

Cholera, 2023

World Health Organization

In 2023, the 7th cholera pandemic continued to surge, with 535 321 cases reported to WHO, up from 472 697 in 2022. Cholera cases were reported from 45 countries, territories and areas,¹ an increase from 44 in 2022 and 35 in 2021. The geographical pattern of outbreaks evolved further, with a 32% reduction in the number of cases reported in countries in the Middle East and Asia and a 125% increase in cases in Africa. In 2023, very large outbreaks, >10 000 suspected and confirmed cases per country, were reported by 9 countries on 3 continents (Afghanistan, Bangladesh, the Democratic Republic of the Congo (DRC), Ethiopia, Haiti, Malawi, Mozambique, Somalia and Zimbabwe), 2 more than in 2022 and more than double the number of very large outbreaks reported annually between 2019 and 2021. Of the 9 countries, 4 (Ethiopia, Haiti, Mozambique and Zimbabwe) did not report very large outbreaks in 2022. While the number of reported cholera cases in Bangladesh increased in 2023 over that in 2022, this increase could be attributed to the country's efforts to enhance cholera surveillance and reporting rather than to a new or worsening outbreak.

Conflict, climate change, limited investment in development and population displacement due to emerging and re-emerging risks all contributed to the rise in the number of cholera outbreaks. This trend reflects a lack of long-term development investment, particularly in water, sanitation and hygiene (WASH). Cholera outbreaks indicate that the sustainable development goals for WASH are not on track to meet the 2030 objectives, despite the United Nations General Assembly's recognition in 2010 that access to safe drinking-water and sanitation is a fundamental human right.²

Because of the limited availability of oral cholera vaccine (OCV), the International Coordinating Group (ICG), which manages the OCV emergency stockpile, took the unprecedented decision in October 2022 to temporarily suspend the standard 2-dose vaccination regimen in cholera outbreak response campaigns and instead use a single-dose approach, which was accepted by the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE).³ The change in strategy, which continued throughout 2023 and into 2024, enabled the available vaccines to protect more people and responses to more cholera outbreaks amid the ongoing supply shortfall. Evidence on the duration of protection is limited, but the 1-dose strategy has proven effective in responding to outbreaks. The ICG continues to monitor global epidemiological trends and the OCV stockpile status and will review its decision regularly.

¹ Henceforth referred to as countries.

² See <https://digitallibrary.un.org/record/687002?ln=en&v=pdf#files>

³ See <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258763/WER9234.pdf?sequence=1>

Choléra, 2023

Organisation mondiale de la Santé

En 2023, la 7^e pandémie de choléra a continué de progresser, avec 535 321 cas notifiés à l'OMS, contre 472 697 en 2022. Des cas de choléra ont été signalés dans 45 pays, territoires et zones,¹ contre 44 en 2022 et 35 en 2021. La répartition géographique des flambées épidémiques a encore évolué: le nombre de cas signalés dans les pays du Moyen-Orient et d'Asie a baissé de 32% alors qu'il a augmenté de 125% en Afrique. En 2023, des flambées de très grande ampleur, caractérisées par la présence de >10 000 cas suspects ou confirmés dans un pays donné, ont été signalées par 9 pays sur 3 continents (Afghanistan, Bangladesh, Éthiopie, Haïti, Malawi, Mozambique, République démocratique du Congo [RDC], Somalie et Zimbabwe), soit 2 pays de plus qu'en 2022, et leur nombre a plus que doublé par rapport aux chiffres annuels communiqués entre 2019 et 2021. Parmi les 9 pays touchés, 4 (Éthiopie, Haïti, Mozambique et Zimbabwe) n'ont pas signalé de flambées de très grande ampleur en 2022. L'augmentation du nombre de cas de choléra signalés au Bangladesh en 2023 par rapport à 2022 pourrait être attribuable aux efforts déployés par le pays pour renforcer la surveillance du choléra et la notification des cas plutôt qu'à une nouvelle épidémie ou à une aggravation de l'épidémie en cours.

Les conflits, les changements climatiques, l'insuffisance des investissements en faveur du développement et les déplacements de populations dus à des risques émergents ou réémergents sont autant de facteurs ayant contribué à l'augmentation du nombre de flambées épidémiques de choléra. Cette tendance reflète l'absence d'investissements à long terme, en particulier dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH). Les flambées de choléra indiquent que l'on n'est pas en voie d'atteindre les objectifs de développement durable relatifs aux services WASH à l'horizon 2030, bien que l'Assemblée générale des Nations Unies ait reconnu en 2010 que l'accès à l'eau potable et à l'assainissement était un droit humain fondamental.²

En raison de la disponibilité limitée du vaccin anticholérique oral (VCO), le Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccins (GIC), qui gère le stock d'urgence de VCO, a pris la décision sans précédent en octobre 2022 de remplacer temporairement le schéma vaccinal standard à 2 doses utilisé dans les campagnes de riposte aux flambées de choléra par un schéma à 1 dose, décision acceptée par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE).³ Ce changement de stratégie, qui s'est poursuivi tout au long de l'année 2023 et en 2024, a permis de protéger un plus grand nombre de personnes et de répondre à davantage de flambées de choléra dans le contexte actuel de rupture de stock. Les données sur la durée de protection sont limitées, mais il a été démontré que la stratégie à 1 dose était efficace pour combattre les flambées épidémiques. Le GIC continue de surveiller l'évolution épidémiologique de la maladie à l'échelle mondiale et l'état du stock de VCO, et réexaminera régulièrement sa décision.

¹ Ci-après collectivement dénommés pays.

² Voir <https://digitallibrary.un.org/record/687002?ln=en&v=pdf#files>

³ Voir <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258763/WER9234.pdf?sequence=1>

Shanchol™ production was discontinued in 2022 and the last doses distributed in 2023. A new simplified OCV, Euvichol-S®, was prequalified in early 2024 and is expected to be on the global market in late 2024. This will help to increase the global stockpile. Further investment is being made to increase vaccine production, but the supply constraint is expected to continue into 2025.

In 2023, 103 countries reported data on cholera to WHO. Of these, 45 countries reported 535 321 cases and 4007 deaths, resulting in a case-fatality rate (CFR)⁴ of 0.7% (Figure 1, Map 1 and Table 1). Notably, the number of reported cholera deaths increased by 71% over that in 2022 (2349), while the number of cases increased by 13%. Of the 45 countries, 35 reported outbreaks, and 10 reported only imported cases. Zero reporting was encouraged, with 58 countries reporting 0 cases (Table 2). Increasing laboratory confirmation of suspected cholera cases remains a priority to reduce reliance on reports of clinically suspected cases. In 2023, of the 45 countries that reported cases, 40 (89%) reported on the use of laboratory diagnostics. All 40 (100%) reported testing by culture or polymerase chain reaction (PCR) and 23 (58%) also with a rapid diagnostic test (RDT) (Table 3). In total, 119 593 (22%) of 535 321 globally reported cholera cases were tested by PCR or culture.

