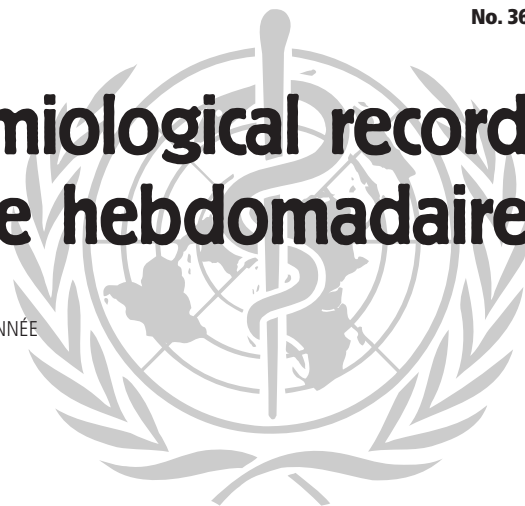


# Weekly epidemiological record

## Relevé épidémiologique hebdomadaire

8 SEPTEMBER 2006, 81st YEAR / 8 SEPTEMBRE 2006, 81<sup>e</sup> ANNÉE

No. 36, 2006, 81, 341–348

<http://www.who.int/wer>

### Contents

- 341 Measles outbreak and response in Fiji, February–May 2006
- 346 Performance of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and incidence of poliomyelitis, 2005–2006

### Sommaire

- 341 Flambée de rougeole aux Fidji et riposte, février-mai 2006
- 346 Fonctionnement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et incidence de la poliomyélite, 2005–2006

## Measles outbreak and response in Fiji, February–May 2006

### Introduction

In September 2005, all 37 countries and areas of WHO's Western Pacific Region established a goal of eliminating measles in the region by 2012. The Regional Office for the Western Pacific recommends that to achieve and sustain measles elimination and prevent importation-associated outbreaks, countries should achieve and maintain coverage of first-dose and second-dose of measles-containing vaccine of at least 95% in every district and ensure high quality measles surveillance that detects  $\geq 1$  suspected measles case/100 000 population per year in  $\geq 80\%$  of districts, tests serum samples from  $\geq 80\%$  of suspected measles cases, and obtains a viral isolate from every chain of measles transmission.<sup>1</sup> Following multiple outbreaks in 1996 and 1997, "catch-up" immunization campaigns<sup>2</sup> in 1997 and 1998 in the Pacific led to an apparent interruption of measles transmission. Since then, importations have led to small, limited outbreaks in French Polynesia and Guam, a large outbreak in 2003 in the Marshall Islands, and an outbreak in Fiji in February 2006.

Many countries are actively engaged in strengthening their immunization and surveillance activities and laboratory networks to meet these indicators. However, progress towards meeting the goal of measles elimination may be challenged by importation

## Flambée de rougeole aux Fidji et riposte, février-mai 2006

### Introduction

En septembre 2005, les 37 pays et zones de la Région OMS du Pacifique occidental se sont fixé comme but d'éliminer la rougeole dans la Région d'ici 2012. Le Bureau régional du Pacifique occidental recommande que, pour parvenir à l'élimination de la rougeole, maintenir ce statut et éviter les flambées associées à des importations, les pays atteignent et maintiennent une couverture d'au moins 95% par une première et une deuxième doses de vaccin antirougeoleux dans tous les districts et garantissent une surveillance de la rougeole de qualité permettant de déceler au moins un cas suspecté de rougeole pour 100 000 habitants par an dans au moins 80% des districts, de tester des échantillons de sérum provenant d'au moins 80% des cas suspectés et d'obtenir un isolement viral pour chaque chaîne de transmission de la maladie.<sup>1</sup> Suite à plusieurs flambées survenues en 1996 et 1997, des campagnes de vaccination de «rattrapage»<sup>2</sup> menées en 1997 et 1998 dans le Pacifique ont débouché sur une interruption apparente de la transmission. Depuis, des importations ont donné lieu à de petites flambées restreintes en Polynésie française et à Guam, à une flambée importante en 2003 dans les Iles Marshall et à une flambée aux Fidji en février 2006.

De nombreux pays sont actuellement engagés dans le renforcement de leurs activités de vaccination et de surveillance ainsi que de leurs réseaux de laboratoires afin de répondre à ces critères. Toutefois, les progrès sur la voie de l'élimination de la rougeole peuvent être remis en

WORLD HEALTH  
ORGANIZATION  
Geneva

ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ  
Genève

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

09.2006  
ISSN 0049-8114  
Printed in Switzerland

<sup>1</sup> World Health Organization, Western Pacific Regional Office. *Field guidelines for measles elimination*, 2004 ([http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0F24B92E-AE2C-4C9B-B73B-E16ACB833C35/0/FieldGuidelines\\_for\\_MeaslesElimination.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0F24B92E-AE2C-4C9B-B73B-E16ACB833C35/0/FieldGuidelines_for_MeaslesElimination.pdf)).

<sup>2</sup> "Catch-up" campaigns are part of a measles elimination strategy originally developed by the Pan American Health Organization. Catch-up immunization campaigns target a wide age range, often 9 months to 14 years; "follow-up" immunization campaigns every 3–5 years target the intervening birth cohorts, usually those aged 9 months to 5 years; the "keep-up" component strengthens routine immunization services.

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional du Pacifique occidental. *Field guidelines for measles elimination*, 2004 ([http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0F24B92E-AE2C4C9B-B73B-E16ACB833C35/0/FieldGuidelines\\_for\\_MeaslesElimination.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/0F24B92E-AE2C4C9B-B73B-E16ACB833C35/0/FieldGuidelines_for_MeaslesElimination.pdf)).

<sup>2</sup> Les campagnes de «rattrapage» font partie de la stratégie d'élimination de la rougeole mise au point à l'origine par l'Organisation panaméricaine de la Santé. Elles visent une large fourchette d'âges, souvent comprise entre 9 mois et 14 ans; les campagnes de vaccination de «suivi» menées tous les 3 à 5 ans visent les cohortes des naissances survenues dans l'intervalle, généralement les enfants âgés de 9 mois à 5 ans; la composante «maintien» renforce les services de vaccination systématique.

events. This report describes the epidemiology, response and potential causes of a measles outbreak in Fiji, the largest nation in the South Pacific (population 840 201).

## Background

Fiji's Expanded Programme on Immunization (EPI) introduced measles vaccine in 1982 as a single dose given to children at the age of 9 months. From 1982 to 1998, measles vaccine coverage increased from 20% to 80%. Measles supplementary immunization activities (SIAs) were conducted in 1998 to target children aged from 9 months to 14 years (85% reported administrative coverage)<sup>3</sup> and in 2001 to target children aged 9 months to 5 years (86% reported administrative coverage).

