



Contents

349 Poliomyelitis outbreak in
Somalia and Kenya, 2013

Sommaire

349 Flambée de poliomyélite en
Somalie et au Kenya, 2013

Poliomyelitis outbreak in Somalia and Kenya, 2013

Background

On 9 May 2013, the Ministry of Health of Somalia reported a confirmed case of poliomyelitis due to type 1 wild poliovirus (WPV1) in a girl aged 32 months from Mogadishu with onset of acute flaccid paralysis (AFP) on 18 April 2013. A week later, on 16 May 2013, Kenya confirmed a case of WPV1 in a girl aged 4 months from the Dadaab refugee camp in North Eastern Province of Kenya with date of onset of AFP on 30 April 2013. This report updates the initial report of 14 June 2013 and describes the epidemiology of the outbreak and the response measures that have been put in place.¹

In recent years, there has been an overall decrease in the number of WPV exportations to non-endemic countries. In 2010, importation of WPV into 16 non-endemic countries resulted in 1120 cases of poliomyelitis, accounting for 83% of all WPV cases globally.² In 2011, in addition to small outbreaks following importation of type 3 WPV (WPV3) into 4 West African countries and WPV1 importation into the Central African Republic, one large WPV1 polio outbreak occurred in China, resulting in 21 cases of paralytic poliomyelitis.³ In 2012, there was only one reported importation of WPV, from Nigeria to Niger, causing a single paralytic case; all other WPV cases occurred in the 3 polio-endemic countries (Afghanistan, Nigeria

Flambée de poliomyélite en Somalie et au Kenya, 2013

Historique

Le 9 mai 2013, le Ministère de la Santé somalien a notifié le premier cas confirmé de poliomyélite dû au poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) chez une fillette de 32 mois à Mogadiscio, la paralysie flasque aiguë (PFA) étant apparue le 18 avril 2013. Une semaine plus tard, le 16 mai 2013, le Kenya a confirmé un cas dû au PVS1 chez une fillette de 4 mois dans le camp de réfugiés de Dadaab, dans la province du Nord-Est du Kenya, l'apparition de la PFA remontant au 30 avril 2013. Le présent rapport actualise le rapport initial du 14 juin 2013 et décrit l'épidémiologie de la flambée et les mesures qui ont été mises en place pour y faire face.¹

Ces dernières années, on a observé une diminution générale du nombre d'exportations de poliovirus sauvage (PVS) vers des pays de non-endémicité. En 2010, l'importation de PVS dans 16 pays de non endémicité s'est traduite par 1120 cas de poliomyélite, représentant 83% du nombre total de cas dus au PVS dans le monde.² En 2011, outre des petites flambées consécutives à l'importation de PVS de type 3 (PVS3) dans 4 pays d'Afrique de l'Ouest et à l'importation de PVS1 en République centrafricaine, une importante flambée de poliomyélite due au PVS1 a entraîné en Chine 21 cas de poliomyélite paralytique.³ En 2012, une seule importation de poliovirus sauvage a été notifiée par le Niger en provenance du Nigeria, entraînant un seul cas de paralysie; tous les autres cas dus au PVS sont survenus dans les

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

08.2013
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ See No. 24, 2013, pp. 241–242.

² See No. 12, 2012, pp. 109–115.

³ See data (as of 23 July 2013) from WHO headquarters on wild poliovirus for 2008–2013. Available from http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Data&Monitoring/Wild_poliovirus_list_2008_2013_23Jul.pdf; accessed August 2013.

¹ Voir N° 24, 2013, pp. 241–242

² Voir N° 12, 2012, pp. 109–115.

³ Voir les données du 23 juillet 2013 provenant du Siège de l'OMS et concernant le poliovirus sauvage pour 2008–2013. Disponible à l'adresse: http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Data&Monitoring/Wild_poliovirus_list_2008_2013_23Jul.pdf, consulté en août 2013.

and Pakistan), and in Chad where WPV transmission had been re-established.

Historically, Somalia successfully stopped the transmission of indigenous WPV in 2002. However, in 2005 Somalia experienced an outbreak that resulted in 228 reported cases of poliomyelitis. After a series of outbreak response vaccination campaigns, the outbreak was terminated in March 2007. During the past 10 years, Kenya has experienced 3 outbreaks following importation of WPV, the first in 2006 which resulted in 2 cases, a second in 2009 which resulted in 19 cases, and a third in 2011 which resulted in a single case of paralytic poliomyelitis.³

Outbreak epidemiology

As of 31 July 2013, 95 confirmed WPV1 cases had been reported in Somalia and 10 cases in Kenya (*Figures 1 and 2*). Of the 95 cases in Somalia, 20 (21%) were reported in children aged <12 months, 33 (35%) in children aged 12–23 months, 35 (37%) in children aged 2–4 years, 7 (7%) in children aged 5–15 years; no cases have been reported in individuals aged >15 years. Nearly half (44%) of cases reported having never been vaccinated with the oral poliovirus vaccine (OPV), 22 (23%) reported having had 1–3 doses of OPV, and 31 (33%) reported having received ≥4 OPV doses; 56 (59%) were reported in males. Of the 95 cases, 55 (58%) were reported from the Banadir Province where the index case was reported, and 20 (21%) of the cases were reported from the Lower Shabelle Province.

