



Contents

441 Cholera, 2019

Sommaire

441 Choléra, 2019

Cholera, 2019

World Health Organization

A near-doubling in the global number of cholera cases reported to WHO during 2019 (923 037) over that in 2018 (499 447) might appear to be a step backwards in cholera control; however, there is highly positive news, in that the total number of reported deaths from cholera decreased by 36%, from 2990 in 2018 to 1911 in 2019; Africa reported the fewest annual numbers of cases and deaths in the 21st century; and the Americas reported the fewest cases and deaths since the disease was introduced into Haiti in 2010.

The sharp increase in reported cholera cases is due to the increase in the number of cases in Yemen, where 861 096 cases accounted for 93% of the cases reported globally in 2019.

Secular trends in regional cholera burdens and reporting accuracy affect annual changes in global totals, and the achievements in Africa and the Americas reflect the dedicated work on cholera control of affected countries.

In 2019, 55 countries voluntarily reported data on cholera to WHO, most of which have current or a recent history of cholera; others have only imported cases. Of the 55 countries, 31 reported a total of 923 037 cases and 1911 deaths, for a case-fatality rate (CFR) of 0.2% (*Figure 1, Map 1 and Table 1*). The other 24 countries reported 0 cases for the year. After exclusion of cases in Yemen, the total numbers of cases and deaths reported globally in 2019 were 61 941 and 886, respectively, a 52% decrease in the number of cases and a 64% decrease in the number of deaths from 2018.

Patterns of transmission and outbreaks

Africa

In the African Region, 55 087 cholera cases and 872 deaths (CFR = 1.6) were reported by 16 countries in 2019; an additional 13 countries reported 0 cases. The cholera

Choléra, 2019

Organisation mondiale de la Santé

Le nombre de cas de choléra notifiés à l'OMS à l'échelle mondiale a pratiquement doublé entre 2018 (499 447) et 2019 (923 037), ce qui pourrait laisser croire à une régression dans la lutte contre cette maladie. Toutefois, il y a aussi d'excellentes nouvelles à signaler: le nombre total de décès imputables au choléra a diminué de 36%, passant de 2990 en 2018 à 1911 en 2019; en Afrique, le nombre annuel de cas et de décès signalés était à son niveau le plus bas depuis le début du 21^e siècle; et aux Amériques, il était à son niveau le plus bas depuis l'arrivée de la maladie à Haïti en 2010.

La forte augmentation du nombre de cas de choléra notifiés s'explique par la poussée observée au Yémen, où 861 096 cas ont été signalés, soit 93% de tous les cas enregistrés à l'échelle mondiale en 2019.

Les tendances à long terme de la charge régionale du choléra et la fiabilité de la notification ont une incidence sur l'évolution annuelle des chiffres à l'échelle mondiale et les progrès réalisés en Afrique et dans les Amériques témoignent du travail assidu accompli par les pays concernés pour enrayer la maladie.

En 2019, 55 pays ont volontairement communiqué des données sur le choléra à l'OMS. La plupart d'entre eux étaient actuellement touchés par le choléra ou l'avaient récemment été, tandis que d'autres ne présentaient que des cas importés. Sur ces 55 pays, 31 ont notifié au total 923 037 cas et 1911 décès, soit un taux de létalité (TL) de 0,2% (*Figure 1, Carte 1 et Tableau 1*). Les 24 autres pays ont indiqué n'avoir aucun cas à signaler pour l'année. En excluant les cas survenus au Yémen, le nombre total de cas et de décès notifiés à l'échelle mondiale en 2019 s'établissait à 61 941 et 886 respectivement, ce qui représente un recul de 52% du nombre de cas et de 64% du nombre de décès par rapport à 2018.

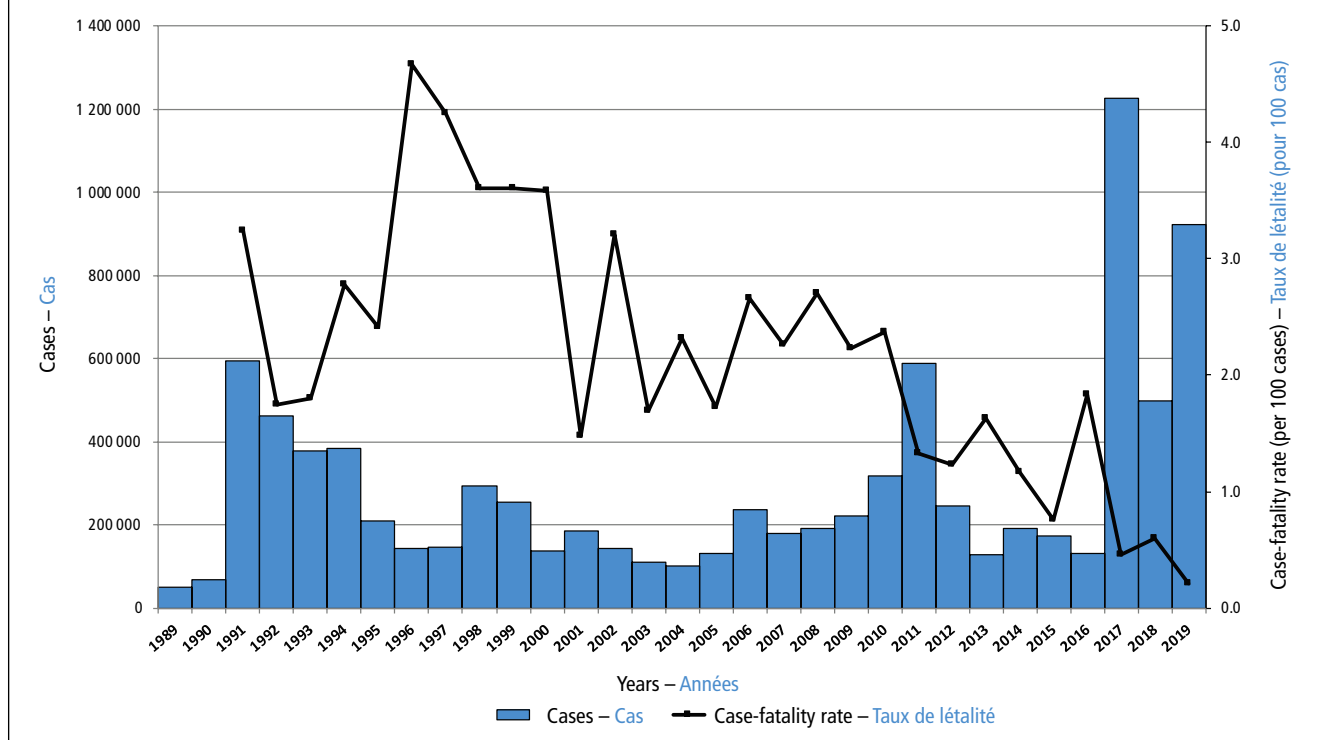
Schémas de transmission et flambées épidémiques

