to jeopardize polio eradication in 2014. Outbreak prevention and response remain an inappropriately undervalued part of the polio eradication effort. The IMB concluded:

- The Middle East outbreak response has been strong, and must remain so.
- Polio transmission in Israel appears to have come to a stop, but surveillance through the high season is required to confirm this with certainty.
- The Horn of Africa outbreak response is now becoming effective but is far from firmly established, with particular vulnerability in Somalia (where half a million children remain unvaccinated), Ethiopia (where the Somali region is of

la cellule de surveillance du Premier ministre ne permet pas de mener une action efficace contre la poliomyélite. Une forme beaucoup plus solide de gestion et de coordination est nécessaire. À l'heure actuelle, il est probable que le Pakistan sera le dernier pays d'endémie au monde. Force est de constater l'échec du programme de ce pays qui, malgré le contexte d'éradication plus favorable de la basse saison, a enregistré presque autant de cas durant les 4 premiers mois de l'année 2014 que durant toute l'année 2012 – et 9 fois plus que pour la même période en 2013. Bien que des progrès aient été réalisés à Peshawar, Karachi et Quetta, ils ne suffisent pas à mettre fin à la transmission de la poliomyélite. Il est absolument essentiel que le Premier ministre et le Président établissent le plus vite possible un organisme d'urgence doté des ressources, du pouvoir et des capacités nécessaires pour remédier à cette grave situation.

- Bien que le Nigéria ait ramené la circulation du poliovirus à un niveau historiquement bas, le pays risque de ne pas tirer parti de cet atout sans précédent pour interrompre la transmission de la poliomyélite une fois pour toutes. Les progrès accomplis au cours des derniers mois sont impressionnants, mais la pression du scrutin à venir est déjà patente. L'enlèvement des lycéennes dans l'État de Borno a exacerbé les tensions et les dangers dans une zone clé touchée par la poliomyélite, mis à rude épreuve les relations entre les structures nationales et locales, et suscité l'hostilité des communautés et des familles envers le gouvernement. Les sources consultées par le Comité de suivi indépendant disent craindre que le programme nigérian ne s'effondre. Il compte de nombreux responsables et travailleurs en première ligne, dévoués et talentueux. Il est essentiel qu'ils admettent la nécessité de redoubler d'efforts et évitent l'autosatisfaction qui pourrait compromettre les efforts accomplis jusqu'ici. La réussite cette fois-ci serait extrêmement bénéfique pour le pays et essentielle pour éradiquer la poliomyélite en Afrique. Le Nigéria doit absolument contrer la menace d'une résurgence de la poliomyélite et éviter de devenir le pays où la poliomyélite a failli être éradiquée, mais n'a pas pu l'être.

À l'échelle mondiale, les nombreuses flambées survenues en 2013 ont continué de mettre en péril l'éradication de la poliomyélite en 2014. La prévention des flambées et la riposte restent des aspects sous-estimés de l'effort d'éradication de la poliomyélite. Le Comité de suivi indépendant est parvenu aux conclusions suivantes:

- La riposte à la flambée au Moyen-Orient a été forte et doit le rester.
- La transmission de la poliomyélite en Israël semble être interrompue, mais une surveillance tout au long de la haute saison s'impose afin de le confirmer avec certitude.
- La riposte à la flambée dans la Corne de l'Afrique est maintenant efficace, mais n'est pas encore bien établie. La Somalie (où un demi-million d'enfants ne sont toujours pas vaccinés) est particulièrement vulnérable, tout comme l'Éthiopie (en particulier dans la région Somali), et le Soudan du Sud

particular concern) and South Sudan (where surveillance gaps and vaccination deficits are potentially mixed with armed conflict and extensive migration).