3 pays d'endémie poliomyélique (Afghanistan, Nigéria et Pakistan) et au Tchad, où la transmission du PVS a été rétablie.

Historiquement, la Somalie est parvenue à stopper la transmission du PVS autochtone en 2002. Toutefois, en 2005, ce pays a connu une flambée de poliomyélite avec au total 228 cas notifiés. Suite à une série de campagnes de vaccination en réaction à la flambée, celle-ci a été maîtrisée en mars 2007. Au cours des 10 dernières années, le Kenya a connu 3 flambées consécutives à l'importation de PVS, la première en 2006 avec 2 cas, la deuxième en 2009 avec 19 cas et une troisième en 2011 avec un seul cas de poliomyélite paralytique.³

Épidémiologie de la flambée

Au 31 juillet 2013, 95 cas confirmés dus au PVS1 ont été notifiés en Somalie et 10 cas au Kenya (*Figures 1 et 2*). Sur les 95 cas survenus en Somalie, 20 (21%) ont été signalés chez des enfants âgés de <12 mois, 33 (35%) chez des enfants âgés de 12 à 23 mois, 35 (37%) chez des enfants âgés de 2 à 4 ans, 7 (7%) chez des enfants âgés de 5 à 15 ans et aucun (0%) chez les personnes âgées de >15 ans. Près de la moitié (44%) des sujets ont déclaré n'avoir jamais été vaccinés au moyen du vaccin antipoliomyélique oral (VPO), 22 (23%) ont déclaré avoir reçu 1 à 3 doses de VPO, et 31 (33%) avoir reçu ≥4 doses de VPO; 56 (59%) des sujets étaient de sexe masculin. Cinquante-cinq des 95 sujets (58%) ont déclaré venir de la province de Banadir, où le cas indicateur a été signalé, et 20 (21%) des cas ont été signalés dans la province de Lower Shabelle.

