



Contents

- 489 Cholera, 2017
- 497 Performance of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and incidence of poliomyelitis, 2018

Sommaire

- 489 Choléra, 2017
- 497 Fonctionnement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et incidence de la poliomyélite, 2018

Cholera, 2017

World Health Organization

The year 2017 was historic for cholera in several ways: it marked 200 years since the onset of the first recognized cholera pandemic in 1817, while the current seventh pandemic continues as the longest ever recorded. Explosive, country-wide epidemics of cholera killed thousands of people in Yemen (2261), the Democratic Republic of the Congo (DRC) (1190) and Somalia (1007). Yemen was the first country on record to report more than one million suspected cases in a single year, while DRC (56 190) and Somalia (75 414) approached the highest numbers of cases in their recent history.

Globally, in 2017, 71 countries provided data on cholera to WHO: 34 countries reported a total of 1 227 391 cases and 5654 deaths (global case fatality rate (CFR): 0.5%) (*Figure 1, Map 1 and Table 1*), and 37 countries reported 0 cases for the year. Yemen accounted for 84% of all suspected cases reported and for 41% of cholera-attributed fatalities. This complicates analyses of global temporal cholera trends that include 2017. If Yemen is excluded, 194 371 cases and 3388 deaths (CFR: 1.7%) were reported by Member States, which represent increases of 45% in the number of cases and 33% in the number of deaths over the global totals in 2016 (132 121 cases and 2420 deaths, CFR: 1.8%). The increase in 2017 is due largely to severe epidemics in DRC, Nigeria, Somalia and South Sudan.

These figures give only a partial picture of global cholera. Countries with significant endemic seasonal transmission still do not publically count or report cases of cholera, while countries with explosive outbreaks continue to report cases and deaths due to outbreaks of “acute watery diarrhoea” (AWD), without divulging the causative pathogen. In 2017, epidemics of “AWD” in countries of Africa that do not officially recognize cholera affected tens

Choléra, 2017

Organisation mondiale de la Santé

L'année 2017 est une année qui fera date dans l'histoire du choléra pour plusieurs raisons: elle a marqué le 200^e anniversaire du début de la première pandémie de choléra reconnue comme telle en 1817, tandis que se poursuivait la pandémie actuelle, la septième, la plus longue jamais enregistrée. Des épidémies de choléra foudroyantes à l'échelle nationale ont tué des milliers de personnes au Yémen (2261), en République démocratique du Congo (RDC) (1190) et en Somalie (1007). Le Yémen a été le premier pays à faire état de plus d'un million de cas présumés au cours d'une seule année, tandis que la RDC (56 190) et la Somalie (75 414) ont pratiquement atteint le nombre record de cas de toute leur histoire récente.

À l'échelle mondiale, en 2017, 71 pays ont fourni des données sur le choléra à l'OMS: 34 pays ont fait état de 1 227 391 cas et 5654 décès au total (taux de létalité (TL) au niveau mondial: 0,5%) (*Figure 1, Carte 1 et Tableau 1*), et 37 pays ont signalé 0 cas pour l'année. Le Yémen totalisait 84% de tous les cas présumés signalés et 41% des décès attribués au choléra. Cela complique les analyses des évolutions séculaires du choléra au niveau mondial qui englobent 2017. Si l'on exclut le Yémen, les États Membres ont signalé 194 371 cas et 3388 décès (TL: 1,7%), ce qui représente une hausse de 45% du nombre de cas et de 33% du nombre de décès par rapport aux chiffres mondiaux pour 2016 (132 121 cas et 2420 décès, TL: 1,8%). L'augmentation en 2017 est due en grande partie aux graves épidémies qui ont frappé la RDC, le Nigéria, la Somalie et le Soudan du Sud.

Ces chiffres ne donnent qu'une image tronquée du choléra dans le monde. Certains pays où la transmission saisonnière endémique est importante ne font toujours pas un décompte public ni ne notifient le nombre de cas de choléra, tandis que des pays où sévissent des flambées foudroyantes continuent à signaler des cas et des décès dus à des flambées de «diarrhée aqueuse aiguë» (DAA), sans préciser le pathogène responsable. En 2017, les épidémies de «DAA» dans des pays d'Afrique qui

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel

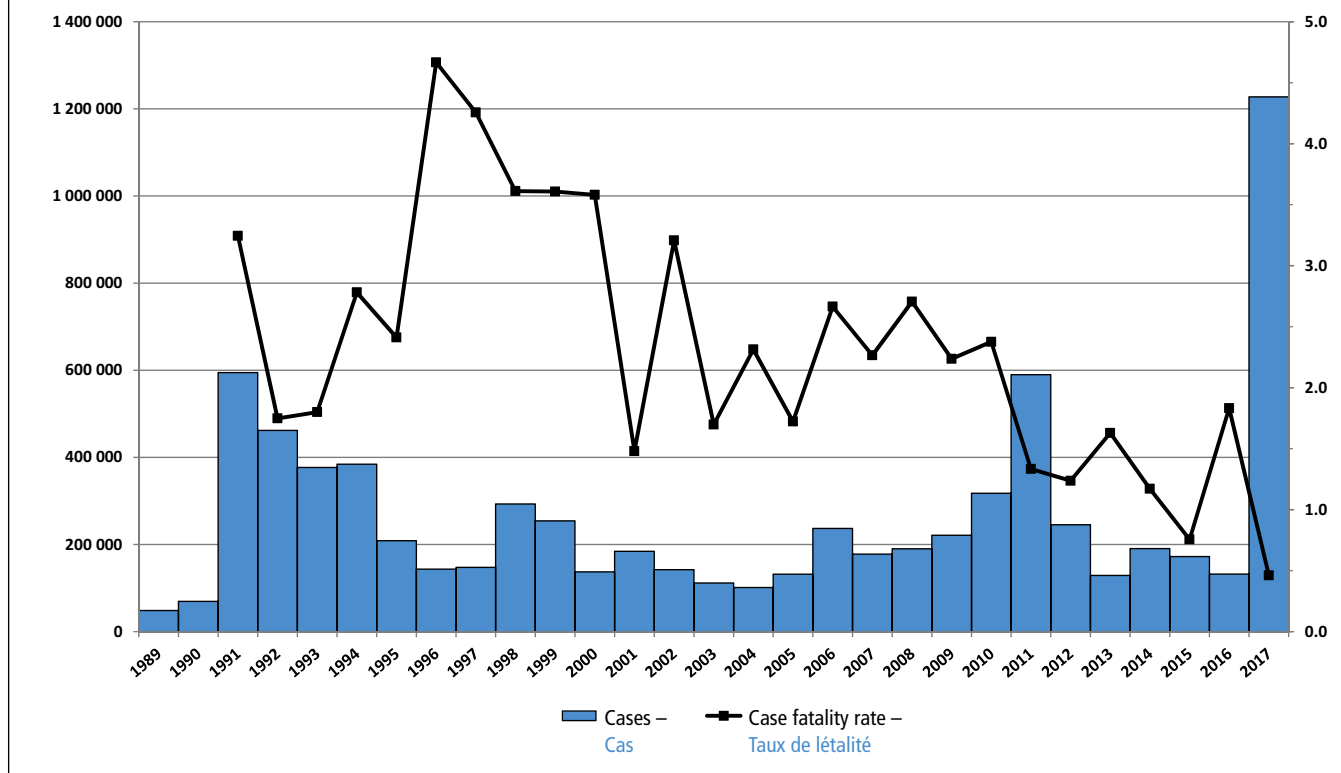
Sw. fr. / Fr. s. 346.–

09.2018

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

Figure 1 Annual cholera cases and mortality reported by year, 1989–2017
 Figure 1 Cas de choléra et létalité par année, 1989–2017



of thousands people and caused hundreds of deaths. National and global efforts for cholera control should encourage Member States to address cholera openly to drive the search for long-term solutions.