- In Central Africa, Cameroon's slow response to polio importation was of great concern and major weaknesses remain. The failure of the global programme to replicate its model from the Horn of Africa and the Middle East is difficult to understand – it is only now, after 7 months, mounting a proper multi-country response in Central Africa. The programme needs to ensure that this mistake does not harm Central Africa, and learn from it so that all future outbreaks are met with a consistent, best-practice response.
- Given that the programme has been running for 26 years, its approach to preventing outbreaks seems rudimentary. Robust plans are needed to deal with any major immunity gap and risk. Many countries are not being given clear advice about how to close their immunity gaps. The 'Red List' now identifies the countries at greatest risk, but work to reduce the risk is slow and unsophisticated. The programme must create a dedicated core of staff to rapidly improve its expertise in outbreak prevention. The current approach relies on multi-tasking by the same people who are concentrating on countries already infected. This is not in keeping with a 21st century response to an emergency.

The final section of this report examines areas of cross-cutting importance across the global programme. Some clear programmatic improvements have been achieved in these areas since the IMB first started emphasizing their importance, but problems remain:

- Vaccinators must be able to answer parents' questions effectively and persuasively, in ways that generate trust. This means that first-class selection and training of vaccinators is crucial.
- Current programme metrics do not make it easy to discern the contribution that social mobilizers are making, or to judge the quality of their work. Metrics need to be developed and deployed to enable this evaluation.
- More engaged debate is needed between those who see potential for social mobilization to contribute to solving the programme's remaining challenges, and those who are sceptical about this. Improved engagement of this kind would help better integrate and target the use of social mobilization techniques, and build more common ground between the convinced and the sceptics.
- Insecurity has become a major and complex obstacle to eradication, and the programme is changing to reflect this. The IMB's keen interest is in the extent to which partners are coordinating,

(où une surveillance et une vaccination insuffisantes viennent s'ajouter au conflit armé et à une migration importante).

- En Afrique centrale, la riposte du Cameroun face à l'importation de la poliomyélite a été d'une lenteur inquiétante et des faiblesses majeures demeurent. L'incapacité du Programme mondial à appliquer le même modèle que dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient est difficile à comprendre – c'est seulement maintenant, au bout de 7 mois, qu'il met en place une riposte multipays adaptée en Afrique centrale. Le Programme doit s'assurer que cette erreur ne porte pas préjudice à l'Afrique centrale, et en tirer des enseignements afin que les futures flambées soient toutes suivies d'une riposte cohérente et s'appuyant sur les meilleures pratiques.
- Si l'on considère que le Programme est en place depuis 26 ans, son approche de la prévention des flambées semble rudimentaire. Des plans robustes sont nécessaires pour faire face à tout déficit ou risque immunitaire. Nombreux sont les pays qui ne reçoivent pas de conseils clairs sur la manière de réduire leur déficit en matière d'immunité. La «liste rouge» répertorie à présent les pays les plus à risque, mais les efforts destinés à atténuer ce risque sont lents et rudimentaires. Le Programme doit créer une équipe exclusivement chargée d'améliorer rapidement ses connaissances en matière de prévention des flambées. L'approche actuelle repose sur l'accomplissement de multiples tâches par ceux-là mêmes qui s'occupent des pays déjà infectés. Cela n'est pas en phase avec une riposte aux situations d'urgence digne du XXI^e siècle.

La dernière partie de ce rapport se penche sur les domaines d'importance transversale pour le Programme mondial. Des améliorations programmatiques évidentes ont été réalisées dans ces domaines depuis que le Comité de suivi indépendant a mis l'accent sur leur importance, mais des problèmes persistent:

- Les vaccinateurs doivent être en mesure de répondre aux questions des parents de manière efficace, convaincante et en inspirant confiance. Cela signifie que les vaccinateurs doivent être très bien sélectionnés et bien formés.
- Les paramètres actuellement utilisés pour le Programme ne permettent pas de déterminer facilement la contribution des mobilisateurs sociaux, ni de juger la qualité de leur travail. Il convient de mettre au point et d'appliquer de nouveaux paramètres pour mieux y parvenir.
- Un débat plus engagé est nécessaire entre ceux qui estiment que la mobilisation sociale peut contribuer à la résolution des derniers problèmes que rencontre le Programme et ceux qui sont sceptiques à cet égard. Un engagement plus poussé permettrait de mieux intégrer et cibler l'utilisation des techniques de mobilisation sociale, et de développer un meilleur terrain d'entente entre ceux qui croient en cette mobilisation et les sceptiques.
- L'insécurité est devenue un obstacle majeur et complexe à l'éradication et le Programme est en train de changer pour en tenir compte. Le Comité de suivi indépendant s'intéresse tout particulièrement au degré de coordination entre les

in the speed of their work, and in their ability to draw upon the necessary expertise. Coordination, in particular, needs further attention.

