



Contents

193 Polio surveillance: tracking progress towards eradication, worldwide, 2014–2015

203 Performance of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and incidence of poliomyelitis, 2015

207 Who African Region Immunization Technical Advisory Group: Call for nominations

Sommaire

193 Surveillance de la poliomyélite: suivi des progrès accomplis dans le monde vers l'éradication de la maladie, 2014-2015

203 Fonctionnement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et incidence de la poliomyélite, 2015

207 Groupe de travail technique sur la vaccination dans la Région africaine de l'OMS: Appel à candidatures

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

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

04.2016
ISBN 0049-8114
Printed in Switzerland

Polio surveillance:
tracking progress towards
eradication, worldwide,
2014–2015

Cynthia J. Snider,^a Ousmane M. Diop,^b Cara C. Burns,^c Rudolph H. Tangermann^d and Steven G.F. Wassilak^e

Global efforts to eradicate polio began in 1988 and have been successful in 4 of the 6 WHO Regions. Nigeria was removed from WHO's list of polio-endemic countries in September 2015, marking an important milestone towards the interruption of transmission of wild poliovirus (WPV) in the WHO African Region. The remaining endemic countries, Afghanistan and Pakistan (both in the WHO Eastern Mediterranean Region), were the only countries to report poliomyelitis cases caused by endemic WPV in 2015. All outbreaks caused by imported WPV during 2013–2014 have ended.¹

The primary means of detecting poliovirus transmission is surveillance for children aged <15 years with acute flaccid paralysis (AFP), the main symptom of paralytic poliomyelitis.² Stool specimens from AFP cases are tested for poliovirus, (WPV and vaccine-derived poliovirus (VDPV), in WHO-accredited laboratories within the Global Polio Laboratory Network (GPLN). In selected locations, AFP surveillance is supplemented with environmental surveillance (testing sewage for polioviruses³). Testing of stool and sewage samples includes genomic sequencing to characterize poliovirus isolates; sequencing results are used to map poliovirus transmission and to identify gaps in AFP surveillance.

Surveillance de
la poliomyélite: suivi
des progrès accomplis dans
le monde vers l'éradication de
la maladie, 2014-2015

Cynthia J. Snider,^a Ousmane M. Diop,^b Cara C. Burns,^c Rudolph H. Tangermann^d et Steven G.F. Wassilak^e

Les efforts mondiaux pour éradiquer la poliomyélite ont débuté en 1988 et ont été couronnés de succès dans 4 des 6 Régions de l'OMS. Le Nigéria est sorti de la liste tenue par l'Organisation des pays d'endémie pour la poliomyélite en septembre 2015, ce qui a marqué une étape importante vers l'interruption de la transmission de poliovirus sauvages (PVS) dans la Région africaine de l'OMS. Les pays d'endémies restants, Afghanistan et Pakistan (appartenant tous les 2 à la Région OMS de la Méditerranée orientale), ont été les seuls États à notifier des cas de poliomyélite causés par un PVS endémique en 2015. Toutes les épidémies provoquées par un PVS importé sur la période 2013-2014 ont pris fin.¹

Le principal moyen pour détecter la transmission de poliovirus réside dans la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), principal symptôme de la poliomyélite paralytique,² chez les enfants <15 ans. Les échantillons coprologiques provenant de cas de PFA sont analysés à la recherche de poliovirus (PVS et poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV)) dans des laboratoires accrédités par l'OMS appartenant au Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP). Dans un certain nombre de lieux sélectionnés, la surveillance de la PFA est complétée par une surveillance environnementale (analyse d'eaux usées à la recherche de poliovirus³). L'analyse des selles et des échantillons d'eaux usées inclut un séquençage génomique pour caractériser les isolats de poliovirus; les résultats de ce séquençage sont utilisés pour cartographier la transmission des poliovirus et identifier les lacunes dans la surveillance de la PFA.

¹ See No 22, 2014, pp. 237–243.

² See No. 17, 2014, pp. 165–172.

³ Asghar H, Diop OM, Weldegebriel G, et al. Environmental Surveillance for Polioviruses in the Global Polio Eradication Initiative. *J Infect. Dis* 2014; 210(S1):S294–303.

¹ Voir N° 22, 2014, p. 237-243.

² Voir N° 17, 2014, p. 165-172.

³ Asghar H, Diop OM, Weldegebriel G, et al. Environmental Surveillance for Polioviruses in the Global Polio Eradication Initiative. *J Infect. Dis* 2014; 210(S1):S294–303.

This report presents 2014 and 2015 poliovirus surveillance data, focusing on 26 countries in 2 WHO Regions – 20 in the African Region and 6 in the Eastern Mediterranean Region – which had at least 1 case of poliomyelitis due to WPV or circulating VDPV (cVDPV) reported during 2011–2015, or were heavily affected by the 2014–2015 Ebola outbreak (Guinea, Liberia, Sierra Leone). In 2015, 10 (50%) of 20 African Region and all 6 Eastern Mediterranean Region countries met both national AFP surveillance quality indicators. To complete and certify polio eradication, surveillance gaps must be identified and surveillance activities further strengthened, including supervision, monitoring, and specimen collection and handling.

Acute flaccid paralysis surveillance

In the African Region, the number of reported AFP cases increased from 22 447 in 2014 to 26 238 in 2015. The number of WPV type 1 (WPV1) cases identified decreased from 17 in 4 countries in 2014 to zero in 2015. Date of onset for the last WPV1 case was 24 July 2014, in Nigeria. In the African Region, a total of 34 cVDPV cases (33 cVDPV2, 1 cVDPV1) were identified in 2014 in 4 countries. In 2015, 18 cVDPV cases (8 cVDPV2, 10 cVDPV1) were identified in 3 countries (Table 1).

In the Eastern Mediterranean Region, 12 546 and 13 171 AFP cases were reported in 2014 and 2015, respectively. The number of WPV1 cases identified declined from 342 in 5 countries in 2014 to 74 in the 2 endemic countries (20 in Afghanistan and 54 in Pakistan) in 2015. For both years, the majority of WPV1 cases (89% and 73%, respectively) and all cVDPV2 were identified in Pakistan (Table 1).

The quality of AFP surveillance is measured by 2 principal indicators. The first of these is the non-polio AFP (NPAFP) rate (i.e. the number of cases of NPAFP per year per 100 000 population aged <15 years). This indicator is met if the NPAFP rate is ≥ 2 , which is considered sufficiently sensitive to determine whether poliovirus is circulating in an area. The second indicator is the proportion of AFP cases with collection of “adequate” stool specimens (i.e. specimens collected within 14 days of paralysis onset, 24–48 hours apart, and arriving in the laboratory in “good” condition⁴). To meet this indicator, adequate stool specimens should be collected for $\geq 80\%$ of AFP cases, assuring that surveillance in the area can effectively identify WPV and VDPV from individuals with AFP.

Surveillance indicators were calculated for 26 countries: 20 in the African Region and 6 in the Eastern Mediterranean Region. In 2014 and 2015, 13 (65%) and 10 (50%) of the 20 African Region countries met both indicators at the national level, respectively. Of note, of the 3 coun-

Ce rapport présente les données de la surveillance des poliovirus pour 2014 et 2015, en se focalisant sur 26 pays appartenant à 2 Régions de l'OMS – 20 dans la Région africaine et 6 dans la Région de la Méditerranée orientale – ayant notifié au moins un cas de poliomyélite due à un PVS ou à un PVDV circulant (PVDVc) au cours de la période 2011-2015, ou lourdement touchés par la flambée de maladie à virus Ebola 2014-2015 (Guinée, Libéria et Sierra Leone). En 2015, 10 (50%) des 20 pays de la Région africaine et la totalité des 6 pays de la Région de la Méditerranée orientale ont obtenu des valeurs satisfaisantes des 2 indicateurs nationaux de qualité de la surveillance de la PFA. Pour achever et certifier l'éradication de la poliomyélite, il faut identifier les lacunes dans cette surveillance et renforcer encore les activités qui y participent, notamment la supervision, le suivi et la collecte et le traitement des échantillons.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

Dans la Région africaine, le nombre de cas de PFA notifiés est passé de 22 447 en 2014 à 26 238 en 2015. Le nombre de cas d'infection par un PVS de type 1 (PVS1) identifiés a régressé de 17 dans 4 pays en 2014 à zéro en 2015. Le dernier cas de PVS1 était apparu le 24 juillet 2014 au Nigéria. Dans la Région africaine, 34 cas de PVDVc au total (33 PVDV2c et 1 PVDV1c) ont été repérés en 2014 dans 4 pays. En 2015, 18 cas de PVDVc (8 PVDV2c et 10 PVDV1c) ont été décelés dans 3 pays (Tableau 1).

Dans la Région de la Méditerranée orientale, 12 546 cas de PFA ont été notifiés en 2014 et 13 171 en 2015. Le nombre de cas de PVS1 identifiés a reculé de 342 dans 5 pays en 2014 à 74 dans les 2 pays d'endémie (20 en Afghanistan et 54 au Pakistan) en 2015. Au cours de ces 2 années, la majorité des cas de PVS1 (89% et 73%, respectivement) et l'ensemble des cas de PVDV2c ont été identifiés au Pakistan (Tableau 1).

