



Choléra : dispositif de lutte et de prévention

Rapport du Secrétariat

1. Le choléra est une infection entérique aiguë, caractérisée par des vomissements profus et une diarrhée aqueuse aiguë, provoqués par l'ingestion du bacille *Vibrio cholerae*, sérotype O1 ou O139. Cette infection peut entraîner en quelques heures une déshydratation sévère et la mort. En l'absence de traitement, le taux de létalité peut atteindre 50 %, mais si l'on traite rapidement et correctement les malades, il restera inférieur à 1 %. Dans 80 % des cas, les patients guérissent avec comme seul traitement l'administration de sels de réhydratation orale, mais 10 % à 20 % des malades nécessitent une réhydratation par voie intraveineuse.

2. En raison de la courte période d'incubation du choléra, toute faiblesse des systèmes d'alerte précoce peut entraîner des retards dans la mise en place de mesures de lutte, d'où l'apparition de flambées épidémiques explosives. Ces dernières années, des flambées massives se sont produites dans des pays où cette maladie avait été absente pendant plusieurs décennies. L'une des plus fortes de ces flambées s'est déroulée au Zimbabwe sur une période de 12 mois, où elle a généré 98 591 cas, dont 4288 mortels, entre août 2008 et juillet 2009. Plus récemment, une flambée de choléra s'est déclarée en Haïti, à la suite du tremblement de terre qui a frappé le pays au début du mois de janvier 2010. Les premiers cas ont été diagnostiqués à mi-octobre et, en février 2011, le Ministère haïtien de la Santé publique et de la Population notifiait près de 230 000 cas de choléra, dont plus de 4500 mortels. Le Bureau régional des Amériques/OPS ainsi que leurs partenaires dans le domaine sanitaire continuent d'aider le Ministère haïtien de la Santé publique et de la Population à faire face à cette flambée. Néanmoins, la présence endémique durable du choléra dans plusieurs pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et de la Région africaine de l'OMS ne doit pas être sous-estimée et demeure une charge pour la santé publique.

3. L'analyse des tendances mondiales de l'incidence du choléra par périodes de cinq ans fait apparaître une augmentation constante depuis le début du millénaire. De 2004 à 2008, le nombre total cumulé des cas notifiés à l'OMS a atteint 838 315 contre 676 651 entre 2000 et 2004, soit un accroissement de 24 % du nombre de cas notifiés pour cette dernière période de cinq ans. On sait pourtant que le nombre réel de cas de choléra est beaucoup plus élevé. Les chiffres rapportés n'incluent pas les 500 000 à 700 000 cas de « diarrhée aqueuse aiguë » qui, d'après les estimations, interviennent chaque année dans de vastes zones de l'Asie centrale et de l'Asie du Sud-Est et dans certains pays d'Afrique. Les divergences résultent de la sous-notification et d'autres limitations des systèmes de surveillance, dont des incohérences dans les définitions de cas et le manque de standardisation du vocabulaire.¹

¹ Choléra 2009. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2010, **85**(31) : 293-308.

4. La sous-notification peut aussi résulter de préoccupations concernant de possibles sanctions imposées aux déplacements et au commerce. Il a été montré que de telles « sanctions » ne contribuaient pas à lutter efficacement contre le choléra. Les interventions sanitaires efficaces, telles que l'accès à des soins de santé appropriés, la prise en charge correcte et en temps utile des cas, la gestion améliorée de l'environnement et le bon usage des vaccins anticholériques oraux, sont tributaires d'un système de surveillance solide et d'une approche plurisectorielle coordonnée pour atténuer ou éviter les épidémies. Le Règlement sanitaire international (2005)¹ entré en vigueur en juin 2007, encourage les échanges d'informations, afin de contribuer à prévenir et à juguler efficacement les épidémies, et notamment de choléra.

5. Maladie à transmission hydrique étroitement associée aux conditions environnementales défavorables et au manque d'hygiène personnelle, le choléra présente les mêmes facteurs de risque que d'autres maladies diarrhéiques transmises par l'eau. L'absence ou le manque d'eau sans risque sanitaire ou d'assainissement approprié ainsi qu'une mauvaise gestion des déchets contribuent à la propagation de ces maladies. Ces mêmes conditions sont réunies en de nombreux endroits du monde en développement, notamment dans les implantations humaines surpeuplées, et également dans des zones rurales, sur les rives de rivières ou de lacs. Dans son rapport de 2010, le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement² indique que 884 millions de personnes sont encore privées d'accès à une « source d'eau de boisson améliorée ». Cette situation concerne notamment 40 % des habitants de l'Afrique subsaharienne.³ La présence du choléra fait ressortir les inégalités en matière de santé liées à des déterminants économiques et sociaux.