- Key programme funders still feel that they are not receiving the information they need, and some of the longest-standing partners of the programme are on the verge of disillusionment.

Finally, the POB has commissioned a review of the programme's management, following the IMB's recommendation. This has the potential to transform the way the programme operates, and must be allowed to do so. The IMB offers comments and recommendations to assist this:

In 1988 every country in the world resolved to eradicate polio. Most managed to do so by the year 2000. However, the last 14 years have seen the excruciatingly extended end phase of the completion of global eradication. The "last 1%", a phrase that only 3 years ago was an inspiring rallying call to finish the job, is becoming a target for cynics. Every additional polio year costs lives and money, saps morale, discourages future donations and delays other public health gains. The goal of stopping global polio transmission has been repeatedly postponed and each time missed: the deadline years of 2000, 2004 and 2012 have all passed without the ultimate GPEI goal being reached.

As the end-2014 deadline fast approaches, Nigeria and Pakistan are both at risk of failing to stop transmission in time (with greatest risk in Pakistan). There is a significant risk of one or more of the current outbreaks becoming prolonged. There is serious risk of failure to anticipate and prevent an outbreak elsewhere. Given these factors, the IMB's considered analysis is that the latest strategic plan goal of interrupting transmission by the end of 2014 is at extreme risk.

The World Health Assembly has rightly declared polio eradication a programmatic emergency for global public health. WHO has rightly called the spread of polio a public health emergency of international concern. There is every reason why polio must be eradicated, and rapidly. Failure to do so would be inexcusable. The last 1% cannot be allowed to persist any longer. The programme is failing children and families in the poorest parts of the world. Every child paralysed in 2015 will be a child grossly let down, their paralysis an avoidable catastrophe.

Efforts must now be focused on minimising the number of such avoidable catastrophes: on ensuring that Nigeria succeeds in 2014; on Pakistan rebuilding a programme that can succeed soon after; and on preventing and responding to outbreaks with consistency and vigour.

partenaires, à la rapidité de leur travail et à leur capacité à s'appuyer sur les compétences nécessaires. Il faut, en particulier, prêter davantage attention à la coordination.

- Les principaux bailleurs de fonds du Programme ont encore le sentiment de ne pas recevoir les informations dont ils ont besoin, et certains des partenaires les plus anciens sont gagnés par le désenchantement.

Enfin, le Conseil de surveillance de la poliomyélite a commandé une évaluation de la gestion du programme, suivant une recommandation du Comité de suivi indépendant. Cela pourrait transformer la manière dont le programme fonctionne, et doit être autorisé à le faire. À cette fin, le Comité de suivi indépendant formule des observations et des recommandations:

En 1988, tous les pays ont pris la décision d'éradiquer la poliomyélite. En 2000, la plupart y étaient parvenus. Au cours des 14 dernières années, nous avons été les témoins de l'extrême lenteur du processus d'éradication dans sa phase finale à l'échelle mondiale. Le «dernier %», une expression qui, il y a 3 ans seulement, était un cri de ralliement motivant pour parvenir au but, est devenu l'objet de cynisme. Chaque année supplémentaire où la poliomyélite sévit, détruit des vies, coûte de l'argent, démoralise, décourage les donateurs et retarde l'accomplissement d'autres progrès en santé publique. L'échéance pour l'interruption de la transmission de la poliomyélite à l'échelle mondiale a été repoussée et, chaque fois, l'objectif a été manqué: la date butoir de 2000 est passée, comme celle de 2004, puis celle de 2012, sans que l'objectif ultime de l'IMEP ne soit atteint.