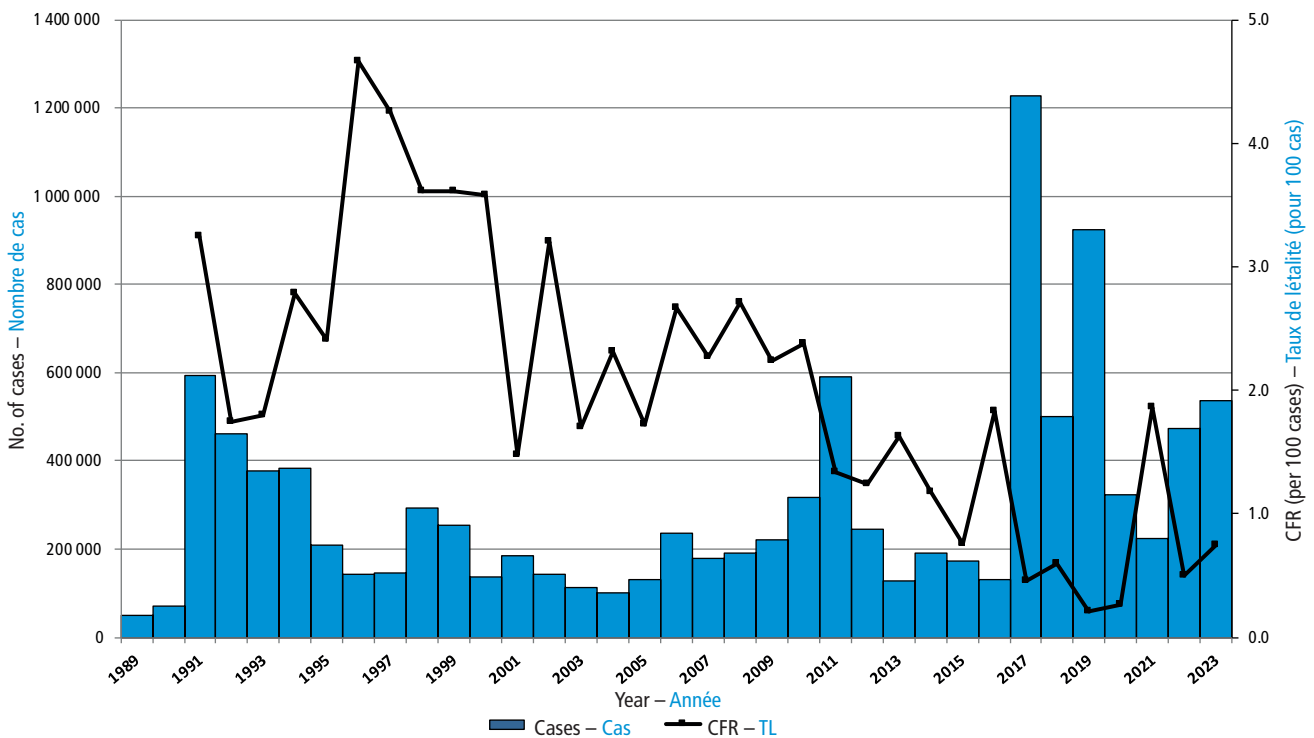
La production du vaccin Shanchol™ a été interrompue en 2022 et les dernières doses ont été distribuées en 2023. Un nouveau VCO simplifié, le vaccin Euvichol-S®, a été préqualifié au début de 2024 et devrait être sur le marché mondial à la fin de l'année. Cela contribuera à augmenter le stock mondial de vaccins. Des investissements supplémentaires sont en cours pour augmenter la production de vaccins, mais, dans l'intervalle, les restrictions d'approvisionnement devraient perdurer jusqu'en 2025.

En 2023, 103 pays ont communiqué à l'OMS des données sur le choléra. Parmi eux, 45 pays ont notifié 535 321 cas et 4007 décès, soit un taux de létalité⁴ de 0,7% (Figure 1, Carte 1 et Tableau 1). Le nombre de décès dus au choléra a ainsi augmenté de 71% par rapport à 2022 (2349 décès), tandis que le nombre de cas a augmenté de 13%. Sur ces 45 pays, 35 ont signalé des flambées épidémiques et 10 ont notifié uniquement des cas importés. Il avait été recommandé aux pays de communiquer des données même en l'absence de cas; ainsi, 58 pays ont signalé 0 cas (Tableau 2).

Le renforcement des capacités de confirmation en laboratoire demeure une priorité, l'objectif étant de ne pas devoir se fier uniquement à la notification des cas cliniquement suspects. En 2023, sur les 45 pays ayant signalé des cas, 40 (89%) ont communiqué des informations sur l'utilisation des produits de diagnostic en laboratoire; parmi eux, 40 (100%) ont indiqué avoir recours à des analyses par culture ou par PCR (amplification en chaîne par polymérase) et 23 (58%) ont indiqué utiliser également des tests de diagnostic rapides (TDR) (Tableau 3). Au total, 119 593 (22%) des 535 321 cas de choléra notifiés dans le monde ont fait l'objet d'un test par PCR ou par culture.

Figure 1 Annual cholera cases and case fatality rate (CFR) reported by year, 1989–2023

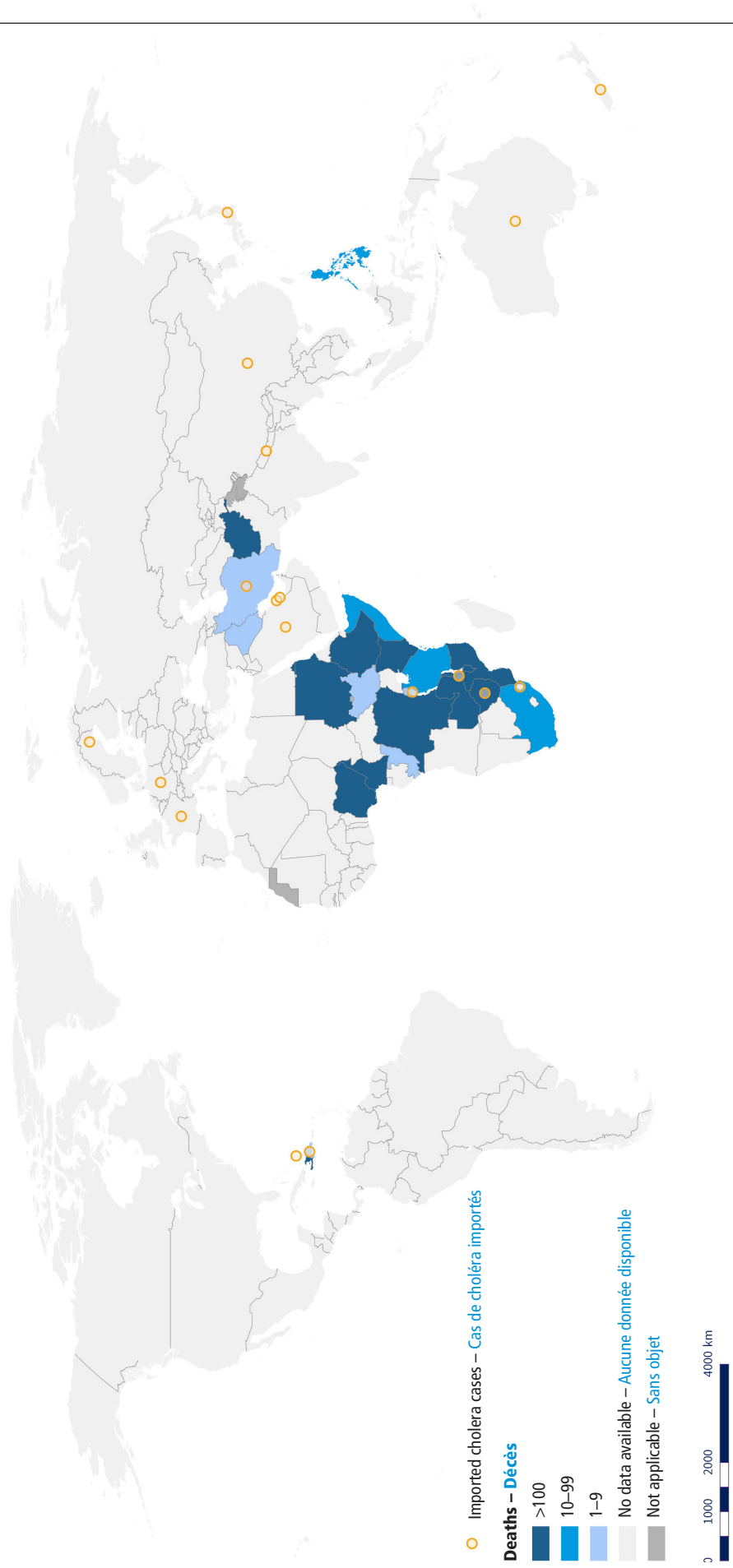
Figure 1 Cas de choléra et taux de létalité (TL) par année, 1989-2023



⁴ As many countries report only total deaths, reported CFR is calculated from the total number of deaths reported. GTFCC recommends that CFR be calculated only from deaths in a facility, with the number of community deaths reported separately (<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2024/04/public-health-surveillance-for-cholera-guidance-document-2024.pdf>).

