



Contents

- 61 Outbreak news
 - Yellow fever, Brazil
- 62 Progress introducing *Haemophilus influenzae* type b vaccine in low-income countries, 2004–2008
- 67 Influenza

Sommaire

- 61 Le point sur les épidémies
 - Fièvre jaune, Brésil
- 62 Progrès de l'introduction du vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b dans les pays à faible revenu, 2004-2008
- 67 Grippe

★ OUTBREAK NEWS

Yellow fever, Brazil

As of 13 February 2008, the Ministry of Health of Brazil had reported a total of 30 cases of yellow fever, including 15 deaths, all of whom were laboratory-confirmed. The laboratory also confirmed that the cases were reported from 3 states: Distrito Federal, Goiás and Mato Grosso do Sul. The first case was confirmed on 16 December 2007. Of the 30 laboratory-confirmed cases, 28 had never been vaccinated for yellow fever; the other 2 cases were last vaccinated >20 years ago. The last suspected case was reported on 27 January 2007.

This outbreak follows an epizootic episode in monkeys that started in April 2007 and has since spread to 80 municipalities. Between December 2007 and January 2008, an increase in the number of epizootic events was observed, affecting more than 88 new municipalities during that period.

In response to this outbreak, Brazil has suspended exports of yellow fever vaccine from Bio-Manguinhos (based in Brazil), 1 of the 3 WHO prequalified manufacturers of the yellow fever vaccine.

On 18 January, the Brazilian Ministry of Health submitted a request to borrow an additional 4 million doses of vaccine from the global emergency stockpile managed by the International Coordinating Group on vaccine provision for control of yellow fever (YF-ICG), in order to complete the levels of stocks required nationally to enable an emergency vaccination campaign.

The campaign, which will target approximately 7 million people in the most affected states, started in early February. Thanks to coordinated efforts between

★ LE POINT SUR LES ÉPIDÉMIES

Fièvre jaune, Brésil

Au 13 février 2008, le Ministère de la Santé du Brésil avait notifié au total 30 cas de fièvre jaune, dont 15 mortels; tous ont été confirmés en laboratoire. Les cas confirmés ont été signalés dans 3 états: District fédéral, Goiás et Mato Grosso do Sul. Le premier cas confirmé date du 16 décembre 2007. Sur les 30 cas confirmés en laboratoire, 28 n'avaient jamais été vaccinés contre la fièvre jaune et les 2 autres l'avaient été il y a plus de 20 ans. Le dernier cas présumé a été signalé le 27 janvier 2008.

Cette flambée épidémique fait suite à une épizootie chez les singes qui a commencé en avril 2007 et s'est propagée depuis lors dans 80 municipalités. Entre décembre 2007 et janvier 2008, on a observé une augmentation du nombre des épisodes épizootiques, concernant plus de 88 municipalités au cours de cette période.

Les exportations de vaccin antiamaril de Bio-Manguinhos (basé au Brésil), l'un des 3 fabricants présélectionnés par l'OMS, ont été suspendues afin de répondre aux besoins du pays pour intervenir contre cette flambée.

Le 18 janvier, le Ministre de la Santé brésilien a présenté une demande pour emprunter 4 millions de doses supplémentaires dans les réserves mondiales d'urgence, gérées par le Groupe international de coordination (GIC) pour l'approvisionnement en vaccin antiamaril, afin de compléter les stocks requis dans le pays afin de pouvoir lancer une campagne de vaccination d'urgence.

La campagne, qui vise environ 7 millions de personnes dans les états les plus touchés, a commencé début février. Grâce à la coordination des efforts entre le GIC pour

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 334.–

2.2008
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

YF-ICG and the supply division of UNICEF, the 4 million doses arrived in Brazil at the beginning of February.

The yellow fever emergency stockpile is financed by the GAVI Alliance and managed by YF-ICG. The YF-ICG is composed of representatives from UNICEF, Médecins Sans Frontières, the IFRC and WHO, which is in charge of its secretariat. ■

Progress introducing *Haemophilus influenzae* type b vaccine in low-income countries, 2004–2008

Haemophilus influenzae type b (Hib) disease is estimated to cause 3 million cases of meningitis and severe pneumonia, and approximately 386 000 deaths per year in children aged <5 years (these numbers are being updated).¹ Safe and effective Hib conjugate vaccines have been widely used in industrialized countries for nearly 20 years. Conversely, the use of this vaccine has been infrequent in developing countries, where most episodes of disease and death occur, primarily due to financial concerns and lack of awareness about the burden of Hib disease and the impact of the vaccine.

Since 2000, the GAVI Alliance (formerly the Global Alliance for Vaccines and Immunization),² a group of public and private sector organizations, has provided financial support and supplies for Hib vaccine to the poorest countries in the world. Currently, 72 countries are eligible for aid through the GAVI Alliance, meeting the criteria of having gross national income of ≤US\$ 1000 per capita in 2003.³ However, despite the availability of financial support, the introduction of Hib vaccine remained uncommon among low-income countries. In response, in June 2005, the GAVI Alliance established the Hib Initiative, a consortium brought together to accelerate the use of evidence-informed decision-making about Hib vaccine in GAVI-eligible countries; the consortium's members include WHO, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, the London School of Hygiene and Tropical Medicine, and the US Centers for Disease Control and Prevention. The Hib Initiative's strategy focuses on 3 areas: communication, research and coordination with various partners, especially WHO's regional offices, the GAVI Alliance and UNICEF. These collaborative efforts have contributed to an increase in the number of countries that have accelerated adoption of Hib vaccine. By 2008, the number of GAVI-eligible countries using Hib vaccine is expected to increase by 56% compared with 2004. The successful strategies implemented to accelerate Hib vaccine use can be replicated to accelerate the introduction of other new vaccines in low-income countries. This report discusses the progress of Hib vaccine use and strategies contributing to that progress.

l'approvisionnement en vaccin anti-amaril et la Division des approvisionnements de l'UNICEF, les 4 millions de doses sont arrivées au Brésil début février.