Patterns of transmission and outbreaks

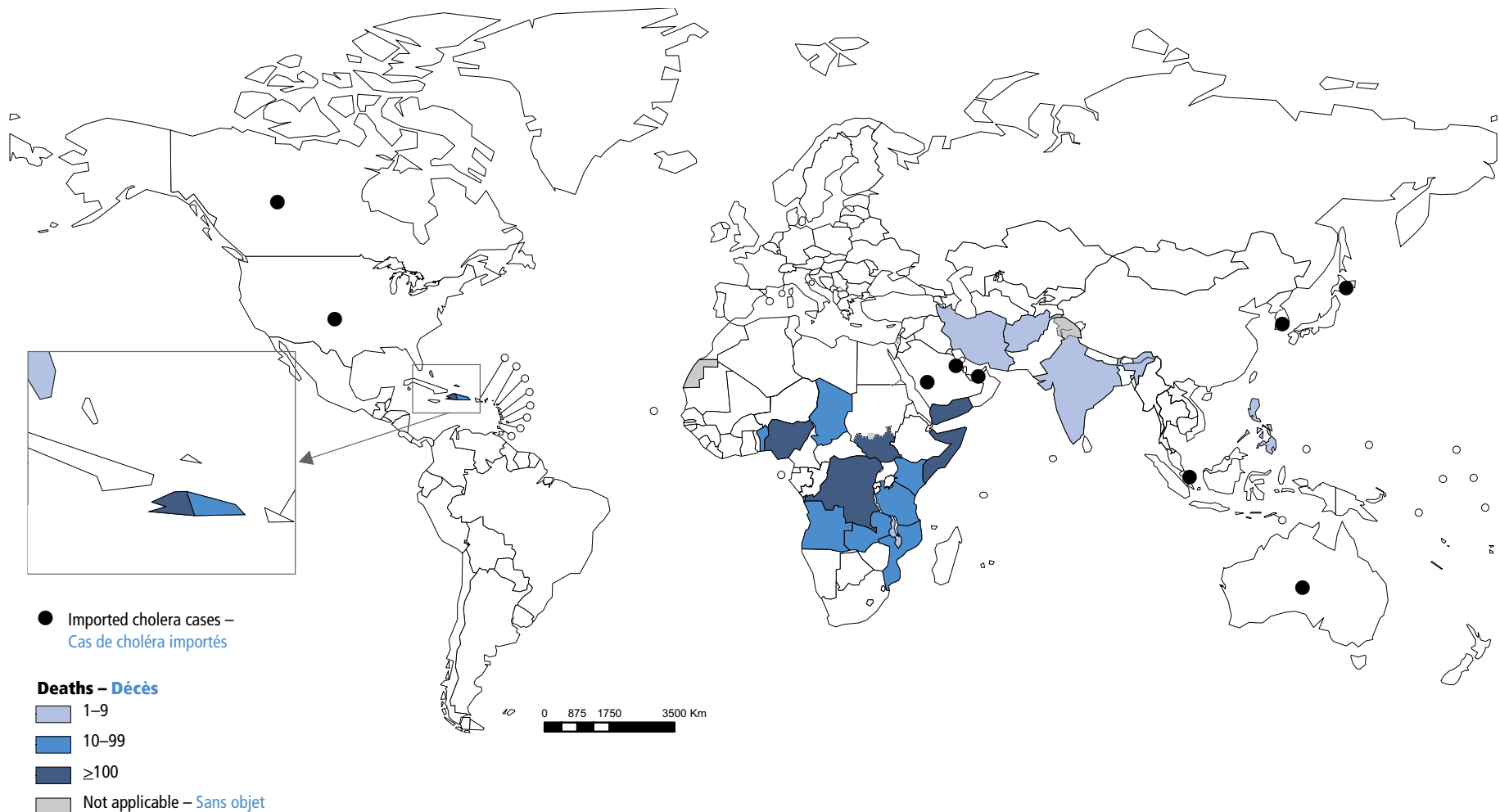
In regional terms, the foci of intense cholera transmission were Yemen, across the Horn of Africa, through East Africa and in the DRC. Violent conflict and, in the Horn of Africa, drought, famine and displaced populations drove explosive outbreaks across the region. By the end of 2017, Yemen reported an annual attack rate approaching 4%. In comparison, Haiti had a cumulative attack rate of 0.8% for 2010–2017. While it is generally acknowledged that there was probable substantial over-reporting of cases in Yemen, for a number of reasons, the 2261 deaths recorded are evidence of the severity of the epidemic that swept the country, regardless of the number of cases registered. Why such a large epidemic exploded in the spring of 2017 may never be fully understood, but the persistence of cholera transmission from 2016 into 2017 in many locations, the continued destruction and deterioration of infrastructure and services in the ongoing conflict and the heavy rains that flooded sewage and contaminated run-off into drinking-water sources represent a plausible combination of contributing factors (Figure 2).

ne reconnaissent pas officiellement le choléra ont touché des dizaines de milliers de personnes et causé des centaines de décès. Les efforts déployés aux niveaux national et mondial pour lutter contre la maladie devraient encourager les États Membres à s'attaquer ouvertement au choléra pour contribuer à la recherche de solutions à long terme.

Schémas de transmission et flambées épidémiques

À l'échelle régionale, les foyers d'intense transmission du choléra étaient situés au Yémen et en RDC, et traversaient la Corne de l'Afrique et l'Afrique de l'Est. De violents conflits et, dans la Corne de l'Afrique, la sécheresse, la famine et les mouvements de population ont entraîné des flambées foudroyantes dans toute la région. A la fin de 2017, le Yémen signalait un taux d'atteinte annuel proche de 4%. En comparaison, le taux d'atteinte cumulé à Haïti était de 0,8% pour 2010–2017. Bien qu'il soit généralement reconnu que le nombre de cas notifiés au Yémen est sans doute notablement surestimé, pour diverses raisons, les 2261 décès enregistrés attestent de la gravité de l'épidémie qui a balayé le pays, indépendamment du nombre de cas constatés. Il ne sera peut-être jamais possible de comprendre pleinement pourquoi une épidémie d'une telle ampleur a ravagé le Yémen au printemps 2017, mais la persistance de la transmission du choléra de 2016 à 2017 dans de nombreux lieux, la destruction et la détérioration ininterrompues des infrastructures et des services du fait du conflit en cours, et les fortes pluies qui ont entraîné des débordements des eaux usées et la contamination des sources d'eau potable représentent une combinaison plausible de facteurs responsables (Figure 2).

