**Choléra**

Aide-mémoire N°107  
Juillet 2015

**Principaux faits**

* Le choléra est une maladie diarrhéique aiguë, dont on peut mourir en quelques heures en l’absence de traitement.
* Selon les estimations, il y a chaque année 1,4 à 4,3 millions de cas de choléra, avec 28 000 à 142 000 décès1.
* On peut réussir à traiter jusqu’à 80% des cas avec les sels de réhydratation orale.
* L’approvisionnement en eau sûre et l’assainissement sont essentiels pour réduire l’impact du choléra et des autres maladies à transmission hydrique.
* Les vaccins anticholériques par voie orale sont un moyen complémentaire de lutte, mais ne doivent pas remplacer les mesures classiques.

Le choléra est une infection diarrhéique aiguë provoquée par l’ingestion d’aliments ou d’eau contaminés par le bacille *Vibrio cholerae*. Selon les estimations, il y a chaque année 1,4 à 4,3 millions de cas de choléra, avec 28 000 à 142 000 décès. La brève période d’incubation, de deux heures à cinq jours, est un facteur qui renforce la dynamique potentiellement explosive des épidémies.

**Symptômes**

Le choléra est une maladie extrêmement virulente. Touchant les enfants comme les adultes, on peut en mourir en quelques heures.

Environ 80% des sujets infectés par *V. cholerae* ne manifestent aucun symptôme, bien que le bacille soit présent dans leurs selles pendant 1 à 10 jours après l’infection et soit éliminé dans l’environnement, où il peut potentiellement infecter d’autres personnes.

Pour ceux qui manifestent des symptômes, ceux-ci restent bénins à modérés dans 80% des cas, tandis que chez environ 20% des cas, une diarrhée aqueuse aiguë, s’accompagnant de déshydratation sévère, se développe. En l’absence de traitement, elle peut entraîner la mort.

Les sujets ayant une faible immunité, enfants souffrant de malnutrition ou personnes vivant avec le VIH par exemple, sont davantage exposés au risque de mort en cas d’infection.

**Historique**

Au 19ème siècle, le choléra s’est répandu dans le monde entier à partir de son réservoir original, dans le delta du Gange en Inde. Les six pandémies qui ont eu lieu par la suite ont tué des millions de personnes sur tous les continents. La pandémie actuelle (la septième) a démarré en Asie du Sud, en 1961, a atteint l’Afrique en 1971, puis les Amériques en 1991. Le choléra est désormais endémique dans de nombreux pays.

**Souches de *Vibrio cholerae***

Deux sérogroupes, O1 et O139, sont à l’origine des flambées épidémiques. *V. cholerae* O1 provoque la majorité des flambées, tandis que O139, identifié pour la première fois au Bangladesh en 1992, est confiné à l’Asie du Sud-Est.

Les souches de *V. cholerae* non-O1-non-O139 peuvent provoquer des diarrhées bénignes, mais pas d’épidémie.

On a détecté récemment de nouvelles variantes dans plusieurs zones d’Asie et d’Afrique. Selon les observations, ces souches provoqueraient un choléra plus grave, avec des taux de létalité plus élevés. On recommande donc une surveillance épidémiologique attentive des souches en circulation.

Les principaux réservoirs de *V. cholerae* sont l’être humain et les milieux aquatiques, comme les eaux saumâtres et les estuaires, que l’on associe souvent à des proliférations d’algues. Selon des études récentes, le réchauffement climatique crée un environnement favorable pour ce bacille.

**Facteurs de risque et charge de morbidité**

La transmission du choléra est étroitement liée à une mauvaise gestion de l’environnement. On trouve dans les zones à risque typiques les bidonvilles périurbains, qui ne disposent d’aucune infrastructure de base, ou les camps de réfugiés ou de personnes déplacées, où les besoins minimums en eau propre et en assainissement ne sont pas assurés.

Les crises humanitaires avec les déplacements de populations dans des camps mal équipés et surpeuplés et l’interruption des systèmes d’approvisionnement en eau et d’assainissement, ont pour conséquence d’augmenter le risque de transmission du choléra, si jamais le bacille est présent ou s’il est introduit. Il n’y a jamais eu d’épidémies à partir des cadavres.

Le choléra reste à l’échelle mondiale une menace pour la santé publique et c’est un indicateur clef de l’insuffisance du développement social.

Le nombre de cas de choléra notifiés à l’OMS continue d’être élevé. En 2013, 47 pays ont déclaré un total de 129 064 cas, dont 2102 mortels. La discordance entre ces chiffres et l’estimation de la charge de morbidité vient du fait que de nombreux cas ne sont pas recensés en raison des limitations des systèmes de surveillance et des craintes de sanctions pénalisant les voyages et le commerce.

**Prévention et lutte**

Une approche pluridisciplinaire est essentielle pour atténuer la gravité des flambées de choléra, l’endiguer dans les zones d’endémie et faire baisser la mortalité.