⁴ Comme de nombreux pays n'indiquent que le nombre total de décès, le taux de létalité a été calculé à partir du nombre total de décès signalés. Le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC) recommande que le taux de létalité soit calculé uniquement à partir des décès survenus dans un établissement de santé, le nombre de décès dans la communauté étant communiqué séparément (<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2024/04/public-health-surveillance-for-cholera-guidance-document-2024.pdf>).

Map 1 **Countries reporting cholera deaths and imported cases in 2023**
 Carte 1 **Pays ayant déclaré des décès dus au choléra et des cas importés en 2023**



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 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 Health Emergency Interventions. – Source: Organisation mondiale de la santé / Département d'interventions en cas d'urgences sanitaires.
 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), 2024. All rights reserved. – © Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2024. Tous droits réservés.

Table 1 **Number of cholera cases and deaths reported to WHO in 2023**
 Tableau 1 **Nombre de cas de choléra et de décès signalés à l'OMS en 2023**

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 (%) ^a – Taux de létalité (%) ^a
Africa – Afrique	Benin – Bénin	28	0	0	0.0
	Burundi	1 394	6	9	0.6
	Cameroon – Cameroun	6 470	0	209	3.2
	Congo	21	0	5	23.8
	Democratic Republic of the Congo – République Démocratique du Congo	52 654	NR	473	0.9
	Eswatini	2	1	0	0.0
	Ethiopia – Éthiopie	30 389	0	446	1.5
	Kenya	8 809	0	141	1.6
	Liberia – Libéria	925	0	0	0.0
	Malawi	32 530	424	817	2.5
	Mozambique	39 101	0	156	0.4
	Nigeria – Nigéria	3 457	NR	109	3.2
	Rwanda	207	0	1	0.5
	Somalia – Somalie	18 304	0	46	0.3
	South Africa – Afrique du Sud	1 478	NR	47	3.2
	South Sudan – Soudan du Sud	1 471	0	2	0.1
	Sudan – Soudan	8 895	0	246	2.8
	Tanzania (United Republic of) – Tanzanie (République-Unie de)	1 040	0	20	1.9
	Togo	3	0	0	0.0
Zambia – Zambie	4 531	NR	132	2.9	
Zimbabwe	14 148	63	308	2.2	
Total		225 857	494	3 167	1.4
Americas – Amériques	Dominican Republic – République dominicaine	310	1	1	0.3
	Haiti – Haïti	54 767	NR	711	1.3
	Turks and Caicos Islands – Îles Turques et Caïques	1	1	0	0.0
	Total		55 078	2	712
Asia – Asie	Afghanistan	222 249	0	101	0.0
	Bahrain – Bahreïn	1	1	0	0.0
	Bangladesh	23 369	NR	NR	-
	China – Chine	29	2	0	0.0
	India – Inde	649	NR	NR	-
	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	79	26	1	1.3
	Iraq	1 337	0	7	0.5
	Japan – Japon	2	2	NR	0.0

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 (%) ^a – Taux de létalité (%) ^a
	Lebanon – Liban	2 406	0	0	0.0
	Malaysia – Malaisie	48	0	0	0.0
	Nepal – Népal	7	1	0	0.0
	Pakistan	200	0	0	0.0
	Philippines	3 982	0	19	0.5
	Qatar	3	3	0	0.0
	Saudi Arabia – Arabie saoudite	1	1	0	0.0
	Thailand – Thaïlande	6	0	NR	0.0
	Total	254 368	36	128	0.1
Europe	France	2	2	0	0.0
	Germany – Allemagne	9	9	0	0.0
	Sweden – Suède	3	3	0	0.0
	Total	14	14	0	0.0
Oceania – Océanie	Australia – Australie	3	3	0	0.0
	New Zealand – Nouvelle-Zélande	1	1	0	0.0
	Total	4	4	0	0.0
Grand total		535 321	550	4 007	0.7

NR: not reported – NR: non renseigné

^a As multiple countries report only total data on deaths, reported CFR is calculated throughout based on the total number of deaths reported. GTFCC recommends that CFR be calculated using only facility deaths with the number of community deaths reported separately (<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2024/04/public-health-surveillance-for-cholera-guidance-document-2024.pdf>). – Comme de nombreux pays n'indiquent que le nombre total de décès, le taux de létalité a été calculé à partir du nombre total de décès signalés. Le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC) recommande que le taux de létalité soit calculé uniquement à partir des décès survenus dans un établissement de santé, le nombre de décès dans la communauté étant communiqué séparément (<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2024/04/public-health-surveillance-for-cholera-guidance-document-2024.pdf>).

The proportion of confirmed cholera cases in countries varied from 0 to 100%, as did the positivity rate. The testing strategies used in countries also differed, from close to systematic, to sentinel surveillance or outbreak confirmation only. The data should therefore be interpreted cautiously. To promote effective, harmonized testing strategies, in 2024 the Global Task Force on Cholera Control (GTFCC) published new guidance for cholera surveillance, which includes recommendations for testing strategies for early detection and monitoring of cholera outbreaks.

Demographic data (gender and age) are important to assess which populations are most affected and to direct responses accordingly. Information on gender was provided by 42 of 45 countries, accounting for 99% (527 978) of the cases reported in 2023 (Table 4). Globally, the male:female ratio was 1.05. Nonetheless, uneven gender distributions (both directions) reported by some countries may indicate differences in risk factors that should be analysed in real time and investigated to adapt response strategies.

La proportion de cas de choléra confirmés en laboratoire variait d'un pays à l'autre, de 0% à 100%, tout comme le taux de positivité des tests. Les stratégies adoptées par les pays pour la réalisation des tests différaient également: test quasi systématique dans certains pays, surveillance sentinelle dans d'autres, ou encore simple confirmation d'une flambée épidémique. Il convient donc d'interpréter ces données avec prudence. Afin de promouvoir des stratégies efficaces et harmonisées pour la réalisation des tests en laboratoire, le GTFCC a publié en 2024 de nouvelles orientations pour la surveillance du choléra, qui comprennent des recommandations pour la détection précoce et la surveillance des flambées de choléra.

Il est important de disposer de données démographiques (genre et âge) pour identifier les populations les plus touchées et orienter les interventions de riposte en conséquence. Des informations sur le genre des patients ont été fournies par 42 des 45 pays, soit pour 99% (527 978) des cas notifiés en 2023 (Tableau 4). À l'échelle mondiale, le ratio hommes/femmes était de 1,05. Toutefois, la répartition inégale entre les genres (dans les deux sens) signalée par certains pays peut refléter des différences au niveau des facteurs de risque qui doivent être analysées en temps réel et étudiées pour adapter les stratégies de riposte.

Table 2 **Countries reported 0 cases and deaths in 2023, fulfilling the public health surveillance service of “zero reporting”^{a, b}**

Tableau 2 **Pays ayant signalé 0 cas et décès en 2023, se conformant à la prescription de notification de «zéro cas» essentielle pour la surveillance en santé publique^{a, b}**

Region – Région	Africa (28) – Afrique (28)	Asia (15) – Asie (15)	Oceania (15) – Océanie (15)
Countries – Pays	Algeria, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Central African Republic, Chad, Comoros, Côte d’Ivoire, Djibouti, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Lesotho, Libya, Madagascar, Mali, Mauritania, Mauritius, Morocco, Namibia, Niger, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, São Tomé and Príncipe, Tunisia – Algérie, Bostwana, Burkina-Faso, Cap-Vert, Comores, Côte d’Ivoire, Djibouti, Érythrée, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Lesotho, Libye, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Maurice, Niger, République centrafricaine, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Sao Tomé-et-Príncipe, Tchad, Tunisie	Cambodia, Democratic People’s Republic of Korea, Indonesia, Jordan, Kuwait, Lao People’s Democratic Republic, Maldives, Micronesia (Federated States of), Mongolia, Palestine (West Bank and Gaza Strip), Oman, Republic of Korea, Sri Lanka, Syrian Arab Republic b, Viet Nam – Cambodge, Indonésie, Jordanie, Koweït, Maldives, Micronésie (États fédérés de), Mongolie, Oman, Palestine (Cisjordanie et bande de Gaza), République arabe syrienne, République démocratique populaire lao, République de Corée, Sri Lanka, Viet Nam	Cook Islands, Fiji, Guam, Kiribati, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Papua New Guinea, Samoa, Salomon Islands, Tonga, Tuvalu, Vanuatu – Fidji, Guam, Îles Cook, Kiribati, Îles Marshall, Nauru, Nioué, Palau, Papouasie Nouvelle Guinée, Samoa, Îles Salomon, Tonga, Tuvalu, Vanuatu

^a The following countries considered by the Global Task Force on Cholera Control to be at risk for cholera did not report cholera data to WHO for 2023: Angola, Myanmar, Pakistan, Uganda and Yemen.— Les pays suivants, considérés par le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra comme étant à risque, n’ont remis aucunes données sur le choléra pour 2023 à l’OMS: Angola, Myanmar, Ouganda, Pakistan et Yémen.