In 2003, Fiji introduced a 2-dose measles-rubella vaccine schedule with doses administered at 12 months and 6 years of age, the latter as a school entry requirement. A "catch-up" campaign for measles-rubella vaccine targeting children aged 6–11 years was conducted during 2003–2004 (coverage not reported). Reports of coverage of routine first-dose measles-containing vaccine averaged 83% from 2001 to 2004, and a 2005 immunization coverage survey of children aged 12–23 months found 80% coverage of the first-dose of measles-containing vaccine across all three divisions (provinces) within the country.

The last laboratory-confirmed measles outbreak occurred in Fiji in 1997; it lasted from September 1997 to April 1998, with 955 measles cases reported, of which 86% occurred among children <15 years of age. Fiji is considered to have been measles-free since 1998. Isolated clinical cases of measles have been reported, however only rubella has been identified through confirmatory laboratory testing; there have been no laboratory-confirmed cases of measles.

## The 2006 outbreak

On 17 February 2006, Fiji's Ministry of Health received a report of 3 infants admitted to a divisional hospital who were suspected of having measles (rash onset occurred on 8 and 11 February 2006). The 3 patients resided near the international airport at Nadi in the Western Division. Measles virus was confirmed by serological testing for the presence of anti-measles immunoglobulin M (IgM) antibodies at the national laboratory in Fiji on 23 February 2006. This result was verified by the WHO measles regional reference laboratory at the Victorian Infectious Diseases Reference Laboratory in Australia on 28 February 2006, where the H1 measles genotype was identified.

Between 17 February 2006 and 9 June 2006, 132 suspected cases of measles were reported to the Ministry of Health, including 22 that were laboratory-confirmed (by the presence of anti-measles IgM antibodies) (*Fig. 1*). As of 8 August, no cases with rash onset after 21 May have been confirmed. Among the 132 reported cases, 119 (90%) occurred among residents of the Western Division and the remaining 13 cases were from the Central Division and the Eastern Division (incidence rate, 3/100 000 population). Within the Western Division, 1 subdivision had 58 measles cases, accounting for 44% of the total number of cases. Coverage rates for the first dose of measles-containing vaccine in this subdivision were 49% in 2004 and 68% in 2005.

<sup>3</sup> Reported administrative coverage is the reported number of doses given/target population.

cause par des importations. Le présent rapport décrit l'épidémiologie, les mesures prises et les causes possibles de la flambée de rougeole survenue aux Fidji, le pays le plus étendu du Pacifique Sud (840 201 habitants).

## Historique

Le Programme élargi de Vaccination (PEV) fidjien a introduit la vaccination antirougeoleuse en 1982 sous forme d'une dose unique administrée aux enfants à l'âge de 9 mois. De 1982 à 1998, la couverture par le vaccin antirougeoleux est passée de 20 à 80%. Des activités de vaccination antirougeoleuse supplémentaire ont été organisées en 1998 pour les enfants âgés de 9 mois à 14 ans (couverture administrative notifiée de 85%)<sup>3</sup> et en 2001, pour les enfants âgés de 9 mois à 5 ans (couverture administrative notifiée de 86%).

En 2003, Fidji a introduit un schéma de vaccination par deux doses de vaccin antirougeoleux-antirubéoleux administrées à 12 mois et 6 ans, la seconde étant obligatoire pour l'entrée à l'école. Une campagne de vaccination antirougeoleuse-antirubéoleuse de «rattrapage», visant les enfants âgés de 6 à 11 ans a été menée en 2003–2004 (couverture non notifiée). Selon les notifications, la couverture par une première dose de routine de vaccin antirougeoleux atteignait en moyenne 83% de 2001 à 2004 et une enquête sur la couverture vaccinale des enfants âgés de 12 à 23 mois réalisée en 2005 a fait apparaître un taux de couverture de 80% par une première dose de vaccin antirougeoleux dans les trois divisions (provinces) du pays.

La dernière flambée de rougeole confirmée en laboratoire s'est produite aux Fidji en 1997; elle a duré de septembre 1997 à avril 1998 et 955 cas de rougeole ont été signalés, dont 86% chez des enfants de moins de 15 ans. Les Fidji sont considérées comme exemptes de rougeole depuis 1998. Des cas cliniques isolés de rougeole ont été signalés, mais seule la rubéole a été confirmée par des tests en laboratoire: il n'y a pas eu de cas de rougeole confirmés en laboratoire.

## La flambée de 2006

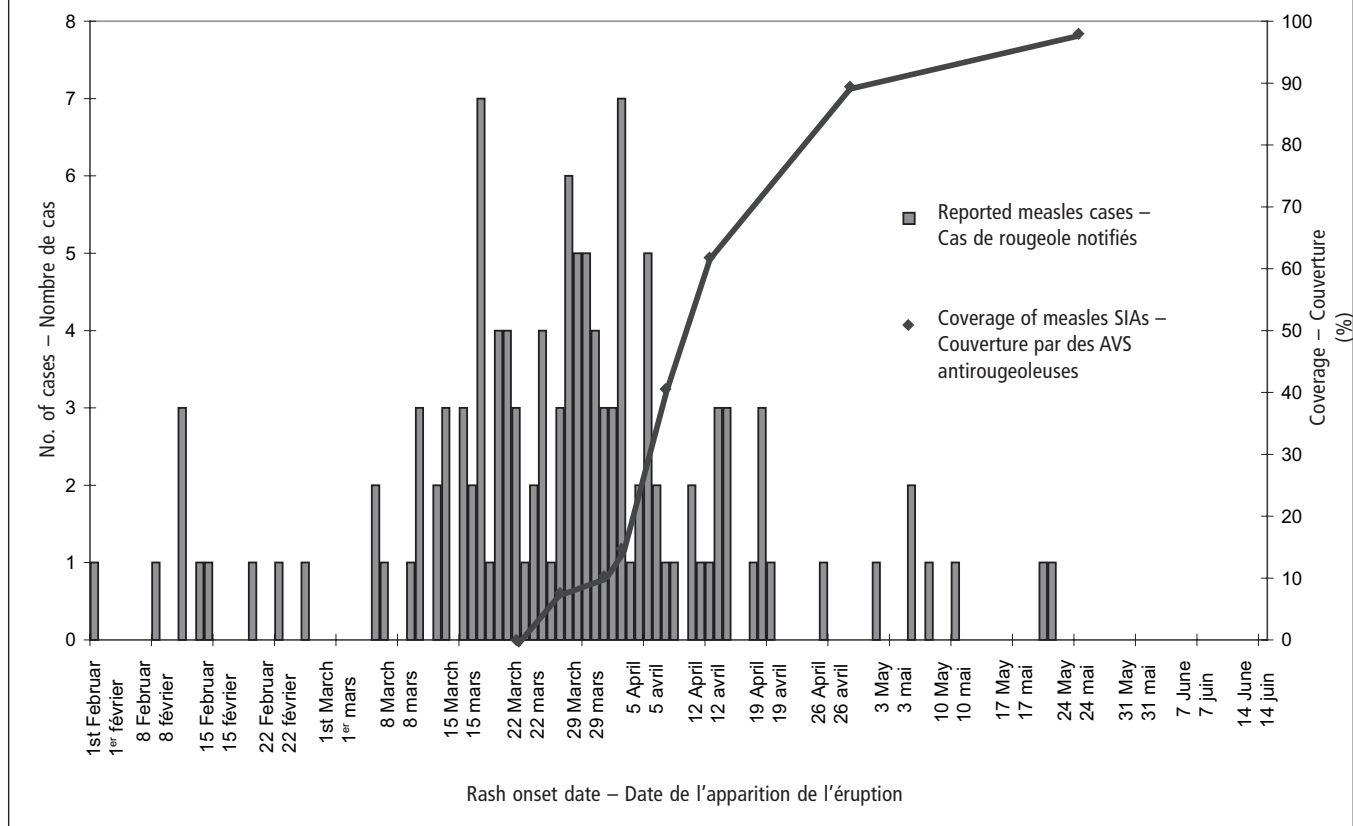
Le 17 février 2006, le Ministère fidjien de la Santé a été informé que 3 nourrissons chez qui la rougeole était suspectée avaient été admis dans un hôpital de division (éruption survenue les 8 et 11 février 2006). Les 3 patients résidaient à proximité de l'aéroport international de Nadi dans la Division Ouest. Le virus de la rougeole a été confirmé par recherche sérologique de la présence d'immunoglobulines M (IgM) antirougeoleuses au laboratoire national des Fidji, le 23 février 2006. Ce résultat a été vérifié le 28 février 2006 par le laboratoire régional OMS de référence pour la rougeole situé au Victorian Infectious Diseases Reference Laboratory en Australie, où le génotype H1 a été identifié.