Les réserves d'urgence en vaccins anti-amarils sont financées par l'Alliance GAVI et gérées par le GIC. Celui-ci se compose de représentants de l'UNICEF, de Médecins Sans Frontières, de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et de l'OMS, qui en assure le secrétariat. ■

Progrès de l'introduction du vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b dans les pays à faible revenu, 2004–2008

Selon les estimations, l'infection à *Haemophilus influenzae* type b (Hib) provoquerait 3 millions de cas de méningite et de pneumonie grave, et environ 386 000 décès par an chez les enfants de <5 ans (ces chiffres sont en cours d'actualisation).¹ Des vaccins conjugués anti-Hib sûrs et efficaces sont largement utilisés dans les pays industrialisés depuis une vingtaine d'années. En revanche, l'utilisation de ce vaccin est rare dans les pays en développement, où surviennent la plupart des épisodes morbides et des décès, principalement en raison de problèmes financiers et d'un manque de sensibilisation à la charge de morbidité due à Hib et à l'impact du vaccin.

Depuis 2000, l'Alliance GAVI (anciennement Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination),² un groupe d'organisations du secteur privé et du secteur public, fournit un soutien financier et des approvisionnements en vaccins anti-Hib aux pays les plus pauvres du monde. A l'heure actuelle, 72 pays peuvent prétendre à une aide de l'Alliance GAVI, leur revenu national brut ne dépassant pas US\$ 1000 par habitant en 2003.³ Toutefois, malgré l'existence d'un soutien financier, l'introduction du vaccin anti-Hib est restée relativement rare parmi les pays à faible revenu. C'est pourquoi, en juin 2005, l'Alliance GAVI a créé l'Initiative Hib, un groupement mis sur pied pour accélérer le recours à des décisions fondées sur des données factuelles au sujet de la vaccination anti-Hib dans les pays pouvant prétendre à un soutien GAVI; en sont membres l'OMS, la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, la London School of Hygiene and Tropical Medicine, et les Centers for Disease Control and Prevention des Etats Unis. La stratégie de l'Initiative s'articule autour de 3 grands axes: communication, recherche et coordination avec divers partenaires, notamment les bureaux régionaux de l'OMS, l'Alliance GAVI et l'UNICEF. Ces efforts de collaboration ont contribué à une augmentation du nombre de pays qui ont accéléré l'adoption du vaccin anti-Hib. En 2008, le nombre de pays admis à bénéficier d'un soutien de l'Alliance GAVI utilisant le vaccin anti-Hib devrait augmenter de 56% par rapport à 2004. Les stratégies efficaces mises en œuvre pour accélérer le recours au vaccin anti-Hib peuvent être reproduites pour accélérer l'introduction d'autres nouveaux vaccins dans les pays à faible revenu. Le présent rapport examine les progrès accomplis en ce qui concerne la vaccination anti-Hib et les stratégies qui y ont contribué.

¹ See No. 47, 2006, pp. 445–452.

² *New and underused vaccines support (NVS)*. Washington, DC, GAVI Alliance, 2008 (<http://www.gavialliance.org/support/what/nvs/index.php>; accessed January 2008).

³ Between 2000 and 2005, 75 countries were eligible for GAVI support. Following updating of the World Bank's classification of countries by gross national income in 2006, 4 countries were deemed to no longer be eligible and 1 became eligible, making a total of 72 countries eligible for support from 2006. In this report, 72 countries are used as the denominator.

¹ Voir N° 47, 2006, pages 445–452.

² *New and underused vaccines support (NVS)*. Washington, DC, GAVI Alliance, 2008 (<http://www.gavialliance.org/support/what/nvs/index.php>; consulté en janvier 2008).

³ Entre 2000 et 2005, 75 pays étaient admis à bénéficier d'un soutien GAVI. Suite à l'actualisation par la Banque mondiale de la classification des pays selon leur revenu national brut en 2006, 4 pays ont cessé d'y avoir droit et 1 y a été admis, soit au total 72 pays admis à bénéficier d'un soutien depuis 2006. Dans le présent rapport, 72 pays sont utilisés comme dénominateurs.

Progress in introducing Hib vaccine

In 2007, the GAVI Alliance received applications from 26 countries for subsidies to procure Hib vaccine. Of these, 15 were fully approved; 5 required minor clarifications; and 6 received conditional approval (requiring resubmission with revisions). The 6 countries that received conditional approval are expected to reapply this year, and at least 8 additional countries are expected to submit new applications this year. An additional 3 countries approved by the Alliance for support for Hib vaccine in 2006 are expected to introduce the vaccine in 2008. These successful applications have increased the number of countries using Hib vaccine from 13 of 72 GAVI-eligible countries (18%) in 2004 to 24 of 72 (33%) in 2007 and to an expected 53 of 72 (74%) by the end of 2008, assuming that all countries currently approved introduce the vaccine as planned and that all pending applications are approved (Table 1).

The pace of vaccine introduction has varied by region. More than 80% of GAVI-eligible countries in the WHO regions of Africa (32/36, 89%), the Americas (5/6, 83%) and the Eastern Mediterranean (5/6, 83%) have introduced Hib vaccine or have been approved to introduce it. (These figures include conditional approvals.) Most of the remaining countries in these regions are expected to submit applications in 2008. The Western Pacific and South-East Asia regions are making steady progress towards introduction; 4/7 (57%) countries in the Western Pacific Region and 4/9 (44%) of countries in the South-East Asia Region have introduced or have been approved for GAVI funding to introduce Hib vaccine. Despite initially slow progress in the 8 countries in the European region, 1 country has already introduced vaccine; 2 have applied; and 4 others are expected to apply this year.

Nearly all GAVI-eligible countries using Hib vaccine (24/26 or 92%) use 1 of the 2 pentavalent products containing diphtheria, tetanus, whole-cell pertussis, hepatitis B and Hib antigens; 1 product is a liquid presentation and the other is a lyophilized-liquid presentation.