Map 1 **Countries reporting cholera deaths and imported cases in 2017**
 Carte 1 **Pays ayant déclaré des décès dus au choléra et des cas importés en 2017**



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – *Les limites et appellations figurant sur cette carte ou les désignations employées n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.*

Source: World Health Organization/ Department of Control of Epidemic Diseases. – *Source: Organisation mondiale de la santé / Département de lutte contre les maladies épidémiques.*

Map production: World Health Organization/ Department of Information Evidence and Research. – *Production de la carte: Organisation mondiale de la santé / Département Information, bases factuelles et recherche.*

© World Health Organization (WHO), 2018. All rights reserved. – *© Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2018. Tous droits réservés.*

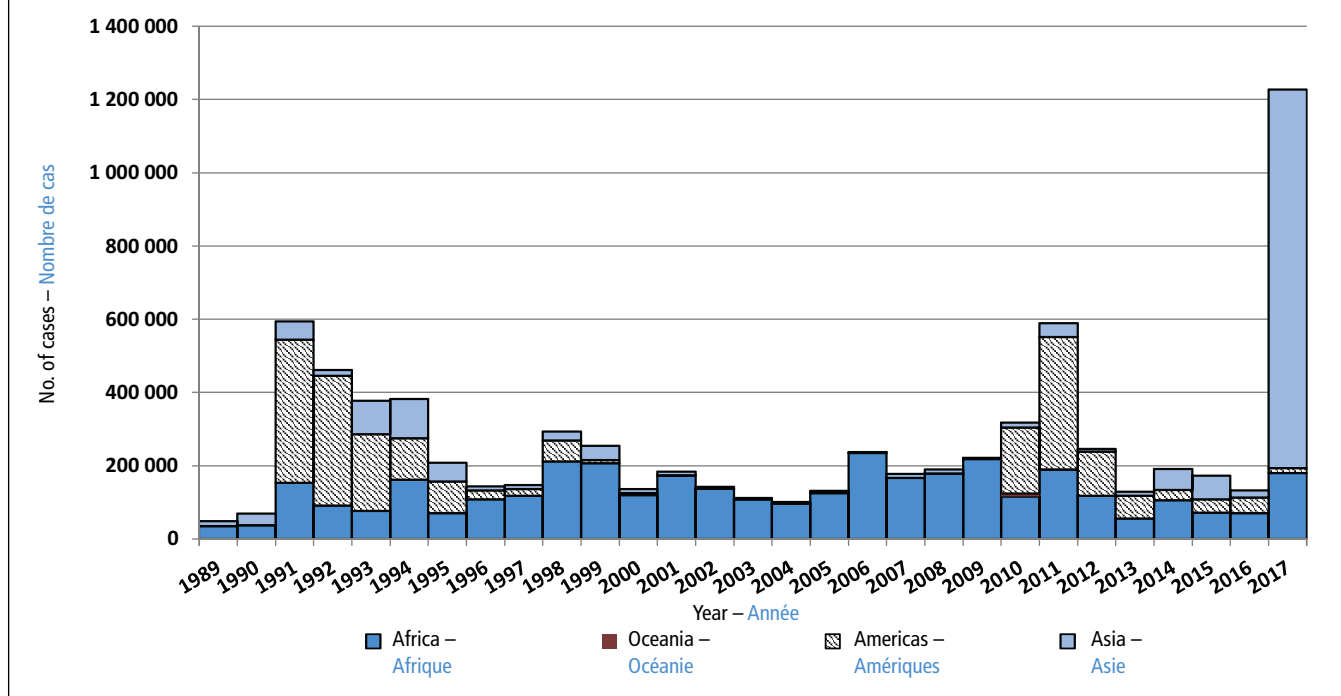
Table 1 **Number of cholera cases and deaths reported to WHO in 2017^a**
 Tableau 1 **Nombre de cas de choléra et de décès signalés à l'OMS en 2017^a**

Region – Région	Country – Pays	Total no. of cases, including imported cases/deaths – Nombre total de cas (incluant cas importés et décès)	Imported cases – Cas importés	Deaths – Décès	Case fatality rate (%) [*] – Taux de létalité (%) [*]
Africa – Afrique	Angola	828		43	5.2
	Benin – Bénin	11		0	0.0
	Burundi	399		0	0.0
	Chad – Tchad	1 266		86	6.8
	Democratic Republic of the Congo – République Démocratique du Congo	56 190		1 190	2.2
	Kenya	4 288		82	1.9
	Malawi	344		5	1.4
	Mozambique	5 892		10	0.2
	Nigeria – Nigéria	12 174		288	2.4
	Somalia – Somalie	75 414		1 007	1.3
	South Sudan – Soudan du Sud	16 088		353	2.2
	Uganda – Ouganda	252		0	0.0
	United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	4 895		99	2.0
Zambia – Zambie	1 794		57	3.2	
	Total	179 835		3 220	1.8
Americas – Amériques	Canada	4	3	0	0
	Dominican Republic – République Dominicaine	122	0	4	3.3
	Haiti – Haïti	13 681	0	159	1.2
	United States of America – États Unis d'Amérique	11	9	0	0
	Total	13 818	12	163	1.2
Asia – Asie	Afghanistan	33	0	1	3.0
	China – Chine	14		0	0
	India – Inde	385		3	0.7
	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	634	625	4	0.6
	Japan – Japon	7	5	0	0
	Malaysia – Malaisie	2	0	0	0
	Nepal	7		0	0
	Philippines	134		2	1.5
	Qatar	5	5	0	0.0
	Republic of Korea – République de Corée	5	5	0	0.0
	Saudi Arabia – Arabie saoudite	5	5	0	0.0
	Singapore – Singapour	3	3	0	0
	Thailand – Thaïlande	8	0	0	0.0
	United Arab Emirates – Émirats arabes unis	12	12	0	0.0
Yemen – Yémen	1 032 481	0	2 261	0.2	
	Total	1 034 123	660	2 276	0.2
Europe	No reports in 2017* – Pas de notification en 2017*				
Oceania – Océanie	Australia – Australie	3	3	0	0
Total		3	3	0	0
Global total – Total mondial		1 227 391	675	5 654	0.5

* The European Region of WHO is updating public health surveillance reporting, and data for 2017 will be provided with data for 2018 next year. – La Région européenne de l'OMS actualise son dispositif de notification pour la surveillance en santé publique et les données pour 2017 seront fournies l'an prochain avec les données pour 2018.

^a The following countries reported 0 cases and deaths in 2017, fulfilling the vital public health surveillance service of "zero reporting": Bahrain, Brunei Darussalam, Cambodia, Central African Republic, Democratic People's Republic of Korea, Egypt, Fiji, Ghana, Jordan, Kiribati, Kuwait, Lao People's Democratic Republic, Lebanon, Maldives, Mali, Marshall Islands, Micronesia (Federated States of), Mongolia, Morocco, Myanmar, Nauru, New Zealand, Oman, Palau, Papua New Guinea, Samoa, Sierra Leone, Solomon Islands, Sri Lanka, State of Libya, Syrian Arab Republic, Timor-Leste, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam. – Les pays suivants ont signalé 0 cas et décès en 2017, se conformant à la prescription de notification de «zéro cas» essentielle pour la surveillance en santé publique: Bahreïn, Brunei Darussalam, Cambodge, Égypte, État de Libye, Fidji, Ghana, Îles Marshall, Îles Salomon, Jordanie, Kiribati, Koweït, Liban, Libéria, Maldives, Mali, Micronésie (États fédérés de), Mongolie, Maroc, Myanmar, Nauru, Nouvelle-Zélande, Oman, Palau, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République arabe syrienne, République centrafricaine, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, Samoa, Sierra Leone, Sri Lanka, Timor-Leste, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam.