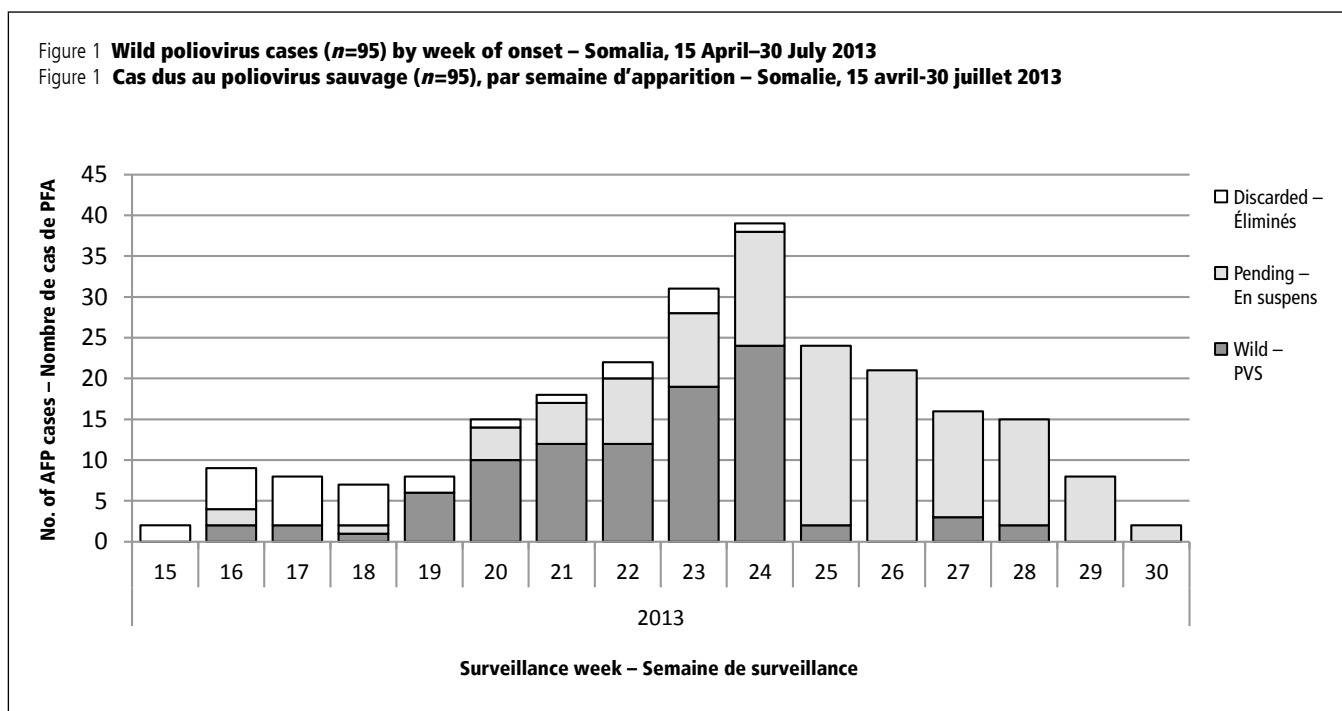
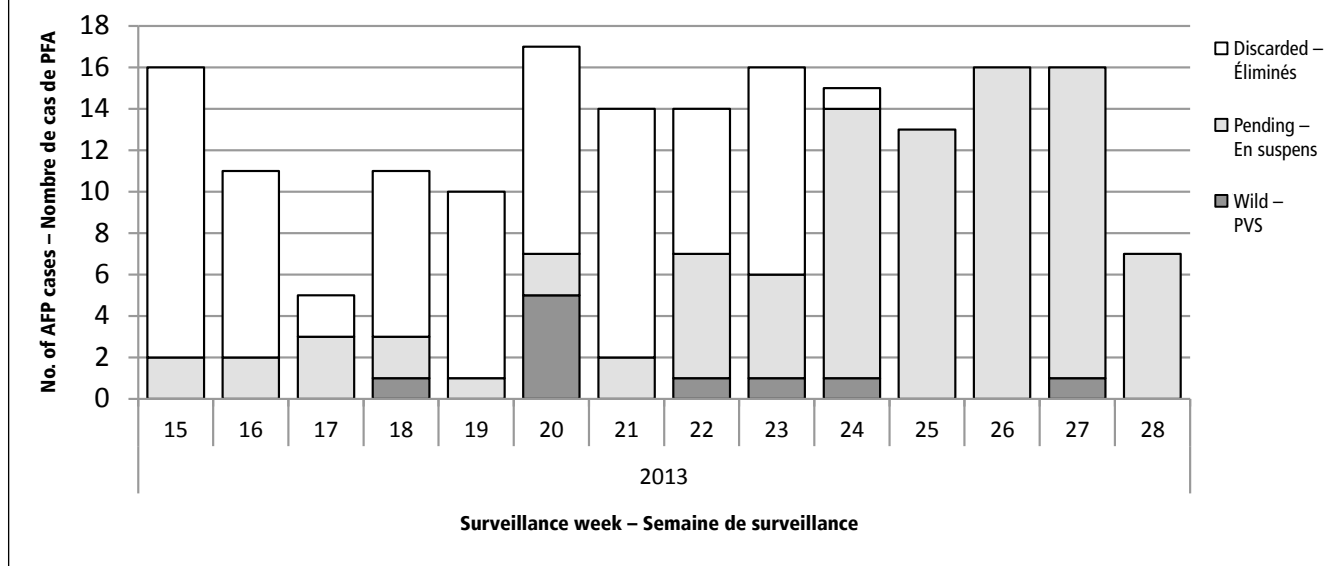


Figure 2 **Wild poliovirus cases (n=10) by week of onset, Kenya, 15 April–21 July 2013**
 Figure 2 **Cas dus au poliovirus sauvage (n=10) par semaine d'apparition, Kenya, 15 avril-21 juillet 2013**



Of the 10 cases reported from Kenya, epidemiological information was available for 8 cases. Of these 8 cases, 1 was reported in an infant 12 months of age, none in children aged 12–23 months, 3 in children aged 2–4 years, none in children aged 5–15 years, and 4 in adults (2 aged 19 years and one aged 22). Four of the cases reported having never been vaccinated with OPV, 2 reported having had 1–3 doses of OPV, and 2 reported having received ≥ 4 OPV doses; 3 of the cases were reported in males. In Kenya, all of the cases reported from the North Eastern Province (*Map 1*). Of the 8 cases in Kenya with information available, 7 were reported among Somali refugees and one was reported in a child living in the host community.

On 14 August 2013, the Kenya Medical Research Institute (KEMRI) issued an advanced notification of a case of WPV1 from a child living in Ethiopia with date of onset 10 July 2013. The case is from the Somali Province of Ethiopia in a child aged 18 months who had never been vaccinated with OPV. Investigation of this prospective case is ongoing.

The results from the genetic sequence analysis of the WPV isolates from Somalia and Kenya confirm that the viruses in Somalia and Kenya are closely related. This finding suggests that the outbreak is a result of a single or simultaneous introduction of wild virus into the region followed by local circulation and spread. The imported viruses are closely related to WPV1 strains that were recently isolated in West Africa.