La qualité de la surveillance de la PFA est mesurée par 2 indicateurs principaux. Le premier est le taux de PFA non poliomyélitique (PFANP) (c'est-à-dire le nombre de cas de PFANP par an pour 100 000 habitants <15 ans). Cet indicateur atteint une valeur satisfaisante lorsqu'il est ≥ 2 , ce qui est considéré comme correspondant à une sensibilité suffisante pour déterminer si des poliovirus circulent dans la zone. Le second indicateur est le pourcentage de cas de PFA pour lesquels des échantillons coprologiques «adéquats» ont été recueillis (c'est-à-dire des échantillons collectés dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie et à 24-48 heures d'intervalle et parvenus au laboratoire en «bon état»). Pour que cet indicateur atteigne un niveau satisfaisant, il faut que des échantillons coprologiques adéquats soient recueillis pour $\geq 80\%$ des cas de PFA, ce qui garantit que la surveillance dans cette zone est en mesure d'identifier les PVS et les PVDV chez les individus atteints d'une PFA.

Les indicateurs de surveillance ont été calculés pour 26 pays: 20 dans la Région africaine et 6 dans la Région de la Méditerranée orientale. En 2014 et 2015, 13 (65%) et 10 (50%) respectivement des 20 pays appartenant à la Région africaine ont obtenu une valeur satisfaisante pour les 2 indicateurs à l'échelle

⁴ Reverse cold chain maintained and received without leakage or desiccation at a WHO-accredited laboratory.

⁴ Chaîne de froid inverse maintenue et échantillon reçu sans fuite ou dessiccation dans un laboratoire accrédité de l'OMS

Table 1 National and subnational acute flaccid paralysis (AFP) surveillance indicators and number of confirmed cases of poliomyelitis due to wild poliovirus and circulating vaccine-derived poliovirus cases, by country, for all countries with poliovirus transmission during 2011–2015 or which were affected by the Ebola outbreak in West Africa within the WHO African and Eastern Mediterranean Regions, 2014 and 2015^a

Tableau 1 Indicateurs nationaux et infranationaux de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et nombre de cas confirmés de poliovirus sauvage et de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale, par pays, pour tous les pays ayant connu une transmission du poliovirus sur la période 2011-2015 ou qui ont été touchés par la pandémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et appartenant à la Région africaine et à la Région Méditerranée orientale de l'OMS, 2014 et 2015^a

WHO Region ^b /Country – Région OMS/Pays	No of AFP cases – Nombre de cas de PFA	Regional/ national NP/AFP rate ^c – Taux régional/ national de PFANP ^c	Subnational areas with NP/AFP rate ≥2 ^d (%) – Zones infra- nationales avec un taux de PFANP ≥2 ^d (%)	Regional/ national AFP cases with adequate specimens ^e (%) – Proportion régionale/ nationale de cas de PFA avec prélèvement d'échantillons adéquats ^e (%)	Subnational areas with ≥80 adequate specimens (%) – Zones infra- nationales avec ≥80% d'échantil- lons adéquats (%)	Population in areas meeting both indicators ^f (%) – Population des zones satisfaisant aux deux indicateurs ^f (%)	Confirmed WPV cases ^g – Cas confirmés de PVS ^g	Confirmed cVDPV cases ^h – Cas confirmés de PVDVc ^h
2014								
African – Afrique	22 447	5.4	NA/ND	89	NA/ND	NA/ND	17	34
Angola	321	3.0	100	93	94	97	–	–
Cameroon – Cameroun	846	7.5	100	71	20	25	5	–
CAR – RCA ^h	89	4.3	71	76	57	37	–	–
Chad – Tchad	393	6.0	94	86	72	72	–	–
Côte d'Ivoire	394	4.6	89	86	61	74	–	–
DFC – FDC	1 831	5.4	100	82	82	76	–	–
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	32	8.0	86	16	0	0	5	–
Ethiopia – Éthiopie ^h	1 198	2.9	82	76	27	27	1	–
Gabon	42	4.9	70	29	10	0	–	–
Guinea – Guinée	146	2.9	75	88	88	53	–	1
Kenya	723	3.7	100	88	100	100	–	–
Liberia – Libéria	23	1.2	60	96	87	31	–	–
Madagascar	421	4.2	82	85	55	63	–	1
Mali	236	3.2	89	89	67	91	–	–
Mozambique	317	2.5	90	88	80	85	–	–
Niger ^h	249	2.5	86	71	14	14	–	–
Nigeria – Nigéria	10 506	13.1	100	97	100	100	6	30
Republic of the Congo – République du Congo	114	5.1	100	87	73	73	–	–
Sierra Leone	72	2.8	75	96	100	79	0	0
South Sudan – Soudan du Sud	321	6.4	70	89	80	64	–	2
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	12 546	6.0	NA/ND	91	NA/ND	NA/ND	342	22
Afghanistan	2 421	16.7	100	92	97	99	28	–
Iraq	590	4.3	84	89	79	70	2	–
Pakistan	5 369	8.1	88	88	100	99	306	22

Table 1 (continued) – Tableau 1 (suite)

WHO Region ^b /Country – Region OMS/Pays	No of AFP cases – Nombre de cas de PFA	Regional/ national NP/AFP rate ^c – Taux régional/ national de PFANP ^c	Subnational areas with NP/AFP rate ≥2 ^d (%) – Zones infra- nationales avec un taux de PFANP ≥2 ^d (%)	Regional/ national AFP cases with adequate specimens ^e (%) – Proportion régionale/ nationale de cas de PFA avec prélèvement d'échantillons adéquats ^e (%)	Subnational areas with ≥80 adequate specimens (%) – Zones infra- nationales avec ≥80% d'échantil- lons adéquats (%)	Population in areas meeting both indicators ^f (%) – Population des zones satisfaisant aux deux indicateurs ^f (%)	Confirmed WPV cases ^g – Cas confirmés de PVS ^g	Confirmed cVDPV cases ^h – Cas confirmés de PVDVc ^h ^g
Somalia – Somalie	420	8.1	100	97	95	99	5	–
Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	306	4.0	93	82	71	58	1	–
Yemen – Yémen	578	5.8	100	95	100	100	–	–
2015								
African – Afrique	26 238	6.2	NA/ND	90	NA/ND	NA/ND	0	18
Angola	458	4.3	100	96	100	100	–	–
Cameroon – Cameroun	618	5.6	100	83	80	67	–	–
CAR – RCA	81	3.9	71	80	43	34	–	–
Chad – Tchad	435	6.6	100	87	78	87	–	–
Côte d'Ivoire ^b	353	4.0	94	90	89	94	–	–
DFC – FDC ^b	2 089	5.9	100	74	9	6	–	–
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	11	3.6	43	36	0	0	–	–
Ethiopia – Éthiopie ^b	1 179	2.8	82	76	45	29	–	–
Gabon ^b	61	8.9	100	33	0	0	–	–
Guinea – Guinée ^b	143	2.7	63	77	38	26	–	7
Kenya	624	3.2	100	85	75	83	–	–
Liberia	22	1.2	60	95	60	57	–	–
Madagascar	692	6.4	100	60	14	23	–	10
Mali	247	3.2	78	84	67	79	–	–
Mozambique	323	2.6	100	80	60	57	–	–
Niger ^b	222	2.3	71	59	0	0	–	–
Nigeria – Nigéria	13 960	17.1	100	98	100	100	–	1
Republic of the Congo – République du Congo ^b	117	5.3	100	78	45	29	–	–
Serra Leone	38	1.4	25	79	25	23	–	–
South Sudan – Soudan du Sud	329	6.5	100	94	90	90	–	–
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	13 171	6.4	NA/ND	90	NA/ND	NA/ND	74	2
Afghanistan	2 738	18.9	100	93	94	94	20	–
Iraq	520	3.7	84	82	58	49	–	–
Pakistan	5 770	9.2	100	88	88	99	54	2
Somalia – Somalie	281	5.4	100	96	100	100	–	–

Table 1 (continued) – Tableau 1 (suite)

WHO Region ^b /Country – Region OMS/Pays	No of AFP cases – Nombre de cas de PFA	Regional/ national NPAPF rate ^c – Taux régional/ national de PFANP ^c	Subnational areas with NPAPF rate ≥2 ^d (%) – Zones infra- nationales avec un taux de PFANP ≥2 ^d (%)	Regional/ national AFP cases with adequate specimens ^e (%) – Proportion régionale/ nationale de cas de PFA avec prélèvement d'échantillons adéquats ^e (%)	Subnational areas with ≥80 adequate specimens (%) – ZONES infra- nationales avec ≥80% d'échantil- lons adéquats (%)	Population in areas meeting both indicators ^f (%) – Population des zones satisfaisant aux deux indicateurs ^f (%)	Confirmed WPV cases ^g – Cas confirmés de PVS ^g	Confirmed cVDPV cases ^h – Cas confirmés de PVDVc ^h ⁹
Syrian Arab Republic – République arabe syrienne ⁱ	235	3.0	57	86	71	43	–	–
Yemen – Yémen	539	5.4	100	91	91	95	–	–

NA: not available; NPAPF, nonpolio AFP; CAR, Central African Republic; DRC, Democratic Republic of the Congo. – ND, non disponible; PFANP, PFA non poliomyélique; PCA, République centrafricaine; PDC, République démocratique du Congo.

^a Data as of 22 February 2016. – Données au 22 février 2016.

^b Regional NPAPF rates use United Nations Development Programme populations as denominators, therefore tend to be higher than country rates which use their summed subnational populations as denominators. Regional data are from: http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm, accessed on 12 April 2016. – Les taux régionaux de PFA non poliomyélique prennent comme dénominateur les chiffres de population indiqués par le Programme des Nations Unies pour le développement et tendent donc à être plus élevés que les taux nationaux, qui utilisent comme dénominateur la somme des populations infranationales de chaque pays. Les données régionales sont tirées de: http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm, consulté le 12 avril 2016.