Figure 2 **Cholera cases reported to WHO by year and by continent, 1989–2017**
 Figure 2 **Cas de choléra déclarés à l'OMS par année et par continent, 1989–2017**



Africa

In Africa, the number of people affected by cholera rose sharply, with the largest number of cases reported since 2011. In 2017, 14 countries reported a total of 179 835 cases and 3220 deaths, for a CFR of 1.8%. Significant year-around transmission was seen in regions of the DRC (which reported the highest number of cases since 1993), Kenya, Mozambique, Nigeria, Somalia and the United Republic of Tanzania. In turn, countries neighbouring these endemic zones, including Angola, Burundi, Chad, Malawi, Uganda and Zambia, had cholera outbreaks as well. On a positive note, in the midst of an intensive effort to introduce widespread oral vaccination against cholera, South Sudan appeared to be at the end of an 18-month outbreak, reporting 0 cases country-wide in the last 2 weeks of the year. The outbreak in Chad occurred in the east of the country and was most probably linked to the concurrent outbreak of unidentified “AWD” in Sudan rather than to the more common appearance of cholera in the west around the capital, attributable to its proximity to the Lake Chad basin endemic zone.

West Africa outside of Nigeria experienced relatively little cholera. Long-term cholera control in Senegal appears to have eliminated transmission, with 0 cases reported in 5 consecutive years. The quiescence of cholera in the Region is an opportunity for countries to redouble long-term cholera control measures in areas that remain at risk if cholera is reintroduced.

Americas

In 2017, the Americas reported a total of 13 818 cases and 163 deaths. The majority of cases were reported

Afrique

En Afrique, le nombre de personnes touchées par le choléra a fortement augmenté, avec un nombre record de cas signalés depuis 2011. En 2017, 14 pays ont fait état d'un total de 179 835 cas et 3220 décès, le TL étant de 1,8%. Une transmission importante a persisté toute l'année dans certaines régions de RDC (qui a notifié le plus grand nombre de cas depuis 1993), du Kenya, du Mozambique, du Nigéria, de Somalie et de République-Unie de Tanzanie. Les pays voisins de ces zones d'endémie, parmi lesquels l'Angola, le Burundi, le Malawi, l'Ouganda, le Tchad et la Zambie, ont aussi souffert de flambées de choléra. Note positive, après des efforts intenses pour introduire la vaccination anticholérique orale à grande échelle, le Soudan du Sud semblait sur le point de mettre fin à une flambée qui aura duré 18 mois, signalant zéro cas à l'échelle nationale au cours des 2 dernières semaines de l'année. Au Tchad, la flambée a frappé l'est du pays et était très certainement liée à la flambée concomitante de «DAA» non identifiée au Soudan plutôt qu'à l'apparition plus fréquente du choléra à l'ouest de la capitale, imputable à sa proximité avec la zone d'endémie du Bassin du lac Tchad.

L'Afrique de l'Ouest, Nigéria excepté, a signalé un nombre relativement faible de cas de choléra. La lutte à long terme engagée contre la maladie au Sénégal semble avoir éliminé la transmission, avec 0 cas signalé pendant 5 années consécutives. La trêve marquée par le choléra dans la Région est une occasion pour les pays d'intensifier les mesures de lutte à long terme contre la maladie dans les zones qui restent à risque en cas de réintroduction.

Amériques

En 2017, 13 818 cas et 163 décès ont été signalés au total dans les Amériques. La majorité des cas étaient notifiés par Haïti et

from Haiti and the Dominican Republic (13 681 and 122 indigenous cases, respectively). Canada and the United States of America also reported cases, most of which (3 of 4 and 9 of 12, respectively) were imported.

From the onset of the epidemic in October 2010 to the end of December 2017, Haiti reported 816 000 cases and 9748 deaths. The 13 681 cases reported in 2017 represent the lowest number of annual cases since the onset of the epidemic in 2010, reversing a recent 3-year trend of increasing annual cases, while the CFR remained relatively unchanged during the same period (2017 CFR: 1.2%). In the past 4 years, the largest numbers of cases and cumulative incidence have been reported in 4 departments: Artibonite, Centre, Ouest and Nord.

In the Dominican Republic, the numbers of reported cases and deaths in 2017 (122 and 4, respectively) were the lowest since 0 cases and deaths were reported in 2009, the year before the introduction of cholera onto the island of Hispaniola in 2010.

Asia and Oceania

No or incomplete reporting from the countries in Asia that probably have the largest proportion of the global cholera burden every year makes an accurate description of the epidemiology of cholera impossible. As whole genome sequencing data from current and previous outbreaks of the seventh cholera pandemic become available, however, there is increasing evidence that, over time, the persistence of cholera across the globe is due to sequential introduction of *Vibrio cholerae* into susceptible populations by human activity. Strain-distinguishing molecular changes appear to have their origin in South Asia, reinforcing the region's critical importance in ending the decades-long seventh pandemic.

Surveillance

Notification of cases of cholera is no longer mandatory under the *International Health Regulations* (2005); however, public health events involving cholera must always be assessed against the criteria in the Regulations to determine whether official notification is required. Local capacity for improving surveillance for early detection and diagnosis and for collecting, compiling and analysing data must be strengthened so that vulnerable populations in high-risk areas can be identified for comprehensive control activities.

International travel and trade

Experience shows that quarantine and embargoes on the movement of people and goods are ineffective in controlling the spread of cholera and are thus unnecessary. Import restrictions on food produced by good manufacturing practices, based solely on the presence of cholera in a country, are unjustified.

Countries that neighbour cholera-affected areas are encouraged to strengthen their own disease surveillance and national preparedness, particularly at their borders,

la République dominicaine (13 681 et 122 cas autochtones respectivement). Le Canada et les États-Unis d'Amérique ont également fait état de cas, dont la plupart (3 sur 4 et 9 sur 12 respectivement) étaient importés.

Depuis le début de l'épidémie en octobre 2010 jusqu'à fin décembre 2017, Haïti a signalé 816 000 cas et 9748 décès. Les 13 681 cas notifiés en 2017 représentent le plus faible nombre de cas annuels depuis le début de l'épidémie en 2010, et un renversement d'une tendance à la hausse des cas annuels sur les 3 dernières années; le TL a cependant peu évolué au cours de la même période (TL 2017: 1,2%). Au cours des 4 dernières années, le nombre de cas et l'incidence cumulée les plus élevés proviennent de 4 départements: Artibonite, Centre, Ouest et Nord.

En République dominicaine, en 2017, le nombre des cas et des décès notifiés (122 et 4, respectivement) étaient les plus faibles depuis l'absence de cas et de décès enregistrée en 2009, l'année qui a précédé l'introduction du choléra sur l'île d'Hispaniola en 2010.

Asie et Océanie

L'absence de notification ou des notifications incomplètes de la part des pays d'Asie qui supportent probablement la majeure partie de la charge de morbidité cholérique mondiale chaque année rendent impossible une description exacte de l'épidémiologie du choléra. Toutefois, au fur et à mesure de la mise à disposition des données complètes de séquençage du génome issues des flambées actuelles et antérieures de la septième pandémie de choléra, il apparaît de plus en plus que la persistance du choléra au cours du temps dans le monde est due aux introductions successives de *Vibrio cholerae* dans des populations vulnérables, du fait de l'activité humaine. Les changements moléculaires distinguant les différentes souches semblent avoir leur origine en Asie du Sud, d'où l'importance majeure de la région pour mettre fin à la septième pandémie qui sévit depuis plusieurs décennies.

Surveillance

Au titre du *Règlement sanitaire international* (2005), la notification des cas de choléra n'est plus obligatoire; cependant, les événements de santé publique dans lesquels le choléra est impliqué doivent toujours être évalués selon les critères prévus par le Règlement pour déterminer si une notification officielle s'impose. Il faut renforcer les capacités locales pour améliorer la surveillance permettant une détection et un diagnostic précoces, et pour la collecte, la compilation et l'analyse des données, de façon à pouvoir recenser les populations vulnérables vivant dans des zones à haut risque et les faire bénéficier d'activités de lutte complètes.