Upward trend in global access to Hib vaccine

The actual number of children receiving a third dose of Hib vaccine globally has increased from 8% of the world's surviving infants in 1999 to 22% in 2006.⁴ The 53 countries expected to be using Hib vaccine by the end of 2008 constitute 44% (35.1 million) of the birth cohort in GAVI-eligible countries compared with 8.5% of the same cohort in 2004 (6.8 million children) (Fig. 1). Of the GAVI-eligible countries that have not yet applied for Hib vaccine, India accounts for 34% of the birth cohort of >79 million in GAVI-eligible countries; Indonesia constitutes 8% and Nigeria accounts for 6%. Indonesia has indicated that it intends to introduce Hib vaccine in 2009, but India and Nigeria have yet to make a formal decision (Table 1).

Editorial note. Acceleration of the adoption of new and underutilized vaccines offers the potential to make a substantial contribution to achieving Millennium

Progrès de l'introduction du vaccin anti-Hib

En 2007, l'Alliance GAVI a reçu des demandes de subvention de 26 pays pour l'achat de vaccin anti Hib. Là-dessus, 15 ont été acceptées, 5 nécessitaient des éclaircissements mineurs et 6 ont été acceptées sous condition (à savoir, soumettre à nouveau la demande avec des révisions). Les 6 pays dont la demande a été acceptée sous réserve devraient représenter leur demande cette année et au moins 8 pays supplémentaires devraient soumettre de nouvelles demandes cette année. Trois autres pays pour lesquels l'Alliance avait approuvé un soutien à la vaccination anti-Hib en 2006 devraient introduire le vaccin en 2008. Ces demandes acceptées ont permis de faire passer le nombre de pays utilisant le vaccin anti-Hib de 13 sur 72 pays admis à bénéficier d'un soutien GAVI (18%) en 2004 à 24 (33%) en 2007 et l'on s'attend à ce qu'ils soient 53 (74%) fin 2008, si tous les pays dont la demande a déjà été acceptée introduisent le vaccin comme prévu et si toutes les demandes en instance sont acceptées (Tableau 1).

Le rythme d'introduction du vaccin varie selon les Régions. Plus de 80% des pays admis à bénéficier d'un soutien GAVI dans les Régions OMS africaine (32/36, 89%), des Amériques (5/6, 83%) et de la Méditerranée orientale (5/6, 83%) ont introduit le vaccin anti-Hib ou ont été autorisés à l'introduire (ces chiffres comprennent des approbations sous condition.) La plupart des pays restants dans ces Régions devraient présenter une demande en 2008. Les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est font des progrès réguliers sur la voie de l'introduction; 4/7 (57%) des pays dans la Région du Pacifique occidental et 4/9 (44%) des pays dans la Région de l'Asie du Sud-Est ont introduit le vaccin ou ont vu leur demande de fonds acceptée par l'Alliance GAVI. Malgré des progrès lents au départ dans les 8 pays de la Région européenne, 1 pays a déjà introduit le vaccin, 2 ont présenté une demande et 4 autres devraient le faire cette année.

Pratiquement tous les pays admis à bénéficier d'un soutien GAVI qui utilisent le vaccin anti-Hib (24/26 ou 92%) utilisent l'un des 2 vaccins pentavalents contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (germes entiers), l'hépatite B et Hib; un produit se présente sous forme liquide et l'autre sous forme lyophilisée.

Accroissement de l'accès mondial au vaccin anti-Hib

Le nombre réel d'enfants recevant une troisième dose de vaccin anti-Hib a augmenté au niveau mondial, passant de 8% des nourrissons survivants en 1999 à 22% en 2006.⁴ Les 53 pays censés utiliser le vaccin anti-Hib d'ici la fin 2008 représentent 44% (35,1 millions) de la cohorte de naissances des pays admis à bénéficier du soutien GAVI contre 8,5% de cette même cohorte en 2004 (6,8 millions d'enfants) (Fig. 1). Sur les pays admis à bénéficier d'un soutien GAVI qui n'ont pas encore fait la demande de vaccin anti-Hib, l'Inde représente 34% de la cohorte de naissances de >79 millions, l'Indonésie 8% et le Nigéria 6%. L'Indonésie a fait savoir qu'elle avait l'intention d'introduire le vaccin anti-Hib en 2009, mais l'Inde et le Nigéria doivent encore prendre une décision officielle (Tableau 1).

Note de la rédaction. L'adoption de vaccins nouveaux et sous utilisés qui s'accélère offre la possibilité d'apporter une contribution substantielle à la réalisation de l'objectif 4 du

⁴ WHO/UNICEF estimated coverage by country, year and vaccine (http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tswcoveragehib3.htm; accessed January 2008).

⁴ Estimation OMS/UNICEF de la couverture par pays, année et vaccin (http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tswcoveragehib3.htm; consulté en janvier 2008).

Table 1 **Status of Hib vaccine introduction in 72 GAVI-eligible countries, by WHO Region**Tableau 1 **Situation de l'introduction du vaccin anti-Hib dans 72 pays ayant droit au soutien GAVI, par Région OMS**