**Interventions sur l’eau et l’assainissement**

Sur le long terme, la solution pour endiguer le choléra (qui sera bénéfique pour toutes les maladies transmises par voie féco-orale) réside dans le développement économique et l’accès universel à l’eau potable et à des services d’assainissement, un aspect crucial pour la prévention des épidémies et du choléra endémique.

Les mesures visant les conditions environnementales sont les suivantes:

* le développement des systèmes d’adduction d’eau par canalisations raccordés à des installations de traitement (chloration);
* des interventions au niveau des ménages (filtration de l’eau, désinfection chimique ou solaire de l’eau, conteneurs sûrs pour la conservation de l’eau);
* la construction de systèmes pour l’évacuation des eaux usées et de latrines.

La plupart de ces interventions nécessitent des investissements importants sur le long terme, s’accompagnent de coûts de maintenance élevés et sont difficiles à financer et à pérenniser dans les pays les moins développés, là où elles sont par ailleurs les plus nécessaires.

**Traitement**

C’est une maladie facile à traiter. On peut guérir jusqu’à 80% des sujets atteints en leur administrant rapidement les sels de réhydratation orale (sachet standard de SRO OMS/UNICEF). En cas de déshydratation très sévère, la perfusion de liquide par voie intraveineuse s’impose. Ces patients nécessitent également des antibiotiques adaptés pour raccourcir la durée de la diarrhée, diminuer les quantités de liquide de réhydratation nécessaires et écourter la durée de l’excrétion des bacilles. On ne recommande pas l’administration de masse des antibiotiques, car elle n’a aucun effet sur la propagation de la maladie et contribue à renforcer les résistances.

Pour garantir un accès rapide au traitement, il faut mettre en place des Centres de traitement du choléra (CTC) auprès des populations affectées. Avec une bonne prise en charge, le taux de létalité devrait se maintenir en dessous de 1%.

**Surveillance**

La notification de tous les cas de choléra n’est plus obligatoire au titre du Règlement sanitaire international. Néanmoins, les événements de santé publique impliquant cette maladie doivent toujours être évalués par rapport aux critères énoncés dans le Règlement pour déterminer si une notification officielle est nécessaire.

Les capacités locales pour améliorer le diagnostic, ainsi que pour collecter, compiler et analyser les données, doivent être renforcées pour que les populations vulnérables vivant dans des zones à haut risque puissent être identifiées afin de bénéficier d’activités complètes de lutte. La surveillance du choléra doit faire partie d’un système intégré de surveillance des maladies prévoyant le retour de l’information vers le niveau local et des échanges au niveau mondial.

**Mobilisation sociale**

Les campagnes d’éducation sanitaire, adaptées à la culture et aux croyances locales, devraient promouvoir l’adoption de règles d’hygiène appropriées, comme le lavage des mains au savon, la préparation et la conservation sans danger des aliments et l’allaitement au sein.

Pendant les flambées, les campagnes de sensibilisation incitent les personnes présentant des symptômes à consulter immédiatement les services médicaux. Elles devraient se servir des moyens modernes de communication (téléphones portables, smartphones, médias sociaux, etc.) et être adaptées aux cultures locales. On encourage également l’application de méthodes qualitatives d’analyse pour aider à adapter les messages à la culture et aux croyances locales.

**Vaccins anticholériques par voie orale**

Il existe actuellement deux vaccins anticholériques par voie orale préqualifiés par l’OMS (Dukoral® et Shanchol®). Les deux ont été utilisés dans le cadre de campagnes de vaccination de masse avec l’appui de l’OMS, ce qui a permis de recueillir des données sur l’efficacité et la faisabilité de la mise en œuvre des campagnes de vaccination en tant qu’outil de santé publique pour protéger les populations exposées à un risque élevé de choléra.

On administre 2 doses de Dukoral® aux adultes et aux enfants de plus de 6 ans et 3 doses aux enfants de plus de 2 ans et de moins de 6 ans. On peut espérer l’instauration de la protection 1 semaine après l’administration de la dernière dose. Des essais sur le terrain au Bangladesh et au Pérou ont montré que ce vaccin est sûr et qu’il confère une protection de 85% pendant 4 à 6 mois dans toutes les tranches d’âge. Son administration n’est pas homologuée pour les enfants âgés de moins de 2 ans.

Pour le Shanchol®, la posologie consiste à administrer 2 doses à 2 semaines d’intervalle à partir de l’âge de 1 an. Il a conféré aux enfants de moins de 5 ans une protection de plus longue durée que le Dukoral® et il n’y a donc pas besoin de donner une dose de rappel dans cette tranche d’âge, contrairement au Dukoral®. Le Shanchol® a conféré une protection de 67% contre la souche cliniquement importante*V. cholerae* O1 dans une région d’endémie pendant au moins 2 ans après la vaccination. Un essai sur le terrain à Kolkata (Inde) a montré une efficacité protectrice (65%) du vaccin sur une période allant jusqu’à 5 ans.