Voyages et échanges commerciaux internationaux

L'expérience a montré que les quarantaines et les embargos entravant la circulation des personnes et des biens sont inefficaces pour endiguer la propagation du choléra, et donc inutiles. Les restrictions à l'importation de denrées produites en respectant les bonnes pratiques de fabrication, au seul motif que le choléra est présent dans un pays, ne se justifient pas.

Les pays limitrophes de zones touchées par le choléra sont invités à renforcer leur propre système de surveillance et leur préparation au niveau national, en particulier dans les zones

so that they can rapidly detect and respond to outbreaks should cholera spread across borders. Information should be provided to travellers and communities about the potential risks of cholera, its symptoms, precautions to avoid the disease, when and where to report cases and where to seek treatment if necessary.

Countries no longer require proof of cholera vaccination as a condition for entry, and the international certificate of vaccination or prophylaxis has discontinued this requirement.¹

WHO does not advise that travellers from cholera-affected areas be routinely screened, vaccinated or quarantined against cholera. Nor does WHO advise a requirement for prophylactic administration of antibiotics, or proof of their administration, for travellers coming from, or going to, a country affected by cholera.

Support to countries

WHO, in collaboration with partners, provides support to ministries of health in countries affected by cholera to implement immediate and long-term cholera control, which includes surveillance, outbreak response, preventive measures such as oral cholera vaccination (OCV), water, sanitation and hygiene (WASH) and risk communication.

WHO also hosts the secretariat of the Global Task Force on Cholera Control (GTFCC), which is a partnership that ensures coordination of all cholera-related activities at global level and support to countries. The GTFCC brings together stakeholders involved in cholera prevention and control, including country partners, international organizations, nongovernmental organizations and academic and research institutions. Since its revitalization in 2014, the GTFCC has strengthened international collaboration and coordination of evidence-based strategies to control cholera. The GTFCC has several working groups of experts in surveillance, laboratory diagnosis, patient care, WASH, social mobilization and communication, OCV and training.

Editorial note

In October 2017, WHO and its partners under the auspices of the GTFCC introduced *Ending cholera – a global roadmap to 2030*,² which operationalizes a new global strategy for cholera control at country level and provides a strategy for a world in which cholera is no longer a threat to public health. By implementing the strategy, GTFCC partners will support countries in reducing cholera deaths by 90%. With the commitment

frontalières, pour être en mesure de détecter et de combattre rapidement toute flambée épidémique éventuelle en cas de propagation transfrontalière. Il est conseillé d'informer les voyageurs et les communautés des risques et des symptômes du choléra, des précautions à prendre pour éviter l'infection, ainsi que des modalités de notification (quand et où signaler les cas) et des lieux de traitement si nécessaire.

Les pays n'exigent plus de preuve de vaccination anticholérique à l'entrée sur leur territoire et le certificat international de vaccination ou de prophylaxie ne comporte plus d'espace réservé à cet effet.¹

L'OMS ne préconise pas le dépistage, la vaccination ou la quarantaine systématiques pour les voyageurs en provenance de zones touchées par le choléra. Elle ne recommande pas non plus d'exiger l'administration prophylactique d'antibiotiques ou la preuve d'une telle administration aux voyageurs en provenance ou à destination d'un pays en proie au choléra.

Soutien de l'OMS aux pays

L'OMS, en collaboration avec ses partenaires, apporte un soutien aux ministères de la santé des pays touchés par le choléra pour mettre en œuvre des activités immédiates et à long terme de lutte contre la maladie, qui comprennent la surveillance, l'intervention en cas de flambée, et des mesures préventives telles que la vaccination anticholérique orale (VCO), des mesures relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), et la communication sur les risques.

L'OMS héberge aussi le secrétariat du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC), un partenariat qui assure la coordination de toutes les activités relatives au choléra au niveau mondial et le soutien aux pays. Le GTFCC réunit les principales parties prenantes actives dans la lutte contre le choléra, notamment les partenaires dans les pays, les organisations internationales, les organisations non gouvernementales et les établissements universitaires et de recherche. Depuis sa revitalisation en 2014, le GTFCC a renforcé sa collaboration et sa coordination sur le plan international afin de mettre en œuvre des stratégies de lutte contre le choléra fondées sur des données probantes. Le GTFCC est composé de plusieurs groupes de travail réunissant des experts dans les domaines de la surveillance, du diagnostic en laboratoire, des soins aux patients, de l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH), de la mobilisation sociale et de la communication, de la VCO et de la formation.

Note de la rédaction

En octobre 2017, l'OMS et ses partenaires, sous les auspices du GTFCC, ont lancé une feuille de route intitulée *Ending cholera – a global roadmap to 2030*,² qui met en œuvre une nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le choléra au niveau des pays et offre une stratégie pour un monde dans lequel le choléra ne serait plus une menace pour la santé publique. En appliquant cette stratégie, les partenaires du GTFCC aideront les pays à réduire de 90% les décès dus au choléra. Grâce à la mobilisation

¹ WHO statement relating to international travel and trade to and from countries experiencing outbreaks of cholera. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/cholera/technical/prevention/choleratravelandtradeadvice231110.pdf>, accessed August 2017).

² GTFCC. Ending cholera: a global roadmap to 2030. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/cholera/publications/global-roadmap/en/>, accessed August 2018).

¹ WHO statement relating to international travel and trade to and from countries experiencing outbreaks of cholera. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2010 (<http://www.who.int/cholera/technical/prevention/choleratravelandtradeadvice231110.pdf>, consulté en août 2017).

² GTFCC. Ending cholera: a global roadmap to 2030. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 (<http://www.who.int/cholera/publications/global-roadmap/en/>, consulté en août 2018).

of cholera-affected countries, technical partners and donors, as many as 20 countries could eliminate transmission of the disease by 2030.

The strategy focuses on the 47 countries affected by cholera today and consists of multisectoral interventions along 3 axes: (1) early detection and rapid response to contain outbreaks; (2) a targeted, multisectoral approach to prevent the recurrence of cholera in hotspots; and (3) effective coordination of technical support, advocacy, resource mobilization and partnership at local and global levels.

Over 35 GTFCC partners endorsed a call to action to end cholera as a global public health threat through implementation of the cholera control strategy defined in the roadmap. In a declaration,³ the GTFCC partners called for commitment from all stakeholders to support cholera-affected countries and align the energy, efforts and resources to end cholera transmission.

The momentum for global cholera control received a boost with the adoption of resolution WHA71.4 on cholera at the Seventy-first World Health Assembly in May 2018.⁴ Led by the governments of Haiti and Zambia and co-sponsored by another eight countries, the resolution urges Member States to take the necessary steps to end cholera, in line with the principles of the roadmap strategy, while affirming the role of the GTFCC in strategic leadership and coordination. This resolution marks a renewed engagement from countries in long-term cholera control.

Since the last annual review on cholera in 2017, the GTFCC has continued to support Member States with technical guidance and standards of cholera control, including publication of the 2017 WHO OCV position paper,⁵ interim guidance on cholera surveillance,⁶ a technical note for public health practitioners on the role of DNA-based identification and typing methods⁷ and a technical note on the organization of case management during an outbreak.⁸ In addition, the GTFCC prepared a target product profile for a reliable cholera

des pays touchés par le choléra, des partenaires techniques et des donateurs, pas moins de 20 pays pourraient éliminer la transmission de la maladie d'ici à 2030.