Alors que la date butoir de fin 2014 approche à grands pas, le Nigéria et le Pakistan risquent tous deux de ne pas réussir à interrompre la transmission à temps (le risque pour le Pakistan étant extrêmement élevé). Une ou plusieurs des actuelles flambées risquent fortement de se prolonger. Il risque fort d'être impossible d'anticiper et de prévenir une flambée ailleurs. Compte tenu de ces facteurs, il ressort de l'analyse attentive du Comité de suivi indépendant que la réalisation du dernier objectif fixé dans le plan stratégique tendant à interrompre la transmission d'ici la fin 2014 est gravement compromise.

L'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré, à juste titre, que l'éradication de la poliomyélite constituait une urgence programmatique de dimension mondiale pour la santé publique. L'OMS a qualifié, à juste titre, la propagation de la poliomyélite d'urgence de santé publique de portée internationale. Il y a toutes les raisons d'éradiquer la poliomyélite et de le faire rapidement. L'échec serait inexcusable. Ce dernier % ne doit pas persister plus longtemps. Le Programme manque à ses engagements envers les enfants et les familles dans les régions les plus pauvres du monde. Chaque enfant paralysé en 2015 aura manifestement été négligé, alors que sa paralysie est une catastrophe qui aurait pu être évitée.

Les efforts déployés doivent maintenant viser à réduire le nombre de ces catastrophes évitables – à ce que le Nigéria réussisse en 2014; à ce que le Pakistan parvienne à reconstruire un programme pouvant aboutir peu de temps après; et à ce que les flambées soient évitées et combattues de façon cohérente et énergique.

The IMB makes the following recommendations:

1. The establishment of an Emergency Operations Centre (EOC) in Pakistan, building upon Pakistan's recent experiences in responding to natural disasters and other countries' experiences in emergency polio response. Top-level civil servants, senior representatives of national, regional and local government, religious leaders as well as military leaders should be a key part of this process. IMB urges that this new body become fully operational as a matter of urgency.
2. The heads of the Global Polio Eradication Initiative core partner agencies should meet urgently with the President and Prime Minister of Pakistan to support their essential leadership of the Pakistan polio eradication programme, and to offer every possible assistance in establishing the new EOC as a strong national body with the power, resources and capacity to drive transformative action.
3. The President of Nigeria should ensure action to gain the pledge of all national, state and local candidates in the forthcoming election, together with traditional and religious leaders, to protect the polio eradication programme from disruption and politicization, returning it to its humanitarian role in saving the lives of Nigerian children.
4. The POB should ensure that the promised Central Africa outbreak coordinator is installed by 1 July 2014, resourced appropriately, and that the Board formally investigates why the program's response in Central Africa has been much weaker than in the Horn of Africa or in the Middle East.
5. A new, dedicated team should be established at global level to focus on outbreak response, its first job being to substantially strengthen the outbreak response Standard Operating Procedures to ensure that future responses will be consistently excellent.
6. A dedicated team should be established at global level to rapidly improve the programme's approach to outbreak prevention in the Red List countries and beyond. Scenarios and exercises should form a key part of its activities.
7. The core partners should meet in person to agree upon a way to address the three improvement aims for securing communities' greater trust, based on the analysis of social mobilization in the IMB report.
8. WHO should relax its control over the training of vaccinators and their supervisors, allowing UNICEF, CDC and other partners to contribute, particularly to enhance the interpersonal communication skills of vaccinators.

Le Comité de suivi indépendant formule les recommandations suivantes:

1. La création d'un centre d'opérations d'urgence au Pakistan, qui pourra s'appuyer sur les récentes expériences du pays en matière d'intervention dans les situations de catastrophe naturelle et autres expériences relatives à la riposte d'urgence à la poliomyélite. Les hauts fonctionnaires, les hauts représentants du gouvernement national, régional et local, les chefs religieux et les hauts gradés de l'armée devraient jouer un rôle clé dans ce processus. Le Comité demande instamment que ce nouvel organisme soit pleinement opérationnel le plus vite possible.
2. Les dirigeants des principaux organismes partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite devraient rencontrer de toute urgence le Président et le Premier ministre du Pakistan pour les soutenir en tant que principaux responsables du programme d'éradication de la poliomyélite dans le pays, et leur offrir toute l'assistance possible pour la création du nouveau centre d'opérations d'urgence en tant qu'organisme national solide, doté du pouvoir, des ressources et des capacités nécessaires pour mener une action transformatrice.
3. Le Président du Nigéria devrait s'assurer que des mesures sont prises afin d'obtenir la promesse de tous les candidats à la prochaine élection, aux niveaux national, local et des États, et des chefs traditionnels et religieux qu'ils protégeront le programme d'éradication de la poliomyélite contre les perturbations et la politisation, le ramenant à son rôle humanitaire qui consiste à sauver des enfants nigériens.
4. Le Conseil de surveillance de la poliomyélite devrait garantir, comme promis, la mise en place d'ici le 1^{er} juillet 2014 du coordinateur de la riposte contre les flambées en Afrique centrale, et la mise à disposition pour celui-ci de ressources appropriées, et déterminer pourquoi la riposte du Programme en Afrique centrale a été bien plus faible que dans la Corne de l'Afrique ou au Moyen-Orient.
5. Il faudrait créer, à l'échelle mondiale, une nouvelle équipe qui s'occuperait exclusivement de la riposte aux flambées, sa première mission étant de renforcer considérablement les modes opératoires normalisés afin de garantir systématiquement la qualité des ripostes futures.
6. Il faudrait créer, à l'échelle mondiale, une équipe qui s'occuperait exclusivement d'améliorer rapidement l'approche du Programme en matière de prévention des flambées dans les pays inscrits sur la «liste rouge» et dans d'autres. Les scénarios et les exercices devraient être un aspect essentiel de ses activités.
7. Les principaux partenaires devraient se réunir en vue de convenir de la façon d'atteindre les 3 objectifs d'amélioration qui permettront de gagner davantage la confiance des communautés, en se basant sur l'analyse de la mobilisation sociale figurant dans le rapport du Comité de suivi indépendant.
8. L'OMS devrait exercer un contrôle moins strict sur la formation des vaccinateurs et de leurs superviseurs, afin de permettre à l'UNICEF, aux CDC et à d'autres partenaires d'apporter leur contribution, en particulier concernant le renforcement des compétences de communication interpersonnelle des vaccinateurs.

9. Pakistan and Nigeria should take urgent steps to license additional oral polio vaccines so that they can be used within the next 6 months, in order to create greater flexibility in global vaccine supply.
10. Current concerns and unease about the transparency and communication of the polio eradication budget should be properly and openly addressed. This might best be achieved by a frank discussion at the POB.
11. In relation to the management review that is underway, the POB should appoint an advisory panel of 4 seasoned executives and management experts, who have experience of running or advising some of the most complex enterprises in the world, to help shape the management consultants' analysis and recommendations before they are finalized for the POB.

The next meeting of the IMB will be held in London, United Kingdom, on 30 September–2 October 2014. ■

9. Le Pakistan et le Nigéria devraient prendre des mesures d'urgence afin d'homologuer des vaccins antipoliomyélitiques oraux supplémentaires pour les utiliser au cours des 6 prochains mois, en vue d'accroître la flexibilité de l'approvisionnement en vaccins à l'échelle mondiale.
10. Il faudrait apporter une réponse appropriée et franche aux inquiétudes et au malaise actuels concernant la transparence et la communication du budget consacré à l'éradication. Une discussion franche au Conseil de surveillance de la poliomyélite serait le meilleur moyen d'y parvenir.
11. En ce qui concerne l'évaluation de la gestion en cours, nous recommandons au Conseil de surveillance de la poliomyélite de nommer un groupe consultatif composé de 4 cadres et experts de la gestion aguerris, ayant l'expérience de la gestion et du conseil dans certaines des entreprises les plus complexes au monde. Ceux-ci se chargeront de façonner l'analyse et les recommandations des consultants en gestion avant que le Conseil de surveillance de la poliomyélite ne les finalise.