Sur les 10 cas notifiés par le Kenya, des données épidémiologiques étaient disponibles pour 8 d'entre eux. Sur ces 8 cas, un concernait un enfant de <12 mois, aucun des enfants âgés de 12 à 23 mois, 4 des enfants âgés de 2 à 4 ans, aucun des enfants âgés de 5 à 15 ans et 3 des adultes (2 âgés de 19 ans et un autre de 22 ans). Quatre sujets ont déclaré n'avoir jamais été vaccinés au moyen du VPO, 2 ont déclaré avoir reçu 1 à 3 doses de VPO et 2 avoir reçu ≥ 4 doses de VPO; 3 des sujets étaient des hommes. Au Kenya, tous les cas provenaient de la province du Nord Est (*Carte 1*). Sur les 8 cas pour lesquels on disposait d'informations au Kenya, 7 ont été signalés parmi des réfugiés somaliens et un cas chez un enfant vivant dans la communauté hôte.

Le 14 août 2013, l'Institut de recherche médicale du Kenya (KEMRI) a notifié à l'avance un cas de polio dû au PVS1 chez un enfant vivant en Somalie, avec une date d'apparition au 10 juillet 2013. Ce cas, un enfant de 18 mois n'ayant jamais reçu de dose de VPO, est apparu dans la province de Somali (Ethiopie). Des investigations sur ce cas probable sont en cours.

Les résultats de l'analyse des séquences génétiques des isolats de PVS provenant de Somalie et du Kenya confirment que les virus retrouvés dans les 2 pays sont étroitement apparentés. Cette constatation suggère que la flambée résulte de l'introduction unique ou simultanée d'un virus sauvage dans la région, suivie par une circulation et une propagation locales. Les virus importés sont étroitement apparentés aux souches de PVS1 récemment isolées en Afrique de l'Ouest.

Outbreak response and control efforts

To intensify surveillance, steps have been taken to enhance reporting of AFP cases in both Somalia and Kenya. Active surveillance for AFP has been intensified in reporting sites and all health facilities and informers have been alerted to the need for immediate case reporting. Active case searches are also being conducted as part of the house-to-house vaccination response.

Somalia

Following the initial notification of the index case on 9 May 2013, the first supplementary immunization activity (SIA) in Somalia was conducted from 14 to 18 May 2013 in multiple districts of Benadir using the trivalent oral poliovirus vaccine (tOPV). In one high-risk district the target age group was increased to 10 years. During an SIA, OPV is administered to all children aged <5 years regardless of previous vaccination history. However, in order to strengthen the outbreak response and optimize population immunity, during this outbreak response an intensified strategy has been adopted. In some areas of Somalia, the target age group was expanded to include older children such as all children <10 years of age and in some areas all age groups were included.

Four additional short-interval SIAs have been conducted in Somalia (28 May–2 June, 12–18 June, 1–6 July and 21–25 July 2013) including 3 nationwide campaigns using bivalent OPV (bOPV). Two of these campaigns have included all age groups in Benadir and other South and Central regions. In order to immunize mobile populations and prevent further spread of the outbreak, special transit vaccination posts have been established at main transit points and in congregation points.

Kenya

In Kenya, the first SIA was conducted from 27 to 31 May 2013 among children aged <15 years in the refugee camps and 3 surrounding host districts using bOPV and tOPV. Two additional SIAs have been conducted in Kenya (17–21 June and 1–10 July 2013) using bOPV. These campaigns targeted 1.35 million and 4.5 million individuals in 22 and 123 districts respectively, and the target age group was expanded to all ages <15 years in some of the highest risk areas.

International response

In addition to Somalia and Kenya, internationally coordinated outbreak response immunization activities have been conducted in Ethiopia (5–8 June and 21 June–1 July 2013) and in Yemen (2–4 June and 30 June–2 July 2013) to reduce the risk of spread and outbreaks across the Horn of Africa.

Réaction à la flambée et efforts de lutte

Afin d'intensifier la surveillance, des mesures ont été prises pour renforcer la notification des cas de PFA en Somalie et au Kenya. La surveillance active de la PFA a été intensifiée dans les sites de notification et tous les établissements de santé et les informateurs ont été alertés de façon à notifier les cas immédiatement. Des recherches actives des cas sont également entreprises dans le cadre de la vaccination porte à porte.

Somalie

Suite à la première notification du cas indicateur le 9 mai 2013, la première activité de vaccination supplémentaire (AVS) en Somalie a été organisée du 14 au 18 mai 2013 dans plusieurs districts de Benadir au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt). Dans un district à haut risque, le groupe d'âge cible a été porté à 10 ans. Au cours d'une AVS, le VPO est administré à tous les enfants âgés de <5 ans, quels que soient leurs antécédents vaccinaux. Toutefois, afin de renforcer la riposte à l'épidémie et d'accroître au maximum l'immunité de la population, pendant cette campagne, une stratégie intensifiée a été adoptée. Dans certaines régions de Somalie, le groupe d'âge cible a été élargi aux enfants plus âgés, par exemple tous les enfants de <10 ans et, dans certaines régions, tous les groupes d'âge ont été visés.