Entre le 17 février 2006 et le 9 juin 2006, 132 cas suspectés de rougeole ont été notifiés au Ministère de la Santé, dont 22 confirmés en laboratoire (par la présence d'IgM antirougeoleuses) (*Figure 1*). Au 8 août, aucun cas d'éruption survenue après le 21 mai n'avait été confirmé. Parmi les 132 cas notifiés, 119 (90%) sont survenus chez des habitants de la Division Ouest et les 13 autres dans la Division Centre et la Division Est (taux d'incidence, 3/100 000 habitants). Dans la Division Ouest, une subdivision a enregistré 58 cas de rougeole, soit 44% du nombre total de cas. Le taux de couverture par la première dose de vaccin antirougeoleux dans cette subdivision était de 49% en 2004 et de 68% en 2005.

<sup>3</sup> La couverture administrative notifiée correspond au nombre notifié de doses administrées / population cible.

Fig. 1 No. of reported measles cases and coverage of measles supplementary immunization activities (SIAs) by week of rash onset, Fiji, 2006

Fig. 1 Nombre de cas de rougeole notifiés et couverture par des activités de vaccination antirougeoleuse supplémentaire par semaine d'apparition de l'éruption, Fidji, 2006



Among the 132 reported cases, 58% occurred among those aged <5 years, with the highest incidence among children aged 6–11 months (378 cases/100 000 population) (Table 1). Of the 41 children aged from 12 months to 59 months for whom the Ministry of Health could obtain detailed case-investigation data, 12 (29%) had received the first dose of measles–rubella vaccine, 10 (24%) had not been vaccinated, and the immunization status of 19 (46%) was unknown. Altogether, 31 (24%) patients required hospitalization, mainly for pneumonia. No deaths were reported.

## Outbreak control measures

### Enhanced surveillance

The reporting of cases of acute fever and rash was intensified in the existing surveillance network, which was originally developed for acute flaccid paralysis in 21 sentinel hospitals as part of the global polio eradication initiative. Daily telephone calls were made to all sentinel hospitals to obtain reports on patients with acute fever and rash. Individual rash-and-fever illnesses were confirmed as measles if they satisfied the WHO clinical case definition of measles.<sup>4</sup> To encourage case reporting, the national EPI coordinator provided daily surveillance summaries by email and fax to all hospitals, health centres and partner agencies.

Sur les 132 cas signalés, 58% se sont produits parmi les enfants âgés de <5 ans, l'incidence la plus forte étant observée chez les enfants âgés de 6 à 11 mois (378 cas/100 000 habitants) (Tableau 1). Sur les 41 enfants âgés de 12 mois à 59 mois pour lesquels le Ministère de la Santé a pu obtenir des données détaillées, 12 (29%) avaient reçu la première dose de vaccin antirougeoleux/antirubéoleux, 10 (24%) n'avaient pas été vaccinés et l'état vaccinal de 19 (46%) d'entre eux était inconnu. Au total, 31 patients (24%) avaient dû être hospitalisés, la plupart pour pneumonie. Aucun décès n'a été signalé.

## Mesures prises pour endiguer la flambée

### Surveillance renforcée

La notification des cas de forte fièvre accompagnée d'éruption a été intensifiée dans le cadre du réseau de surveillance existant, mis en place à l'origine pour la paralysie flasque aiguë dans 21 hôpitaux sentinelles dans le cadre de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Tous les hôpitaux sentinelles ont été contactés chaque jour par téléphone pour signaler les patients atteints de forte fièvre accompagnée d'éruption. Les fièvres éruptives étaient confirmées comme des cas de rougeole si elles satisfaisaient à la définition OMS du cas clinique de rougeole.<sup>4</sup> Afin d'encourager la déclaration des cas, le coordonnateur national du PEV a envoyé quotidiennement des bulletins de surveillance par courrier électronique et télécopie à tous les hôpitaux, centres de santé et organismes partenaires.

<sup>4</sup> The presence of a fever with rash, and at least 1 of the following: cough, coryza or conjunctivitis.

<sup>4</sup> Présence de fièvre accompagnée d'éruption et d'au moins l'un des symptômes suivants: toux, rhume ou conjonctivite.