WHO Region (No. of countries) ^a – Région OMS (nombre de pays) ^a	No. (%) countries using Hib vaccine in 2004 (year of introduction) – Nombre (%) de pays utilisant le vaccin anti-Hib en 2004 (année d'introduction)	No. (%) countries using Hib vaccine in 2007 (year of introduction) – Nombre (%) de pays utilisant le vaccin anti-Hib en 2007 (année d'introduction)	No. (%) countries planning to introduce Hib vaccine in 2008 – Nombre (%) de pays prévoyant d'introduire le vaccin anti-Hib en 2008	No. (%) projected total by 2008 – Nombre (%) total projeté d'ici 2008	No. (%) countries that have decided to introduce vaccine ^b – Nombre (%) de pays qui ont décidé d'introduire le vaccin ^b	No. (%) countries where decision is pending – Nombre (%) de pays où la décision est en suspens
African (36) – Afrrique	8 (22) Burundi (2004) Gambia – Gambie (1997) Ghana (2002) Kenya (2001) Malawi (2002) Rwanda (2002) Uganda – Ouganda (2002) Zambia – Zambie (2004)	15 (42) Previous 8 countries plus Angola (2006) 8 précédents plus Angola (2006) Benin – Bénin (2005) Burkina Faso (2006) Ethiopia – Ethiopie (2007) Mali (2007) Senegal – Sénégal (2005) Sierra Leone (2007)	17 (47) Cameroon ^c – Cameroun ^c Central African Republic ^c – République centrafricaine ^c Chad ^c – Tchad ^c Comoros ^e – Comores ^e Congo ^d Democratic Republic of the Congo ^d – République démocratique du Congo ^d Côte d'Ivoire ^c Eritrea ^c – Erythrée ^c Guinea ^d – Guinée ^d Guinea-Bissau ^c – Guinée-Bissau ^c Lesotho ^d Liberia ^c – Libéria ^c Madagascar ^c Mozambique ^e Niger ^c Togo ^c Zimbabwe ^c	32 (89)	3 (8) Mauritania ^f – Mauritanie ^f Sao Tome and Príncipe ^f – Sao Tomé-et-Príncipe ^f United Republic of Tanzania ^f – République-Unie de Tanzanie ^f	1 (3) Nigeria – Nigéria
Americas (6) – Amériques	5 (83) Bolivia (2000) ^g – Bolivie (2000) ^g Cuba (1999) ^g Guyana (2000) Honduras (1999) ^g Nicaragua (1999) ^g	5 (83) Bolivia – Bolivie Cuba Guyana Honduras Nicaragua	0	5 (83)	1 (17) Haiti ^f – Haïti ^f	
Eastern Mediterranean (6) – Méditerranée orientale	0	2 (33) Djibouti (2007) Yemen (2005) – Yémen (2005)	3 (50) Afghanistan ^e Pakistan ^c Sudan ^{c,h} – Soudan ^{c,h}	5 (83)	0	1 (17) Somalia ⁱ – Somalie
European (8) – Europe	0 Ukraine (2006) ^h	1 (13) Republic of Moldova ^c – République de Moldavie ^c Tajikistan ^d – Tadjikistan ^d	2 (25)	3 (38)	4 (50) Azerbaijan ^f – Azerbaïdjan ^f Georgia ^f – Géorgie ^f Kyrgyzstan ^f – Kirghizistan ^f Uzbekistan ^f – Ouzbékistan ^f	1 (13) Armenia – Arménie
South-East Asia (9) – Asie du Sud-Est	0	0	4 (44) Bangladesh ^e Bhutan ^e – Bhoutan ^e Nepal ^e – Népal ^e Sri Lanka ^c	4 (44)	2 (22) Democratic People's Republic of Korea – République populaire démocratique de Corée Indonesia – Indonésie	3 (33) India – Inde Myanmar Timor Leste
Western Pacific (7) – Pacifique occidental	0	1 (14) Mongolia (2005) – Mongolie (2005)	3 (43) Kiribati ^c Papua New Guinea ^c – Papouasie-Nouvelle- Guinée ^c Solomon Islands ^c – Iles Salomon ^c	4 (57)	1 (14) Viet Nam	2 (29) Cambodia – Cambodge Lao People's Democratic Republic – République populaire démocratique lao
Total No. (%) – Nombre total	13 (18)	24 (33)	29 (40)	53 (74)	11 (15)	8 (11)

^a In 2006 the number of GAVI-eligible countries decreased from 75 to 72. Data for 72 countries are reported here. – En 2006, le nombre de pays ayant droit à un soutien GAVI a été ramené de 75 à 72. Les données dont il est rendu compte ici concernent 72 pays.

^b Hib vaccine is included in the countries' comprehensive 5-year plan for immunization. – Le vaccin anti-Hib figure dans le plan complet de vaccination des pays.

^c Introduction of Hib vaccine has been approved for support by GAVI. – Le soutien de l'Alliance GAVI à l'introduction du vaccin anti-Hib a été approuvé.

^d Introduction of Hib vaccine has been approved for support by GAVI pending clarification. – Le soutien de l'Alliance GAVI à l'introduction du vaccin anti-Hib a été approuvé mais doit encore être clarifié.

^e Conditional approval to introduce Hib vaccine has been granted by GAVI but required to resubmit application. – Approbation conditionnelle par l'Alliance GAVI d'introduire le vaccin anti-Hib, mais la demande doit être soumise à nouveau.

^f Plan to apply in 2008. – Demande prévue en 2008.

^g Introduced Hib vaccine without GAVI support. – Vaccin anti-Hib introduit sans le soutien GAVI.

^h Includes only northern Sudan. – Ne comprend que le Soudan du Nord.

ⁱ Somalia is ineligible to apply for Hib vaccine funding through GAVI because coverage of 3 doses of diphtheria–tetanus–pertussis is <50%. – La Somalie n'a pas le droit de solliciter un financement pour la vaccination anti-Hib par l'Alliance GAVI, car la couverture par 3 doses de vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux est inférieure à 50%.

Development Goal 4: to reduce by two thirds the mortality rate among children aged <5 years by 2015.⁵ Compared with other interventions to improve children's health, vaccination is both cost effective and relatively easy to implement. Several factors made significant contributions towards accelerating countries' decisions to introduce Hib vaccine. Firstly, in November 2006, WHO revised its position statement on Hib vaccine to make a stronger and clearer recommendation that Hib vaccine should be included in routine immunization programmes in all countries and that a lack of local data should not be a barrier to introduction.¹ Secondly, following the availability of a second Hib-containing pentavalent product in 2006, the global Hib vaccine supply increased, thus alleviating concern about vaccine shortages, a problem encountered in the past. Thirdly, with other new Hib vaccine products expected to be available in the near future, mostly from manufacturers in developing countries, it is expected that the price of the vaccine – another barrier to introduction in the past – will decline further. UNICEF's supply division has played a key role in procuring and supplying Hib-containing vaccines in order to create a healthy vaccine market. Fourthly, in 2006, the GAVI Alliance issued co-financing guidelines that offered affordable co-payments until 2015, thus addressing concerns about the continuation of medium-term financial support to countries. Finally, the strategic and focused approach of the Hib Initiative and its regional partners enhanced the impact of all the factors cited above.