^c Per 100 000 persons aged < 15 years. – Pour 100 000 personnes de < 15 ans.

^d For all subnational areas regardless of population size. – Pour toutes les zones infranationales, quelle que soit leur population.

^e Standard WHO target is adequate stool specimen collection from ≥80 of AFP cases, in which 2 specimens are collected ≥24 hours (in this data set this is treated as ≥1 calendar day) apart, and within 14 days of paralysis onset, and arrive in good condition (received by reverse cold chain and without leakage or desiccation) in a WHO-accredited laboratory. – Cible standard de l'OMS: prélèvement d'échantillons de selles adéquats pour ≥ 80% des cas de PFA, avec recueil de 2 échantillons à ≥24 heures d'intervalle (soit ≥1 jour civil pour cet ensemble de données) et dans un délai de 14 jours après apparition de la paralysie, devant arriver en bon état (par chaîne de froid inverse et sans fuite ou dessiccation) dans un laboratoire agréé par l'OMS.

^f For all subnational areas regardless of population size. The 2 indicators are: National NPAPF rates of ≥2 and ≥80% of AFP cases with adequate specimens. – Pour toutes les zones infranationales, quelle que soit leur population. Les 2 indicateurs sont les suivants: taux nationaux de PFA non poliomyélique ≥2 et prélèvement d'échantillons adéquats dans ≥80% des cas de PFA.

^g cVDPV is associated with ≥2 AFP cases with genetically linked VDPVs. Guidelines for classification of cVDPV changed in 2015 and is available at http://www.policeradiation.org/portals/0/Document/Ressources/VDPV_ReportingClassification.pdf. – PVDVc associé à ≥2 cas de PFA avec des PVDV génétiquement liés. Les lignes directrices sur la classification des PVDVc ont changé en 2015 et sont disponibles (uniquement en langue anglaise) sur http://www.policeradiation.org/portals/0/Document/Ressources/VDPV_ReportingClassification.pdf.

^h Stool specimen adequacy dropped to <80% when stool condition was included with timeliness. Timeliness was defined as 2 specimens collected ≥24 hours (in this data set this is treated as ≥1 calendar day) apart, and within 14 days of paralysis onset. Condition was defined as specimens arriving in good condition (received by reverse cold chain and without leakage or desiccation) in a WHO-accredited laboratory. – Le prélèvement d'échantillons de selles adéquats a chuté à <80% lorsque le bon état de l'échantillon était pris en compte ainsi que le respect des délais. On entend par respect des délais le recueil de 2 échantillons à ≥24 heures d'intervalle (soit ≥1 jour civil pour cet ensemble de données) et dans un délai de 14 jours après apparition de la paralysie, devant arriver en bon état (par chaîne de froid inverse et sans fuite ou dessiccation) dans un laboratoire agréé par l'OMS.

ⁱ The NPAPF rate for Syria is artificially low because of displaced populations and the lack of official data from areas not under government control. – Le taux de PFA non poliomyélique pour la Syrie est à un niveau artificiellement bas en raison des déplacements de population et de l'absence de données officielles dans les zones qui ne sont pas sous contrôle gouvernemental.

tries most affected by Ebola, Guinea and Liberia, did not meet one of the national indicators and Sierra Leone did not meet either of the indicators in 2015. The 6 Eastern Mediterranean Region countries met both indicators in 2014 and 2015 (Table 1). However, surveillance indicators at the national level masked heterogeneity of surveillance performance at subnational levels (Map 1).

Environmental surveillance

Sampling and testing of sewage supplements AFP surveillance by identifying poliovirus transmission that might occur in the absence of detected AFP cases.³ The total number of environmental surveillance collection sites within Afghanistan, Nigeria and Pakistan increased from 21 at the end of 2011 to 83 as of March 2015. Overall, environmental surveillance is conducted in 34 countries without recent active WPV transmission, including 9 on the African continent.

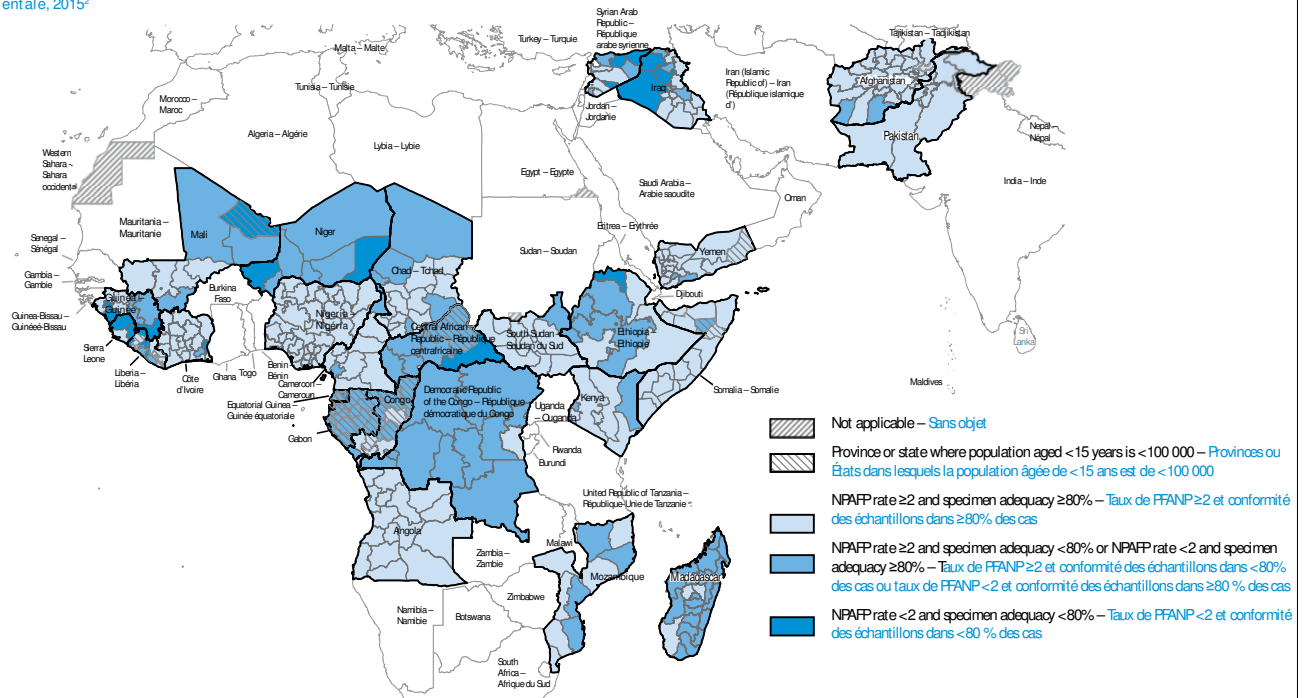
nationale. À noter que parmi les 3 pays les plus touchés par l'épidémie d'Ebola, la Guinée et le Libéria n'obtenaient pas une valeur satisfaisante pour l'un des indicateurs nationaux et la Sierra Leone n'avait enregistré une valeur satisfaisante pour aucun des indicateurs en 2015. Les 6 pays de la Méditerranée orientale ont atteint un niveau satisfaisant pour les 2 indicateurs en 2014 et 2015 (Tableau 1). Les indicateurs de surveillance mesurés à l'échelle nationale masquent toutefois l'hétérogénéité dans les performances de la surveillance aux niveaux infranationaux (Carte 1).

Surveillance environnementale

Le prélèvement et l'analyse d'eaux usées complètent la surveillance de la PFA en permettant d'identifier la transmission de poliovirus susceptible d'intervenir en cas d'absence de détection des cas de PFA.³ Le nombre total de sites de collecte d'échantillons environnementaux en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan est passé de 21 fin 2011 à 83 à mars 2015. Globalement, une surveillance environnementale est exercée dans 34 pays exempts de transmission active récente de PVS, dont 9 sur le continent africain.

Map 1 Combined performance indicators for the quality of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in subnational areas (states and provinces) of 26 countries with poliovirus transmission during 2011–2015 or that were affected by the Ebola outbreak in West Africa during 2014–2015, WHO African and Eastern Mediterranean regions, 2015²

Carte 1 Indicateurs combinés de qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) dans les zones infranationales (états et provinces) des 26 pays ayant connu une transmission du poliovirus au cours de la période 2010-2015 ou ayant été touchés par l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-2015, Régions de l'OMS africaine et de la Méditerranée orientale, 2015²



Ebola: Ebola virus disease; NPAFP = nonpolio AFP; Ebola: maladie à virus Ebola; FFANP = FFA non poliomyélitique

The Global Polio Eradication Initiative has set the following targets for countries with current or recent wild poliovirus transmission and their states/provinces: 1) NPAFP detection rate of ≥ 2 cases per 100 000 persons aged <15 years, and 2) adequate stool specimen collection from $\geq 80\%$ of AFP cases, with specimen adequacy assessed by timeliness and condition. Timeliness was defined as 2 specimens collected ≥ 24 hours (in this data set this is treated as ≥ 1 calendar day) apart, and within 14 days of paralysis onset. Condition was defined as 2 specimens arriving in good condition (received by reverse cold chain and without leakage or desiccation) in a WHO-accredited laboratory. – L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a fixé les objectifs suivants pour les pays concernés par une transmission actuelle ou récente du poliovirus sauvage, ainsi que leurs états et provinces: 1) taux de détection de la FFA non poliomyélitique ≥ 2 cas pour 100 000 personnes de <15 ans, et 2) prélèvement d'échantillons de selles adéquats dans $\geq 80\%$ des cas de FFA, la conformité des échantillons étant déterminée par le respect des délais et leur bon état. On entend par respect des délais le recueil de 2 échantillons à ≥ 24 heures d'intervalle (soit ≥ 1 jour civil pour cet ensemble de données) et dans un délai de 14 jours après apparition de la paralysie, devant arriver en bon état (par chaîne de froid inverse et sans fuite ou dessiccation) dans un laboratoire agréé par l'OMS.