^b Non-governmental sources report 1195 cases and 6 deaths from the Syrian Arab Republic.— Des sources non-gouvernemental font état de 1195 cas et 6 décès en provenance de République arabe syrienne.

Data on age were provided by 42 of the 45 countries for 99% (527 506 cases) of the cholera cases reported in 2023 (Table 4), which showed that 38% (197 914) of the cases were aged ≤5 years (range, 0–100%). In countries that reported outbreaks, the proportion of cases aged ≤5 years ranged from 0 to 83%. In the absence of regular laboratory confirmation of cholera, a high proportion of suspected cholera cases aged ≤5 years (significantly higher than the local proportion of children aged ≤5 years) may be attributed to other causes or a concomitant outbreak of childhood diarrhoea.

CFR is a valuable indicator for monitoring the outcomes of cholera patients; however, this metric alone is insufficient to identify key areas for improvement in the treatment of cholera patients. A facility CFR >1% indicates weaknesses in the quality of treatment, while deaths in the community indicate issues in access to treatment. Of the 13 countries that reported community deaths, 5 indicated that at least one third of the deaths occurred in the community. In 2023, 23 countries reported using oral rehydration points (ORPs) in their outbreak response. While the use of ORPs is laudable, the high proportion of community deaths in some countries highlights the need to improve access to treatment in communities during cholera outbreaks.

Patterns of transmission and outbreaks

Africa

In Africa, 21 countries reported 225 857 cholera cases and 3167 deaths (CFR = 1.4%) in 2023 (Figure 1, Map 1, Table 1), including 494 imported cases. An additional

Des données sur l’âge des patients ont été communiquées par 42 des 45 pays, soit pour 99% (527 506) des cas de choléra notifiés en 2023 (Tableau 4); ces données indiquaient que 38% (197 914) des cas concernaient des enfants âgés de ≤5 ans (fourchette: 0%-100%). Dans les pays qui ont signalé des flambées épidémiques, la proportion de cas parmi les enfants âgés de ≤5 ans variait de 0% à 83%. En l’absence d’une confirmation régulière des cas de choléra en laboratoire, une forte proportion des cas suspects de choléra chez les enfants de ≤5 ans (significativement supérieure à celle attendue sur la base de la proportion d’enfants âgés de ≤5 ans dans la population locale) peut indiquer l’existence d’autres étiologies ou d’une flambée concomitante de diarrhée infantile.

Le taux de létalité est un indicateur précieux pour suivre l’évolution de l’état de santé des patients atteints de choléra; cependant, cet indicateur à lui seul ne permet pas d’identifier les principaux domaines à améliorer dans le traitement de ces patients. Un taux de létalité >1% dans un établissement de santé indique une qualité sous-optimale du traitement, tandis que des décès au sein de la communauté signalent un problème d’accès au traitement. Sur les 13 pays qui ont notifié des décès dans la communauté, 5 ont indiqué qu’ils représentaient au moins un tiers des décès. En 2023, 23 pays ont indiqué avoir utilisé des points de réhydratation orale (PRO) dans le cadre de leur riposte aux flambées épidémiques; si l’utilisation des PRO est louable, la forte proportion de décès au sein de la communauté dans certains pays met l’accent sur la nécessité d’améliorer l’accès au traitement au niveau communautaire lors de flambées de choléra.

Schémas de transmission et flambées épidémiques

Afrique

En 2023, en Afrique, 21 pays ont notifié 225 857 cas de choléra et 3167 décès (taux de létalité: 1,4%), dont 494 cas importés (Figure 1, Carte 1, Tableau 1), et 28 pays ont signalé 0 cas

Table 3 Countries reported cholera laboratory tests and results to WHO in 2023

Tableau 3 Pays ayant signalé à l'OMS en 2023 les cas de choléra testés en laboratoire ainsi que les résultats de ces examens

Region – Région	Rapid diagnostic test (RDT) – Tests de diagnostic rapides (TDR)				Culture/PCR – En culture/PCR					
	Country – Pays		No. of cases tested positive – Nbre de cas testés positifs	Positivity rate (%) – Taux de positivité (%)	Cases tested – Cas testés		No. of cases tested positive – Nbre de cas testés positifs	Positivity rate (%) – Taux de positivité (%)	Percentage of cases confirmed by culture/PCR – Pourcentage de cas confirmés par culture/PCR	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Africa – Afrique										
	Benin – Bénin	0	–	–	–	11	39	2	18	7
	Burundi	886	64	699	79	384	28	384	100	28
	Cameroon – Cameroun	5 761	89	4 984	87	871	13	282	32	4
	Congo	0	–	–	–	71	>100	21	30	100
	Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	15 523	29	8 732	56	9 665	18	3 580	37	7
	Eswatini	695	>100	627	90	155	>100	2	1	100
	Ethiopia – Éthiopie	1 099	4	824	75	642	2	500	78	2
	Kenya	1 793	20	1 563	87	960	11	512	53	6
	Liberia – Libéria	0	–	–	–	126	14	0	0	0
	Malawi	1 193	4	999	84	490	2	194	40	1
	Mozambique	2 212	6	595	27	1 233	3	855	69	2
	Nigeria – Nigéria	548	16	185	34	381	11	49	13	1
	Rwanda	207	100	207	100	34	16	10	29	5
	Somalia – Somalie	2 885	16	716	25	2 772	15	330	12	2
	South Africa – Afrique du Sud	0	–	–	–	1 478	100	213	14	14
	South Sudan – Soudan du Sud	124	8	24	19	9	1	2	22	0
	Sudan – Soudan	3 400	38	3 180	94	260	3	155	60	2
	Tanzania (United Republic of) – Tanzanie (République-Unie de Tanzanie)	107	10	89	83	34	3	28	82	3
	Togo	3	100	2	67	3	100	1	33	33
	Zambia – Zambie	653	14	273	42	1 634	36	651	40	14
	Zimbabwe	5 840	41	3 821	65	8 606	61	3 634	42	26
	Total	42 929	19	27 520	64	29 819	13	11 405	38	5

Table 3 (Continued) – Tableau 3 (suite)

Region – Région	Rapid diagnostic test (RDT) – Tests de diagnostic rapides (TDR)				Culture/PCR – En culture/PCR				
	Country – Pays	Cases tested – Cas testés	No. of cases tested positive – Nbre de cas testés positifs	Positivity rate (%) – Taux de positivité (%)	Cases tested – Cas testés	No. of cases tested positive – Nbre de cas testés positifs	Positivity rate (%) – Taux de positivité (%)	Percentage of cases confirmed by culture/PCR – Pourcentage de cas confirmés par culture/PCR	
	N	%	N	%	N	%			
Dominican Republic – République dominicaine	147	47	55	37	1 278	>100	310	24	100
Haiti – Haïti	NR	–	–	–	9 366	17	3 058	33	6
Turks and Caicos Islands – Îles Turques et Caïques	0	–	–	–	4	>100	1	25	100
Total	147	0	55	37	10 648	19	3 369	32	6
Asia – Asie									
Bahrain – Bahreïn	0	–	–	–	1	100	1	100	100
Bangladesh	19 661	–	1 779	9	6 703	NR	382	6	2
China – Chine	0	–	–	–	29	100	29	100	100
India – Inde	NR	–	–	–	9 370	NR	505	5	78
Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	0	–	–	–	79	100	79	100	100
Iraq	0	–	–	–	47 513	>100	1 337	3	100
Japan – Japon	NR	–	–	–	2	100	2	100	100
Lebanon – Liban	1 668	69	27	2	27	1	0	0	0
Malaysia – Malaisie	0	–	–	–	48	100	48	100	100
Nepal – Népal	2 338	>100	49	2	315	>100	7	2	100
Pakistan	5 532	>100	5	0	11 588	>100	194	2	97
Philippines	11	0	7	64	127	3	7	6	0
Qatar	0	–	–	–	3 314	>100	3	0	100
Saudi Arabia – Arabie saoudite	0	–	–	–	1	100	1	100	100
Thailand – Thaïlande	0	–	–	–	6	100	6	100	100
Total	29 210	91	1 867	6	79 123	>100	2 601	3	8
Oceania – Océanie									
Australia – Australie	0	–	–	–	3	100	3	100	100
Total	0	–	–	–	3	100	3	100	100
Grand total	72 286	23	29 442	41	119 593	38	17 378	15	6