Afrique

Dans la Région africaine, 55 087 cas de choléra et 872 décès associés (TL=1,6) ont été notifiés dans 16 pays en 2019; 13 autres pays n'avaient aucun cas à signaler. Ainsi, la charge du choléra

Figure 1 Annual cholera cases and mortality reported by year, 1989–2019

Figure 1 Cas de choléra et létalité par année, 1989–2019



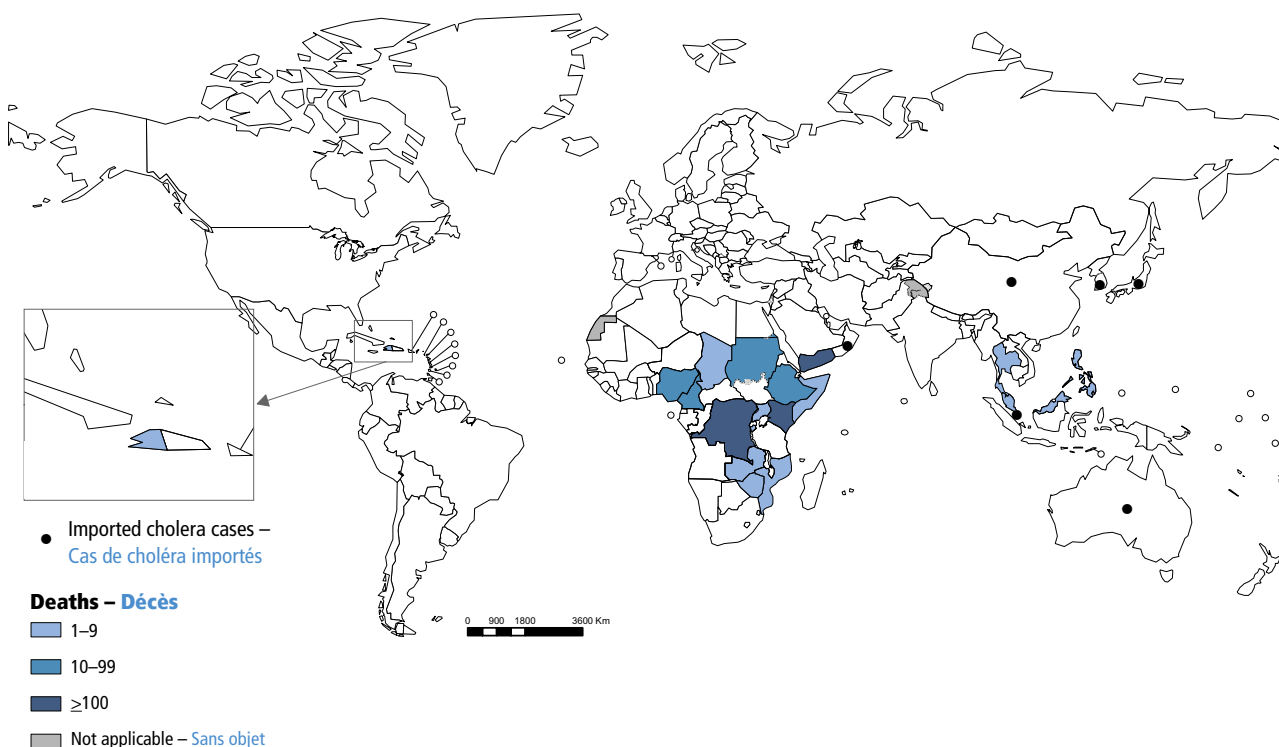
burden on the continent during the year therefore fell significantly from that in 2018 (Figure 2), with a 55% decrease in the number of cases and a 64% decrease in the number of deaths, and a CFR reduced from 2.0 to 1.6. The large reduction in the cholera burden can be attributed in part to control of the large outbreak in Nigeria in 2018 and the relatively stable situation in other countries, especially the Democratic Republic of the Congo (DRC). DRC reported a similar number of cases in 2019 (30 304) and 2018 (30 768), but the mortality fell from 972 in 2018 to 514 in 2019, and the CFR decreased from 3.2 to 1.7. Nearly 90% of the cases in the DRC in 2019 occurred in endemic provinces in the eastern Great Lakes region. As this region of DRC also accounted for nearly 50% of all cases reported in Africa during the year, it will be important to reinforce the work of the Government of DRC and their partners in cholera control in these endemic zones. South Sudan reported 0 cases for the second consecutive year, while southern Africa (Malawi, Zambia and Zimbabwe) reported relatively few cases, after large outbreaks in 2018. Mozambique, however, was struck by successive cyclones, with heavy rains and population displacement, producing conditions that contributed to over 7000 cases, as compared with 910 cases in 2018.