Table 1 **Incidence of measles, Fiji, 17 February–8 August 2006**  
 Tableau 1 **Incidence de la rougeole, Fidji, 17 février-8 août 2006**

Age group – Groupe d'âge	Total no. of cases – Nombre total de cas	Total population – Population totale	% of total cases – % du nombre total de cas	Incidence/100 000 – Incidence pour 100 000
<6 months – <6 mois	5	8 784	3.8	57
6–11 months – 6-11 mois	33	8 722	25.0	378
1–4 years – 1-4 ans	38	69 475	28.8	55
5–9 years – 5-9 ans	10	95 049	7.6	11
10–14 years – 10-14 ans	10	101 499	7.6	10
15–19 years – 15-19 ans	8	91 654	6.1	9
20–24 years – 20-24 ans	3	73 323	2.3	4
25–29 years – 25-29 ans	14	67 552	10.6	21
30–34 years – 30-34 ans	5	66 618	3.8	8
>35 years – >35 ans	6	249 756	4.5	2
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>832 432</b>	<b>100</b>	<b>16</b>

### Case management

Triage and measles case-treatment guidelines (based on the Integrated Management of Childhood Illnesses programme)<sup>5</sup> were distributed to all health facilities and health workers to ensure that suspected cases of measles were appropriately treated and to prevent virus transmission in health-care facilities. Vitamin A capsules, a key part of WHO's guidelines to reduce measles morbidity and mortality, were procured and distributed to all hospitals and health centres in late March.

### Social mobilization

A two-phase social mobilization and communication plan was developed using WHO's Communication for Behavioural Impact approach. The initial phase – "Beware" – informed the public about the measles outbreak to promote care for and reporting of suspected cases. The second phase – "Vaccinate" – launched concurrently with the SIAs, prompted parents and guardians to bring children of the target age to health facilities for immunization. Activities included distributing 60 000 fact sheets to schools and community and religious organizations, making broadcasts on TV and radio, and advertising in cinemas and newspapers. Vaccination sites were identified by large banners.

### Outbreak response immunization

To protect the age groups accounting for >60% of cases who are most at risk of severe outcomes, 91 595 children aged 6 months to 5-years-and-11-months were targeted with measles-rubella vaccine between 20 March 2006 and 3 May 2006. A 95% coverage target was set for all administrative levels. Plans at the subdivision level were developed and used for SIA budget estimates and bundled<sup>6</sup> distribution of vaccine and injection-safety items. Campaign training workshops that included information on immunization safety were conducted for nursing staff throughout the country.

### Prise en charge des cas

Des recommandations relatives au triage et au traitement des cas de rougeole (fondées sur le programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant)<sup>5</sup> ont été distribuées à tous les établissements de santé et agents de santé pour faire en sorte que les cas suspectés de rougeole soient traités de façon appropriée et pour éviter la transmission du virus dans les établissements de santé. Des gélules de vitamine A, qui sont un élément clé des recommandations de l'OMS en vue de réduire la morbidité et la mortalité par rougeole ont été achetées et distribuées à tous les hôpitaux et centres de santé fin mars.

### Mobilisation sociale

Un plan de communication et de mobilisation sociales en deux temps a été élaboré en s'inspirant de l'approche OMS de communication visant à agir sur les comportements. La phase initiale – «Prévenir» – consiste à informer le public au sujet de la flambée de rougeole afin d'encourager le traitement et la notification des cas suspectés. La deuxième phase – «Vacciner» – lancée parallèlement aux activités de vaccination supplémentaire engage les parents et les responsables de la garde des enfants à amener les enfants du groupe d'âge cible dans les établissements de santé pour les faire vacciner. On a notamment distribué 60 000 fiches d'information aux écoles ainsi qu'aux organisations communautaires et religieuses, diffusé des émissions à la télévision et à la radio et de la publicité dans les cinémas et les journaux. Les sites de vaccination étaient signalés par de grandes banderoles.

### Vaccination en riposte à la flambée

Pour protéger les groupe d'âge où l'on retrouve plus de 60% des cas les plus exposés à des effets graves, 91 595 enfants âgés de 6 mois à 5 ans et 11 mois ont été vaccinés contre la rougeole et la rubéole entre le 20 mars 2006 et le 3 mai 2006. Une couverture de 95% était fixée pour tous les niveaux administratifs. Des plans au niveau des subdivisions ont été élaborés et utilisés pour les estimations budgétaires des activités de vaccination supplémentaire et la distribution dans un même lot du vaccin et d'articles permettant d'assurer la sécurité des injections.<sup>6</sup> Des ateliers de formation comportant une information sur la sécurité vaccinale ont été organisés pour le personnel infirmier dans tout le pays.

<sup>5</sup> WHO. *Integrated Management of Childhood Illnesses planning guide: gaining experience with IMCI strategy in a country*, 1999 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/IMCI/WHO\\_CHS\\_CAH\\_99.1.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/WHO_CHS_CAH_99.1.pdf)).

<sup>6</sup> "Bundled vaccines and injection safety" refers to the distribution of vaccines, auto-disable syringes, vaccine reconstitution syringes and safety boxes together in appropriate quantities.

<sup>5</sup> OMS. *Integrated Management of Childhood Illnesses planning guide: gaining experience with IMCI strategy in a country*, 1999 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/IMCI/WHO\\_CHS\\_CAH\\_99.1.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/WHO_CHS_CAH_99.1.pdf)).

<sup>6</sup> Distribution de paquets contenant vaccins, seringues autobloquantes, seringues de reconstitution du vaccin et boîtes de sécurité dans les quantités appropriées.

Coverage rates for measles-rubella vaccine were reported to the national EPI coordinator twice weekly from all immunization sites to aid in prompt identification of areas needing external assistance. Rapid SIA coverage assessments, using a 20-household convenience sample, were conducted for crowded and urban areas to validate final reported coverage. If 2 or more houses contained unvaccinated children, the area was targeted for follow-up vaccination activities. Of 32 surveys performed, 12 areas (38%) required follow-up.

The Ministry of Health reported that 89 747 (98.0%) of targeted children had received measles-rubella vaccine as of 24 May 2006. Among 20 Fijian subdivisions, 2 had reported coverage rates <95%: Suva (coverage rate, 91%) in the Central Division and Macuata (coverage rate, 90%) in the Northern Division. No serious adverse events from immunization were identified during the SIAs.

**Editorial note.** This outbreak, and recent outbreaks of measles in the Marshall Islands, suggest that the absence of transmission may provide a false sense of security and that high levels of population immunity are essential to prevent outbreaks.<sup>7</sup>

Fiji's relative isolation from countries where measles is endemic, combined with its small population, probably contributed to the interruption of measles transmission from 1998 to 2005.<sup>8,9</sup> Low levels of routine and follow-up immunization coverage, combined with persistent pockets of susceptible adolescents and adults despite prior SIAs and outbreaks, appear to have left the country vulnerable to an outbreak via importation.

At least 95% coverage with 2 doses of measles-containing vaccine will achieve sufficient population immunity to stop measles virus from spreading within a population.<sup>10</sup> The high incidence of measles cases originating in a single subdivision with historically low routine coverage of measles-containing vaccine and the occurrence of measles among all age groups highlights the importance of monitoring coverage of measles-containing vaccine at subnational levels and among older age groups to ensure that hidden pockets of measles susceptibility do not develop.