NR: not reported; PCR: polymerase chain reaction; “–”: in the absence of complete information on testing strategy, available data do not support full interpretation of this indicator. – NR: non renseigné; PCR: test d'amplification génique; “–”: en l'absence d'information complète sur la stratégie de mise à l'essai, les données disponibles ne permettent pas d'interpréter pleinement cet indicateur.

Europe did not provide information on diagnostic testing. – L'Europe n'a pas fourni d'informations sur les tests diagnostiques qui ont été réalisés.

Table 4 **Countries reported cholera cases by gender and age group to WHO, 2023**
 Tableau 4 **Pays ayant signalé à l'OMS les cas de choléra par genre et tranche d'âge, 2023**

Region – Région	Country – Pays	Gender – Sexe			Age group – Groupe d'âge	
		Number of male cases – Nombre de cas masculins	Number of female cases – Nombre de cas féminins	Sex ratio (M:F) – Sexe ratio (M:F)	Number of cases ≤5 years (%) – Nombre de cas âgés de ≤5 ans (%)	Number of cases >5 years (%) – Nombre de cas âgés de >5 ans (%)
Africa – Afrique						
	Benin – Bénin	17	11	1.55	3 (11)	25 (89)
	Burundi	734	660	1.11	180 (13)	1 212 (87)
	Cameroon – Cameroun	3 772	2 691	1.40	519 (8)	5 885 (92)
	Congo	14	7	2.00	1 (5)	20 (95)
	Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	23 083	22 833	1.01	14 559 (32)	31 357 (68)
	Eswatini	2	0	–	0 (0)	2 (100)
	Ethiopia – Éthiopie	16 585	13 804	1.20	4 984 (16)	25 405 (84)
	Kenya	4 637	4 172	1.11	1 926 (22)	6 820 (78)
	Liberia – Libéria	389	536	0.73	57 (6)	868 (94)
	Malawi	17 422	14 976	1.16	4 181 (13)	27 866 (87)
	Mozambique	21 138	17 778	1.19	6 872 (18)	32 212 (82)
	Nigeria – Nigéria	1 737	1 717	1.01	817 (24)	2539 (76)
	Rwanda	142	63	2.25	18 (9)	189 (91)
	Somalia – Somalie	8 845	9 459	0.94	10 054 (55)	8 250 (45)
	South Africa – Afrique du Sud	675	777	0.87	221 (15)	1 221 (85)
	South Sudan – Soudan du Sud	767	704	1.09	1 217 (83)	254 (17)
	Sudan – Soudan	4 501	4 394	1.02	1 402 (16)	7 493 (84)
	Tanzania (United Republic of) – Tanzanie (République-Unie de Tanzanie)	428	451	0.95	230 (26)	638 (74)
	Togo	1	2	0.50	0 (0)	3 (100)
	Zambia – Zambie	2 551	1 980	1.29	1 097 (24)	3 434 (76)
	Zimbabwe	7 357	6 791	1.08	1 626 (11)	12 522 (89)
	Total	114 797	103 806	1.11	49 964 (23)	168 215 (77)
Americas – Amériques						
	Dominican Republic – République dominicaine	172	138	1.25	31 (10)	279 (90)
	Haiti – Haïti	26 836	27 931	0.96	6 573 (12)	48 194 (88)
	Turks and Caicos Islands – Îles Turques et Caïques	0	1	–	0 (0)	1 (100)
	Total	27 008	28 070	0.96	6 604 (12)	48 474 (88)
Asia – Asie						
	Afghanistan	111 528	110 721	1.01	126 796 (57)	95 453 (43)
	Bahrain – Bahreïn	1	0	–	1 (100)	0 (0)
	Bangladesh	12 625	10 744	1.18	13 227 (57)	10 142 (43)
	China – Chine	13	16	0.81	0 (0)	29 (100)
	India – Inde	360	289	1.25	118 (18)	531 (82)

Table 4 (continued) – Tableau 4 (suite)

Region – Région	Country – Pays	Gender – Sexe			Age group – Groupe d'âge	
		Number of male cases – Nombre de cas masculins	Number of female cases – Nombre de cas féminins	Sex ratio (M:F) – Sexe ratio (M:F)	Number of cases ≤5 years (%) – Nombre de cas âgés de ≤5 ans (%)	Number of cases >5 years (%) – Nombre de cas âgés de >5 ans (%)
	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	37	42	0.88	4 (5)	75 (95)
	Iraq	627	710	0.88	45 (3)	1 292 (97)
	Japan – Japon	1	1	1.00	0 (0)	2 (100)
	Lebanon – Liban	1 141	1 265	0.90	1 044 (43)	1 362 (57)
	Malaysia – Malaisie	24	24	1.00	23 (48)	25 (52)
	Nepal – Népal	4	3	1.33	0 (0)	7 (100)
	Pakistan	70	55	1.27	56 (46)	67 (54)
	Philippines	1 845	2 137	0.86	32 (1)	3 904 (99)
	Qatar	2	1	2.00	0 (0)	3 (100)
	Saudi Arabia – Arabie saoudite	1	0	–	0 (0)	1 (100)
	Thailand – Thaïlande	5	1	5.00	0 (0)	6 (100)
	Total	128 284	126 009	1.02	141 346 (56)	112 899 (44)
Oceania – Océanie						
	Australia – Australie	1	2	0.50	0 (0)	3 (100)
	New Zealand – Nouvelle-Zélande	1	0	–	0 (0)	1 (100)
	Total	2	2	1.00	0 (0)	4 (100)
Grand total		270 091	257 887	1.05	197 914 (38)	329 592 (62)

28 countries reported 0 cases (Table 2). This represents a 125% increase in the number of reported cases and a 62% increase in reported deaths over that in 2022 (Figure 2). In 2023, 6 countries reported very large outbreaks, which were reported by 5 countries in 2022. Of the 6 countries, 3 reported continuation of very large outbreaks (DRC, Malawi, Somalia), while 3 reported new very large outbreaks (Ethiopia, Mozambique, Zimbabwe). Three of these countries (Ethiopia, Mozambique, Somalia), located in eastern and southern Africa, were identified as at greatest risk from the 2023 El Niño effects.⁵ The number of cases in Cameroon and Nigeria, both of which reported very large outbreaks in 2022, decreased in 2023.

The CFR of 1.4% for the continent is of concern. Of the 17 countries that reported >50 cases, 10 had CFRs >1%, including 7 that reported CFRs >2%. Differences in reporting, such as inclusion or exclusion of community deaths, contribute to these variations. Nevertheless, the percentages represent 3167 lives lost to cholera in Africa in 2023.