The cholera strain that has affected Yemen in recent years is the same as that found previously in East Africa and the Horn of Africa. The nearly 1 million cases in Yemen in 2019 and the thousands of cases in Ethiopia, Kenya and Somalia during the year should therefore be considered as arising from a single outbreak in the subregion. This illustrates the difficulty of controlling cholera in a single country without coordinated work, especially in regions where large population movements

sur le continent a fortement diminué cette année par rapport à 2018 (Figure 2), avec une réduction de 55% du nombre de cas et de 64% du nombre de décès, le TL étant passé de 2,0 à 1,6. Cette régression importante de la charge du choléra est due en partie au fait que la flambée de grande ampleur ayant frappé le Nigeria en 2018 a été jugulée, ainsi qu'à la stabilité relative de la situation dans les autres pays, en particulier en République démocratique du Congo (RDC). En RDC, le nombre de cas notifiés en 2019 (30 304) était comparable à celui de 2018 (30 768), mais le taux de mortalité a chuté, passant de 972 en 2018 à 514 en 2019, et le TL est passé de 3,2 à 1,7. Près de 90% des cas enregistrés en RDC en 2019 sont survenus dans les provinces d'endémie de la région orientale des Grands Lacs. Étant donné que cette région de la RDC représente près de 50% de tous les cas signalés en Afrique cette année, il est important que les activités de lutte contre le choléra menées par le gouvernement de la RDC et ses partenaires soient renforcées dans ces zones d'endémie. Le Soudan du Sud n'a signalé aucun cas pour la deuxième année consécutive, et l'Afrique australe (Malawi, Zambie et Zimbabwe) a enregistré un nombre relativement faible de cas, après avoir connu des flambées de grande ampleur en 2018. Cependant, le Mozambique a été frappé par deux cyclones successifs, avec de fortes pluies et d'importants déplacements de population, créant des conditions qui ont contribué à la survenue de plus de 7000 cas, contre 910 cas en 2018.

La souche responsable des flambées de choléra apparues au Yémen ces dernières années est identique à celle qui avait auparavant été détectée en Afrique de l'Est et dans la Corne de l'Afrique. Les cas observés au Yémen en 2019, qui se chiffrent à près d'un million, et les milliers de cas en Éthiopie, au Kenya et en Somalie doivent donc être considérés comme relevant d'une flambée épidémique unique dans la sous-région. Cela illustre à quel point il est difficile de combattre le choléra dans un seul pays en l'absence d'une action coordonnée, surtout

Map 1 **Countries reporting cholera deaths and imported cases in 2019**
 Carte 1 **Pays ayant déclaré des décès dus au choléra et des cas importés en 2019**



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), 2020. All rights reserved. – © Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2020. Tous droits réservés.

related to multiple humanitarian crises, conflicts and natural disasters occur regularly.

Oral cholera vaccine (OCV) was widely deployed in 11 countries in the Region in 2019: Cameroon, DRC, Ethiopia, Mozambique, Nigeria, Somalia, South Sudan, Sudan, Uganda, Zambia and Zimbabwe. Over 23.7 million doses were shipped for use in those countries during 2019, as compared with 17.8 million doses in 2018.

Shipment of OCV to Mozambique was prepared when cyclone Kenneth was still threatening the population on the coast, generating the conditions for a cholera outbreak. Such anticipation made it possible to launch a cholera vaccination campaign after the cyclone struck and a week after detection of the first cases. The rate of cholera began to fall dramatically 1 week after completion of the first round of vaccination, reflecting the benefit of early OCV mobilization in the event of a natural disaster, even before the first cases are reported.

dans les régions qui sont régulièrement sujettes à de vastes mouvements de population liés à de multiples crises humanitaires, conflits et catastrophes naturelles.

Le vaccin anticholérique oral (VCO) a été déployé à grande échelle dans 11 pays de la Région en 2019: Cameroun, Éthiopie, Mozambique, Nigéria, Ouganda, RDC, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe. Plus de 23,7 millions de doses ont été expédiées dans ces pays en 2019, contre 17,8 millions en 2018.