Quatre autres AVS ont été conduites dans un intervalle court en Somalie (28 mai–2 juin, 12–18 juin, 1^{er}–6 juillet et 21–25 juillet 2013), dont 3 campagnes nationales au moyen du VPO bivalent (VPOb). Deux de ces campagnes ont visé tous les groupes d'âge à Benadir et d'autres régions du sud et du centre. Afin de vacciner les populations mobiles et de prévenir toute propagation ultérieure de virus, des postes de vaccination spéciaux de transit ont été établis aux principaux points de transit et aux points de rassemblement.

Kenya

Au Kenya, la première AVS a été organisée du 27 au 31 mai 2013 chez les enfants âgés de <15 ans dans les camps de réfugiés et 3 districts hôtes environnants, au moyen du VPOb et du VPOt. Deux AVS supplémentaires ont été organisées du 17 au 21 juin et du 1^{er} au 10 juillet 2013 au moyen du VPOb. Ces campagnes ont visé 1,35 million et 4,5 millions de personnes dans respectivement 22 et 123 districts, et le groupe d'âge cible a été élargi à tous les enfants de <15 ans dans certaines zones à haut risque.

Riposte internationale

Outre la Somalie et le Kenya, l'Éthiopie a organisé des activités de vaccination en riposte à l'épidémie coordonnées au niveau international (5–8 juin et 21 juin–1^{er} juillet 2013), de même que le Yémen (2–4 juin et 30 juin–2 juillet 2013) afin de réduire le risque de propagation et les flambées dans la Corne de l'Afrique.

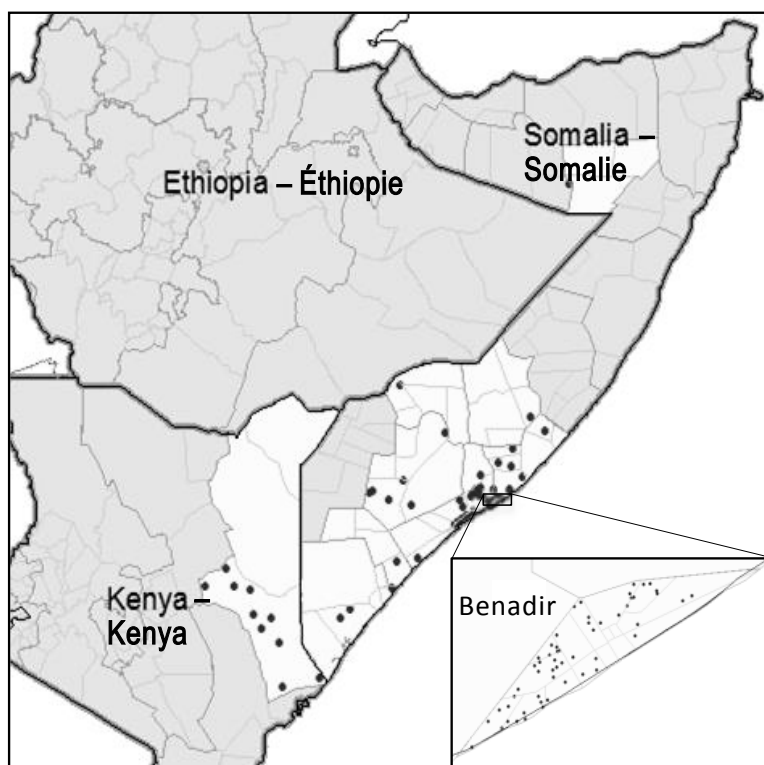
Discussion

The current outbreak in the Horn of Africa is likely to be large, of long duration, and to spread rapidly. For the past 3 years, immunization activities in some regions of Somalia have been significantly constrained by ongoing conflict and insecurity. Over time, this has led to the build-up of a large susceptible population of children. At the beginning of the outbreak it was estimated that around 600 000 children <5 years of age were living in areas that had not been reached for the past 3 years by large scale-immunization activities. Furthermore, throughout the first 2 months of the outbreak response, conflict has continued to limit the reach of vaccination teams. Joint WHO and UNICEF estimates indicate that the coverage of 3 doses of OPV through routine immunization in Somalia in 2012 was only 47%, indicating the presence of a large cohort of susceptible children in the country.⁴

Discussion

La flambée en cours dans la Corne de l'Afrique sera vraisemblablement étendue, de longue durée et de propagation rapide. Au cours des 3 dernières années, les activités de vaccination menées dans certaines régions de Somalie ont été considérablement limitées par le conflit en cours et l'insécurité qui régnait. Avec le temps, cela a entraîné la constitution d'une importante population d'enfants vulnérables. Au début de l'épidémie, on estimait qu'environ 600 000 enfants de <5 ans vivaient dans les régions qui n'avaient pas fait l'objet d'activités de vaccination de grande échelle depuis 3 ans. En outre, pendant les 2 premiers mois de l'intervention après l'épidémie, le conflit a continué à limiter l'action des équipes de vaccination. Les estimations conjointes de l'OMS et de l'UNICEF montrent que la couverture par 3 doses de VPO dans le cadre de la vaccination systématique en Somalie n'a été en 2012 que de 47%, ce qui dénote la présence d'une importante cohorte d'enfants vulnérables dans le pays.⁴

Map 1 **Geographical distribution of wild poliovirus cases (n=105), Kenya and Somalia, 15 April–30 July 2013***
Carte 1 **Répartition géographique des cas dus au poliovirus sauvage (n=105), Kenya et Somalie, 15 avril-30 juillet 2013***



* The advanced notification of a WPV1 isolate from a child with onset of paralysis on 10 July 2013 in Ethiopia is not shown on this map. – Le PVS1 isolé chez un enfant vivant en Éthiopie, avec une date d'apparition au 10 juillet 2013, n'est pas reflété sur cette carte.