The WHO-UNICEF Global Immunization Vision and Strategy is a plan designed to improve disease prevention through immunization. Two of its priorities are to help countries develop the capacity to make informed decisions regarding vaccine introduction and to ensure that national systems can sustain vaccine delivery programmes.⁶ Ensuring that these priorities were addressed has been central to the success of the introduction of Hib vaccine, and introduction goals have been achieved by providing focused assistance to countries from WHO's regional and national offices, UNICEF's country offices and other partners. Country visits and regional forums were conducted to assess barriers to decision-making about Hib vaccine and to increase awareness of existing data on Hib disease and the potential impact of vaccination in regions and countries. Subregional workshops or country visits were used to assist countries in preparing their GAVI applications. In addition, a variety of communication materials with consistent and precise messages were developed and disseminated to stakeholders at both country and regional levels. The media were also used to build awareness and support for various child health issues, particularly pneumonia and meningitis.

Since a paucity of data on Hib disease has been a barrier to introduction in some regions, the Hib Initiative has developed a targeted research and surveillance agenda

Millénaire pour le développement: réduire des deux tiers le taux de mortalité des enfants de <5 ans d'ici 2015.⁵ Par rapport à d'autres interventions visant à améliorer la santé de l'enfant, la vaccination est à la fois rentable et relativement facile à appliquer. Plusieurs facteurs ont largement contribué à accélérer la décision des pays d'introduire le vaccin anti-Hib. Tout d'abord, en novembre 2006, l'OMS a revu sa position sur le vaccin anti-Hib et recommandé plus clairement et plus fortement l'inclusion du vaccin anti-Hib dans les programmes de vaccination systématique de tous les pays, en précisant que le manque de données locales ne devrait pas constituer un obstacle à cette adoption.¹ Deuxièmement, avec la mise à disposition d'un deuxième vaccin pentavalent contenant Hib en 2006, l'approvisionnement mondial en vaccins anti-Hib a augmenté, ce qui a dissipé les craintes d'une pénurie de vaccins, problème rencontré par le passé. Troisièmement, avec la perspective de pouvoir disposer d'autres nouveaux vaccins anti-Hib dans un proche avenir, principalement auprès de fabricants de pays en développement, on espère que le prix du vaccin – autre obstacle à son adoption par le passé – va encore diminuer. La division des approvisionnements de l'UNICEF a joué un rôle essentiel dans l'achat et la fourniture de vaccins anti-Hib en vue de créer un marché sain. Quatrièmement, en 2006, l'Alliance GAVI a publié des directives de cofinancement proposant des formules à des prix abordables jusqu'en 2015, ce qui a dissipé les craintes quant à la poursuite du soutien financier à moyen terme. Enfin, l'approche stratégique adoptée par l'initiative Hib et ses partenaires régionaux a renforcé l'impact de tous les facteurs susmentionnés.

La stratégie de l'OMS-UNICEF intitulée La vaccination dans le monde: vision et stratégie a pour but d'améliorer la prévention des maladies par la vaccination. Deux des priorités consistent à aider les pays à développer leur capacité de prendre des décisions éclairées concernant l'introduction de vaccins et de faire en sorte que les systèmes nationaux puissent soutenir des programmes de distribution de vaccins.⁶ La prise en compte de ces priorités a été essentielle au succès de l'introduction du vaccin anti-Hib, et les buts en la matière ont été atteints grâce à une aide ciblée aux pays des bureaux régionaux de l'OMS et de ses bureaux dans les pays, et d'autres partenaires. Des visites dans les pays et des forums régionaux ont été organisés pour évaluer les obstacles à la prise de décision concernant le vaccin anti-Hib et sensibiliser davantage aux données existantes sur les pathologies à Hib et l'impact potentiel de la vaccination dans les Régions et les pays. Des ateliers sous-régionaux ou des visites dans les pays ont permis d'aider les pays à préparer leurs demandes à l'Alliance GAVI. En outre, divers matériels de communication contenant des messages cohérents et précis ont été mis au point et diffusés auprès des partenaires dans les pays et les Régions. Les médias ont également été sollicités pour sensibiliser à des questions de santé de l'enfant, en particulier la pneumonie et la méningite.

Le manque de données sur les pathologies à Hib ayant été un obstacle à l'introduction du vaccin dans certaines Régions, l'initiative Hib a mis au point un programme de recherche et de

⁵ *United Nations Millennium Development Goals*. New York, NY, United Nations, 2000 (<http://www.un.org/millenniumgoals/>; accessed January 2008).