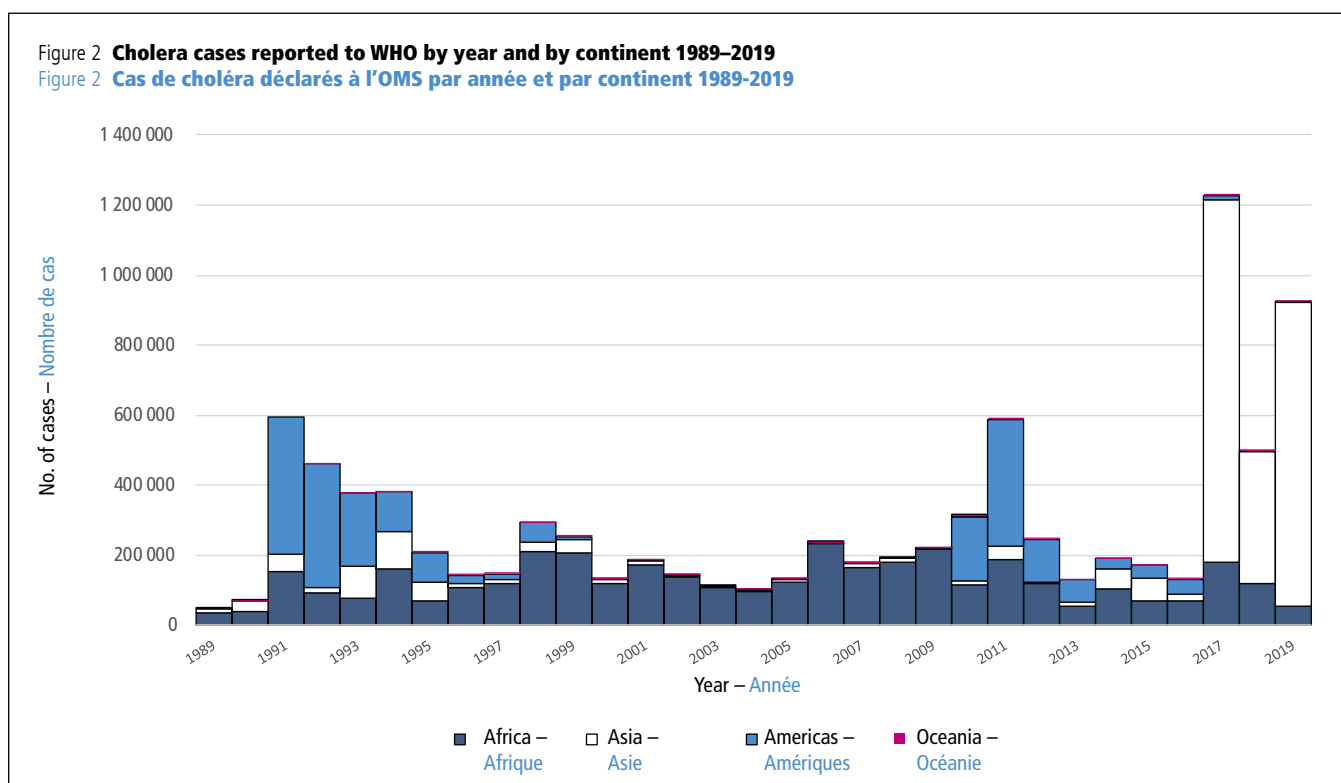
L'envoi de VCO au Mozambique a été préparé alors que le cyclone Kenneth ne représentait encore qu'une menace pour la population côtière, créant des conditions propices à une flambée de choléra. Grâce à ces mesures d'anticipation, il a été possible de lancer une campagne de vaccination anticholérique après le passage du cyclone et 1 semaine après la détection des premiers cas. Le taux de choléra a commencé à chuter de manière spectaculaire 1 semaine après la fin de la première tournée de vaccination, ce qui met en exergue les avantages d'un déploiement précoce du VCO en cas de catastrophe naturelle, avant même que les premiers cas ne soient notifiés.

Table 1 **Number of cholera cases and deaths reported to WHO in 2019^a**
 Tableau 1 **Nombre de cas de choléra et de décès signalés à l'OMS en 2019^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	Benin – Bénin	50		0	0.0
	Burundi	1 145		9	0.8
	Cameroon – Cameroun	1 840		93	5.1
	Chad – Tchad	93		4	4.3
	Democratic Republic of the Congo – République Démocratique du Congo	30 304		514	1.7
	Ethiopia – Éthiopie	2 615		36	0.2
	Ghana	1		0	0.0
	Kenya	5 208		141	2.7
	Malawi	23		0	0.0
	Mozambique	7 010		8	0.1
	Nigeria – Nigéria	2 486		43	1.7
	Somalia – Somalie	3 100		4	0.1
	Sudan – Soudan	346		11	3.1
	Uganda – Ouganda	358		5	1.4
	Zambia – Zambie	447		9	2.0
Zimbabwe	61		3	4.9	
Total		55 087	0	872	1.6
Americas – Amériques	Dominican Republic – République Dominicaine	13		0	0.0
	Haiti – Haïti	720		3	0
	Total	733	0	3	0.4
Asia – Asie	Afghanistan	2	0	0	0
	Bangladesh	503	0	NR	--
	China – Chine	16	1	0	0
	Iran	2	0	0	0
	Japan – Japon	5	5	0	0
	Malaysia – Malaisie	81	0	2	2.5
	Oman	4	4	0	0
	Philippines	5 491	0	8	0.2
	Republic of Korea – République de Corée	1	1	0	0
	Singapore – Singapour	2	2	0	0
	Thailand – Thaïlande	12	0	1	8.33
	Yemen – Yémen	861 096		1 025	0.12
Total		867 215	13	1 036	0.12
Europe	No reporting in 2019				
Oceania – Océanie	Australia – Australie	2	2	0	0
	Total	2	2	0	0
Grand total		923 037	15	1 911	0.2