La stratégie vise les 47 pays touchés par le choléra aujourd'hui et consiste en interventions multisectorielles, selon 3 axes: 1) la détection précoce et l'intervention rapide pour endiguer les flambées; 2) une approche ciblée, multisectorielle pour prévenir la résurgence du choléra dans les lieux sensibles; et 3) une coordination efficace couvrant l'appui technique, la sensibilisation, la mobilisation des ressources et le partenariat aux niveaux local et mondial.

Plus de 35 partenaires du GTFCC ont souscrit à un appel à l'action pour mettre fin au choléra en tant que menace pour la santé publique mondiale par la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre le choléra définie dans la feuille de route. Dans une déclaration,³ les partenaires du GTFCC ont appelé à la mobilisation de toutes les parties prenantes pour soutenir les pays touchés par le choléra et coordonner énergie, efforts et ressources pour mettre un terme à la transmission de la maladie.

Une nouvelle impulsion a été donnée à la lutte mondiale contre le choléra avec l'adoption de la résolution WHA71.4 sur le choléra lors de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018.⁴ À l'initiative des gouvernements d'Haïti et de Zambie, et coparrainée par 8 autres pays, la résolution appelle les États Membres à prendre les mesures nécessaires pour mettre fin au choléra, conformément aux principes de la stratégie définie dans la feuille de route, tout en affirmant le rôle directeur et coordonnateur stratégique du GTFCC. Cette résolution témoigne de l'engagement renouvelé des pays dans la lutte à long terme contre le choléra.

Depuis le dernier bilan annuel sur le choléra en 2017, le GTFCC a continué à soutenir les États Membres par des orientations techniques et des normes pour lutter contre le choléra, y compris la note de synthèse 2017 sur les vaccins anticholériques,⁵ les orientations intérimaires sur la surveillance du choléra,⁶ une note technique pour les praticiens de santé publique sur le rôle de l'identification basée sur l'ADN et les méthodes de typage⁷ et une note technique sur l'organisation de la prise en charge des cas au cours d'une flambée.⁸ En outre, le GTFCC a établi un profil de produit cible pour un test de

³ GTFCC. Declaration to ending cholera. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/cholera/task_force/declaration-ending-cholera.pdf?ua=1, accessed August 2018).

⁴ Resolution WHA71.4. Cholera prevention and control. In: Seventy-first World Health Assembly, 21–26 May 2018. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R4-en.pdf, accessed August 2018).

⁵ See No. 34, 2017, pp. 477–500.

⁶ GTFCC Surveillance Working Group. Interim guidance document on cholera surveillance. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/cholera/task_force/GTFCC-Guidance-cholera-surveillance.pdf?ua=1, accessed August 2018).

⁷ GTFCC Laboratory Working Group. Interim technical note. Introduction of DNA-based identification and typing methods to public health practitioners for epidemiological investigation of cholera outbreaks. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/cholera/task_force/GTFCC-Laboratory-support-public-health-surveillance.pdf?ua=1, accessed August 2018).

⁸ GTFCC Case Management Working Group. Technical note. Organization of case management during a cholera outbreak. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/cholera/task_force/GTFCC-Case-Management.pdf?ua=1, accessed August 2018).

³ GTFCC. Declaration to ending cholera. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 (http://www.who.int/cholera/task_force/declaration-ending-cholera.pdf?ua=1, consulté en août 2018).

⁴ Résolution WHA71.4. Choléra : prévention et lutte. Dans: Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, 21-26 mai 2018. Résolutions et décisions, annexes. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R4-fr.pdf, consulté en août 2018).

⁵ Voir N° 34, 2017, pp. 477-500.

⁶ GTFCC Surveillance Working Group. Interim guidance document on cholera surveillance. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 (http://www.who.int/cholera/task_force/GTFCC-Guidance-cholera-surveillance.pdf?ua=1, consulté en août 2018).

⁷ GTFCC Laboratory Working Group. Interim technical note. Introduction of DNA-based identification and typing methods to public health practitioners for epidemiological investigation of cholera outbreaks. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 (http://www.who.int/cholera/task_force/GTFCC-Laboratory-support-public-health-surveillance.pdf?ua=1, consulté en août 2018).

⁸ GTFCC Case Management Working Group. Technical note. Organization of case management during a cholera outbreak. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 (http://www.who.int/cholera/task_force/GTFCC-Case-Management.pdf?ua=1, consulté en août 2018).

rapid diagnostic test,⁹ from which technical specifications¹⁰ were drawn by the WHO team that guides manufacturers in the submission of diagnostic products for WHO prequalification.

The GTFCC continues to promote the use of OCV in endemic settings as an effective (although not definitive) preventive measure during implementation of durable long-term control activities.

(Corresponding author: cholera@who.int). ■

diagnostic rapide du choléra fiable,⁹ à partir duquel l'équipe de l'OMS a établi des spécifications techniques¹⁰ qui pourront être utilisées par les fabricants pour présenter des produits de diagnostic en vue d'une préqualification par l'OMS.

Le GTFCC continue à encourager l'utilisation des VCO dans les zones d'endémie comme une mesure de prévention efficace (bien que non absolue) au cours de la mise en œuvre des activités durables de lutte à long terme.

(Correspondance à adresser à: cholera@who.int). ■

⁹ GTFCC Surveillance Working Group. Target product profile (TPP) for the development of improved cholera rapid diagnostic tests. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/cholera/task_force/cholera-rapid-diagnostic-test.pdf?ua=1, accessed August 2018).

¹⁰ WHO Prequalification Team: Diagnostics. TSS-5. Rapid diagnostic tests (RDTs) used for surveillance and detection of an outbreak of cholera. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260469/9789241513715-eng.pdf?sequence=1>, accessed August 2018).

⁹ GTFCC Surveillance Working Group. Target product profile (TPP) for the development of improved cholera rapid diagnostic tests. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 (http://www.who.int/cholera/task_force/cholera-rapid-diagnostic-test.pdf?ua=1, consulté en août 2018).

¹⁰ WHO Prequalification Team: Diagnostics. TSS-5. Rapid diagnostic tests (RDTs) used for surveillance and detection of an outbreak of cholera. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260469/9789241513715-eng.pdf?sequence=1>, consulté en août 2018).

PERFORMANCE OF ACUTE FLACCID PARALYSIS (AFP) SURVEILLANCE AND INCIDENCE OF POLIOMYELITIS (DATA RECEIVED IN WHO HEAD-QUARTERS AS OF 11 SEPTEMBER 2018)

FONCTIONNEMENT DE LA SURVEILLANCE DE LA PARALYSIE FLASQUE AIGUË (PFA) ET INCIDENCE DE LA POLIOMYÉLITE (DONNÉES REÇUES PAR LE SIÈGE DE L'OMS AU 11 SEPTEMBRE 2018)