² Data are for AFP cases with onset during 2015, reported as of 22 February 2016. – Les données se rapportent aux cas de FFA dont les symptômes sont apparus en 2015, signalés au 22 février 2016.

In Nigeria, sampling is currently conducted at 43 sites in 10 states and the Federal Capital Territory. No WPV has been isolated from environmental samples collected in Nigeria since May 2014 when WPV1 was isolated from one sewage sample in Kaduna state. Continued transmission of cVDPV2 that emerged in Nigeria in 2005 and of cVDPV2 imported from Chad in 2013 was documented from sewage samples collected in 6 states in 2014 and Kaduna in 2015. Sampling in Afghanistan is conducted at 14 sites in 5 provinces. WPV1 was detected in samples collected in Helmand, Kandahar, and Nangarhar in 2014 and in all 5 provinces in 2015. In Pakistan, sampling is conducted at 40 sites in 5 provinces/regions. The proportion of sewage samples positive for WPV1 in Pakistan decreased from 35% in 2014 to 20% in 2015. WPV1 was detected in all 5 provinces/regions in both years.

Global Polio Laboratory Network

The GPLN consists of 146 WHO-accredited poliovirus laboratories located in all WHO Regions. GPLN member laboratories follow standardized protocols to: (i) isolate and identify poliovirus, (ii) conduct intratypic differentiation (ITD) to identify WPV or screen for Sabin-like poliovirus and VDPV,⁵ and (iii) conduct genomic sequencing. Sequencing results are used to monitor pathways of poliovirus transmission by comparing the nucleotide sequence of the VP1 coding region of poliovirus isolates. To meet standard laboratory timeliness indicators for stool specimen processing, laboratories should report $\geq 80\%$ of poliovirus isolation results within 14 days of specimen receipt, $\geq 80\%$ of ITD results within 7 days of isolate receipt, and $\geq 80\%$ of sequencing results within 7 days of identifying isolate intratype. The standard programmatic indicator combining field and laboratory performance is to report ITD results for $\geq 80\%$ of isolates from AFP cases within 60 days of paralysis onset. This indicator takes into account the entire interval from paralysis onset to specimen testing (the Eastern Mediterranean Region uses a 45-day timeframe). The accuracy and quality of testing at GPLN member laboratories is monitored through an annual accreditation programme of onsite reviews and proficiency testing.

GPLN laboratories met timeliness indicators for poliovirus isolation in all Regions for both years except the Western Pacific Region in 2014 and the European Region in 2015 (Table 2). The overall timeliness indicator for onset to ITD results was met in all Regions in both years

Au Nigéria, des prélèvements sont actuellement réalisés sur 43 sites dans 10 États et sur le Territoire de la Capitale fédérale. Aucun PVS n'a été isolé dans les échantillons environnementaux prélevés au Nigéria depuis mai 2014, époque où l'on avait isolé un PVS1 dans un échantillon d'eaux usées provenant de l'État de Kaduna. Une transmission continue de PVDV2c apparue au Nigéria en 2005 et des PVDV2c importés du Tchad en 2013 ont été mis en évidence dans des échantillons d'eaux usées collectés dans 6 États en 2014 et au Kaduna en 2015. En Afghanistan, des prélèvements ont lieu sur 14 sites dans 5 provinces. Des PVS1 ont été détectés dans des échantillons recueillis dans les provinces d'Helmand, de Kandahar et de Nangarhar en 2014 et dans l'ensemble des 5 provinces en 2015. Au Pakistan, des prélèvements sont effectués sur 40 sites dans 5 provinces/régions. Le pourcentage d'échantillons d'eaux usées positifs pour un PVS1 au Pakistan a régressé de 35% en 2014 à 20% en 2015. Des PVS1 ont été repérés dans l'ensemble des 5 provinces/régions au cours des 2 années.

Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite

Le Réseau RMLP se compose de 146 laboratoires spécialisés dans les poliovirus et accrédités par l'OMS, qui sont établis dans l'ensemble des Régions de l'Organisation. Les laboratoires membres appliquent des protocoles standardisés pour i) isoler et identifier les poliovirus, ii) réaliser des différenciations intratypiques (DIT) pour déterminer si le virus est un poliovirus sauvage, apparenté à la souche Sabin ou dérivé d'une souche vaccinale,⁵ et iii) pratiquer des séquençages génomiques. Les résultats de séquençage sont utilisés pour suivre les voies de transmission des poliovirus en comparant les séquences nucléotidiques de la région codant pour la protéine VP1 des isolements de poliovirus. Pour que les indicateurs standard reflétant le traitement en temps utile des échantillons coprologiques en laboratoire indiquent une situation satisfaisante, il faut que les laboratoires communiquent $\geq 80\%$ des résultats relatifs aux isolements de poliovirus dans les 14 jours suivant la réception des échantillons, $\geq 80\%$ des résultats de DIT dans les 7 jours suivant la réception des isolements et $\geq 80\%$ des résultats de séquençage dans les 7 jours suivant l'identification de l'intratype des isolements. L'indicateur programmatique standard combinant les performances de terrain et de laboratoire mesure la capacité à communiquer les résultats de DIT pour $\geq 80\%$ des isolements provenant de cas de PFA dans les 60 jours suivant l'apparition de la paralysie. Cet indicateur prend en compte la totalité de l'intervalle entre l'apparition de la paralysie et l'analyse de l'échantillon (la Région de la Méditerranée orientale fixe un délai de 45 jours). L'exactitude et la qualité des analyses pratiquées par les laboratoires membres du RMLP sont suivies par un programme d'accréditation annuel, qui organise des examens sur site et des épreuves de bonne exécution.

Les laboratoires du RMLP ont obtenu des niveaux satisfaisants des indicateurs de rapidité d'exécution pour l'isolement des poliovirus dans l'ensemble des régions et pour les 2 années, excepté la Région du Pacifique occidental en 2014 et la Région européenne en 2015 (Tableau 2). L'indicateur de rapidité d'exé-

⁵ Kilpatrick DR, Yang CF, Ching K, et al. Rapid group-, serotype-, and vaccine strain-specific identification of poliovirus isolates by real-time reverse transcription-PCR using degenerate primers and probes containing deoxyinosine residues. *J Clin Microbiol* 2009; 47:1939-1941.

⁵ Kilpatrick DR, Yang CF, Ching K, et al. Rapid group-, serotype-, and vaccine strain-specific identification of poliovirus isolates by real-time reverse transcription-PCR using degenerate primers and probes containing deoxyinosine residues. *J Clin Microbiol* 2009; 47:1939-1941.

202 Table 2 Number of poliovirus (PV) isolates from stool specimens of persons with acute flaccid paralysis and timing of results, by WHO Region, 2014^a and 2015^a

Tableau 2 Nombre d'isolats du poliovirus (PV) obtenus à partir d'échantillons de selles de sujets atteints de paralysie flasque aiguë et délais de communication des résultats, selon la Région de l'OMS, 2014^a et 2015^a

WHO Region – Région OMS	2014							2015						
	No. of specimens – Nbre d'échantillons	No. of PV isolates – Nbre d'isolats du poliovirus			% PV isolation results on time ^d – % de résultats de l'isolement du PV communiqués dans les délais ^d	% ITD results within 7 days ^e – % de résultats de l'ITD sous 7 jours ^e	% ITD results within 60 days ^f – % de résultats de l'ITD sous 60 jours ^f	No. of specimens – Nbre d'échantillons	No. of PV isolates – Nbre d'isolats du poliovirus			% PV isolation results on time ^d – % de résultats de l'isolement du PV communiqués dans les délais ^d	% ITD results within 7 days ^e – % de résultats de l'ITD sous 7 jours ^e	% ITD results within 60 days ^f – % de résultats de l'ITD sous 60 jours ^f
		Wild – sauvage	Sabin ^b	cVDPV ^c – PVDV ^c					Wild – sauvage	Sabin ^b	cVDPV ^c – PVDV ^c			
African – Afrique	45 856	83	4 038	37	92	86	92	50 960	–	3 579	17	82	79	95
Americas – Amériques	1 675	–	39	–	83	100	94	1 698	–	44	–	84	100	100
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	23 552	329	809	27	98	95	97	25 827	74	951	2	93	99	95
European – Europe	3 224	–	26	2	99	NA/ND	82	3 655	–	106	4	63	93	70
South-East Asia – Asie du Sud-Est	115 539	–	2 785	3	97	90	98	96 783	–	3 335	2	97	86	98
Western Pacific – Pacifique occidental	13 852	–	352	11	78	96	81	13 327	–	194	7	96	98	86
Total ^g	203 698	412	8 049	80	91	93	91	192 250	74	8 209	32	86	92	91

cVDPV = circulating vaccine-derived poliovirus; ITD = intratypic differentiation; NA = not available – ITD = différenciation intratypique; ND = non disponible; PVDV = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale

^a Data as of 1 April 2015 and 5 March 2016, respectively – Données disponibles au 1^{er} avril 2015 et au 5 mars 2016, respectivement.