The first identified cases of measles in this outbreak were children presenting with pneumonia at a division hospital; they did not present at the health-centre level. Because recognition of measles may decrease when measles transmission has been interrupted for long periods, country programmes should remind clinicians to be vigilant and to report suspected cases. To increase the sensitivity and timeliness of surveillance, primary care facilities and outpatient departments may be included as reporting sites, and community-based informants may be utilized to report suspected cases of measles.

Targeting children aged 9 months to 5-years-and-11-months was important because this group accounted for

Les taux de couverture pour la vaccination antirougeoleuse-antirubéoleuse étaient communiqués au coordonnateur national du PEV 2 fois par semaine par tous les sites de vaccination afin de faciliter l'identification rapide des zones dans lesquelles une aide extérieure était nécessaire. Des évaluations rapides de la couverture des AVS, au moyen d'un échantillon pratique de 20 ménages, ont été organisées dans les zones urbaines et surpeuplées afin de valider le chiffre final de la couverture notifiée. Si l'on trouvait des enfants non vaccinés dans 2 ménages ou plus, la zone était désignée pour des activités de vaccination de suivi. Sur 32 enquêtes effectuées, 12 zones (38%) ont nécessité un suivi.

Le Ministère de la Santé a signalé que, parmi les enfants visés, 89 747 (98%) avaient reçu le vaccin antirougeoleux-antirubéoleux au 24 mai 2006. Sur les 20 subdivisions fidjiennes, 2 avaient signalé des taux de couverture inférieurs à 95%: Suva (91%) dans la Division du Centre et Macuata (90%), dans la Division du Nord. Aucune manifestation indésirable grave consécutive à la vaccination n'a été signalée au cours des AVS.

**Note de la rédaction.** Cette flambée, de même que les flambées récentes de rougeole survenues aux îles Marshall, suggère que l'absence de transmission peut provoquer un faux sentiment de sécurité et que des taux élevés d'immunité dans la population sont indispensables pour prévenir les flambées épidémiques.<sup>7</sup>

L'isolement relatif des Fidji par rapport aux pays où la rougeole est endémique, allié à sa faible population, a probablement contribué à l'interruption de la transmission de 1998 à 2005.<sup>8,9</sup> De faibles niveaux de couverture vaccinale systématique et de suivi, alliés à des poches persistantes d'adultes et d'adolescents vulnérables malgré les AVS et flambées antérieures, semblent avoir laissé le pays vulnérable à une flambée due à une importation.

Une couverture d'au moins 95% par 2 doses de vaccin antirougeoleux permettra d'obtenir une immunité suffisante de la population pour empêcher le virus de se propager.<sup>10</sup> L'incidence élevée des cas de rougeole ayant leur origine dans une seule subdivision ayant des antécédents de faible couverture systématique par le vaccin antirougeoleux et la survenue de cas dans tous les groupes d'âge soulignent l'importance qu'il y a à surveiller la couverture par le vaccin antirougeoleux au niveau local et parmi les groupes plus âgés pour veiller à ce que des poches cachées de vulnérabilité ne se développent pas.

Les premiers cas identifiés de rougeole lors de cette flambée concernaient des enfants venus consulter pour pneumonie à l'hôpital de division; ils n'avaient pas consulté au niveau des centres de santé. Etant donné qu'il est possible que l'on soit moins attentif à la rougeole lorsque la transmission a été interrompue depuis longtemps, les programmes de pays devraient rappeler aux cliniciens de rester vigilants et de signaler les cas suspectés. Afin d'accroître la sensibilité et la ponctualité de la surveillance, les établissements de soins primaires et les services de consultation devraient figurer parmi les sites de notification et des membres de la communauté pourraient être recrutés pour signaler des cas suspectés de rougeole.

Le fait de cibler les enfants de 9 mois à 5 ans et 11 mois était important car ce groupe représentait plus de 60% des cas et est plus

<sup>7</sup> Hyde TB, Dayan G, Langidrik JR et al. Measles outbreak in the Republic of the Marshall Islands, 2003. *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35:299-306.

<sup>8</sup> Rhodes CJ, Butler AR, Anderson RM. Epidemiology of communicable diseases in small populations. *Journal of Molecular Medicine*, 1998, 76:111-116.

<sup>9</sup> Black FL. Measles endemicity in insular populations: critical community size and its evolutionary implications. *Journal of Theoretical Biology*, 1966, 11:207-211.

<sup>10</sup> Gay NJ. The theory of measles elimination: implications for the design of elimination strategies. *Journal of Infectious Diseases*, 2004, 189(Suppl 1):S27-S35.

<sup>7</sup> Hyde TB, Dayan G, Langidrik JR et al. Measles outbreak in the Republic of the Marshall Islands, 2003. *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35: 299-306.

<sup>8</sup> Rhodes CJ, Butler Ar, Anderson RM, Epidemiology of communicable diseases in small populations. *Journal of Molecular Medicine*, 1998, 76: 111-116.

<sup>9</sup> Black FL. Measles endemicity in insular populations: critical community size and its evolutionary implications. *Journal of Theoretical Biology*, 1966, 11: 207-211.

<sup>10</sup> Gay NJ. The theory of measles elimination: implications for the design of elimination strategies. *Journal of Infectious Diseases*, 2004, 189(Suppl 1):S27-S135.

>60% of cases and is more vulnerable to severe outcomes from measles infection, complications and death. The Fiji Ministry of Health rapidly achieved high measles immunization coverage by implementing an outbreak response that targeted this age group. At the same time, a sharp decrease in reported cases occurred among all ages. The effectiveness of outbreak response immunizations is greater when the intervention occurs early in the course of an outbreak.<sup>11</sup> In Fiji, the SIAs began 6 weeks after the first case was reported, and 8 weeks later the last reported case occurred.

Fiji's intersectoral, comprehensive and timely response to this outbreak was exemplary. The strong commitment from the Ministry of Health and its partners to reach at least 95% of targeted children was critical for the successful interruption of measles virus transmission and preventing the spread of the measles virus to other, equally vulnerable Pacific Islands. ■

exposé aux effets graves de l'infection et aux complications, voire aux complications mortelles. Le Ministère fidjien de la Santé a rapidement obtenu une couverture vaccinale élevée en mettant en œuvre une riposte visant ce groupe d'âge. Parallèlement, une nette diminution des cas notifiés a été observée dans tous les groupes d'âge. L'efficacité des vaccination en riposte à la flambée est plus grande lorsque l'on intervient de manière précoce.<sup>11</sup> Aux Fidji, les activités de vaccination supplémentaire ont commencé 6 semaines après la notification du premier cas et le dernier cas notifié est survenu 8 semaines plus tard.