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2018 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2018			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	2018 WPV1 PVS1	cVDPV ^{3,4} PVDVc ^{3,4}	2017 WPV1 PVS1	cVDPV ^{3,4,5,6} PVDVc ^{3,4,5,6}
Regional totals – Totaux régionaux							
AFR	15 582	05.50	93%	0	21	0	22
AMR	1093	00.66	79%	0	0	0	0
EMR	13 734	7.90	91%	17	7	22	74
EUR	919	00.81	86%	0	0	0	0
SEAR	24 306	06.32	86%	0	0	0	0
WPR	3483	01.34	87%	0	12	0	0
Global total – Total mondial	59 117	04.36	89%	17	40	22	96
African Region – Région africaine (AFR)							
Algeria – Algérie	342	04.73	96%	–	–	–	–
Angola	240	03.50	95%	–	–	–	–
Benin – Bénin	134	03.97	94%	–	–	–	–
Botswana	10	02.12	100%	–	–	–	–
Burkina Faso	200	03.44	95%	–	–	–	–
Burundi	67	01.83	94%	–	–	–	–
Cameroon – Cameroun	538	09.14	90%	–	–	–	–
Cabo Verde – Cap-Vert	5	03.14	100%	–	–	–	–
Central African Republic – République centrafricaine	92	06.45	83%	–	–	–	–
Chad – Tchad	448	10.37	96%	–	–	–	–
Comoros – Comores	2	00.72	100%	–	–	–	–
Congo	111	08.79	97%	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	213	03.53	88%	–	–	–	–
Democratic Republic of the Congo ⁴ – République démocratique du Congo ⁴	1 623	05.80	88%	–	13	–	22
Equatorial Guinea – Guinée équatoriale	13	07.18	100%	–	–	–	–
Eritrea – Érythrée	46	02.46	98%	–	–	–	–
Eswatini	7	02.27	100%	–	–	–	–
Ethiopia – Éthiopie	640	02.17	93%	–	–	–	–
Gabon	29	08.58	100%	–	–	–	–
Ghana	326	04.69	90%	–	–	–	–
Guinea – Guinée	158	04.67	97%	–	–	–	–
Guinea-Bissau – Guinée-Bissau	20	02.72	85%	–	–	–	–
Kenya	424	03.03	85%	–	–	–	–
Lesotho	8	01.43	88%	–	–	–	–

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2018 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2018			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	2018 WPV1 PVS1	cVDPV ^{3,4} PVDVc ^{3,4}	2017 WPV1 PVS1	cVDPV ^{3,4,5,6} PVDVc ^{3,4,5,6}
Liberia – Libéria	41	02.41	90%	–	–	–	–
Madagascar	418	06.04	95%	–	–	–	–
Malawi	155	02.85	88%	–	–	–	–
Mali	185	03.58	88%	–	–	–	–
Mauritania – Mauritanie	23	02.33	83%	–	–	–	–
Mauritius – Maurice	5	02.52	100%	–	–	–	–
Mozambique	278	03.65	91%	–	–	–	–
Namibia – Namibie	10	01.85	90%	–	–	–	–
Niger	542	08.52	91%	–	–	–	–
Nigeria ⁴ – Nigéria ⁴	6 085	11.76	96%	–	8	–	–
Republic of the Gambia – République de Gambie	28	04.96	96%	–	–	–	–
Reunion – Réunion	ND	–	–	–	–	–	–
Rwanda	63	01.67	81%	–	–	–	–
Saint Helena – Saint-Hélène	ND	–	–	–	–	–	–
Sao Tome and Principe – Sao Tomé-et-Principe	2	04.11	100%	–	–	–	–
Senegal – Sénégal	99	02.40	84%	–	–	–	–
Seychelles	ND	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	68	03.22	84%	–	–	–	–
South Africa – Afrique du Sud	205	01.90	80%	–	–	–	–
South Sudan – Soudan du Sud	271	07.37	85%	–	–	–	–
Togo	73	03.19	89%	–	–	–	–
Uganda – Ouganda	503	03.69	92%	–	–	–	–
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	574	03.85	96%	–	–	–	–
Zambia – Zambie	126	02.95	88%	–	–	–	–
Zimbabwe	132	03.58	96%	–	–	–	–

Region of the Americas – Région des Amériques (AMR)

Argentina – Argentine	85	01.17	72%	–	–	–	–
Bolivia (Plurinational State of) – Bolivie (État plurinational de)	30	01.16	80%	–	–	–	–
Brazil – Brésil	184	00.49	62%	–	–	–	–
Canada	–	00.00	–	–	–	–	–
CAREC – Centre d'épidémiologie des Caraïbes*	3	00.78	30%	–	–	–	–
Chile – Chili	36	01.35	53%	–	–	–	–
Colombia – Colombie	82	00.90	82%	–	–	–	–
Costa Rica	5	00.71	83%	–	–	–	–
Cuba	20	01.59	90%	–	–	–	–
Dominican Republic – République dominicaine	5	00.21	100%	–	–	–	–
Ecuador – Equateur	25	00.86	72%	–	–	–	–
El Salvador	31	–	87%	–	–	–	–
Guatemala	29	00.64	79%	–	–	–	–
Haiti – Haïti	6	00.19	40%	–	–	–	–
Honduras	30	01.48	93%	–	–	–	–
Mexico – Mexique	408	01.93	87%	–	–	–	–
Nicaragua	12	00.77	100%	–	–	–	–
Panama	11	01.50	82%	–	–	–	–
Paraguay	20	01.28	95%	–	–	–	–
Peru – Pérou	50	00.85	82%	–	–	–	–
United States of America – États-Unis d'Amérique	ND	–	–	–	–	–	–
Uruguay	–	00.00	–	–	–	–	–
Venezuela (Bolivarian Republic of) – Venezuela (République bolivarienne du)	21	00.32	86%	–	–	–	–

* 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	2 240	15.90	95%	13	–	14	–
Bahrain – Bahreïn	22	11.00	95%	–	–	–	–
Djibouti	–	00.00	–	–	–	–	–
Egypt – Égypte	864	3.30	88%	–	–	–	–
Iran (Islamic republic of) – Iran (République islamique d')	552	4.10	96%	–	–	–	–
Iraq	635	6.00	90%	–	–	–	–
Jordan – Jordanie	91	4.70	100%	–	–	–	–
Kuwait – Koweït	46	7.50	89%	–	–	–	–
Lebanon – Liban	65	5.10	97%	–	–	–	–
Morocco – Maroc	109	1.70	78%	–	–	–	–