⁴ WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system, 2013 global summary. Data for Somalia as of 12 July 2013. Available from http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary, accessed August 2013.

⁴ WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system, 2013 global summary. Data for Somalia as of 12 July 2013. Disponible à l'adresse: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary, consulté en août 2013.

The detection of WPV in both South-Central and North Somalia and Eastern Kenya, and most likely in the Somali Province of Ethiopia, shows that transmission has extended over large geographical distances. During the large international polio outbreak in 2005, multiple countries in the Horn of Africa were affected including Eritrea, Ethiopia, Kenya, Somalia and Yemen, resulting in >700 cases of paralytic poliomyelitis. Therefore, the Global Polio Eradication Initiative (GPEI) is creating localized plans to maximize opportunities to vaccinate children in areas where access is limited by conflict and insecurity.

Globally, this is the first reported large-scale WPV outbreak since the WPV1 outbreak that was reported in China in August 2011. It demonstrates the ongoing threat of WPV spread to polio-free countries that will persist until WPV transmission is stopped in the remaining endemic countries. The risk of a large and explosive outbreak following introduction of WPV is much higher in areas affected by prolonged conflict and complex humanitarian emergencies where there are large cohorts of susceptible children. But despite protracted conflict spanning decades, the programme in Somalia has been successful in stopping transmission of indigenous WPV in 2002 and subsequently was able to stop transmission in 2007 during the large multi-country polio outbreak in the Horn of Africa. This experience indicates that with a strong and well-coordinated response it is feasible to terminate the current WPV outbreak in Somalia.

The outbreak responses in Somalia and Kenya have been exceptionally rapid and intensive. Notably, special strategies have been employed to limit transmission and spread of WPV such as short-interval, expanded age group campaigns, mostly using the bOPV which is more efficacious against WPV1 than the trivalent OPV. The first SIA in Somalia was conducted within 6 days after notification of the first WPV case. International collaboration for the outbreak response has enabled outbreak-affected and at-risk countries to synchronize and coordinate their efforts in order to strengthen the overall impact of the response.

Ongoing insecurity is a continuing challenge to the quality of the campaigns being conducted in Somalia. For this reason, vaccination posts have been set up at key transit points to immunize hard-to-reach populations. The involvement of communities, their leaders and local authorities in conflict-affected and insecure areas is essential to maximize the opportunities to vaccinate all children in Somalia. Efforts are ongoing to ensure that the support of all local stakeholders is aligned and the polio outbreak is rapidly brought under control in all areas of Somalia.

La détection du PVS tant dans le sud et le centre que dans le nord de la Somalie et dans l'est du Kenya, et probablement dans la province de Somali en Ethiopie, montre que la transmission s'est étendue sur de grandes distances géographiques. Au cours de l'importante flambée internationale de poliomyélite de 2005, plusieurs pays de la Corne de l'Afrique ont été touchés: l'Érythrée, l'Éthiopie, le Kenya, la Somalie et le Yémen, avec >700 cas de poliomyélite paralytique. C'est pourquoi l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) met en place des plans localisés pour accroître les possibilités de vaccination des enfants dans les zones où le conflit et l'insécurité limitent l'accès à ceux-ci.

Au niveau mondial, il s'agit de la première flambée épidémique étendue due au PVS depuis la flambée due au PVS1 notifiée par la Chine en août 2011. Cela montre que la menace de propagation du PVS vers des pays exempts de poliomyélite demeurera tant que la transmission du PVS n'aura pas été stoppée dans les pays d'endémie restants. Le risque de flambée importante et explosive est beaucoup plus élevé suite à l'introduction du PVS dans des régions touchées par un conflit prolongé et des situations d'urgence humanitaire complexes où il existe des cohortes importantes d'enfants vulnérables. Malgré un conflit qui s'est étendu sur des décennies, le programme somalien est parvenu à stopper la transmission du PVS autochtone en 2002 et a pu par la suite stopper la transmission au cours d'une importante flambée de poliomyélite qui a touché plusieurs pays de la Corne de l'Afrique en 2007. Cette expérience montre que, moyennant une action forte et bien coordonnée, il est possible de maîtriser la flambée actuelle due au PVS en Somalie.