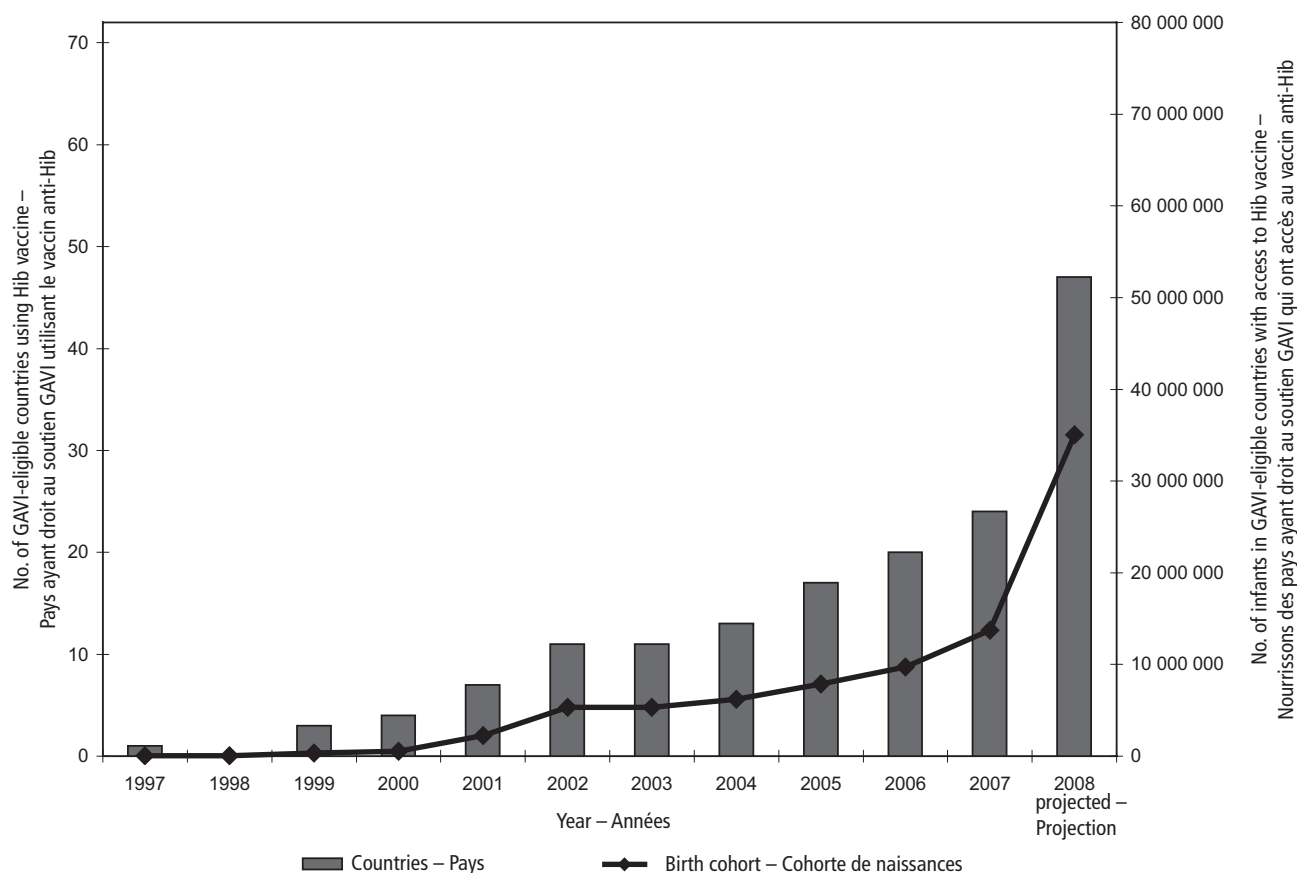
⁶ *Global immunization vision and strategy 2006–2015*. Geneva, World Health Organization, UNICEF, 2005 (http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF05/GIVS_Final_EN.pdf; accessed January 2008).

⁵ *Les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York, Organisation des Nations Unies, 2000 (<http://www.un.org/millenniumgoals/>; consulté en janvier 2008).

⁶ *La vaccination dans le monde: vision et stratégie 2006–2015*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, UNICEF, 2005 (http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF05/GIVS_Final_EN.pdf; consulté en janvier 2008).

Fig. 1 Cumulative number of GAVI-eligible countries using Hib vaccine and cumulative birth cohort in GAVI-eligible countries with access to Hib vaccine, 1997–2008. Projections assume all countries currently approved for GAVI funding (including those with conditional approval) will introduce Hib vaccine in 2008

Fig. 1 Nombre cumulé de pays ayant droit au soutien GAVI utilisant le vaccin anti-Hib et cohortes de naissances cumulées dans les pays ayant droit au soutien GAVI qui ont accès au vaccin anti-Hib, 1997-2008. Les projections supposent que tous les pays pour lesquels le financement GAVI a été approuvé (y compris sous condition) introduiront le vaccin en 2008.



Source: United Nations Population Division. *World population prospects: the 2006 revision*. Available from: <http://esa.un.org/unpp/>
 Source: Division de la Population de l'Organisation des Nations Unies. *World population prospects: the 2006 revision*. Disponible à l'adresse: <http://esa.un.org/unpp/>

that focuses on filling gaps in the knowledge necessary to inform and sustain vaccine policy. Examples of these activities include measuring the burden of disease in specific regions; demonstrating the impact of Hib vaccine on disease, particularly in special populations (for example, HIV-positive children); evaluating the need for a booster dose; and implementing cost-effectiveness studies.

While much has been accomplished, several steps are required to make further progress and sustain the gains achieved by introducing Hib vaccine. Firstly, support is required for decision-making about Hib vaccine in countries that have not yet decided to introduce it, particularly in GAVI-eligible countries with large birth cohorts, such as India and Nigeria. For this reason the GAVI Alliance is investing in a comprehensive strategy in India to support the introduction of Hib vaccine. Secondly, strong disease surveillance systems are needed to continue to document the vaccine's impact and changes in disease epidemiology, and to promote the sustainability of vaccine use. Thirdly, to achieve further reductions in morbidity and mortality caused by Hib and other vaccine-preventable diseases, high coverage of routine

surveillance ciblé qui vise à combler les lacunes des connaissances nécessaires pour orienter et soutenir la politique vaccinale. Ainsi, la mesure de la charge de morbidité dans certaines Régions; la mise en évidence de l'impact du vaccin anti-Hib sur la maladie, notamment dans des populations particulières (par exemple les enfants VIH-positifs); l'évaluation de la nécessité d'une dose de rappel; et la mise en œuvre d'études coût/efficacité.

Si beaucoup a été fait, plusieurs étapes restent encore à franchir pour améliorer les progrès et conserver les acquis obtenus grâce à l'introduction du vaccin anti-Hib. Tout d'abord, il faut aider les pays qui n'ont pas encore décidé d'introduire le vaccin anti-Hib à prendre cette décision, en particulier les pays avec des cohortes de naissances importantes, susceptibles de bénéficier d'un soutien GAVI, comme l'Inde et le Nigéria. C'est pourquoi l'Alliance GAVI a investi dans une stratégie complète visant à soutenir l'introduction du vaccin en Inde. Deuxièmement, des systèmes solides de surveillance de la maladie sont nécessaires pour continuer à étudier l'impact du vaccin et l'évolution de l'épidémiologie de la maladie, et promouvoir une utilisation durable du vaccin. Troisièmement, pour obtenir de nouvelles réductions de la morbidité et de la mortalité dues à l'infection à Hib et à d'autres maladies évitables par la vaccination,

infant immunization must be achieved, particularly among vulnerable populations. Fourthly, discrepancies in the use of Hib vaccine among lower-middle-income countries that are not GAVI-eligible and higher-income countries need to be tackled using innovative financing strategies; 21/41 (51%) lower-middle-income (but not GAVI-eligible) countries use Hib vaccine as do 32/37 (86%) upper-middle-income countries and 36/39 (92%) high-income countries.⁷ Finally, to achieve these goals, health systems must be strengthened to deliver strong, effective and sustainable immunization programmes and health financing. Continuous commitments by countries and donors are critical to sustaining immunization programmes and surveillance activities.