^a The following countries reported 0 cases and deaths in 2018, fulfilling the public health surveillance service of "zero reporting": Algeria, Bahrain, Bhutan, Botswana, Burkina Faso, Comoros, Democratic People's Republic of Korea, Djibouti, Guinea, Indonesia, Libya, Maldives, Mali, Morocco, Myanmar, New Zealand, Niger, Papua New Guinea, Qatar, Sierra Leone, South Sudan, Syrian Arab Republic, Timor-Leste, Togo. – Les pays suivants ont signalé 0 cas et décès en 2019, se conformant à la prescription de notification de «zéro cas» essentielle pour la surveillance en santé publique: Algérie, Bahreïn, Bhoutan, Botswana, Burkina Faso, Comores, Djibouti, Guinée, Indonésie, Libye, Maldives, Mali, Maroc, Myanmar, Nouvelle Zélande, Niger, Papouasie Nouvelle Guinée, Qatar, République arabe syrienne, République populaire démocratique de Corée, Sierra Leone, Soudan de Sud, Sri Lanka, Timor-Leste, Togo.

Figure 2 **Cholera cases reported to WHO by year and by continent 1989–2019**
 Figure 2 **Cas de choléra déclarés à l'OMS par année et par continent 1989-2019**



Middle East

In 2019, as in the 2 previous years, Yemen reported by far the most cholera cases of any country, with an increase to 861 096 cases and 1025 deaths (CFR, 0.12%) from 371 326 cases and 505 deaths in 2018. All 22 governorates in the country reported cholera during the year. Those that reported the highest numbers of suspected cases were Al Hudaydah (133 829), Sana'a (108 684), Amanat Al Asimah (108 169), Ibb (78 148), Hajjah (76 776) and Dhamar (67 882). The outbreak, which started in 2017, continues in the context of a prolonged humanitarian crisis. The situation was worsened by heavy rains and widespread cuts in water supplies because of a fuel crisis due to the on-going conflict. In 2019, 3 177 000 doses of OCV were administered in first- and second-round campaigns in four governorates.

Neighbouring Oman reported 4 imported cases during the year but no secondary transmission. Saudi Arabia did not report on cholera cases to WHO in 2019.

Asia

The Philippines reported nearly 5500 cases in 2019, as compared with 2100 cases in 2018, following a 3-year period of relative quiescence. Fortunately, the CFR was very low, and there was no mid-year surge, which had been reported in the past. A national position paper was submitted to the 146th WHO Executive Board meeting on the effect of cholera on vulnerable communities, and the Philippines requested support from the WHO through the Global Task Force on Cholera Control (GTFCC) for short- and long-term guidance.

Seven countries participated in zero reporting (Bhutan, Democratic Republic of Korea, Indonesia, Maldives, Myanmar, Syria and Timor-Leste).

Moyen-Orient

Comme pour les 2 années précédentes, le Yémen est de loin le pays ayant notifié le plus grand nombre de cas de choléra en 2019, avec 861 096 cas et 1025 décès (TL: 0,12%), ce qui représente une forte augmentation par rapport aux 371 326 cas et 505 décès enregistrés en 2018. Les 22 gouvernorats du pays ont tous signalé des cas de choléra cette année. Ceux qui ont notifié le plus grand nombre de cas suspects étaient Al Hudaydah (133 829), Sana'a (108 684), Amanat Al Asimah (108 169), Ibb (78 148), Hajjah (76 776) et Dhamar (67 882). La flambée, qui a débuté en 2017, se poursuit dans un contexte de crise humanitaire prolongée. La situation a été exacerbée par de fortes pluies et des coupures généralisées de l'approvisionnement en eau imputables à une crise énergétique due à la poursuite des conflits. En 2019, 3 177 000 doses de VCO ont été administrées lors de premières et deuxièmes tournées de vaccination dans 4 gouvernorats.

Le pays voisin qu'est Oman a signalé 4 cas importés au cours de l'année, mais pas de transmission secondaire. L'Arabie saoudite n'a pas transmis de données à l'OMS concernant les cas de choléra en 2019.

Asie

Les Philippines ont notifié près de 5500 cas en 2019, contre 2100 cas en 2018, après une période d'accalmie relative de 3 ans. Heureusement, le TL était très faible et aucun pic de milieu d'année n'a été observé, contrairement à ce qu'avait connu le pays dans le passé. Les Philippines ont présenté une note de synthèse nationale au 146^e Conseil exécutif de l'OMS concernant les effets du choléra sur les communautés vulnérables et ont demandé à bénéficier d'orientations à court et à long terme de la part de l'OMS par l'entremise du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC).

Sept pays ont transmis des données signalant l'absence de cas (Bhoutan, Indonésie, Maldives, Myanmar, République de Corée, Syrie et Timor-Leste).

Bangladesh reported 503 confirmed cases; however, India did not report cholera data for 2019. Both Bangladesh and India have heavily populated regions that are highly endemic for cholera, where the numbers of cases are understood to be far higher than those reported, which substantially alters global data and regional distribution of the cholera burden.¹

The Americas

The 720 cases reported from Haiti were almost exclusively suspected cases. A specimen for laboratory analysis was collected from >95% of patients, and 32 cases were confirmed by culture at the National Public Health Laboratory. The last confirmed case occurred in late January 2019. The Haitian Ministry of Health and partners have initiated a formal process to document and verify interruption of cholera transmission in the country. The Dominican Republic, with 13 cases in 2019, is also well on its way to elimination of cholera.