La prochaine réunion du Comité de suivi indépendant aura lieu à Londres (Royaume-Uni) du 30 septembre au 2 octobre 2014. ■

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to listserv@who.int. The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply.

Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à listserv@who.int en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

WWW access • <http://www.who.int/wer/>

E-mail • send message **subscribe wer-reh** to listserv@who.int

Fax: (+4122) 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int or wer@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer/>

Courrier électronique • envoyer message **subscribe wer-reh** à listserv@who.int

Fax: +41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int ou wer@who.int

Monthly report on dracunculiasis cases, January–June 2014

In order to monitor the progress accomplished towards dracunculiasis eradication, district-wise surveillance indicators, a line list of cases and a line list of villages with cases are sent to WHO by the national dracunculiasis eradication programmes. Information below is summarized from these reports. ■

Rapport mensuel des cas de dracunculose, janvier-juin 2014

Afin de suivre les progrès réalisés vers l'éradication de la dracunculose, les programmes nationaux d'éradication de la dracunculose envoient à l'OMS des indicateurs de surveillance des districts sanitaires, une liste exhaustive des cas ainsi qu'une liste des villages ayant signalé des cas. Les renseignements ci-dessous sont résumés à partir de ces rapports. ■

Country – Pays	Date of receipt of the report ^a – Date de réception du rapport ^a	Total no. of rumours ^b of suspected dracunculiasis cases in 2014 – Nombre total de rumeurs ^b de cas suspects de dracunculose en 2014	No. of new dracunculiasis cases reported between January and June 2014 ^c – Nombre de nouveaux cas de dracunculose signalés de janvier à juin 2014 ^c							Total	Total no. of reported cases for the same months of 2013 – Nombre total de cas signalés pour les mêmes mois en 2013	Total no. of villages reporting cases in – Nombre total de villages signalant des cas en		Month of emergence of last reported indigenous case – Mois d'émergence du dernier cas autochtone signalé
			January – Janvier	February – Février	March – Mars	April – Avril	May – Mai	June – Juin	2014			2013		
Endemic countries – Pays d'endémie														
Chad – Tchad	14 July 2014 – 14 juillet 2014	586	1	1	1	1	1	1	6	5	6	5	June 2014 – Juin 2014	
Ethiopia – Ethiopie	28 July 2014 – 28 juillet 2014	1357	0	0	0	0	0	2	2	7	1	5	June 2014 – Juin 2014	
Mali	17 July 2014 – 17 juillet 2014	16	0	0	0	0	0	0	0	4	0	3	November 2013 – Novembre 2013	
South Sudan – Soudan du Sud	5 August 2014 – 5 août 2014	175	0	0	3	4	4	8	19	74	13	52	June 2014 – Juin 2014	
Precertification countries – Pays au stade de la précertification														
Ghana	6 August 2014 – 6 août 2014	133	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	May 2010 – Mai 2010	
Kenya	20 July 2014 – 20 juillet 2014	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	October 1994 – Octobre 1994	
Sudan – Soudan	5 August 2014 – 5 août 2014	11	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	September 2013 – Septembre 2013	
Total		2290	1	1	4	5	5	11	27	92	20	65		

Source: Ministries of Health – Ministères de la Santé.

^a Each monthly report is due by the 20th of the following month. – Chaque rapport mensuel est attendu pour le 20 du mois suivant.

^b Rumour of dracunculiasis. Information about an alleged case of dracunculiasis (Guinea-worm disease) obtained from any source (informants). – Rumeur de dracunculose. Information au sujet d'un cas présumé de dracunculose (maladie du ver de Guinée) obtenue à partir de n'importe quelle source (informateurs).

^c The total number of dracunculiasis cases includes both indigenous and imported cases. – Le nombre total de cas de dracunculose regroupe les cas autochtones et les cas importés.

NR = Data not received. – Données non reçues.

Number of dracunculiasis cases reported worldwide, 2010–2014 – Nombre de cas de dracunculose signalés dans le monde, 2010-2014