^b Either concordant Sabin-like results in ITD test and VDPV screening, or <1% sequence difference compared with Sabin vaccine virus (≤0.6% for type 2). – Concordance avec le type Sabin lors de l'ITD et du dépistage du PVDV ou <1% de différence de la séquence nucléotidique par rapport au virus vaccinal Sabin (≤0,6 % pour le type 2).

^c For PV types 1 and 3, 10 or more VP1 nucleotide differences from the respective PV; for PV type 2, 6 or more VP1 nucleotide differences from Sabin type 2 PV. – Pour les types 1 et 3 du poliovirus, 10 différences ou plus de la séquence nucléotidique de la région VP1 par rapport au poliovirus respectifs, pour le type 2 du poliovirus, 6 différences ou plus de la séquence nucléotidique de la région VP1 par rapport au poliovirus Sabin de type 2.

^d Results reported within 14 days for laboratories in the following WHO regions: African, Americas, Eastern Mediterranean and South-East Asia, and Western Pacific. Results reported within 28 days for the European Region. – Résultats communiqués dans les 14 jours pour les laboratoires des Régions de l'OMS suivantes: Afrique, Amériques, Méditerranée orientale, Asie du Sud-Est et Pacifique occidental. Résultats communiqués dans les 28 jours pour la Région européenne.

^e Results of ITD reported within 7 days of receipt of specimen. As EUFPO performance maybe underestimated due to data entry issues, it has been excluded from analysis. – Résultats de l'ITD communiqués dans les 7 jours suivant la réception des échantillons. Des problèmes de saisie des données ayant pu mener à une sous-estimation des performances de la Région EUFPO, cette dernière a été exclue de l'analyse.

^f Results reported within 60 days of paralysis onset for all WHO regions except Eastern Mediterranean region, which reported within 45 days of paralysis onset. – Résultats communiqués dans les 60 jours suivant l'apparition de la paralysie pour toutes les Régions OMS à l'exception de la Méditerranée orientale, où ce délai est de 45 jours.

^g For last 2 indicators, total represent mean of regions' performance (in %). – Pour les 2 derniers indicateurs, le total représente la moyenne des performances de toutes les Régions (en %).

except the European Region in 2015. The GPLN had tested 203 698 stool specimens in 2014 and 192 250 stool specimens in 2015. WPV1 was isolated from 412 AFP case samples in 2014 and from 74 AFP case samples in 2015. In addition, cVDPV was detected in 80 AFP case samples in 2014 and 32 AFP case samples in 2015 (data as of 5 March 2016). For the first time since 2005, the majority of cVDPV cases detected globally were due to type 1. Of the 31 cVDPV cases in 2015, 19 (61%) were due to type 1 outbreaks in Lao People's Democratic Republic (7), Madagascar (10) and Ukraine (2); the remaining cVDPV cases were type 2 (Guinea (7), Myanmar (2), Nigeria (1), and Pakistan (2)).

Genetic diversity declined among WPV1 isolates in 2015. In 2014, West Africa-B1 (WEAF-B1) and South Asia (SOAS) were the only WPV1 genotypes circulating globally. Although WEAF-B1 genotype was isolated from 5 countries in 2014, the only genotype detected in 2015 was SOAS from Afghanistan and Pakistan.

Sequence analysis continues to indicate that, as in 2014, WPV1 and cVDPV cases were likely missed by AFP surveillance in 2015. To date, orphan WPV1 isolates were associated with 6 of 54 WPV1 cases reported from Pakistan and 2 of 20 WPV1 cases reported in Afghanistan in 2015. Orphan cVDPV viruses were also isolated from stool specimens of AFP cases in Guinea, Lao People's Democratic Republic, Madagascar, and Ukraine in 2015.

Discussion

No transmission of WPV was identified on the African continent in 2015. Certification of wild poliovirus-free status requires at least 3 years of timely and sensitive surveillance.⁶ However, AFP surveillance indicators were not met in half of the 20 African Region countries examined. Countries need to rapidly strengthen their AFP surveillance to ensure timely polio-free certification of the Region. This includes improving the timeliness of stool collection and ensuring specimens are transported appropriately. Specimen condition was a particular concern for the Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Ethiopia, Gabon, Niger, and the Republic of the Congo and was a factor in 6 countries not reaching $\geq 80\%$ adequate specimens in 2015.

Urgent efforts are also needed to improve AFP surveillance in Guinea, Liberia, and Sierra Leone where health systems were severely disrupted by the Ebola outbreak. From 2013 to 2015, NPAPF rates and specimen adequacy

cution global entre l'apparition de la paralysie et l'obtention des résultats de DIT a atteint une valeur satisfaisante dans l'ensemble des régions pendant les 2 années, sauf dans la Région européenne en 2015. Le RMLP a analysé 203 698 échantillons coprologiques en 2014 et 192 250 en 2015. Des PVS1 ont été isolés dans 412 échantillons provenant de cas de PFA en 2014 et dans 74 échantillons émanant de tels cas en 2015. De plus, des PVDVc ont été détectés dans 80 échantillons provenant de cas de PFA en 2014 et dans 32 échantillons provenant de tels cas en 2015 (données du 5 mars 2016). Pour la première fois depuis 2005, la majorité des cas de PVDVc détectés dans le monde étaient dus au type 1. Sur les 31 cas de PVDVc recensés en 2015, 19 (61%) étaient associés à des épidémies de type 1 à Madagascar (10), en République démocratique populaire lao (7) et en Ukraine (2); les cas de PVDVc restants étaient dus au type 2 [(Guinée (7), Myanmar (2), Nigéria (1) et Pakistan (2)].

La diversité génétique des isolaments de PVS1 a régressé au cours de l'année 2015. En 2014, West Africa-B1 (WEAF-B1) et South Asia (SOAS) ont été les seuls génotypes de PVS1 circulant dans le monde. Si le génotype WEAF-B1 a été isolé dans 5 pays en 2014, le seul génotype repéré en 2015 a été SOAS en Afghanistan et au Pakistan.

L'analyse de séquences continue d'indiquer, comme en 2014, que des cas de PVS1 et de PVDVc ont probablement été manqués par la surveillance de la PFA en 2015. À ce jour, des isolaments de PVS1 orphelins ont été associés à 6 des 54 cas de PVS1 notifiés au Pakistan et à 2 des 20 cas de PVS1 signalés en Afghanistan pendant l'année 2015. Des virus PVDVc orphelins ont aussi été isolés dans des échantillons coprologiques provenant de cas de PFA en Guinée, à Madagascar, en République démocratique populaire lao et en Ukraine en 2015.

Discussion

Aucune transmission de PVS n'a été décelée sur le continent africain en 2015. La certification de la situation d'exemption de poliovirus sauvage nécessite 3 ans au moins de surveillance sensible et réactive.⁶ Cependant, les indicateurs de surveillance de la PFA n'ont pas atteint un niveau satisfaisant dans la moitié des 20 pays de la Région africaine examinés. Ces pays doivent renforcer rapidement leur surveillance de la PFA pour permettre la certification de l'exemption de poliovirus en temps utile dans la région. Cela suppose notamment d'améliorer les délais de collecte des échantillons et de s'assurer que ceux-ci sont transportés de manière appropriée. La situation des échantillons a été particulièrement préoccupante en Éthiopie, au Gabon, en Guinée équatoriale, au Niger, en République démocratique du Congo et en République du Congo et a contribué à empêcher 6 pays de parvenir à recueillir $\geq 80\%$ d'échantillons adéquats en 2015.

Des efforts doivent également être consentis d'urgence pour améliorer la surveillance de la PFA en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, où les systèmes de santé ont été gravement perturbés par la épidémie de maladie à virus Ebola. De 2013 à 2015,

⁶ World Health Organization. Report of the 1st meeting of the Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis. 1995. WHO document WHO/EPI/GEN95.6.

⁶ Organisation mondiale de la Santé. Report of the 1st meeting of the Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis. 1995. Document CMSWHO/EPI/GEN95.6.

(i.e. timeliness and condition) declined in all 3 countries.⁷ Furthermore, specimen shipping and testing was suspended during parts of 2014–2015. Immunization services also need to be improved in the 3 countries. Since 2014, 8 cases of cVDPV2 have been detected in Guinea; cVDPV emergence is the result of low population immunity to poliovirus. The African Regional Office is collaborating with 8 high risk-countries in an initiative to strengthen AFP surveillance.

The national AFP surveillance quality indicators continued to be met all 6 Eastern Mediterranean Region countries, including Afghanistan and Pakistan in 2015 where 94% and 99% of the population <15 years of age lived in areas meeting both indicators, respectively. Nonetheless, detection of orphan viruses and environmental surveillance findings indicate continuing gaps in AFP surveillance in both countries.

The findings in this report are subject to at least 2 limitations. First, the surveillance quality indicators do not fully capture issues related to security and associated with mobile and difficult-to-access populations, or other factors that affect surveillance performance. For example, in Iraq and the Syrian Arab Republic, the interpretation of AFP surveillance quality indicators is difficult because of population movements due to conflict. Second, high nonpolio AFP rates do not necessarily imply sensitive surveillance; a proportion of reported AFP cases may not be true AFP cases and not all true AFP cases are reported. Supervision and monitoring of AFP surveillance can help ensure that all true AFP cases are identified, reported, and investigated appropriately.