Surveillance

Notification of cases of cholera is no longer mandatory under the International Health Regulations (2005); however, public health events that involve cholera must be assessed against the criteria of the Regulations to determine whether official notification is required. Local capacity for improving surveillance for early detection, monitoring 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.

As cholera transmission and outbreaks are not confined by national boundaries, all countries that are actively conducting cholera control would benefit from reporting cholera indicators at least annually. Coordinating the work of control and elimination increases the prospects of a successful outcome.

International travel and trade

Experience shows that quarantines and embargos on the movement of people and goods are ineffective in controlling the spread of cholera and are thus unnecessary. Restrictions on importation of food produced by good manufacturing practices solely on the basis of the presence of cholera in a country are unjustified.

Countries that neighbour cholera-affected areas are encouraged to strengthen their national disease surveillance and preparedness 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.

WHO does not advise routine screening, vaccination or quarantine against cholera for travellers from cholera-affected areas. Nor does WHO advise prophylactic administration of antibiotics, or proof of their admin-

Le Bangladesh a notifié 503 cas confirmés, mais l'Inde n'a pas communiqué de données sur le choléra pour l'année 2019. Au Bangladesh comme en Inde, il y a des régions densément peuplées où le choléra est fortement endémique; on peut présumer que le nombre réel de cas dans ces régions est beaucoup plus élevé que le nombre signalé, ce qui modifie sensiblement les données mondiales et la distribution régionale de la charge du choléra.¹

Amériques

Les 720 cas signalés à Haïti étaient presque exclusivement des cas suspects. Un échantillon a été prélevé chez >95% des patients à des fins d'analyse de laboratoire et 32 cas ont été confirmés par culture au Laboratoire national de santé publique. Le dernier cas confirmé est survenu à la fin janvier 2019. Le Ministère de la santé de Haïti et ses partenaires ont mis en place un processus formel de documentation et de vérification de l'interruption de la transmission du choléra dans le pays. La République dominicaine a notifié 13 cas en 2019 et est également en bonne voie pour éliminer le choléra.

Surveillance

La notification des cas de choléra n'est plus obligatoire au titre du Règlement sanitaire international (2005); cependant, les événements de santé publique dans lesquels le choléra joue un rôle doivent être évalués selon les critères prévus par le Règlement pour déterminer si une notification officielle s'impose. Afin d'identifier les populations vulnérables des zones à haut risque devant faire l'objet d'activités complètes de lutte contre la maladie, il convient de renforcer les capacités locales d'amélioration de la surveillance pour une détection, un suivi et un diagnostic précoces des cas, ainsi que les capacités de collecte, de compilation et d'analyse des données.

Étant donné que la transmission et les flambées de choléra font fi des frontières nationales, il serait utile pour tous les pays activement engagés dans la lutte contre le choléra de communiquer leurs indicateurs sur le choléra au moins une fois par an. Une bonne coordination des activités de lutte et d'élimination augmente les chances de réussite.

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 système national de surveillance et leur état de préparation pour être en mesure de détecter et de combattre rapidement toute flambée éventuelle en cas de propagation transfrontalière de la maladie. 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, des modalités de notification (quand et où signaler les cas) et des endroits où ils peuvent se faire soigner si nécessaire.

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

¹ Gupta SS, et al. Opportunities and challenges for cholera control in India. *Vaccine*. 2020;38:A25-7.

¹ Gupta SS, et al. Opportunities and challenges for cholera control in India. *Vaccine*. 2020;38:A25-7.

istration, for travellers from or going to a country affected by cholera.

Editorial note

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 and preventive measures such as administration of OCV and risk communication.

In 2019, WHO country offices worked with governments to respond urgently to major outbreaks in DRC, Ethiopia, Kenya, Mozambique, Yemen and Zambia. WHO also worked with countries to transition from outbreak response to longer-term cholera control and elimination, in Ethiopia, Haiti, Nigeria, Zambia and Zimbabwe.

WHO continues to act as the secretariat to the GTFCC and is a key contributing member. WHO anchors the partnership, ensures coordination of global cholera-related activities and supports countries in surveillance, outbreak response and case management, provision of OCV, water, sanitation and hygiene (WASH) interventions and community engagement. In 2019, the GTFCC released a new version of its web site (<https://www.gtfcc.org>), with all GTFCC guidance documents, technical notes, tools, advocacy material, research updates and national cholera control plan material. During the year, the GTFCC published guidance on WASH and infection prevention and control in cholera treatment structures,² the final version of the revised field manual for cholera outbreak response,³ guidance and tool for countries planning national cholera control to identify cholera hotspots⁴ and a job aid on treatment of children with cholera and severe acute malnutrition.⁵

Since 2016, in addition to ensuring access to the emergency cholera vaccine stockpile managed by the International Coordination Group to respond to outbreaks, the GTFCC formalized and updated the process for accessing OCV for use as a pre-emptive strategy. Preventive use of OCV is a recommended component of a cholera control programme in the scope of the “Ending cholera – a global roadmap to 2030”,⁶ intended to reduce cholera transmission while other control measures (e.g. water and sanitation) are scaled up.

ou la preuve d'une telle administration aux voyageurs en provenance ou à destination d'un pays en proie au choléra.

Note de la rédaction

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 le choléra, reposant notamment sur la surveillance, la riposte aux flambées et des mesures de prévention telles que l'administration de VCO et la communication sur les risques.