L'intervention intersectorielle globale et rapide face à cette flambée aux Fidji a été exemplaire. La détermination du Ministère de la Santé et de ses partenaires d'atteindre au moins 95% des enfants visés a été décisive pour interrompre la transmission du virus rougeoleux et prévenir sa propagation à d'autres îles du Pacifique, également vulnérables. ■

<sup>11</sup> Guris D, Auerbach SB, Vitek C, et al. Measles outbreaks in Micronesia, 1991 to 1994. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1998, 17:33-39.

<sup>11</sup> Guris D, Auerbach SB, Vitek C, Measles outbreaks in Micronesia, 1991 to 1994. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1998, 17:33-39.

#### PERFORMANCE OF ACUTE FLACCID PARALYSIS (AFP) SURVEILLANCE AND INCIDENCE OF POLIOMYELITIS, 2005-2006

(DATA RECEIVED IN WHO HEADQUARTERS AS OF 22 AUGUST 2006)

#### FONCTIONNEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA) ET INCIDENCE DE LA POLIOMYÉLITE, 2005-2006

(DONNÉES REÇUES PAR LE SIÈGE DE L'OMS AU 22 AOÛT 2006)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2006 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2006			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported <sup>1</sup> Cas de PFA signalés <sup>1</sup>	Annualized non-poliomyelitis AFP rate <sup>2</sup> Taux de PFA non poliomyélitique annuel <sup>2</sup>	AFP cases with adequate specimens <sup>3</sup> Cas de PFA avec échantillons conformes <sup>3</sup>	2006 confirmed (wild poliovirus) <sup>4</sup> Confirmé en 2006 (virus sauvage) <sup>4</sup>		2005 confirmed (wild poliovirus) <sup>4</sup> Confirmé en 2005 (virus sauvage) <sup>4</sup>	
<b>Regional totals — Totaux régionaux</b>							
AFR	7 614	3.90	89%	731	(731)	876 <sup>5</sup>	(872)
AMR	997	0.98	80%	0	(0)	0	(0)
EMR	5 249	3.79	90%	69	(69)	730 <sup>6</sup>	(727)
EUR	883	0.97	81%	0	(0)	0	(0)
SEAR	18 916	4.06	85%	218 <sup>7</sup>	(217)	419 <sup>8</sup>	(373)
WPR	3 186	1.27	89%	1 <sup>9</sup>	(0)	1 <sup>9</sup>	(0)
<b>Global total — Total mondial</b>	<b>36 845</b>	<b>3.07</b>	<b>87%</b>	<b>1019</b>	<b>(1017)</b>	<b>2026</b>	<b>(1972)</b>
<b>African Region — Région africaine (AFR)</b>							
Algeria – Algérie	36	0.60	81%	0	(0)	0	(0)
Angola	116	2.30	97%	1	(1) <sup>10</sup>	10	(10) <sup>10</sup>
Benin – Bénin	59	2.70	92%	0	(0)	0	(0)
Botswana	20	4.60	95%	0	(0)	0	(0)
Burkina Faso	73	1.90	96%	0	(0)	0	(0)
Burundi	29	1.30	83%	0	(0)	0	(0)
Cameroon – Cameroun	110	2.20	85%	0	(0)	1	(1) <sup>10</sup>
Cape Verde – Cap-Vert	2	1.60	100%	0	(0)	0	(0)
Central African Republic – République centrafricaine	123	10.50	97%	0	(0)	0	(0)
Chad – Tchad	78	2.80	95%	0	(0)	2	(2) <sup>10</sup>
Comoros – Comore	7	11.40	71%	0	(0)	0	(0)
Congo	61	5.50	90%	0	(0)	0	(0)
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	946	4.60	86%	8	(8) <sup>10</sup>	0	(0)
Côte d'Ivoire	243	4.00	98%	0	(0)	0	(0)
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	4	3.30	100%	0	(0)	0	(0)
Eritrea – Erythrée	33	4.50	88%	0	(0)	1	(1) <sup>10</sup>
Ethiopia – Éthiopie	515	2.20	89%	8	(8) <sup>10</sup>	22	(22) <sup>10</sup>
Gabon	12	2.80	67%	0	(0)	0	(0)
Gambia – Gambie	7	1.60	100%	0	(0)	0	(0)
Ghana	82	1.30	93%	0	(0)	0	(0)
Guinea-Bissau	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Guinea – Guinée	46	1.60	98%	0	(0)	0	(0)
Kenya	153	1.70	93%	0	(0)	0	(0)
Lesotho	12	2.20	100%	0	(0)	0	(0)
Liberia – Libéria	40	3.00	95%	0	(0)	0	(0)
Madagascar	76	1.70	92%	0	(0)	4 <sup>7</sup>	(0)
Malawi	59	1.70	76%	0	(0)	0	(0)
Mali	52	1.50	100%	0	(0)	3	(3) <sup>10</sup>
Mauritania – Mauritanie	34	3.90	91%	0	(0)	0	(0)
Mauritius – Maurice	3	1.00	67%	0	(0)	0	(0)
Mozambique	81	1.50	89%	0	(0)	0	(0)
Namibia – Namibie	286	12.80	86%	20	(20) <sup>10</sup>	0	(0)
Niger	138	2.90	96%	7	(7) <sup>10</sup>	10	(10) <sup>11</sup>
Nigeria – Nigéria	3 239	6.80	87%	687	(687) <sup>11</sup>	823	(823) <sup>11</sup>
Reunion – Réunion				0	(0)	0	(0)
Rwanda	38	1.60	97%	0	(0)	0	(0)
Saint Helena – Saint-Hélène				0	(0)	0	(0)