As the number of reported polio cases decreases, sensitive AFP surveillance becomes increasingly critical, and environmental surveillance will continue to be an important supplement to AFP surveillance. The risk of WPV and cVDPV importation, and cVDPV emergence, exists even in countries within polio-free regions. To promptly identify and respond to all cases of polio, surveillance performance must be continuously assessed and quality must be maintained globally.

Author affiliations

^a Global Immunization Division, Center for Global Health, the United States Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA; ^b Polio Eradication Department, World Health Organization, Geneva, Switzerland; ^c Division of Viral Diseases, the United States Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA; (Corresponding author: Rudi Tangermann, tangermann@who.int). □

les taux de PFA non poliomyélique et d'adéquation des échantillons (en termes de délai de collecte et d'état) ont baissé dans l'ensemble de ces 3 pays. En outre, l'expédition et l'analyse des échantillons ont été suspendues par périodes dans l'intervalle 2014-2015. Il faut aussi, dans ces 3 pays,⁷ améliorer les services de vaccination. Depuis 2014, 8 cas de PVDV2c ont été détectés en Guinée, l'émergence de PVDVc étant la conséquence d'une faible immunité des populations à l'égard des poliovirus. Le Bureau régional de l'OMS en Afrique collabore avec 8 pays à haut risque dans le cadre d'une initiative pour renforcer la surveillance de la PFA.

Les indicateurs nationaux de la qualité de la surveillance de la PFA ont continué en 2015 de fournir des valeurs satisfaisantes dans l'ensemble des 6 pays de la Région de la Méditerranée orientale, y compris l'Afghanistan et le Pakistan, où 94% et 95% respectivement des habitants <15 ans vivaient dans des zones où les 2 indicateurs répondaient aux conditions. Néanmoins, la détection de virus orphelins et les résultats de la surveillance environnementale indiquent que des lacunes persistent dans la surveillance de la PFA dans les 2 pays.

Les conclusions de ce rapport sont soumises à au moins 2 limitations. La première, c'est que les indicateurs de qualité de la surveillance ne reflètent pas pleinement les problèmes liés à la sécurité ainsi qu'à la mobilité et à la difficulté d'accès des populations, ou encore à d'autres facteurs influant sur les performances de la surveillance. Par exemple, en Iraq et en République arabe syrienne, l'interprétation des indicateurs de qualité de la PFA est difficile en raison des mouvements de population provoqués par les conflits. La seconde, c'est que des taux de PFA élevés n'impliquent pas nécessairement une surveillance sensible, car un pourcentage important des cas de PFA rapportés peuvent ne pas être de vrais cas de PFA et inversement, tous les vrais cas de PSA ne sont pas toujours signalés. La supervision et le suivi de la surveillance de la paralysie flasque aiguë peuvent contribuer à assurer que tous les cas de PFA sont identifiés, notifiés et investigués convenablement.

À mesure que le nombre de cas de poliomyélite notifiés diminue, la sensibilité de la surveillance de la PFA devient un élément de plus en plus critique et la surveillance environnementale continue d'être un complément important à la première forme de surveillance. Le risque d'importation de PVS ou de PVDVc et celui d'émergence de PVDVc existent même dans les pays appartenant à des régions exemptes de poliomyélite. Pour identifier rapidement tous les cas de poliomyélite et y répondre sans délai, les performances de la surveillance doivent être évaluées en continu et la qualité doit être maintenue à l'échelle mondiale.

Affiliations des auteurs

^a Global Immunization Division, Center for Global Health, the United States Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, États-Unis d'Amérique; ^b Département Eradication de la poliomyélite, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse; ^c Division of Viral Diseases, the United States Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, États-Unis d'Amérique (auteur correspondant: Rudi Tangermann, tangermann@who.int). □

⁷ See No. 17, 2015, pp. 169–178.

⁷ Voir N° 17, 2015, p. 169-178.

PERFORMANCE OF ACUTE FLACCID PARALYSIS (AFP) SURVEILLANCE AND INCIDENCE OF POLIOMYELITIS (DATA RECEIVED IN WHO HEAD-QUARTERS AS OF 29 MARCH 2016)
 FONCTIONNEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA) ET INCIDENCE DE LA POLIOMYËLITE (DONNÉES REÇUES PAR LE SIÈGE DE L'OMS AU 29 MARS 2016)

Country/area Région/territoire	Performance of AFP surveillance, 2015 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2015			Poliomyelitis cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported Cas de PFA signalés	Annualized non-poliomyelitis AFP rate ¹ Taux de PFA non poliomyélique annuel ¹	AFP cases with adequate specimens ² Cas de PFA avec échantillons conformes ²	WPV1 PVS1	2015 cVDPV2 ^{3,4,5} PVDV2c ^{3,4,5}	WPV1 PVS1	2014 cVDPV2 ^{3,4,5} PVDV2c ^{3,4,5}
Regional totals – Taux régionaux							
AFR	25 684	06.31	95%	0	13	17	34
AMR	1 859	00.78	77%	0	0	0	0
EMR	13 187	06.14	92%	74	2	342	22
EUR	1 655	01.05	88%	0	2	0	0
SEAR	51 080	09.31	89%	0	2	0	0
WPR	6 558	01.77	89%	0	8	0	0
Global total – Total mondial	100 023	05.18	90%	74	27	359	56
African Region – Région africaine (AFR)							
Algeria – Algérie	151	01.46	65%	–	–	–	–
Angola	413	04.21	96%	–	–	–	–
Benin – Bénin	198	04.09	97%	–	–	–	–
Botswana	23	03.41	91%	–	–	–	–
Burkina Faso	282	03.39	93%	–	–	–	–
Burundi	63	01.20	95%	–	–	–	–
Cameroon – Cameroun	563	06.67	86%	–	–	5	–
Cabo Verde – Cap-Vert	2	00.88	100%	–	–	–	–
Central African Republic – République centrafricaine	80	03.58	90%	–	–	–	–
Chad – Tchad	433	06.95	95%	–	–	–	–
Comoros – Comores	3	00.76	67%	–	–	–	–
Congo	106	05.86	95%	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	352	04.07	93%	–	–	–	–
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	1 973	04.87	90%	–	–	–	–
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	11	04.24	64%	–	–	5	–
Eritrea – Érythrée	58	02.17	97%	–	–	–	–
Ethiopia – Éthiopie	1 166	02.76	95%	–	–	1	–
Gabon	61	11.98	90%	–	–	–	–
Gambia – Gambie	44	05.44	100%	–	–	–	–
Ghana	370	03.61	90%	–	–	–	–
Guinea ⁶ – Guinée ⁶	144	02.81	81%	–	7	–	1
Guinea-Bissau – Guinée-Bissau	14	01.33	79%	–	–	–	–
Kenya	613	03.06	88%	–	–	–	–
Lesotho	13	01.62	100%	–	–	–	–
Liberia – Libéria	22	00.90	95%	–	–	–	–
Madagascar ⁷	514	04.87	68%	–	10	–	1
Malawi	120	01.47	85%	–	–	–	–
Mali	246	03.32	86%	–	–	–	–
Mauritania – Mauritanie	53	03.75	98%	–	–	–	–
Mauritius – Maurice	6	02.11	100%	–	–	–	–
Mozambique	324	02.92	85%	–	–	–	–
Namibia – Namibie	18	02.19	84%	–	–	–	–
Niger	213	02.27	91%	–	–	–	–
Nigeria ⁸ – Nigéria ⁸	13 948	18.80	99%	–	1	6	30

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2015 Fonctionnement de la surveillance de la FFA, 2015			Polioyellitis cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported Cas de FFA signalés	Annualized non-polioyellitis AFP rate ¹ Taux de FFA non poliomyélique annuel ¹	AFP cases with adequate specimens ² Cas de FFA avec échantillons conformes ²	WPV1 P/SI	2015 cVDPV2 ^{3,4,5} P/DV2 ^{3,4,5}	2014 WPV1 P/SI	2014 cVDPV2 ^{3,4,5} P/DV2 ^{3,4,5}
Reunion – Réunion	ND	–	–	–	–	–	–
Rwanda	172	03.18	98%	–	–	–	–
Saint Helena – Saint-Hélène	ND	–	–	–	–	–	–
Sao Tome and Principe – Sao Tomé-et-Principe	0	–	–	–	–	–	–
Senegal – Sénégal	180	03.04	88%	–	–	–	–
Seychelles	ND	–	–	–	–	–	–
Serra Leone	37	01.22	81%	–	–	–	–
South Africa – Afrique du Sud	491	03.16	91%	–	–	–	–
South Sudan ⁶ – Soudan du Sud ⁶	329	06.39	97%	–	–	–	2
Swaziland	12	02.71	100%	–	–	–	–
Togo	92	02.81	89%	–	–	–	–
Uganda – Ouganda	560	02.87	89%	–	–	–	–
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	789	03.70	98%	–	–	–	–
Zambia – Zambie	226	03.69	91%	–	–	–	–
Zimbabwe	197	03.59	97%	–	–	–	–
Region of the Americas – Région des Amériques (AMR)							
Argentina – Argentine	218	02.08	84%	–	–	–	–
Bolivia (Plurinational State of) – Bolivie (État plurinational de)	34	00.92	94%	–	–	–	–
Brazil – Brésil	398	00.73	71%	–	–	–	–
Canada	20	00.36	20%	–	–	–	–
CAPEC – Centre d'épidémiologie des Caraïbes*	22	01.19	50%	–	–	–	–
Chile – Chili	69	01.81	59%	–	–	–	–
Colombia – Colombie	147	01.11	78%	–	–	–	–
Costa Rica	22	01.82	100%	–	–	–	–
Cuba	7	00.39	86%	–	–	–	–
Dominican Republic – République dominicaine	15	00.44	80%	–	–	–	–
Ecuador – Équateur	25	00.60	96%	–	–	–	–
El Salvador	27	01.17	96%	–	–	–	–
Guatemala	26	00.40	62%	–	–	–	–
Haiti – Haïti	13	00.35	69%	–	–	–	–
Honduras	64	02.21	84%	–	–	–	–
Mexico – Mexique	532	01.76	81%	–	–	–	–
Nicaragua	20	00.98	100%	–	–	–	–
Panama	14	01.34	79%	–	–	–	–
Paraguay	26	01.16	77%	–	–	–	–
Peru – Pérou	74	00.86	72%	–	–	–	–
United States of America – États-Unis d'Amérique	ND	–	–	–	–	–	–
Uruguay	4	00.53	50%	–	–	–	–
Venezuela (Bolivarian Republic of) – Venezuela (République bolivarienne du)	82	00.91	73%	–	–	–	–
* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés dans le but de déclarer des cas.							
Eastern Mediterranean Region – Région de la Méditerranée orientale (EMR)							
Afghanistan	2 738	16.41	94%	20	–	28	–
Bahrain – Bahreïn	19	09.82	100%	–	–	–	–
Djibouti	3	00.92	100%	–	–	–	–
Egypt – Égypte	1 046	03.87	95%	–	–	–	–
Iran (Islamic republic of) – Iran (République islamique d')	776	03.74	98%	–	–	–	–