En 2019, les bureaux de l'OMS dans les pays ont collaboré avec les gouvernements pour mener une action d'urgence contre des flambées de grande ampleur en Éthiopie, au Kenya, au Mozambique, en RDC, au Yémen et en Zambie. En Éthiopie, à Haïti, au Nigéria, en Zambie et au Zimbabwe, l'OMS a également travaillé de concert avec les pays pour assurer la transition entre les activités de riposte aux flambées et les mesures de lutte et d'élimination du choléra à plus long terme.

L'OMS continue d'exercer la fonction de secrétariat du GTFCC et en est l'un des principaux membres contributeurs. L'OMS sert de point d'ancrage au partenariat, veille à la coordination des activités mondiales contre le choléra et appuie les pays dans leurs efforts de surveillance, de riposte aux flambées, de prise en charge des cas, d'approvisionnement en VCO, d'amélioration des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène et de mobilisation sociale. En 2019, le GTFCC a publié une nouvelle version de son site Web (<https://www.gtfcc.org>), sur lequel se trouvent désormais tous les documents suivants du GTFCC: documents d'orientation, avis techniques, outils, matériels de sensibilisation, mises à jour sur la recherche et matériels d'élaboration de plans nationaux de lutte contre le choléra. Au cours de l'année, le GTFCC a publié des orientations sur l'eau, l'assainissement, l'hygiène et la lutte anti-infectieuse dans les structures de traitement du choléra,² la version définitive du manuel de terrain révisé sur la riposte aux flambées de choléra,³ des orientations assorties d'un outil pour aider les pays à identifier les «points chauds» du choléra dans le cadre de la planification des activités nationales de lutte contre la maladie,⁴ et un aide-mémoire sur le traitement des enfants atteints de choléra et de malnutrition aiguë sévère.⁵

Depuis 2016, le GTFCC s'emploie non seulement à garantir l'accès au stock d'urgence de vaccin anticholérique géré par le Groupe international de coordination à des fins de riposte aux flambées, mais a aussi formalisé et actualisé la procédure d'accès au VCO à des fins de stratégie préventive. L'utilisation préventive du VCO est l'une des composantes recommandées pour les programmes de lutte contre le choléra dans la feuille de route «Ending cholera – a global roadmap to 2030»,⁶ son objectif étant de réduire la transmission du choléra tandis que d'autres mesures de lutte (par exemple l'amélioration des services d'eau et d'assainissement) sont

² Water, sanitation and hygiene and infection prevention and control in cholera treatment structures. Geneva: World Health Organization, 2019 (https://www.who.int/cholera/task_force/technical-note-WASH-IPC-CTCCTU-2019.pdf?ua=1, accessed August 2020).

³ Cholera outbreak response field manual. Geneva: Global Task Force on Cholera Control; 2019 (<https://choleraoutbreak.org/>, accessed August 2020).

⁴ Guidance and tool for countries to identify priority areas for intervention. Geneva: Global Task Force on Cholera Control; 2019 (<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/11/guidance-and-tool-for-countries-to-identify-priority-areas-for-intervention.pdf>, accessed August 2020).

⁵ Treatment of children with cholera and severe acute malnutrition (SAM). Geneva: Global Task Force on Cholera Control; 2019 (<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/12/gtfcc-job-aid-treatment-of-children-with-cholera-and-severe-acute-malnutrition.pdf>, accessed August 2020).

⁶ Ending cholera. A global roadmap to 2030. Geneva: Global Task Force on Cholera Control; 2017 (<https://www.who.int/cholera/publications/global-roadmap.pdf?ua=1>, accessed August 2020).

² Water, sanitation and hygiene and infection prevention and control in cholera treatment structures. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2019 (https://www.who.int/cholera/task_force/technical-note-WASH-IPC-CTCCTU-2019.pdf?ua=1, consulté en août 2020).

³ Cholera outbreak response field manual. Geneva: Global Task Force on Cholera Control; 2019 (<https://choleraoutbreak.org/>, consulté en août 2020).

⁴ Guidance and tool for countries to identify priority areas for intervention. Geneva: Global Task Force on Cholera Control; 2019 (<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/11/guidance-and-tool-for-countries-to-identify-priority-areas-for-intervention.pdf>, consulté en août 2020).

⁵ Treatment of children with cholera and severe acute malnutrition (SAM). Geneva: Global Task Force on Cholera Control; 2019 (<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2019/12/gtfcc-job-aid-treatment-of-children-with-cholera-and-severe-acute-malnutrition.pdf>, consulté en août 2020).

⁶ Ending cholera. A global roadmap to 2030. Geneva: Global Task Force on Cholera Control; 2017 (<https://www.who.int/cholera/publications/global-roadmap.pdf?ua=1>, consulté en août 2020).

Applications for support from Gavi, the Vaccine Alliance for OCV campaigns require that a country identify areas at higher risk for cholera events, or “hotspots”, by analysing recent data from cholera surveillance to prioritize vaccination campaigns. The hotspots (often districts) are then prioritized for a comprehensive, multi-sectoral, long-term control plan. For this purpose, reliable cholera surveillance data, comprehensive in space and time, are required to assess and monitor progress. Ultimately, surveillance data analyses will be used to determine the impact of cholera control programmes and the contribution of each component: early case detection and reporting, outbreak response and case management, OCV use, WaSH measures and community engagement in all preventive activities.