6. De nombreux pays font des efforts considérables pour endiguer le choléra en se concentrant sur les ripostes aux flambées, mais la lutte contre cette maladie exige bien plus qu'un traitement médical rapide des cas. Il existe des interactions importantes entre la prévention, la préparation, la riposte et la présence d'un système de surveillance efficace. Préserver l'équilibre entre ces éléments est essentiel pour atténuer les flambées et faire baisser le taux de létalité. La prévention du choléra et la lutte contre cette maladie supposent l'accès à une eau sans risque sanitaire, un assainissement approprié ainsi qu'une sécurité alimentaire et un niveau suffisant d'hygiène personnelle. Les aspects essentiels de cette démarche sont l'implication des communautés, l'ouverture et la transparence dans les échanges d'informations et le dialogue politique. Elle présente en outre l'avantage de renforcer le dispositif préventif et la lutte contre d'autres maladies diarrhéiques à transmission hydrique.

7. En 1991, la Quarante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA44.6 sur le choléra en réponse à la propagation de la septième pandémie cholérique et à sa réémergence en Afrique du Sud. En conséquence, l'OMS a créé en 1992 son Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra, avec comme objectifs d'aider les États Membres à réduire les taux de morbidité et de mortalité associés au choléra et à diminuer les conséquences sociales et économiques de cette maladie.

8. La bonne gestion des ressources en eau est fondamentale. Il faut améliorer et maintenir durablement l'accès à des sources d'eau sans risque sanitaire et promouvoir le traitement de l'eau au niveau des ménages et sa conservation dans des conditions sûres afin de prévenir l'apparition du

¹ *Règlement sanitaire international (2005)*, 2^e éd., Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

² Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. *Progrès en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement : rapport 2010*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

³ Voir aussi le document EB127/6.

choléra et de réduire la morbidité en cas de flambées. Même les ménages ayant accès à des sources d'eau de boisson améliorées peuvent être victimes d'une recontamination au domicile, ce qui suppose des mesures spécifiques pour prévenir les expositions.

9. À l'échelle mondiale, les mesures préventives n'ont pas réussi à juguler le choléra. Elles ont eu moins d'effet en raison de la poursuite de la croissance démographique, d'une émigration rurale accrue, du manque d'infrastructures, du changement climatique et de la concurrence entre les priorités de santé publique. Les efforts de lutte entrent désormais dans une nouvelle phase avec la mise au point de vaccins anticholériques oraux sûrs et efficaces, qui complètent, sans les remplacer, les mesures de prévention classiques.

10. Plusieurs vaccins anticholériques oraux ont été développés et se sont avérés sûrs, immunogènes et efficaces.¹ Jusqu'à présent, le vaccin WC-rBS, composé de germes entiers tués de *Vibrio cholerae* O1 associés à une sous-unité B recombinante purifiée de la toxine cholérique, est le seul vaccin présélectionné par l'OMS. Il est administré en deux doses – chacune diluée dans 1,5 dl d'eau tamponnée – à au moins une semaine (mais pas plus de six semaines) d'intervalle. Son activité protectrice se manifeste 10 jours après la seconde dose. Une reformulation de ce vaccin, mise au point à la suite d'un transfert de technologie Nord-Sud et Sud-Sud, est maintenant fabriquée et homologuée en Inde. Ce vaccin ne nécessite pas de solution tampon et sa présélection par l'OMS est en cours.

11. Après plusieurs campagnes de vaccination de masse avec le vaccin original administré en deux doses, l'OMS a publié en 2005 des recommandations sur l'utilisation des vaccins anticholériques oraux dans les situations d'urgence complexes, en insistant sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire et d'envisager la prévention et la lutte contre le choléra dans le cadre plus large des priorités de la santé publique en temps de crise.² Un outil pour la prise de décision en trois étapes a été mis au point à l'intention des pays pour évaluer : i) le risque de flambée ; ii) la capacité à endiguer une flambée potentielle ; et iii) la faisabilité d'une campagne de vaccination de masse utilisant des vaccins anticholériques oraux dans une situation donnée.

12. En octobre 2009, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a discuté des recommandations pour l'utilisation des vaccins anticholériques oraux, fournissant ainsi les informations qui ont servi à l'élaboration de la note d'information récemment publiée par l'OMS sur les vaccins anticholériques. Ses recommandations sont les suivantes :^{1,3} i) la lutte contre le choléra doit être prioritaire dans les zones d'endémie de cette maladie ; et ii) compte tenu de la disponibilité des deux vaccins anticholériques oraux – l'un présélectionné et l'autre en attente de présélection –, il convient de vacciner avec ces vaccins, en association avec d'autres stratégies de prévention et de lutte, dans les zones d'endémie de la maladie et d'envisager leur utilisation dans les régions exposées à un risque de flambée épidémique. Cette vaccination ne doit pas perturber la délivrance d'autres interventions sanitaires hautement prioritaires pour prévenir ou combattre les flambées de choléra. L'administration du vaccin, qui fournit des effets à court terme, peut être mise à profit pour produire une riposte immédiate, pendant que des interventions pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement, qui ont des effets à plus long terme et impliquent d'importants investissements, sont mises en place.