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2015 Fonctionnement de la surveillance de la FFA, 2015			Poliovirus cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported Cas de FFA signalés	Annualized non-poliovirus AFP rate ¹ Taux de FFA non poliomyélique annuel ¹	AFP cases with adequate specimens ² Cas de FFA avec échantillons conformes ²	WPV1 P/SI	2015 cVDPV2 ^{3,4,5} P/DV2 ^{3,4,5}	WPV1 P/SI	2014 cVDPV2 ^{3,4,5} P/DV2 ^{3,4,5}
Iraq	520	03.97	86%	-	-	2	-
Jordan – Jordanie	89	03.92	98%	-	-	-	-
Kuwait – Koweït	32	04.14	100%	-	-	-	-
Lebanon – Liban	112	10.10	86%	-	-	-	-
Libya – Libye	54	02.53	94%	-	-	-	-
Morocco – Maroc	77	00.82	66%	-	-	-	-
Oman	39	04.38	97%	-	-	-	-
Pakistan ⁵	5800	09.20	88%	54	2	306	22
Qatar	11	05.43	73%	-	-	-	-
Saudi Arabia – Arabie saoudite	254	02.77	98%	-	-	-	-
Somalia – Somalie	281	05.88	98%	-	-	5	-
Sudan – Soudan	434	02.57	98%	-	-	-	-
Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	234	02.96	94%	-	-	1	-
Tunisia – Tunisie	64	02.49	86%	-	-	-	-
United Arab Emirates – Emirats arabes unis	30	02.83	93%	-	-	-	-
West Bank and Gaza Strip – Cisjordanie et bande de Gaza	38	02.32	92%	-	-	-	-
Yemen – Yémen	536	04.38	92%	-	-	-	-
European Region – Région européenne (EUR)							
Albania – Albanie	5	00.66	100%	-	-	-	-
Andorra – Andorre	-	00.00	-	-	-	-	-
Armenia – Arménie	17	03.20	100%	-	-	-	-
Austria – Autriche	6	00.49	17%	-	-	-	-
Azerbaijan – Azerbaïdjan	32	01.69	97%	-	-	-	-
Belarus – Bélarus	57	04.18	88%	-	-	-	-
Belgium – Belgique	NA	00.00	-	-	-	-	-
Bosnia and Herzegovina – Bosnie-Herzégovine	3	00.54	67%	-	-	-	-
Bulgaria – Bulgarie	12	01.21	100%	-	-	-	-
Croatia – Croatie	-	00.00	-	-	-	-	-
Cyprus – Chypre	1	00.61	100%	-	-	-	-
Czech Republic – République tchèque	10	00.70	80%	-	-	-	-
Denmark – Danemark	ND	-	-	-	-	-	-
Estonia – Estonie	1	00.47	-	-	-	-	-
Finland – Finlande	ND	-	-	-	-	-	-
France	ND	-	-	-	-	-	-
Georgia – Georgie	11	01.62	100%	-	-	-	-
Germany – Allemagne	ND	-	-	-	-	-	-
Greece – Grèce	18	01.14	89%	-	-	-	-
Hungary – Hongrie	9	00.64	67%	-	-	-	-
Iceland – Islande	ND	-	-	-	-	-	-
Ireland – Irlande	ND	-	-	-	-	-	-
Israel – Israël	25	01.20	44%	-	-	-	-
Italy – Italie	44	00.54	68%	-	-	-	-
Kazakhstan	76	01.84	100%	-	-	-	-
Kyrgyzstan – Kirghizistan	51	03.17	76%	-	-	-	-
Latvia – Lettonie	-	00.00	-	-	-	-	-
Lithuania – Lituanie	10	02.14	80%	-	-	-	-
Luxembourg	ND	-	-	-	-	-	-
Malta – Malte	-	00.00	-	-	-	-	-
Moldova (Republic of) – Moldavie (République de)	5	00.78	100%	-	-	-	-
Monaco	ND	-	-	-	-	-	-

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2015 Fonctionnement de la surveillance de la FFA, 2015			Polio myelitis cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported Cas de FFA signalés	Annualized non-polio myelitis AFP rate ¹ Taux de FFA non poliomyélique annuel ¹	AFP cases with adequate specimens ² Cas de FFA avec échantillons conformes ²	2015 WPV1 P/SI	2015 cVDPV2 ^{3,4,5} P/DV2c ^{3,4,5}	2014 WPV1 P/SI	2014 cVDPV2 ^{3,4,5} P/DV2c ^{3,4,5}
Montenegro – Monténégro	1	00.84	100%	–	–	–	–
Netherlands – Pays-Bas	ND	–	–	–	–	–	–
Norway – Norvège	10	01.12	20%	–	–	–	–
Poland – Pologne	41	00.75	78%	–	–	–	–
Portugal	6	00.36	33%	–	–	–	–
Romania – Roumanie	18	00.58	94%	–	–	–	–
Russian Federation – Fédération de Russie	340	01.54	94%	–	–	–	–
San Marino – Saint Marin	ND	–	–	–	–	–	–
Serbia – Serbie	10	00.53	70%	–	–	–	–
Slovakia – Slovaquie	3	00.37	33%	–	–	–	–
Slovenia – Slovénie	–	00.00	–	–	–	–	–
Spain – Espagne	32	00.44	44%	–	–	–	–
Sweden – Suède	ND	–	–	–	–	–	–
Switzerland – Suisse	8	00.70	25%	–	–	–	–
Tajikistan – Tadjikistan	120	04.55	94%	–	–	–	–
The former Yugoslav Republic of Macedonia – Ex-République yougoslave de Macédoine	2	00.55	100%	–	–	–	–
Turkey – Turquie	314	01.54	82%	–	–	–	–
Turkmenistan – Turkménistan	34	02.25	100%	–	–	–	–
Ukraine ⁴	153	02.49	97%	–	2	–	–
United Kingdom – Royaume-Uni	ND	–	–	–	–	–	–
Uzbekistan – Ouzbékistan	170	01.93	99%	–	–	–	–
South-East Asia Region – Asie du Sud-Est (SEAR)							
Bangladesh	1 413	02.47	98%	–	–	–	–
Bhutan – Bhoutan	9	04.82	89%	–	–	–	–
Democratic People's Republic of Korea – République populaire démocratique de Corée	99	02.08	100%	–	–	–	–
India – Inde	47 166	12.39	88%	–	–	–	–
Indonesia – Indonésie	1 408	02.20	96%	–	–	–	–
Maldives	5	04.79	60%	–	–	–	–
Myanmar	336	02.72	95%	–	2	–	–
Nepal – Népal	391	03.43	96%	–	–	–	–
Sri Lanka	70	01.61	84%	–	–	–	–
Thailand – Thaïlande	183	01.36	73%	–	–	–	–
Timor Leste	–	00.00	–	–	–	–	–
Western Pacific Region – Pacifique occidental (WPR)							
Australia – Australie	53	01.30	26%	–	–	–	–
Brunei Darussalam – Brunei Darussalam	3	02.51	100%	–	–	–	–
Cambodia – Cambodge	84	01.55	99%	–	–	–	–
China – Chine	5 235	01.99	93%	–	–	–	–
China, Hong Kong SAR – Chine, Hong Kong RAS	10	01.09	80%	–	–	–	–
China, Macao SAR – Chine, Macao RAS	1	00.98	100%	–	–	–	–
Japan – Japon	ND	–	–	–	–	–	–
Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	86	03.48	51%	–	8	–	–
Malaysia – Malaisie	145	01.73	77%	–	–	–	–
Mongolia – Mongolie	9	01.27	100%	–	–	–	–
New Zealand – Nouvelle-Zélande	7	00.80	29%	–	–	–	–

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2015 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2015			Polio myelitis cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported Cas de PFA signalés	Annualized non-polio myelitis AFP rate ¹ Taux de PFA non poliomyélique annuel ¹	AFP cases with adequate specimens ² Cas de PFA avec échantillons conformes ²	WPV1 P/VS1	2015 cVDPV2 ^{3,4,5} PVDV2c ^{3,4,5}	WPV1 P/VS1	2014 cVDPV2 ^{3,4,5} PVDV2c ^{3,4,5}
Pacif c Island countries and areas – Pays et territoires insulaires du Pacif que ⁴							
Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	14	01.77	71%	–	–	–	–
Philippines	27	01.01	30%	–	–	–	–
Republic of Korea – République de Corée	413	01.23	69%	–	–	–	–
Singapore – Singapour	83	01.21	86%	–	–	–	–
Viet Nam	8	01.27	100%	–	–	–	–
	380	01.54	96%	–	–	–	–

* These countries have been grouped together for reporting purposes – Ces pays ont été regroupés dans le but de déclarer des cas

CAFEC: Caribbean Epidemiology Centre; cVDPV1: circulating vaccine-derived poliovirus type-1; VDPV: vaccine-derived poliovirus; cVDPV2: circulating vaccine-derived poliovirus type-2 – Caribbean Epidemiology Centre, connu sous le nom de CAFEC; PVDV1c: poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1; PVDV2c: poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2.