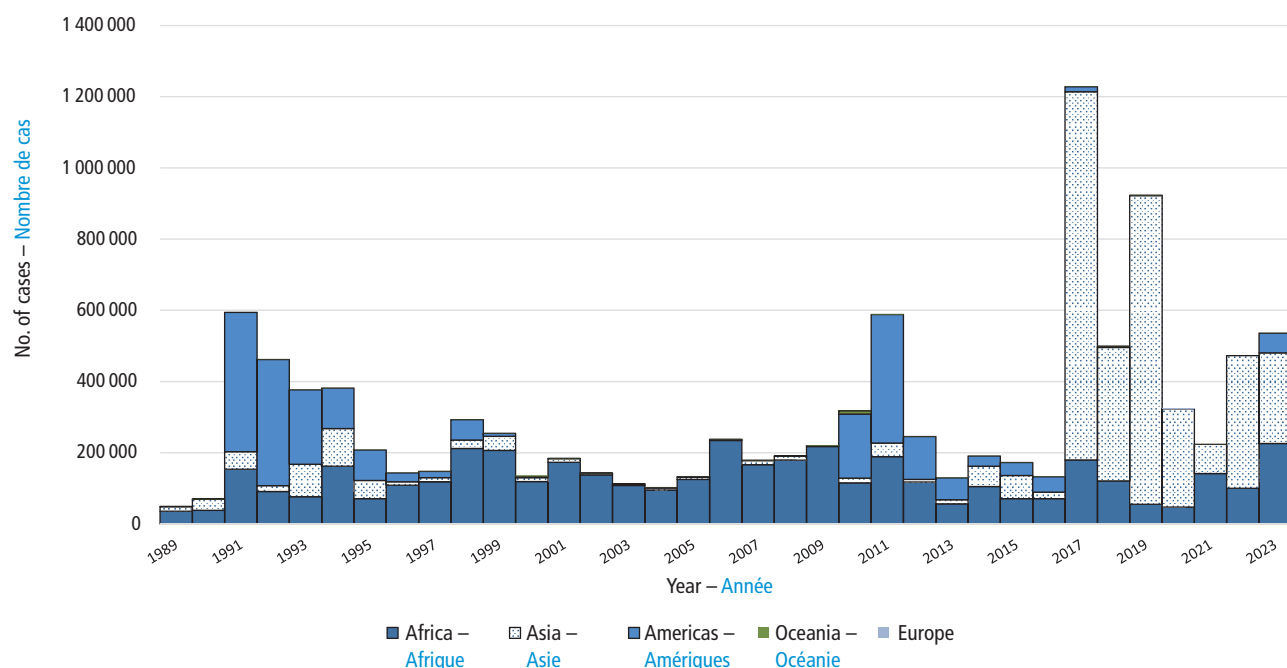
(Tableau 2). Cela représente une augmentation de 125% du nombre de cas signalés et de 62% du nombre de décès notifiés par rapport à 2022 (Figure 2). En 2023, 6 pays ont signalé des flambées de très grande ampleur, contre 5 pays en 2022; parmi eux, 3 pays ont signalé la poursuite de flambées de très grande ampleur existantes (Malawi, RDC, Somalie), tandis que les 3 autres ont fait état de nouvelles flambées de très grande ampleur (Éthiopie, Mozambique, Zimbabwe). Parmi ces 6 pays, l'Éthiopie, le Mozambique et la Somalie, situés en Afrique orientale et australe, comptaient parmi les pays les plus exposés aux effets d'El Niño en 2023.⁵ Le nombre de cas au Cameroun et au Nigéria, qui avaient tous deux signalé des flambées de très grande ampleur en 2022, a diminué en 2023.

Le taux de létalité de 1,4% sur le continent africain est préoccupant. Sur les 17 pays ayant notifié >50 cas, 10 avaient un taux de létalité >1%, dont 7 un taux de létalité >2%. Des différences au niveau de la notification, comme l'inclusion ou non des décès survenus dans la communauté, contribuent à ces variations. Néanmoins, ces pourcentages représentent quelque 3167 vies perdues à cause du choléra en Afrique en 2023.

⁵ See https://www.acaps.org/fileadmin/Data_Product/Main_media/20230725_ACAPS_Thematic_report_El_Nino_overview_anticipated_humanitarian_impact_in_2023.pdf

⁵ Voir https://www.acaps.org/fileadmin/Data_Product/Main_media/20230725_ACAPS_Thematic_report_El_Nino_overview_anticipated_humanitarian_impact_in_2023.pdf

Figure 2 **Cholera cases reported to WHO by year and by continent, 1989–2023**
 Figure 2 **Cas de choléra déclarés à l'OMS, par année et par continent, 1989-2023**



In 2023, DRC reported 52 654 cases, accounting for 23% of all cases reported on the continent. This figure represents an increase of nearly 3 times over 2022 (18 961) and is the highest number reported since 2017 (56 190). This surge is largely attributable to conflict in the cholera-endemic eastern part of the country, which has led to repeated mass population displacements to areas with inadequate access to safe water and sanitation, compounded by limited humanitarian access due to insecurity.

The surge of cases in southern Africa that began in 2022 continued into 2023, with Malawi's outbreak expanding (32 530), while Mozambique (39 101), South Africa (1478), Zambia (4531), and Zimbabwe (14 148) all reported the highest number of cases in ≥5 years. It is notable that, with some significant sub-national exceptions, the outbreaks occurred in stable areas not affected by conflict. Long-term investment in climate change-resilient WASH systems could significantly reduce the risk of recurring outbreaks in these areas.

Many countries in Africa reported a high proportion of community deaths among cholera deaths. While the number of deaths is a concern, it is encouraging that community deaths are being reported. Real-time monitoring of facility CFRs and numbers of community deaths during outbreaks will improve identification of critical areas and enable more effective targeting of responses.

En 2023, la RDC a notifié 52 654 cas (23% de tous les cas signalés sur le continent), soit près de 3 fois plus qu'en 2022 (18 961 cas); le pays n'avait pas notifié autant de cas depuis 2017 (56 190 cas). Cette forte hausse est en grande partie attribuable au conflit en cours dans l'est du pays, où le choléra est endémique, qui a entraîné des déplacements massifs et répétés de populations vers des zones où l'accès à l'eau potable et à l'assainissement est insuffisant, une situation encore aggravée par un accès humanitaire limité en raison de l'insécurité.

La vague de cas en Afrique australe qui a commencé en 2022 s'est poursuivie en 2023; la flambée épidémique au Malawi s'est étendue (32 530 cas), tandis que l'Afrique du Sud (1478 cas), le Mozambique (39 101 cas), la Zambie (4531 cas) et le Zimbabwe (14 148 cas) ont tous signalé le plus grand nombre de cas enregistrés depuis ≥5 ans. Il est à noter qu'à quelques exceptions près, infranationales et significatives, les flambées épidémiques se sont produites dans des zones stables non touchées par des conflits. Des investissements à long terme dans des systèmes WASH résilients face aux changements climatiques pourraient réduire considérablement le risque de flambées épidémiques récurrentes dans ces zones.

De nombreux pays d'Afrique ont signalé qu'une forte proportion de décès dus au choléra était survenue dans la communauté. Si le nombre de décès dus à cette maladie est préoccupant, il est encourageant de constater que les décès en milieu communautaire sont signalés. La surveillance en temps réel du taux de létalité en établissement de santé et du nombre de décès dans la communauté pendant les flambées épidémiques permettra de mieux identifier les zones critiques et de cibler plus efficacement les interventions de riposte.

Americas

In the Americas, 3 countries reported 55 078 cholera cases and 712 deaths (CFR = 1.3%) in 2023 (*Figure 1, Map 1, Table 1*). Haiti reported 54 767 cases, accounting for >99% of the cases and deaths in the Region. The Dominican Republic reported 310 cases (1 imported), including 1 death. Turks and Caicos Islands reported a single imported case and no deaths.

In Haiti, after a decrease in the number of cases after the 2010 cholera outbreak, including 0 cases reported in 2020 and 2021,⁶ re-emergence of cholera was notified in 2022, leading to a very large outbreak in 2023. This outbreak occurred in the context of escalating civil unrest and large-scale movement and displacement of people, resulting in decreased access to safe water and health-care services.⁷

Middle East and Asia

In the Middle East and Asia, 16 countries reported 254 368 cholera cases and 128 deaths (CFR = 0.1%) in 2023 (*Figure 1, Map 1, Table 1*). Of these, 36 cases were imported, with Bahrain, Japan, Qatar and Saudi Arabia reporting only imported cases. Additionally, 15 countries reported 0 cases (*Table 2*). Afghanistan reported 87% of the cases and 79% of the deaths in the region, all classified as suspected cases. Lebanon and the Syrian Arab Republic, which experienced significant outbreaks in 2022 after decades of no cases, saw substantial decreases in 2023. The Syrian Arab Republic reported 0 cases,⁸ while Lebanon reported 2406 cases, representing a 58% decrease. Yemen, which reported 89% of the region's cases in 2021, did not submit reports in 2022 or 2023. The number of cases reported by Bangladesh increased substantially between 2022 (1191) and 2023 (23 369 cases). The increase may be attributed to increased surveillance and reporting and not to a new or worsening outbreak. The enhanced reporting will contribute to the implementation of Bangladesh's cholera control programmes. The numbers of cases reported in the South-East Asia sub-region highlight the need for ongoing vigilance, improved surveillance, and targeted cholera control efforts.