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2018 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2018			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	2018 WPV1 PVS1	cVDPV ^{3,4} PVDVc ^{3,4}	2017 WPV1 PVS1	cVDPV ^{3,4,5,6} PVDVc ^{3,4,5,6}
Oman	15	2.50	80%	–	–	–	–
Pakistan	7 426	13.80	89%	4	–	8	–
Qatar	9	3.60	100%	–	–	–	–
Saudi Arabia – Arabie saoudite	136	2.40	95%	–	–	–	–
Somalia ^{4,5} – Somalie ^{4,5}	236	5.40	98%	–	7	–	–
State of Libya – État de Libye	82	4.70	96%	–	–	–	–
Sudan – Soudan	393	3.20	98%	–	–	–	–
Syrian Arab Republic ⁴ – République arabe syrienne ⁴	236	4.40	87%	–	–	–	74
Tunisia – Tunisie	51	2.80	80%	–	–	–	–
United Arab Emirates – Émirats arabes unis	31	3.60	97%	–	–	–	–
West Bank and Gaza Strip – Cisjordanie et bande de Gaza	32	2.50	94%	–	–	–	–
Yemen – Yémen							
European Region – Région européenne (EUR)							
Albania – Albanie	–	00.00	–	–	–	–	–
Andorra – Andorre	–	00.00	–	–	–	–	–
Armenia – Arménie	8	02.15	100%	–	–	–	–
Austria – Autriche	1	00.12	–	–	–	–	–
Azerbaijan – Azerbaïdjan	13	00.99	100%	–	–	–	–
Belarus – Bélarus	20	02.10	100%	–	–	–	–
Belgium – Belgique	NA	00.00	–	–	–	–	–
Bosnia and Herzegovina – Bosnie-Herzégovine	–	00.00	–	–	–	–	–
Bulgaria – Bulgarie	10	01.45	90%	–	–	–	–
Croatia – Croatie	1	00.23	100%	–	–	–	–
Cyprus – Chypre	1	00.87	100%	–	–	–	–
Czechia – Tchéquie	1	00.10	–	–	–	–	–
Denmark – Danemark	ND	–	–	–	–	–	–
Estonia – Estonie	–	00.00	–	–	–	–	–
Finland – Finlande	ND	–	–	–	–	–	–
France	ND	–	–	–	–	–	–
Georgia – Géorgie	5	01.05	100%	–	–	–	–
Germany – Allemagne	ND	–	–	–	–	–	–
Greece – Grèce	10	00.91	60%	–	–	–	–
Hungary – Hongrie	10	01.01	60%	–	–	–	–
Iceland – Islande	ND	–	–	–	–	–	–
Ireland – Irlande	ND	–	–	–	–	–	–
Israel – Israël	17	01.17	24%	–	–	–	–
Italy – Italie	29	00.51	66%	–	–	–	–
Kazakhstan	55	01.90	100%	–	–	–	–
Kyrgyzstan – Kirghizistan	27	02.40	93%	–	–	–	–
Latvia – Lettonie	1	00.45	100%	–	–	–	–
Lithuania – Lituanie	–	00.00	–	–	–	–	–
Luxembourg	ND	–	–	–	–	–	–
Malta – Malte	–	00.00	–	–	–	–	–
Moldova (Republic of) – Moldavie (République de)	3	00.67	100%	–	–	–	–
Monaco	ND	–	–	–	–	–	–
Montenegro – Monténégro	–	00.00	–	–	–	–	–
Netherlands – Pays-Bas	ND	–	–	–	–	–	–
Norway – Norvège	4	00.64	25%	–	–	–	–
Poland – Pologne	25	00.58	0%	–	–	–	–
Portugal	3	00.26	33%	–	–	–	–
Romania – Roumanie	9	00.42	89%	–	–	–	–
Russian Federation – Fédération de Russie	193	01.23	93%	–	–	–	–
San Marino – Saint Marin	ND	–	–	–	–	–	–
Serbia – Serbie	5	00.38	80%	–	–	–	–
Slovakia – Slovaquie	–	00.00	–	–	–	–	–
Slovenia – Slovénie	–	00.00	–	–	–	–	–
Spain – Espagne	30	00.60	53%	–	–	–	–
Sweden – Suède	ND	–	–	–	–	–	–
Switzerland – Suisse	9	00.88	11%	–	–	–	–
Tajikistan – Tadjikistan	51	02.07	94%	–	–	–	–
The former Yugoslav Republic of Macedonia – Ex-République yougoslave de Macédoine	3	01.18	100%	–	–	–	–
Turkey – Turquie	171	01.20	85%	–	–	–	–
Turkmenistan – Turkménistan	27	02.56	100%	–	–	–	–
Ukraine	100	02.33	99%	–	–	–	–
United Kingdom – Royaume-Uni	ND	–	–	–	–	–	–
Uzbekistan – Ouzbékistan	77	01.25	100%	–	–	–	–

Country/area Pays/territoire	Performance of AFP surveillance, 2018 Fonctionnement de la surveillance de la PFA, 2018			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	2018 WPV1 PVS1	cVDPV ^{3,4} PVDVc ^{3,4}	2017 WPV1 PVS1	cVDPV ^{3,4,5,6} PVDVc ^{3,4,5,6}
South-East Asia Region – Asie du Sud-Est (SEAR)							
Bangladesh	1 005	02.52	99%	–	–	–	–
Bhutan – Bhoutan	6	04.60	100%	–	–	–	–
Democratic People's Republic of Korea – République populaire démocratique de Corée	83	02.49	100%	–	–	–	–
India – Inde	21 876	08.24	85%	–	–	–	–
Indonesia – Indonésie	769	01.72	84%	–	–	–	–
Maldives	5	06.86	40%	–	–	–	–
Myanmar	189	02.21	94%	–	–	–	–
Nepal – Népal	236	02.96	98%	–	–	–	–
Sri Lanka	40	01.32	85%	–	–	–	–
Thailand – Thaïlande	97	00.00	80%	–	–	–	–
Timor Leste	–	00.00	–	–	–	–	–
Western Pacific Region – Pacifique occidental (WPR)							
Australia – Australie	42	01.40	48%	–	–	–	–
Brunei Darussalam – Brunéi Darussalam	2	02.40	100%	–	–	–	–
Cambodia – Cambodge	57	01.50	89%	–	–	–	–
China – Chine	2 778	01.51	91%	–	–	–	–
China, Hong Kong SAR – Chine, Hong Kong RAS	7	01.09	100%	–	–	–	–
China, Macao SAR – Chine, Macao RAS	1	01.41	100%	–	–	–	–
Japan – Japon	ND	–	–	–	–	–	–
Lao People's Democratic Republic – République démocratique populaire lao	40	02.56	93%	–	–	–	–
Malaysia – Malaisie	117	02.00	79%	–	–	–	–
Mongolia – Mongolie	5	01.01	100%	–	–	–	–
New Zealand – Nouvelle-Zélande	6	00.98	67%	–	–	–	–
Pacific Island countries and areas – Pays et territoires insulaires du Pacifique*		00.18	0%	–	–	–	–
Papua New Guinea ⁴ – Papouasie-Nouvelle-Guinée ⁴	86	04.08	30%	–	12	–	–
Philippines	186	00.79	58%	–	–	–	–
Republic of Korea – République de Corée	41	00.85	88%	–	–	–	–
Singapore – Singapour	8	01.82	88%	–	–	–	–
Viet Nam	106	00.62	96%	–	–	–	–

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

CAREC: Caribbean Epidemiology Centre; VDPV: vaccine-derived poliovirus; cVDPV1: circulating vaccine-derived poliovirus type-1; cVDPV2: circulating vaccine-derived poliovirus type-2; cVDPV3: circulating vaccine-derived poliovirus type-3. – Caribbean Epidemiology Centre, connu sous le nom de CAREC; PVDV: poliovirus dérivé d'une souche vaccinale; PVDV1c: poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1; PVDV2c: poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2; PVDV3c: poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 3.

Endemic countries are shaded. – Les pays d'endémie sont grisés.

¹ Annualized non-poliomyelitis AFP rate for 100 000 population aged <15 years. UNPD population data is used to calculate the non-polio AFP rate. – Taux annualisé de PFA non poliomyélique pour 100 000 personnes âgées de <15 ans. Les données sur la population collectées par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) 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. – Défini 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://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPVs_Aug2016_EN.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», à l'adresse http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPVs_Aug2016_EN.pdf. Mise en œuvre au 15 août 2015. Sont exclus de ces chiffres les PVDVc de source non-PFA.

⁴ cVDPV1 cases reported in Papua New Guinea; cVDPV2 cases reported in Democratic Republic of the Congo, Nigeria, Syrian Arab Republic and Somalia; and cVDPV3 cases reported in Somalia. – Des cas de PVDV1c ont été signalés en Papouasie-Nouvelle-Guinée; des cas de PVDV2c ont été signalés au Nigéria, en République arabe syrienne, en République démocratique du Congo et en Somalie; et des cas de PVDV3c ont été signalés en Somalie.

⁵ One case of cVDPV2 and one cVDPV3 isolated from a child. – Un cas de PVDV2c et un cas de PVDV3c isolés chez un enfant.

ND – Country not reporting AFP data or country conducting supplementary poliovirus surveillance through other means (e.g. 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.