Endemic countries are shaded. Other countries with wild poliovirus cases in 2014 and 2015 were infected following virus importation. – Les pays d'endémie sont grisés. Les autres pays dans lesquels des cas de poliovirus sauvages ont été déjétés en 2014 et 2015 ont été infectés suite à l'importation du virus.

¹ Annualized non-polio myelitis AFP rate for 100 000 population aged < 15 years. Population data collected by the United Nations Population Division is used to calculate the non-polio AFP rate – Taux annualisés de PFA non poliomyélique pour 100 000 personnes âgées de < 15 ans. Les données sur la population collectées par la Division de la Population des Nations Unies sont utilisées pour calculer le taux de PFA non poliomyélique.

² Defined as 2 stool specimens collected within 14 days of onset of paralysis 24–48 hours apart, except for the Region of the Americas, where only 1 specimen is collected. – Déjé comme 2 échantillons de selles recueillis à 24–48 heures d'intervalle dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, à l'exception de la Région des Amériques, où 1 seul échantillon est recueilli.

³ For cVDPV definition see document "Reporting and classification of vaccine-derived polioviruses" at http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Ressources/VDPV_Reporting_Classification.pdf. Implementation as of 15 August 2015. Figures exclude cVDPV from non-AFP sources. – La définition d'un PVDVc est disponible (uniquement en langue anglaise) dans le document «Reporting and classification of vaccine-derived polioviruses», sur http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Ressources/VDPV_Reporting_Classification.pdf. Mise en œuvre au 15 août 2015. Sont exclus de ces chiffres les PVDVc de source non-PFA.

⁴ cVDPV1 reported in Lao People's Democratic Republic, Madagascar and Ukraine. – Le PVDV1c a été signalé à Madagascar, en République démocratique populaire lao et en Ukraine.

⁵ cVDPV2 reported in Guinea, Pakistan, Nigeria and South Sudan. – Le PVDV2c a été signalé en Guinée, au Pakistan, au Nigeria et au Soudan du Sud.

ND – Country not reporting AFP data or country conducting supplementary poliovirus surveillance through other means (eg environmental, enterovirus or both) – Pays ne rapportant pas de données sur la PFA ou pays menant une politique de surveillance de la polio supplémentaire par le biais d'autres moyens (par exemple, surveillance environnementale ou des entérovirus, ou les deux).

The most recent AFP and wild poliovirus data can be found on the WHO web site (<https://extranet.who.int/polis/public/CaseCount.aspx>) which is updated weekly. – Les données les plus récentes concernant les cas de PFA et les poliovirus sauvages peuvent être consultées sur le site OMS suivant: <https://extranet.who.int/polis/public/CaseCount.aspx>, où elles sont mises à jour une fois par semaine.

Who African Region Immunization Technical Advisory Group: Call for nominations

The WHO Regional Office for Africa is soliciting proposals for nominations for current vacancies on its Regional Immunization Technical Advisory Group (RITAG). Nominations are required to be submitted no later than 2 May 2016. Nominations will be carefully reviewed by the RITAG membership selection panel which will propose the selection of nominees for appointment to the WHO Regional Director for Africa.

RITAG serves as the principal advisory group to the WHO Regional Office for Africa for strategic guidance on vaccines and immunization. RITAG reports directly to the WHO Regional Director for Africa and advises the Regional Director on overall regional policies and strategies, ranging from vaccine and technology research and development, to delivery of immunization services and linkages between immunization and other health interventions. Its remit is not restricted to childhood immunization but extends to all vaccine-preventable diseases as well as all age groups.

All members are acknowledged experts with an outstanding record of achievement in their own field and an understanding of the immunization issues covered by the RITAG. They have a responsibility to provide WHO with high quality, well-considered advice and recommendations on matters described in the attached terms of reference.

RITAG members will represent a range of professional affiliations (i.e. academia, medical profession, clinical practice, research institutes, and governmental bodies including national immunization programmes, public health departments

and regulatory authorities); and major areas of expertise (e.g. influenza control, diarrhoeal diseases, respiratory diseases, research, biologics, and safety).

Members will be selected on the basis of their qualifications, experience and ability to contribute to the accomplishment of the RITAG objectives. Appointment of RITAG members will be made by the WHO Regional Director for Africa upon the proposal of the selection panel. Members of the RITAG are appointed to serve for an initial term of 3 years, renewable once. Consideration is given to ensuring appropriate geographical representation and gender balance.

RITAG normally meets twice a year rotating between the WHO Regional Office in Brazzaville (Congo) and a country in the region. In addition, members may be asked to contribute to RITAG working groups, and will be fully engaged in the preparation of each meeting.

Please submit your nominations along with a letter of support by e-mail to ritag@who.int. Self-nominations as well as nominations suggested by third party individuals or organizations will be accepted. Nominees will be asked to confirm their interest, availability and commitment to serve on RITAG, to provide a curriculum vitae, a letter of motivation highlighting what their contribution to RITAG could be, and a completed declaration of interests form before their nomination will be considered by the selection panel.

Please share this request with anyone who may be interested in nominating an individual to serve as a member of this Group.

Groupe de travail technique sur la vaccination dans la Région africaine de l'OMS: Appel à candidatures

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique lance un appel à proposition de candidatures en vue de pourvoir aux vacances actuelles au sein de son Groupe consultatif technique régional sur la vaccination (RITAG). Les propositions de candidatures doivent être soumises au plus tard le 2 mai 2016. Les candidatures seront examinées attentivement par le panel de sélection des membres du RITAG, qui soumettra la liste des candidats retenus à la Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique.

Le RITAG fait office de principal groupe consultatif du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique chargé de formuler des orientations stratégiques dans le domaine des vaccins et de la vaccination. Le RITAG rend compte directement à la Directrice régionale et lui adresse des conseils relatifs aux politiques et stratégies régionales globales de vaccination, allant de la recherche-développement sur les vaccins et la technologie à la prestation des services de vaccination, sans oublier les liens entre la vaccination et d'autres interventions sanitaires. Le mandat de ce groupe de travail ne se limite pas à la vaccination des enfants, mais concerne toutes les maladies à prévention vaccinale et tous les groupes d'âge.

Le groupe de travail se compose d'experts de renom qui se sont distingués par des réalisations notables dans leurs domaines de compétence respectifs et qui ont une parfaite connaissance des questions de vaccination couvertes par le RITAG. Ces experts sont chargés de prodiguer des conseils à l'OMS et d'émettre des recommandations de qualité et mûrement réfléchies sur les questions décrites dans les termes de référence ci-joints.

Les membres du RITAG représentent un éventail d'affiliations professionnelles (universitaires, professions médicales, spécialistes de la pratique clinique, instituts de recherche et organismes publics englobant des programmes de vaccination, des ministères de la santé publique et des autorités de réglementation) et sont spécialisés dans de grands domaines d'expertise (lutte contre la grippe, maladies diarrhéiques, affections respiratoires, recherche, biologie, innocuité des vaccins, etc.).

Les membres du RITAG sont choisis sur la base de leurs qualifications, de leur expérience et de leur capacité à œuvrer à l'atteinte des objectifs du groupe de travail. La Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique nomme les membres du RITAG sur proposition du panel de sélection. Les membres du RITAG sont nommés pour un mandat de 3 ans, renouvelable une seule fois. Le choix de ces membres doit respecter les principes de la représentation géographique équitable et de la parité homme-femme.

Le RITAG se réunit normalement 2 fois par an, de façon tournante entre le siège du Bureau régional, à Brazzaville (Congo), et un pays de la Région. Ses membres sont tenus de contribuer aux groupes de travail et de participer activement aux préparatifs de chaque réunion.

Les candidatures des personnes nommées, accompagnées d'une lettre de soutien, doivent être envoyées par courriel à l'adresse ritag@who.int. Les candidatures présentées par le candidat lui-même et les candidatures proposées par de tierces personnes ou par des organisations sont acceptées. Les candidats retenus devront confirmer leur intérêt, leur disponibilité et leur engagement à servir au sein du RITAG. Ils devront aussi soumettre leur curriculum vitae, une lettre de motivation faisant ressortir leur contribution éventuelle au RITAG et un formulaire de déclaration d'intérêt dûment renseigné avant que leur désignation ne puisse être examinée par le panel de sélection.

Merce de bien vouloir diffuser le présent appel à candidatures à toutes les personnes qui pourraient souhaiter désigner un individu pour servir au sein du Groupe.