Europe

Three countries in Europe reported a total of 14 cases and 0 deaths in 2023, all of which were imported (*Figure 1, Map 1, Table 1*). Effective water and sanitation systems, combined with robust public health surveillance, prevented local transmission in Europe; however, the presence of imported cases highlights the ongoing risk of the global spread of cholera from active outbreaks elsewhere.

Amériques

En 2023, dans les Amériques, 3 pays ont notifié 55 078 cas de choléra et 712 décès (taux de létalité: 1,3%) (*Figure 1, Carte 1, Tableau 1*). Haïti a notifié 54 767 cas, soit >99% des cas et des décès dans la Région. La République dominicaine a notifié 310 cas (dont 1 cas importé) et 1 décès. Les îles Turques et Caïques ont signalé 1 cas importé et 0 décès.

En Haïti, après une diminution du nombre de cas à la suite de l'épidémie de choléra de 2010, notamment 0 cas notifié en 2020 et 2021,⁶ une réémergence du choléra a été signalée en 2022, conduisant à une flambée de très grande ampleur en 2023. Cette flambée s'est produite dans le contexte d'une escalade des troubles civils et de mouvements et déplacements de populations à grande échelle, compromettant l'accès à l'eau potable et aux services de santé.⁷

Moyen-Orient et Asie

En 2023, au Moyen-Orient et en Asie, 16 pays ont notifié 254 368 cas de choléra et 128 décès (taux de létalité: 0,1%) (*Figure 1, Carte 1, Tableau 1*). Parmi ces cas, 36 étaient importés; l'Arabie saoudite, Bahreïn, le Japon et le Qatar n'ont signalé que des cas importés. Par ailleurs, 15 pays ont notifié 0 cas (*Tableau 2*). L'Afghanistan a signalé 87% des cas et 79% des décès dans la Région, tous classés comme cas suspects. Le Liban et la République arabe syrienne, qui ont connu d'importantes flambées épidémiques en 2022 après des décennies d'absence de cas, ont enregistré une baisse substantielle du nombre de cas en 2023: la République arabe syrienne a signalé 0 cas,⁸ tandis que le Liban a notifié 2406 cas, soit une baisse de 58%. Le Yémen, qui avait signalé 89% des cas dans la Région en 2021, n'a pas transmis de rapports en 2022 et 2023. Le nombre de cas notifiés par le Bangladesh a considérablement augmenté entre 2022 (1191 cas) et 2023 (23 369 cas). Cette hausse peut être attribuée au renforcement de la surveillance et de la notification, et non à une flambée épidémique nouvelle ou à l'aggravation d'une flambée en cours. Cette amélioration de la notification contribuera à la mise en œuvre des programmes de lutte contre le choléra au Bangladesh. Le nombre de cas notifiés dans cette sous-région de l'Asie du Sud-Est souligne la nécessité de maintenir une vigilance permanente, d'améliorer la surveillance et de déployer des efforts ciblés pour lutter contre le choléra.

Europe

En 2023, 3 pays d'Europe ont signalé un total de 14 cas et 0 décès, tous importés (*Figure 1, Carte 1, Tableau 1*). Des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement efficaces, combinés à une solide surveillance de la santé publique, ont permis d'éviter la transmission locale en Europe; toutefois, la présence de cas importés met en évidence le risque permanent de propagation internationale du choléra à partir de flambées épidémiques actives dans d'autres régions.

⁶ Data for 2021 were not officially reported for the annual WHO report but were published by the Ministry of Public Health and Population.

⁷ See <https://www.paho.org/en/news/15-9-2023-haiti-pahos-humanitarian-response-amid-escalating-violence>

⁸ Nongovernmental sources reported 1195 cases and 6 deaths.

⁶ Les données de 2021 n'ont pas été officiellement communiquées aux fins du rapport annuel de l'OMS, mais ont été publiées par le Ministère de la santé publique et de la population.

⁷ Voir <https://www.paho.org/en/news/15-9-2023-haiti-pahos-humanitarian-response-amid-escalating-violence>

⁸ Des sources non gouvernementales ont fait état de 1195 cas et 6 décès.

Océanie

Two countries in Oceania reported a total of 4 cases and 0 deaths in 2023, all of which were imported (*Figure 1, Map 1, Table 1*). An additional 15 countries reported 0 cases (*Table 2*). As in Europe, the presence of imported cases in Oceania underscores the risk of international spread due to global travel.

Surveillance

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

As cholera transmission and outbreaks are not confined by national boundaries, active engagement in cholera control by reporting cholera indicators at least annually will benefit all countries. Coordination of control and elimination will increase the prospect of a successful outcome.

International travel and trade

Experience shows that quarantine and embargos on the movement of people and goods are ineffective in controlling the spread of cholera and can be counter-productive, as they may discourage countries from reporting cholera cases and deaths due to concerns over potential travel and trade restrictions. Restrictions on the importation of food produced by good manufacturing practices solely because of the presence of cholera in a country are also unwarranted.

Countries that neighbour cholera-affected areas are encouraged to strengthen national disease surveillance and preparedness so that they can rapidly detect and respond to outbreaks should cholera spread across their borders. Information should be provided to travellers and communities about the potential risk of cholera, its symptoms, precautions for avoiding 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 administration, for travellers from or going to a country affected by cholera.

Editorial note

WHO and partners support cholera-affected countries in implementing immediate and long-term control measures, including surveillance, outbreak response,

Océanie

En 2023, 2 pays d'Océanie ont signalé un total de 4 cas et 0 décès, tous importés (*Figure 1, Carte 1, Tableau 1*), et 15 pays ont signalé 0 cas (*Tableau 2*). Comme en Europe, la présence de cas importés en Océanie souligne le risque de propagation internationale en raison des voyages à l'échelle mondiale.

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. Il est essentiel de renforcer les capacités locales de surveillance, en vue d'une détection, d'un suivi et d'un diagnostic précoces des cas, ainsi que les capacités de collecte, de compilation et d'analyse des données, de façon à pouvoir recenser les populations vulnérables dans les zones à haut risque qui nécessitent des activités complètes de lutte contre la maladie.

Comme la transmission et les épidémies de choléra ne connaissent pas les frontières nationales, tous les pays gagneront à contribuer activement à la lutte contre cette maladie en rendant compte des indicateurs relatifs au choléra au moins une fois par an. Une bonne coordination des efforts de lutte et d'élimination permettra d'accroître les chances de succès.

Voyages et échanges commerciaux internationaux

L'expérience a montré que la quarantaine et les embargos entravant la circulation des personnes et des biens sont inefficaces pour endiguer la propagation du choléra et peuvent être contre-productifs, car ils pourraient décourager les pays de signaler les cas de choléra et les décès associés par crainte d'éventuelles restrictions aux voyages et aux échanges commerciaux. Les restrictions à l'importation de denrées alimentaires produites en respectant les bonnes pratiques de fabrication, au seul motif que le choléra est présent dans un pays, ne se justifient pas non plus.

Les pays limitrophes de zones touchées par le choléra sont invités à renforcer leur système de surveillance et de préparation au niveau national afin de pouvoir détecter et combattre rapidement toute flambée éventuelle en cas de propagation transfrontalière de la maladie. Il convient d'informer les voyageurs et les populations locales 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.

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.

Note de la rédaction

L'OMS et ses partenaires apportent un soutien aux pays touchés par le choléra pour les aider à mettre en œuvre des actions immédiates et à long terme de lutte contre la maladie, qui

WASH and preventive measures such as OCV and risk communication and community engagement (RCCE).