Une réserve de 2 millions de doses de vaccins anticholériques par voie orale a été officiellement mise en place à la mi-2013 pour lutter contre les flambées et intervenir en cas d’urgence. Cette réserve a été créée sur le principe que les vaccins ont un rôle à jouer pour prévenir et combattre le choléra lorsqu’ils sont utilisés en conjonction avec des soins de santé accessibles et l’amélioration de l’approvisionnement en eau et de l’assainissement.

En novembre 2013, le conseil de GAVI a approuvé une contribution à la réserve mondiale de vaccins anticholériques pour les situations d’épidémie et d’endémie en 2014 2018. Les objectifs de cet investissement sont les suivants:

1. rompre le cycle actuel de la faiblesse de la demande et de l’offre, en augmentant sensiblement la production et la disponibilité mondiales des vaccins anticholériques par voie orale;
2. réduire l’impact des flambées de choléra;
3. renforcer la base factuelle sur les campagnes préventives périodiques.

En juin 2015, environ 2 millions de doses de vaccins de la réserve avaient été expédiées dans différents endroits, soit pour des campagnes réactives dans des zones confrontées à une flambée, soit pour des campagnes préventives dans des populations exposées à un risque élevé de choléra («points chauds») ou ayant une vulnérabilité accrue au cours d’une crise humanitaire.

L’impact sur la charge ou la transmission du choléra a été significatif dans toutes les situations, endémie, flambée ou urgence. De plus, contrairement à ce que l’on craignait auparavant, les communautés ont facilement accepté les vaccins et on a signalé des couvertures vaccinales élevées. Aucun effet secondaire sérieux n’a été notifié jusqu’à présent.

**Voyages et échanges commerciaux**

De nos jours, aucun pays n’exige plus de certificat de vaccination anticholérique pour autoriser l’entrée sur son territoire. Dans le passé, l’expérience a montré que les mesures de quarantaine et les embargos pour empêcher la circulation des personnes et des marchandises étaient inutiles. Il n’est pas justifié de restreindre les importations d’aliments produits dans le respect des bonnes pratiques de fabrication, au seul prétexte que le choléra est épidémique ou endémique dans un pays.

Il est conseillé aux pays limitrophes de régions affectées par le choléra de renforcer la surveillance de la maladie et la préparation nationale pour détecter rapidement d’éventuelles flambées et intervenir, si jamais la maladie devait traverser leurs frontières. En outre, il faut donner aux voyageurs et aux communautés des informations sur les risques potentiels, sur les symptômes du choléra, ainsi que sur les précautions pour l’éviter, et leur indiquer quand et où notifier les cas.

**Action de l’OMS**

Avec son Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra, l’OMS:

* soutient l’élaboration et la mise en œuvre de stratégies mondiales visant à contribuer au renforcement des capacités pour prévenir et combattre le choléra dans le monde;
* fournit le cadre pour les échanges techniques, la coordination et la coopération dans le domaine des activités liées au choléra, afin de renforcer les capacités des pays pour prévenir et combattre le choléra;
* aide les pays à mettre en œuvre des stratégies efficaces de lutte contre le choléra et à suivre les progrès;
* diffuse des lignes directrices techniques et des manuels opérationnels ;
* contribue à l’élaboration d’un programme de recherche mettant l’accent sur l’évaluation d’approches novatrices pour la lutte contre le choléra et la prévention dans les pays touchés ;
* rappelle que choléra est un problème important de santé publique dans le monde en diffusant des informations sur la prévention et la lutte, et mène des activités de plaidoyer et de mobilisation des ressources pour soutenir la prévention et la lutte aux niveaux national, régional et mondial.

|  |
| --- |
| **WHO Health Security Learning Platform - Training Materials**  **Plateforme d’Apprentissage de l'OMS sur la Sécurité Sanitaire - Matériel de formation**  Ces matériels de formation de l'OMS sont © Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2018. Tous droits réservés.  Votre utilisation de ces matériels est soumise aux conditions d’utilisation de la "Plate-forme d'Apprentissage de la Sécurité Sanitaire de l’OMS, Matériel de Formation", que vous avez acceptés lors du téléchargement et qui sont disponibles sur la Plateforme d'Apprentissage de la Sécurité Sanitaire: <https://extranet.who.int/hslp>  Si vous adaptez, modifiez, traduisez ou révisez de toute autre manière le contenu de ces documents, vous n'impliquerez pas que l'OMS soit affiliée à de telles modifications et n'utiliserez pas le nom ou l'emblème de l'OMS dans ces documents modifiés.  En outre, nous vous invitons à informer l'OMS de toute modification de ces documents que vous utilisez publiquement, à des fins d'archivage et de développement continu, en envoyant un courrier électronique à l'adresse suivante: [ihrhrt@who.int](mailto:ihrhrt@who.int) |