Table (continued) – Tableau (suite)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2006 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2006			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported <sup>1</sup> Cas de PFA signalés <sup>1</sup>	Annualized non-poliomyelitis AFP rate <sup>2</sup> Taux de PFA non poliomyélique annuel <sup>2</sup>	AFP cases with adequate specimens <sup>3</sup> Cas de PFA avec échantillons conformes <sup>3</sup>	2006 confirmed (wild poliovirus) <sup>4</sup> Confirmé en 2006 (virus sauvage) <sup>4</sup>		2005 confirmed (wild poliovirus) <sup>4</sup> Confirmé en 2005 (virus sauvage) <sup>4</sup>	
Sao Tome and Principe – Sao Tomé-et-Principe	2	3.30	50%	0	(0)	0	(0)
Senegal – Sénégal	82	2.60	91%	0	(0)	0	(0)
Seychelles	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Sierra Leone	47	3.10	98%	0	(0)	0	(0)
South Africa – Afrique du Sud	143	1.60	80%	0	(0)	0	(0)
Swaziland	10	3.30	100%	0	(0)	0	(0)
Togo	32	2.00	100%	0	(0)	0	(0)
Uganda – Ouganda	183	2.20	90%	0	(0)	0	(0)
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	169	1.60	96%	0	(0)	0	(0)
Zambia – Zambie)	60	1.70	92%	0	(0)	0	(0)
Zimbabwe	73	2.20	83%	0	(0)	0	(0)
<b>Region of the Americas — Région des Amériques (AMR)</b>							
Argentina – Argentine	82	1.31	74%	0	(0)	0	(0)
Bolivia – Bolivie	27	1.22	78%	0	(0)	0	(0)
Brazil – Brésil	241	0.72	71%	0	(0)	0	(0)
Canada				0	(0)	0	(0)
CAREC – Centre d'Epidémiologie des Caraïbes *	14	1.13	64%	0	(0)	0	(0)
Chile – Chili	49	1.85	80%	0	(0)	0	(0)
Colombia – Colombie	116	1.35	86%	0	(0)	0	(0)
Costa Rica	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Cuba	16	1.19	100%	0	(0)	0	(0)
Dominican Republic – République dominicaine	10	0.53	90%	0	(0)	0	(0)
Ecuador – Equateur	20	0.76	80%	0	(0)	0	(0)
El Salvador	26	1.81	92%	0	(0)	0	(0)
Guatemala	39	1.39	87%	0	(0)	0	(0)
Haiti – Haïti	6	0.24	17%	0	(0)	0	(0)
Honduras	49	2.76	100%	0	(0)	0	(0)
Mexico – Mexique	228	1.17	80%	0	(0)	0	(0)
Nicaragua	16	1.22	100%	0	(0)	0	(0)
Panama	5	0.83	100%	0	(0)	0	(0)
Paraguay	6	0.49	100%	0	(0)	0	(0)
Peru – Pérou	23	0.41	78%	0	(0)	0	(0)
Uruguay	6	1.19	100%	0	(0)	0	(0)
United States of America – Etats-Unis d'Amérique				0	(0)	0	(0)
Venezuela	18	0.35	94%	0	(0)	0	(0)
* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.							
<b>Eastern Mediterranean Region — Région de la Méditerranée orientale (EMR)</b>							
Afghanistan	652	6.54	91%	26	(26) <sup>11</sup>	9	(9) <sup>11</sup>
Bahrain – Bahrein	11	8.68	100%	0	(0)	0	(0)
Djibouti	2	1.51	50%	0	(0)	0	(0)
Egypt – Egypte	627	3.52	93%	0	(0)	0	(0)
Iran (Islamic republic of) – Iran (République islamique d')	285	2.13	89%	0	(0)	1 <sup>9</sup>	(0)
Iraq	257	3.23	94%	0	(0)	0	(0)
Jordan – Jordanie	21	1.62	86%	0	(0)	0	(0)
Kuwait – Koweït	5	1.38	80%	0	(0)	0	(0)
Lebanon – Liban	9	1.14	56%	0	(0)	0	(0)
Libyan Arab Jamahiriya – Jamahiriya arabe	26	2.20	96%	0	(0)	0	(0)
Morocco – Maroc	99	1.60	78%	0	(0)	0	(0)
Oman	9	1.74	100%	0	(0)	0	(0)
Pakistan	2 531	5.40	89%	14	(14) <sup>11</sup>	28	(28) <sup>11</sup>
Qatar	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Saudi Arabia – Arabie saoudite	67	1.38	96%	0	(0)	1 <sup>9</sup>	(0)
Somalia – Somalie	129	4.43	84%	28	(28) <sup>10</sup>	185	(185) <sup>10</sup>
Sudan – Soudan	257	2.75	91%	0	(0)	27	(27) <sup>10</sup>
Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	60	1.20	92%	0	(0)	1 <sup>9</sup>	(0)
Tunisia – Tunisie	25	1.47	80%	0	(0)	0	(0)
United Arab Emirates – Emirats arabes unis	3	0.48	100%	0	(0)	0	(0)
West Bank and Gaza – Cisjordanie et bande de Gaza	11	1.14	100%	0	(0)	0	(0)
Yemen – Yémen	163	2.58	82%	1	(1) <sup>10</sup>	478	(478) <sup>10</sup>
<b>European Region — Région européenne (EUR)</b>							
Albania – Albanie	2	0.39	100%	0	(0)	0	(0)
Andorra – Andorre	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Armenia – Arménie	6	1.62	67%	0	(0)	0	(0)
Austria – Autriche	2	0.26	100%	0	(0)	0	(0)
Azerbaijan – Azerbaïdjan	7	0.54	86%	0	(0)	0	(0)
Belarus – Bélarus	23	2.61	96%	0	(0)	0	(0)
Belgium – Belgique	3	0.28	33%	0	(0)	0	(0)
Bosnia and Herzegovina – Bosnie-Herzégovine	2	0.51	100%	0	(0)	0	(0)
Bulgaria – Bulgarie	19	2.98	89%	0	(0)	0	(0)
Croatia – Croatie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Czech Republic – République tchèque	7	0.78	86%	0	(0)	0	(0)
Cyprus – Chypre	1	0.99	0%	0	(0)	0	(0)
Denmark – Danemark				0	(0)	0	(0)
Estonia – Estonie	1	0.82	100%	0	(0)	0	(0)
Finland – Finlande				0	(0)	0	(0)
France				0	(0)	0	(0)
Georgia – Georgie	3	0.60	100%	0	(0)	0	(0)
Germany – Allemagne	34	0.47	56%	0	(0)	0	(0)
Greece – Grèce	11	1.13	73%	0	(0)	0	(0)
Hungary – Hongrie	8	0.83	25%	0	(0)	0	(0)