¹ Vaccins anticholériques : note d'information de l'OMS. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2010, **85**(13) : 117-128.

² Document WHO/CDS/NTD/IDM/2006.2.

³ Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2009 – conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, **84**(50) : 526-528.

13. Bien que des efforts considérables aient été consentis pour lutter contre le choléra, les tendances mondiales ont indiqué une progression constante de la maladie et les pays ont été découragés par les difficultés affrontées en tentant de juguler les épidémies. Voici certaines des difficultés rencontrées et les mesures préconisées pour y répondre :

- Les interventions actuelles contre les flambées de choléra tendent à être de nature réactive, prenant la forme d'une action d'urgence au coup par coup. Cette approche permet certes d'éviter des décès, mais ne prévient pas l'apparition des cas. Il est donc nécessaire d'adopter une démarche programmatique, concertée et coordonnée, englobant la prévention, la préparation et la riposte, en envisageant des stratégies pour réduire les risques de choléra.
- La coordination intersectorielle a été difficile, malgré la nécessité d'une amélioration des liens entre les secteurs de la santé et de l'eau pour mener durablement des activités de lutte contre le choléra.
- Quand ils existent, les plans d'action nationaux sont rarement adaptés au contexte local, une étape pourtant nécessaire pour développer les activités pluridisciplinaires de prévention et de lutte.
- Traiter efficacement et conserver dans des conditions sûres l'eau dans les foyers font partie des enjeux actuels. Dans la lignée du plan d'action en sept points récemment lancé par l'OMS et l'UNICEF,¹ il faut promouvoir, développer et soutenir ces mesures par des cadres politiques efficaces.
- La surveillance du choléra n'est pas efficacement intégrée dans les systèmes généraux de surveillance. Il faut renforcer les capacités locales de collecte et d'analyse des données pour les intégrer à ces systèmes, ce qui facilitera le repérage des zones à haut risque et des tendances au cours du temps et guidera les activités de lutte.
- Il est difficile d'évaluer ou de prévoir le risque épidémique. La collecte des données sur les cas de choléra ne suffit pas à elle seule pour mener une évaluation des risques ou identifier le facteur déclencheur des flambées. La surveillance doit recueillir en plus des informations sur des facteurs essentiels tels que l'existence de sources d'eau, les conditions environnementales, les moyens de transport et les croyances et pratiques culturelles.
- L'expérience tirée des campagnes de vaccination de masse avec les vaccins anticholériques oraux a fait ressortir la difficulté de mener en parallèle la vaccination et d'autres mesures de prévention. La vaccination doit être administrée en association avec d'autres méthodes recommandées de prévention et de lutte et ne doit pas être utilisée en remplacement des mesures de prévention habituellement préconisées. En outre, les campagnes de vaccination de masse doivent être soigneusement planifiées et préparées.
- La disponibilité des tests diagnostiques rapides est insuffisante pour permettre l'alerte précoce et le déclenchement des interventions, et devra être améliorée grâce à la recherche.

¹ OMS, UNICEF. *Diarrhoea: why children are still dying and what can be done*. New York, UNICEF, 2009.

14. Le Groupe spécial mondial OMS de lutte contre le choléra continue de soutenir les États Membres dans leurs activités complètes et coordonnées de lutte contre le choléra et de leur apporter des conseils techniques. Il contribue aussi à la recherche opérationnelle sur les meilleures pratiques.

15. Le savoir-faire et les outils pour une prévention et une lutte efficaces existent et peuvent changer le cours des choses à condition de les mettre en place en temps voulu, d'appliquer une démarche concertée et coordonnée et de mettre à disposition les fonds nécessaires.

16. L'intégration d'une puissante approche programmatique et pluridisciplinaire, ciblant le choléra, aux activités de lutte contre les maladies diarrhéiques s'est avérée efficace à la fois pour diminuer la fréquence des épidémies et faire baisser les taux de létalité pendant les flambées.¹ Une telle approche de la prévention et de la lutte suppose un solide leadership, un engagement politique et l'implication de tous les acteurs concernés. De plus amples efforts devront être consentis et davantage de moyens accordés à l'OMS pour qu'elle exerce son rôle de soutien à des programmes efficaces visant à combattre à la fois le choléra et les maladies diarrhéiques dans les pays.

17. Une version antérieure du présent rapport a été examinée par le Conseil exécutif à sa cent vingt-huitième session² et le Conseil a adopté la résolution EB128.R7.³

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

18. L'Assemblée de la Santé est invitée à adopter la résolution recommandée par le Conseil exécutif dans sa résolution EB128.R7.

= = =

¹ Review of the project for improving preparedness and response to cholera and other epidemic diarrhoeal diseases in Southern Africa ; avril 1997. Bureau régional OMS de l'Afrique, janvier 1998.

² Voir le document EB128/2011/REC/2, procès-verbal des troisième, quatrième, huitième et neuvième séances.

³ Voir le document EB128/2011/REC/1 pour la résolution et les incidences financières et administratives de son adoption pour le Secrétariat.