The recent success in introducing Hib vaccine suggests that focused strategies to accelerate the introduction of underutilized vaccines in developing countries are effective. As new vaccines become available (such as rotavirus vaccine and pneumococcal vaccine), the approach that led to the acceleration of Hib-vaccine introduction will provide a useful model to accelerate the uptake of other life-saving vaccines. A comprehensive, integrated approach to decision-making and implementation of the increasing number of effective interventions to promote children's health will assist countries in advancing social and fiscal policy to create the best possible public health programmes for their populations. ■

⁷ Income classifications based on World Bank indicators. Four countries were excluded because they did not have a World Bank classification: the Cook Islands, Nauru, Niue and Tuvalu.

une couverture élevée par la vaccination systématique des nourrissons doit être obtenue, en particulier dans les populations vulnérables. Quatrièmement, les écarts dans l'utilisation du vaccin anti-Hib entre les pays à revenu moyen inférieur qui n'ont pas droit au soutien GAVI et les pays à revenu élevé doivent être comblés au moyen de stratégies de financement novatrices; 21 sur 41 pays à revenu moyen inférieur (mais n'ayant pas droit au soutien GAVI) (51%) utilisent le vaccin anti-Hib, de même que 32 sur 37 pays à revenu moyen supérieur (86%) et 36 sur 39 pays à revenu élevé (92%).⁷ Enfin, pour atteindre ces objectifs, les systèmes de santé doivent être renforcés de manière à pouvoir assurer un financement de la santé et exécuter des programmes de vaccination solides, efficaces et durables. Un engagement continu des pays et des donateurs est essentiel pour soutenir les programmes de vaccination et les activités de surveillance.

Le succès récent de l'introduction du vaccin anti-Hib laisse supposer que des stratégies ciblées pour accélérer l'introduction de vaccins sous-utilisés dans les pays en développement sont efficaces. A mesure que de nouveaux vaccins seront mis à disposition (tels que le vaccin antirotavirus et le vaccin anti-pneumococcique), l'approche qui a permis d'accélérer l'introduction du vaccin anti-Hib pourra constituer un modèle utile pour accélérer l'adoption d'autres vaccins salvateurs. Une approche intégrée et complète de la prise de décision et de l'exécution d'un nombre croissant d'interventions efficaces visant à promouvoir la santé de l'enfant aidera les pays à défendre la politique sociale et financière qui permettra de mettre en place les meilleurs programmes de santé publique possibles pour la population. ■

⁷ Classification du revenu basée sur les indicateurs de la Banque mondiale. Quatre pays ont été exclus parce qu'ils n'entraient pas dans la classification de la Banque mondiale: les îles Cook, Nauru, Nioué et Tuvalu.

Influenza (as of 8 February 2008)

During weeks 4–5, the level of overall influenza activity in the world increased. Considerable increases in both influenza activity and the number of viruses detected were observed in most countries of the northern European and North America, where mostly influenza A(H1N1), A(H3N2) and B viruses circulated.

Austria.¹ The level of influenza activity increased from regional to widespread during weeks 4–5, with influenza A(H1) virus predominating. Influenza B viruses were also detected.

Belarus.² Influenza activity increased from sporadic to widespread level during weeks 4–5. Influenza A and B viruses were detected.

Canada.¹ The level of influenza activity increased (A and B viruses). Widespread activity was reported in Alberta and British Columbia; localized activity was observed in the provinces of Manitoba, New Brunswick, Ontario and Saskatchewan. Influenza A(H1) virus predominated, although influenza A(H3) and B viruses were also detected.

Croatia.¹ The level of influenza activity increased from regional to widespread and influenza A(H1) virus predominated.

Czech Republic.² The level of influenza activity increased from local to regional outbreak, with mainly

¹ See No. 3, 2008, p. 36.

² See No. 2, 2008, p. 23.

Grippe (au 8 février 2008)

Le niveau d'activité grippale a augmenté au cours des semaines 4 à 5. Une augmentation considérable de l'activité grippale ainsi que du nombre de virus grippaux a été observée dans la plupart des pays d'Europe du nord et d'Amérique du Nord, où les virus grippaux ayant circulé étaient principalement de type A(H1N1), A(H3N2) et B.

Autriche.¹ Après avoir été localisée, l'activité grippale s'est généralisée au cours des semaines 4 et 5. Le virus grippal de type A(H1) a prédominé mais des virus de type B ont également été dépistés.

Bélarus.² Après avoir été sporadique, l'activité grippale s'est généralisée au cours des semaines 4 et 5. Des virus de type A et B ont été dépistés.

Canada.¹ Le niveau d'activité grippale pour les virus A et B a augmenté. On a signalé une activité grippale généralisée dans les régions de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Une activité grippale localisée a été observée dans les provinces de Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario et la Saskatchewan). Le virus grippal de type A(H1) a prédominé mais des virus de type A(H3) et B ont également été dépistés.

Croatie.¹ Après avoir été régionale, l'activité grippale s'est généralisée et le virus A(H1) a prédominé.

République tchèque.² Après avoir été localisée, l'activité grippale est passée à un niveau régional et c'est le virus A(H1) qui a

¹ Voir N° 3, 2008, p. 36.

² Voir N° 2, 2008, p. 23.

influenza A(H1) virus circulating. Influenza B viruses were also detected.

Finland. The level of influenza activity increased from local to regional. Influenza A (predominantly H1N1), A(H3) and B viruses were detected.

France.¹ Influenza activity remained at local level during weeks 4–5. Influenza A(H1) and B viruses predominated, although influenza A(H3) virus was also detected.

Germany.¹ The level of influenza activity increased from sporadic to regional, with A(H1) and B influenza viruses predominating. Influenza A(H3) virus was also detected.

Greece.¹ The level of influenza activity increased from sporadic to regional. Influenza A(H1) virus predominated. Influenza B viruses were also detected.

Ireland.² The level of influenza activity increased from local to widespread, with influenza A viruses reported.