In practice, the global cholera burden is based mainly on reporting of clinically suspected cases, as the clinical syndrome (i.e. acute watery diarrhoea) used to identify and report suspected cholera is non-specific, may be due to other infectious and non-infectious causes and is a very common reason for seeking medical care. This limits appraisal of global, regional and national trends in cholera and can complicate identification of cholera hotspots for prioritizing control interventions. Future plans are to provide guidance and tools for a more comprehensive, integrated approach to cholera surveillance. This will include, for example, periodic testing of cases of acute watery diarrhoea for cholera, outside of declared epidemics, both during and between typical cholera seasons, combined with a diagnostic strategy that is adapted to both local background cholera epidemiology and, during outbreaks, the evolving case load. Although laboratory methods for confirming cholera (culture, polymerase chain reaction) and rapid diagnostic tests have variable performance, availability and time-to-results and constraints to use in the field, they can be used in combination to infer infection with *Vibrio cholerae* in the context of current local transmission. National data collection and reporting will be further supported, and regional and global reporting and information-sharing will be streamlined to ensure more comprehensive, timely monitoring of the trends and burden of cholera, and to better estimate the impact of cholera control measures, optimize the use of available resources, adequately inform national control plans and reliably measure progress.

OCV maintains a central, vital role in cholera control as the long-term work of ensuring adequate water and sanitation is pursued. OCV continues to provide a rapid solution for slowing epidemics, protecting people from cholera in natural and man-made disasters and, most importantly, preventing cholera in vulnerable populations at high risk of cholera transmission. As of 31 December 2019, nearly 24 million doses had been shipped in response to requests from 13 countries during the year. The OCV stockpiles for both emergency requests and planned campaigns are supported by Gavi, the Vaccine Alliance, with funding for purchase of the vaccine and financial support for mass vaccination campaigns. ■

renforcées. Pour demander à bénéficier d'un soutien de l'Alliance GAVI pour les campagnes de vaccination par le VCO, un pays doit identifier les zones exposées à un risque particulièrement élevé de choléra, aussi appelées «points chauds», en analysant les données récentes de la surveillance du choléra afin d'établir les priorités des campagnes de vaccination. Ces points chauds (qui sont souvent des districts) sont alors considérés comme prioritaires pour l'élaboration d'un plan complet et multisectoriel de lutte à long terme contre la maladie. À cette fin, il est nécessaire de disposer de données de surveillance du choléra qui soient fiables et exhaustives, aussi bien dans l'espace que dans le temps, pour évaluer et suivre les progrès. À terme, les analyses des données de surveillance permettront de déterminer l'impact des programmes de lutte et la contribution de chaque composante: détection et notification précoces des cas, riposte aux flambées et prise en charge des cas, utilisation du VCO, mesures relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène, et mobilisation communautaire dans toutes les activités de prévention.

Dans la pratique, l'évaluation de la charge mondiale du choléra se fonde principalement sur la notification des cas cliniquement suspects, car le syndrome clinique (diarrhée aqueuse aiguë) utilisé pour identifier et notifier les cas suspects de choléra n'est pas spécifique, peut avoir d'autres origines, infectieuses ou non, et est une cause très courante de recours aux soins. Cela rend difficile l'évaluation des tendances mondiales, régionales et nationales et peut compliquer l'identification des points chauds en vue d'établir les priorités des interventions de lutte contre le choléra. À l'avenir, il est prévu d'élaborer des orientations et des outils qui permettront la mise en œuvre d'une surveillance plus complète et plus intégrée du choléra. Cette approche reposera par exemple sur un dépistage périodique du choléra parmi les cas de diarrhée aqueuse aiguë, en dehors des épidémies déclarées et aussi bien pendant les saisons habituelles du choléra qu'en période intersaisonnière, associé à une stratégie de diagnostic adaptée à la fois à l'épidémiologie de base locale du choléra et, pendant les flambées, à l'évolution du nombre de cas. Bien que les méthodes de confirmation en laboratoire du choléra (culture, amplification en chaîne par polymérase) et les tests de diagnostic rapide varient en termes de performance, de disponibilité, de délai d'obtention des résultats et de contraintes liées à leur emploi sur le terrain, ils peuvent être utilisés de manière combinée pour déduire des informations permettant de diagnostiquer une infection par *Vibrio cholerae* dans le contexte d'une transmission locale en cours. Un appui supplémentaire sera apporté aux efforts nationaux de collecte et de transmission des données, et la notification et l'échange d'information aux niveaux régional et mondial seront rationalisés afin d'assurer un suivi plus complet et plus rapide des tendances et de la charge du choléra, de mieux estimer l'impact des mesures de lutte contre le choléra, d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles, de guider l'élaboration des plans de lutte nationaux et de mesurer les progrès de manière fiable.

Le VCO conserve un rôle crucial dans la lutte contre le choléra tandis que se poursuit le travail de longue haleine d'amélioration des services d'eau et d'assainissement. Le VCO continue d'offrir une solution rapide pour ralentir les épidémies, protéger la population contre le choléra lors des catastrophes d'origine naturelle ou humaine et, surtout, prévenir le choléra parmi les populations vulnérables exposées à un risque élevé de transmission de la maladie. Au 31 décembre 2019, près de 24 millions de doses de vaccin avaient été expédiées pendant l'année pour répondre à la demande de 13 pays. Les stocks de VCO, destinés aussi bien aux demandes d'urgence qu'aux campagnes planifiées, sont soutenus par l'Alliance GAVI, qui fournit un financement pour l'achat du vaccin et un appui financier pour les campagnes de vaccination de masse. ■