WHO continues to host the secretariat of the GTFCC, a partnership to coordinate global cholera-related activities and support countries. The GTFCC advocates for long-term cholera control based on multi-sectoral national cholera plans (NCPs).

Since the 2017 launch of the *Ending Cholera: A Global Roadmap to 2030 strategy*, GTFCC partners have collaborated to establish a support system for cholera-affected countries, including the country support platform hosted by the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, which provides multisectoral operational and technical support and guidance on advocacy, coordination and policy to develop, fund, implement and monitor NCPs.

Several GTFCC technical working groups, each with a designated WHO focal point, provide specific guidance. Links to new GTFCC documents and up-to-date guidelines and reports are provided throughout this report. The GTFCC app remains a valuable tool for national cholera control.⁹

Under-reporting or no reporting of cholera cases and deaths remains too frequent, posing significant challenges to early detection and response. This issue also hinders accurate assessment of the true cholera burden and undermines advocacy for greater investment in sustainable cholera control.

Identification of priority areas for multisectoral intervention (PAMIs, formerly referred to as “hotspots”) is 1 of the first steps in developing or revising NCPs. In 2023, 2 new methods for identifying PAMIs for NCPs were published, 1 for countries targeting cholera control and the other for countries targeting cholera elimination. In early 2024, updated guidance for cholera surveillance and a method to assess its effectiveness were released to support timely, targeted interventions. Notably, the guidance recommends increased use of RDTs for early outbreak detection, incidence monitoring and laboratory confirmation using culture methods or PCR. To facilitate enhanced use of RDTs, a global cholera RDT procurement programme funded by GAVI, the Vaccine Alliance, in partnership with WHO, UNICEF and Find has approved and is deploying 1.4 million RDTs to 16 countries.

Thirteen countries reported data on facility and community deaths, 4 indicating that >40% of deaths occurred in the community. This highlights the importance of better access to treatment during outbreaks. To address this, the case management working group published

reposit notamment sur la surveillance, la riposte aux flambées, l'amélioration des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène et des mesures de prévention telles que l'administration de VCO, la communication sur les risques et la mobilisation communautaire.

L'OMS continue d'héberger le secrétariat du GTFCC, un partenariat qui assure la coordination des activités contre le choléra au niveau mondial et le soutien aux pays. Le GTFCC préconise une stratégie à long terme fondée sur des plans nationaux de lutte contre le choléra (PNC) multisectoriels.

Depuis le lancement en 2017 de la stratégie énoncée dans le document *Mettre fin au choléra: Feuille de route mondiale pour 2030*, les partenaires du GTFCC ont collaboré à la mise en place d'un système de soutien pour les pays touchés par cette maladie, notamment la plateforme d'appui aux pays hébergée par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, qui fournit un soutien opérationnel et technique multisectoriel et des orientations en matière de plaidoyer, de coordination et de politique pour faciliter l'élaboration, le financement, la mise en œuvre et le suivi des PNC.

Plusieurs groupes de travail techniques du GTFCC, disposant chacun d'un référent OMS, fournissent des conseils spécifiques. Des liens vers les nouveaux documents du GTFCC, ainsi que vers les lignes directrices et rapports les plus récents, sont fournis dans le présent article. En outre, l'application mobile du GTFCC demeure un outil précieux pour la lutte contre le choléra au niveau national.⁹

La sous-notification ou l'absence de notification des cas de choléra et des décès associés restent trop fréquentes et posent de sérieux problèmes pour la détection et la riposte précoces. Elles empêchent aussi l'évaluation précise de la charge réelle du choléra et sapent le plaidoyer en faveur d'investissements plus importants dans une lutte durable contre le choléra.

L'identification des zones d'interventions multisectorielles prioritaires (PAMI, anciennement appelées «points chauds») est l'une des premières étapes de l'élaboration ou de la révision des PNC. En 2023, 2 nouvelles méthodes d'identification des PAMI aux fins des PNC ont été publiées, l'une pour les pays ciblant la lutte contre le choléra et l'autre pour ceux visant l'élimination du choléra. Au début de 2024, des orientations actualisées pour la surveillance du choléra et une méthode d'évaluation de son efficacité ont été publiées afin de faciliter la mise en œuvre en temps utile d'interventions ciblées. Ces orientations recommandent notamment une utilisation accrue des TDR pour la détection précoce des flambées épidémiques, la surveillance de l'incidence de la maladie et la confirmation en laboratoire des cas par culture ou par PCR. Pour favoriser le recours aux TDR, un programme mondial d'achat de TDR pour le choléra, financé par l'Alliance Gavi en partenariat avec l'OMS, l'UNICEF et FIND, a approuvé et est en train de déployer 1,4 million de TDR dans 16 pays.

Treize pays ont communiqué des données sur les décès en établissement de santé et en milieu communautaire, dont 4 ont indiqué que >40% des décès étaient survenus dans la communauté. Cela souligne l'importance de l'accès au traitement pendant les flambées épidémiques. Pour remédier à cette situa-

⁹ See <https://www.gtfcc.org/cholera-app/>

⁹ Voir <https://www.gtfcc.org/cholera-app/>

recommendations to guide rapid establishment and management of ORPs.

Effective cholera control requires community involvement in responses. In 2024, the GTFCC published guidance on integrating RCCE into NCPs.

In 2023, 28 requests for 72 million doses of OCV were made, and 36.6 million doses (all the available doses) were approved for emergency response and shipped to 12 countries (Cameroon, Dominican Republic, DRC, Ethiopia, Haiti, Kenya, Malawi, Mozambique, Somalia, Sudan, Syrian Arab Republic and Zambia). GAVI approved 2 requests for OCV for preventive campaign from Bangladesh and DRC. A record 35 million OCV doses were shipped, with the 1-dose strategy still in effect. Multinational workshops were held to enhance country capacity in OCV use, including analysis and practical tools for supporting OCV requests. ■

tion, le groupe de travail sur la prise en charge des cas a publié des recommandations visant à guider la mise en place rapide et la gestion des points de réhydratation orale.

Pour lutter efficacement contre le choléra, la communauté doit aussi s'impliquer dans la riposte. À cet effet, le GTFCC a publié en 2024 des orientations sur l'intégration de la communication sur les risques et de la mobilisation communautaire dans les PNC.

En 2023, 28 demandes pour 72 millions de doses de VCO ont été soumises, et les 36,6 millions de doses disponibles ont été approuvées pour une riposte d'urgence et expédiées à 12 pays (Cameroun, Éthiopie, Haïti, Kenya, Malawi, Mozambique, Somalie, Soudan, République arabe syrienne, RDC, République dominicaine et Zambie). L'Alliance Gavi a approuvé 2 demandes de VCO pour des campagnes préventives au Bangladesh et en RDC. Un nombre record de 35 millions de doses de VCO ont été expédiées, et la stratégie à 1 dose est toujours en vigueur. Des ateliers multinationaux ont été organisés pour améliorer la capacité des pays à administrer le VCO, et notamment à utiliser des outils d'analyse et des outils pratiques facilitant la soumission des demandes de VCO. ■

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW server: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the *Weekly Epidemiological Record* (WER). To subscribe, please go to the home page of the WER and click on "Subscribe to the WER mailing list" or go directly to <https://confirmsubscription.com/h/d/4759AAD079391CCC>. A request for confirmation will be sent in reply.

Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: À l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du *Relevé épidémiologique hebdomadaire* (REH). Pour vous abonner, merci de vous rendre sur la page d'accueil du REH et de cliquer sur «S'abonner à la liste de distribution du REH» ou directement à l'adresse suivante: <https://confirmsubscription.com/h/d/4759AAD079391CCC>. Une demande de confirmation vous sera envoyée en retour.

www.who.int/wer

Please subscribe at <https://confirmsubscription.com/h/d/4759AAD079391CCC>
Content management & production • wantzc@who.int or werreh@who.int

www.who.int/wer

Merci de vous abonner à l'adresse suivante: <https://confirmsubscription.com/h/d/4759AAD079391CCC>
Gestion du contenu & production • wantzc@who.int or werreh@who.int