Luxembourg.¹ Influenza activity remained widespread, with influenza A(H1) virus predominating. Influenza B viruses also circulated.

The Netherlands.¹ Influenza activity remained widespread during week 4, with influenza A viruses circulating.

Norway.¹ The level of activity increased to local, with influenza A(H1) virus predominating. Influenza A(H3) and B viruses were also detected.

Portugal.¹ Influenza activity increased from sporadic to widespread during weeks 4–5. Influenza A(H1) and B viruses circulated.

Romania.¹ The level of activity rose from local to regional level, with influenza A(H1) virus predominating. Influenza B viruses were also detected.

Slovakia.¹ Localized influenza activity was reported, with influenza A(H1) circulating.

Slovenia.¹ Influenza activity rose from regional to widespread level, with A viruses predominating. Influenza B viruses were also detected.

Spain.¹ Localized influenza activity increased to regional level. Influenza A(H1) and B viruses predominated, although influenza A(H3) virus was also detected.

Switzerland.¹ Influenza activity remained widespread in weeks 4–5. Influenza A(H1) viruses predominated although influenza B viruses also circulated.

Tunisia. A local influenza outbreak was reported in weeks 4–5, with influenza A(H1, H3) and B viruses detected.

United Kingdom.¹ Influenza activity decreased in England, Scotland and Wales and remained at about the same level in Northern Ireland. Influenza A (predominantly H1) and B viruses circulated.

United States of America.¹ During week 4, the level of influenza activity continued to increase, with 11 states reporting widespread activity and 26 states reporting regional activity. The District of Columbia plus 9 other states reported local influenza activity, while 4 states and Puerto Rico reported sporadic activity. Influenza A(H1 and H3) viruses predominated and influenza B viruses also circulated.

Between weeks 4 and 5, sporadic influenza activity was detected in Chile (A), Denmark (H1, B),¹ Hong Kong Special Administrative Region of China (H1, B, H3),¹ Islamic Republic of Iran (B, H1),¹ Italy (B, H1),¹ Japan (B), Madagascar (H1),¹ Morocco (H1, B),¹ Poland (A, B),¹ Russian Federation (H3, H1, B),¹ Serbia (H1)¹ and Sweden (H1, B).

Mongolia and the Philippines² reported no influenza activity. ■

principalement circulé. Des virus grippaux de type B ont également été dépistés.

Finlande. L'activité grippale est passée d'un niveau local à un niveau régional. Le virus A(H1N1) a prédominé mais des virus de type A(H3) et B ont également été dépistés.

France.¹ L'activité grippale s'est maintenue à un niveau local au cours des semaines 4-5. Les virus grippaux A(H1) et B ont prédominé mais des virus de type A(H3) ont également été dépistés

Allemagne.¹ L'activité grippale est passée d'un niveau sporadique à un niveau régional. Les virus grippaux A(H1) et B ont prédominé mais des virus de type A(H3) ont également été dépistés

Grèce.¹ L'activité grippale est passée d'un niveau sporadique à un niveau régional. Le virus grippal A (H1) a prédominé mais des virus de type B ont également été dépistés.

Irlande.² Après avoir été localisée, l'activité grippale s'est généralisée et des virus grippaux de type A(H1) ont été signalés.

Luxembourg.¹ L'activité grippale est restée généralisée au cours de la semaine 4 et le virus grippal A(H1) a prédominé bien que le virus B ait également circulé.

Pays-Bas.¹ L'activité grippale est restée généralisée au cours de la semaine 4 et des virus grippaux de type A ont circulé.

Norvège.¹ L'activité grippale est devenue locale, avec une prédominance du virus A(H1). Des virus grippaux de type A(H3) et B ont également été dépistés.

Portugal.¹ Le niveau de l'activité grippale est passé de sporadique à généralisé au cours des semaines 4-5. Des virus grippaux de type A(H1) et B ont circulé.

Roumanie.¹ Après avoir été localisée, l'activité grippale est passée à un niveau régional et c'est le virus A(H1) qui a prédominé. Des virus grippaux de type B ont également été dépistés.

Slovaquie.¹ On a signalé une activité grippale localisée et le virus grippal A(H1) a circulé.

Slovénie.¹ L'activité grippale est passée d'un niveau sporadique à un niveau régional, avec une prédominance du virus A. Des virus grippaux de type B ont également été dépistés.

Espagne.¹ Après avoir été localisée, l'activité grippale est passée à un niveau régional. Les virus grippaux A(H1) et B ont prédominé mais des virus de type A(H3) ont également été dépistés

Suisse.¹ L'activité grippale est restée généralisée au cours des semaines 4-5. Les virus grippaux A(H1) ont prédominé bien que des virus de type B aient également circulé.

Tunisie. Une flambée locale de grippe a été signalée au cours des semaines 4-5 et des virus de type A(H1, H3) et B ont été dépistés.

Royaume-Uni.¹ L'activité grippale a baissé en Angleterre, en Ecosse et au Pays de Galles, et elle s'est maintenue à un niveau quasiment identique en Irlande du Nord. Des virus grippaux A (prédominance de H1) et B ont circulé.

Etats-Unis d'Amérique.¹ L'activité grippale a continué d'augmenter au cours de la saison 4. Onze états ont signalé une activité grippale généralisée et 33 autres, une activité grippale régionale. Le District de Columbia ainsi que 9 autres états ont quant à eux signalé une activité grippale sporadique. Les virus grippaux de type A (H1 et H3) ont prédominé mais des virus de type B ont également circulé.

Entre les semaines 4 et 5, une activité grippale sporadique a été dépistée au Chili (A), au Danemark (H1, B),¹ en Fédération de Russie (H3, H1, B),¹ à Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine (virus B prédominant, H3, H1),¹ en Italie (H1, B),¹ au Japon (B), à Madagascar (H1),¹ au Maroc (H1, B),¹ en Norvège (H1, A, B),¹ en Pologne (A, B),¹ en République Islamique d'Iran (B, H1),¹ en Serbie (H1)¹ et en Suède (H1, B).¹

La Mongolie et les Philippines² n'ont signalé aucune activité grippale. ■