Table (continued) – Tableau (suite)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2006 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2006			Polio cases Cas de poliomyélite			
	AFP cases reported <sup>1</sup> Cas de PFA signalés <sup>1</sup>	Annualized non-poliomyelitis AFP rate <sup>2</sup> Taux de PFA non poliomyélique annuel <sup>2</sup>	AFP cases with adequate specimens <sup>3</sup> Cas de PFA avec échantillons conformes <sup>3</sup>	2006 confirmed (wild poliovirus) <sup>4</sup> Confirmé en 2006 (virus sauvage) <sup>4</sup>		2005 confirmed (wild poliovirus) <sup>4</sup> Confirmé en 2005 (virus sauvage) <sup>4</sup>	
Iceland – Islande			0%	0	(0)	0	(0)
Ireland – Irlande	7	1.34	29%	0	(0)	0	(0)
Israel – Israël	10	0.86	0%	0	(0)	0	(0)
Italy – Italie	31	0.62	71%	0	(0)	0	(0)
Kazakhstan	33	1.61	97%	0	(0)	0	(0)
Kyrgyzstan – Kirghizistan	10	0.99	90%	0	(0)	0	(0)
Latvia – Lettonie	3	1.49	100%	0	(0)	0	(0)
Lithuania – Lituanie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Luxembourg			0%	0	(0)	0	(0)
Malta – Malte	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Monaco			0%	0	(0)	0	(0)
Netherlands – Pays-Bas			0%	0	(0)	0	(0)
Norway – Norvège	6	1.08	33%	0	(0)	0	(0)
Poland – Pologne	46	1.22	46%	0	(0)	0	(0)
Portugal	4	0.39	75%	0	(0)	0	(0)
Republic of Moldova – République de Moldova	3	0.66	67%	0	(0)	0	(0)
Romania – Roumanie	24	1.19	75%	0	(0)	0	(0)
Russian Federation – Fédération de Russie	242	1.83	90%	0	(0)	0	(0)
San Marino – Saint Marin			0%	0	(0)	0	(0)
Slovakia – Slovaquie	2	0.37	50%	0	(0)	0	(0)
Slovenia – Slovénie	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Spain – Espagne	29	0.75	45%	0	(0)	0	(0)
Sweden – Suède			0%	0	(0)	0	(0)
Switzerland – Suisse	7	0.97	14%	0	(0)	0	(0)
Tajikistan – Tadjikistan	13	0.84	100%	0	(0)	0	(0)
The former Yugoslav Republic of Macedonia – Ex-République yougoslave de Macédoine	2	0.83	100%	0	(0)	0	(0)
Turkey – Turquie	104	0.79	88%	0	(0)	0	(0)
Turkmenistan – Turkménistan	10	1.07	90%	0	(0)	0	(0)
Ukraine	84	2.06	93%	0	(0)	0	(0)
United Kingdom – Royaume-Uni			0%	0	(0)	0	(0)
Uzbekistan	64	1.19	98%	0	(0)	0	(0)
Serbia and Montenegro – Serbie et Monténégro	20	1.72	90%	0	(0)	0	(0)
<b>South-East Asia — Asie du Sud-Est (SEAR)</b>							
Bangladesh	1'069	2.55	93%	10	(10) <sup>10</sup>	0	(0)
Bhutan – Bhoutan	4	0.00	25%	0	(0)	0	(0)
Democratic People's Republic of Korea – République populaire démocratique de Corée	72	0.75	100%	0	(0)	0	(0)
India – Inde	16'217	4.92	84%	204	(204) <sup>11</sup>	66	(66) <sup>11</sup>
Indonesia – Indonésie	930	1.92	83%	2	(2) <sup>10</sup>	349 <sup>8</sup>	(303) <sup>10</sup>
Maldives	0	0.00	0%	0	(0)	0	(0)
Myanmar	187	1.27	96%	1 <sup>9</sup>	(0)	0	(0)
Nepal – Népal	215	2.79	88%	1	(1) <sup>10</sup>	4	(4) <sup>10</sup>
Sri Lanka	68	1.41	76%	0	(0)	0	(0)
Thailand – Thaïlande	153	1.24	81%	0	(0)	0	(0)
Timor Leste	1	0.00	100%	0	(0)	0	(0)
<b>Western Pacific — Pacifique occidental (WPR)</b>							
Australia – Australie	16	0.61	38%	0	(0)	0	(0)
Brunei – Brunéi Darussalam	5	7.65	40%	0	(0)	0	(0)
Cambodia – Cambodge	65	1.91	82%	1 <sup>9</sup>	(0)	1 <sup>9</sup>	(0)
China – Chine	2'381	1.38	91%	0	(0)	0	(0)
China, Hong Kong SAR – Hong Kong, Région administrative spéciale de la Chine	9	1.38	67%	0	(0)	0	(0)
Japan – Japon			0%	0	(0)	0	(0)
Lao People's Democratic Republic	32	2.22	72%	0	(0)	0	(0)
China, Macao SAR – Macao, Région administrative spéciale de la Chine	1	1.53	100%	0	(0)	0	(0)
Malaysia – Malaisie	61	1.04	69%	0	(0)	0	(0)
Mongolia – Mongolie	5	1.09	80%	0	(0)	0	(0)
New Zealand – Nouvelle-Zélande	6	1.15	83%	0	(0)	0	(0)
Pacific Island Countries – Iles du Pacifique*	15	2.29	20%	0	(0)	0	(0)
Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	8	0.51	63%	0	(0)	0	(0)
Philippines	278	1.33	82%	0	(0)	0	(0)
Republic of Korea – République de Corée	22	0.36	86%	0	(0)	0	(0)
Singapore – Singapour	4	0.87	100%	0	(0)	0	(0)
Viet Nam	278	1.32	96%	0	(0)	0	(0)

\* These countries have been grouped together for reporting purposes. — Ces pays ont été regroupés aux fins de la déclaration.

<sup>1</sup> The regions of the Eastern Mediterranean, Europe, South-East Asia and the Western Pacific report by date of onset. The other 2 regions report by date of notification. — Les régions d'Asie du Sud-Est, d'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental rapportent selon la date d'apparition de la paralysie. Les 2 autres régions rapportent selon la date de notification.

<sup>2</sup> Annualized non-poliomyelitis AFP rate for 100 000 people aged <15 years. — Taux annualisé de PFA non poliomyélique pour 100 000 personnes âgées de <15 ans.

<sup>3</sup> Two 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. — Deux 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.

<sup>4</sup> Figures in parentheses indicate the number of laboratory-confirmed cases. — Les chiffres entre parenthèses indiquent le nombre de cas confirmés en laboratoire.

<sup>5</sup> Includes 4 vaccine-derived polioviruses. — Includ 4 poliovirus dérivés d'une souche vaccinale.

<sup>6</sup> Includes 3 vaccine-derived polioviruses. — Includ 3 poliovirus dérivés d'une souche vaccinale.

<sup>7</sup> Includes 1 vaccine-derived poliovirus. — Includ 1 poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.

<sup>8</sup> Includes 46 vaccine-derived polioviruses. — Includ 46 poliovirus dérivés d'une souche vaccinale.

<sup>9</sup> Vaccine-derived poliovirus. — Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.

<sup>10</sup> Country with imported virus. — Pays où un virus a été importé.

<sup>11</sup> Endemic country. — Pays d'endémie.

The most recent AFP and wild poliovirus data can be found on the WHO web site at: [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case\\_count.cfm](http://www.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm), which is updated every 2 weeks. — Les données les plus récentes concernant les cas de PFA et les poliovirus sauvages peuvent être consultées sur le site OMS suivant: [http://www.who.int/immunization\\_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case\\_count.cfm](http://www.who.int/immunization_monitoring/en/diseases/poliomyelitis/case_count.cfm), où elles sont mises à jour une fois toutes les 2 semaines.