Les ripostes aux flambées épidémiques en Somalie et au Kenya ont été exceptionnellement rapides et intensives. On a notamment eu recours à des stratégies spéciales pour limiter la transmission et la propagation du PVS, telles que des campagnes ciblant un groupe d'âge élargi, peu espacées et utilisant principalement le VPOb, qui est plus efficace contre le PVS1 que le VPO trivalent. La première AVS en Somalie a été menée dans les 6 jours qui ont suivi la notification du premier cas dû au PVS. La collaboration internationale pour la riposte à l'épidémie a permis aux pays touchés et exposés de synchroniser et de coordonner leurs efforts afin de renforcer l'impact global de l'action.

L'insécurité persistante continue de poser problème pour la qualité des campagnes menées en Somalie. C'est pourquoi des postes de vaccination ont été installés aux principaux points de transit pour vacciner des populations difficiles à atteindre. La participation des communautés, des dirigeants et des autorités locales dans les zones peu sûres et touchées par le conflit est indispensable pour accroître au maximum les chances de vacciner tous les enfants en Somalie. Les efforts se poursuivent pour veiller à ce que le soutien de tous les partenaires locaux soit coordonné et pour parvenir à maîtriser rapidement la flambée dans toutes les régions de Somalie.

The global polio eradication programme continues to make strong progress in the 3 remaining polio-endemic countries. The recently launched *Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013–2018*,⁵ includes contingency planning for dealing with outbreaks in polio-free areas until all WPV transmission has ceased in endemic countries. The expected duration, extent and the public health impact of this outbreak necessitate planning for an extended and intensive outbreak response. While international financing will be critical for an effective public health emergency response, the success of the response will depend largely on the commitment of governments, local authorities, and vaccinators.

The WHO *manual International Travel and Health*⁶ recommends that all travellers to and from polio-affected areas be fully vaccinated against poliomyelitis. This includes the 3 countries which remain endemic for indigenous transmission of WPV (Afghanistan, Nigeria and Pakistan) and countries in the Horn of Africa where WPV has recently been re-introduced (Kenya and Somalia).

The Ministry of Health in Saudi Arabia has issued the Health Regulations for travellers for the 2013 Hajj which, as in previous years, includes requirements for polio vaccination. These regulations state that visitors of all ages travelling to Saudi Arabia from polio-endemic countries, as well as recently endemic, and re-established transmission countries (Afghanistan, Chad, India, Kenya, Nigeria, Pakistan, and Somalia) should be vaccinated against poliomyelitis with OPV and must provide proof of vaccination prior to applying for a visa. Irrespective of previous immunization history, all visitors arriving in Saudi Arabia will also receive 1 dose of OPV upon arrival. All visitors aged <15 years travelling from countries reporting polio following importation or due to circulating vaccine-derived poliovirus in the past 12 months (Niger and Yemen) should be vaccinated against poliomyelitis with OPV; proof of vaccination with OPV or an inactivated poliovirus vaccine is required with visa applications. Irrespective of previous immunization history, all visitors aged <15 years arriving in Saudi Arabia will also receive 1 dose of OPV upon arrival.⁷ ■

Le Programme mondial pour l'éradication de la poliomyélite continue de faire des progrès importants dans les 3 pays d'endémie restants. Le *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018* lancé récemment,⁵ prévoit une planification d'urgence pour faire face aux flambées épidémiques dans des zones exemptes de poliomyélite jusqu'à ce que la transmission du PVS ait cessé dans les pays d'endémie. La durée prévue, l'étendue et l'impact sur la santé publique de cette flambée exigent que l'on planifie une riposte prolongée et intensive. Un financement international sera essentiel pour une action de santé publique d'urgence efficace, mais le succès de la riposte dépendra en grande partie de l'engagement des gouvernements, des autorités locales et des vacinateurs.

La publication OMS *Voyages internationaux et santé*⁶ recommande à tous les voyageurs à destination et en provenance de zones touchées par la poliomyélite d'être entièrement vaccinés contre la maladie. Cela comprend les 3 pays où la transmission autochtone du PVS se poursuit (Afghanistan, Nigéria et Pakistan) et les pays de la Corne de l'Afrique où le PVS a été réintroduit (Kenya et Somalie).

De plus, le Ministère de la Santé d'Arabie saoudite a récemment publié un règlement sanitaire pour les pèlerins du Hadj 2013 qui, et comme les années précédentes, comporte des exigences en matière de vaccination antipoliomyélitique. Ce règlement précise que les visiteurs de tous âges se rendant en Arabie saoudite à partir de pays où la poliomyélite est endémique, même depuis peu, et les pays où la transmission a été rétablie (Afghanistan, Inde, Kenya, Nigéria, Pakistan, Somalie et Tchad) devraient être vaccinés contre la poliomyélite au moyen du VPO et produire un certificat de vaccination pour pouvoir demander un visa. Quels que soient leurs antécédents vaccinaux, tous les visiteurs arrivant en Arabie saoudite recevront également 1 dose de VPO à l'arrivée. Tous les visiteurs âgés de <15 ans en provenance de pays faisant état de cas de poliomyélite consécutifs à une importation ou dus au poliovirus circulant dérivé de la souche vaccinale au cours des 12 derniers mois (Niger et Yémen) devront être vaccinés contre la poliomyélite par le VPO; un certificat de vaccination par le VPO ou un vaccin inactivé sera exigé lors de la demande de visa. Quels que soient leurs antécédents vaccinaux, tous les visiteurs âgés de <15 ans arrivant en Arabie saoudite se verront également administrer 1 dose de VPO à leur arrivée.⁷ ■

⁵ Available from http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/StrategyWork/GPEI_Plan_FactFile_EN.pdf, accessed August 2013

⁶ See <http://www.who.int/ith/en/>

⁷ Voir N° 32, 2013, pp. 327-331.

⁵ Disponible à l'adresse: http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/StrategyWork/GPEI_Plan_FactFile_FR.pdf, consulté en août 2013.

⁶ Voir <http://www.who.int/ith/fr/index.html>.

⁷ Voir N° 32, 2013, pp. 327-331.

WHO web sites on infectious diseases – Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

Avian influenza	http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/	Grippe aviaire
Buruli ulcer	http://www.who.int/buruli/en/	Ulcère de Buruli
Child and adolescent health and development	http://www.who.int/child_adolescent_health/en/	Santé et développement des enfants et des adolescents
Cholera	http://www.who.int/cholera/en/	Choléra
Deliberate use of biological and chemical agents	http://www.who.int/csr/delibepidemics/informationresources/en/	Usage délibéré d'agents chimiques et biologiques
Dengue (DengueNet)	http://apps.who.int/globalatlas/	Dengue (DengueNet)
Epidemic and pandemic surveillance and response	http://www.who.int/csr/en/	Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie
Eradication/elimination programmes	http://www.who.int/infectious-disease-news/	Programmes d'éradication/élimination
Filariasis	http://www.filaria.org	Filariose
Geographical information systems (GIS)	http://gamapserver.who.int/mapLibrary/	Systèmes d'information géographique
Global atlas of infectious diseases	http://apps.who.int/globalatlas/	Atlas mondial des maladies infectieuses
Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)	http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/en/	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)
Health topics	http://www.who.int/topics/en	La santé de A à Z
Influenza	http://www.who.int/csr/disease/influenza/en/	Grippe
Influenza network (FluNet)	http://who.int/flunet	Réseau grippe (FluNet)
International Health Regulations	http://www.who.int/ihr/en/	Règlement sanitaire international
International travel and health	http://www.who.int/ith/en/	Voyages internationaux et santé
Intestinal parasites	http://www.who.int/topics/intestinal_diseases_parasitic/en/	Parasites intestinaux
Leishmaniasis	http://www.who.int/leishmaniasis/en	Leishmaniose
Leprosy	http://www.who.int/lep/en	Lèpre
Lymphatic filariasis	http://www.who.int/lymphatic_filaria/en/	Filariose lymphatique
Malaria	http://www.who.int/malaria/en	Paludisme
Neglected tropical diseases	http://www.who.int/neglected_diseases/en/	Maladies tropicales négligées
Outbreak news	http://www.who.int/csr/don/en	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	http://www.polioeradication.org/casecount.asp	Poliomyélite
Rabies network (RABNET)	http://www.who.int/rabies/en	Réseau rage (RABNET)
Report on infectious diseases	http://www.who.int/infectious-disease-report/	Rapport sur les maladies infectieuses
Global Foodborne Infections Network (GFN)	http://www.who.int/gfn/en	Réseau mondial d'infections d'origine alimentaire
Smallpox	http://www.who.int/csr/disease/smallpox/en	Variole
Schistosomiasis	http://www.who.int/schistosomiasis/en/	Schistosomiase
Tropical disease research	http://www.who.int/tdr/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	http://www.who.int/tb/en and/et http://www.stoptb.org	Tuberculose
Immunization, Vaccines and Biologicals	http://www.who.int/immunization/en/	Vaccination, Vaccins et Biologiques
Weekly Epidemiological Record	http://www.who.int/wer/	Relevé épidémiologique hebdomadaire
WHO Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response	http://www.who.int/ihr/lyon/en/index.html	Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies
WHO Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES)	http://www.who.int/whopes/en	Schéma OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES)
WHO Mediterranean Centre for Vulnerability Reduction, Tunis	http://wmc.who.int/	Centre Méditerranéen de l'OMS pour la Réduction de la Vulnérabilité à Tunis (WMC)
Yellow fever	http://www.who.int/csr/disease/yellowfev/en/	Fièvre jaune

WWW access • <http://www.who.int/wer>

E-mail • send message [subscribe_wer-reh](mailto:subscribe_wer-reh@listserv.who.int) 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](mailto:subscribe_wer-reh@listserv.who.int) à listserv@who.int

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

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